

ротомії, після чого була виконана лівобічна торакотомія.

За наявності пневмотораксу перед початком знеболювання завчасно дренивали плевральну порожнину, цю ж маніпуляцію здійснювали при тотальному гемотораксі. Кров при цьому збирали до стерильної посудини для реінфузії. Декомпресію плевральної порожнини виконували паралельно із катетеризацією магістральної вени і ввідним знеболюванням.

Передньобокову торакотомію виконували у положенні на спині з піднятою половиною тулуба в IV–VI міжребер'ях на боці ушкодження. Перикард розтинали поздовж, вище діафрагмального нерва. Після евакуації згустків крові фонтануючу кровотечу зупиняли, натискуючи пальцем лівої руки; правою накладали шви на рану. Зшивали всі виявлені рани серця вузловими та П-подібними швами із нерозсмоктувального матеріалу. В 9 випадках для запобігання прорізування лігатур лінію швів додатково зміцнювали клаптиками вирізаного перикарда. У 2 випадках накладали П-подібні шви в обхід гілок коронарних судин. Обов'язковим етапом було промивання порожнини перикарда теплим розчином новокаїну та ревізія задньої поверхні серця для виключення наскрізного поранення. Перикардіальну порожнину окремо не дренивали

жодного разу. На перикард накладали рідкі шви і спеціальне перикардіальне «вікно», що забезпечувало його дренивання в плевральну порожнину.

Операцію закінчували обов'язковими дрениваннями плевральної порожнини в IX–X міжребер'ї по задньопідпахвовій лінії та в другому міжребер'ї за середньоключичною лінією із забезпеченням активної аспірації.

У 2 хворих, що були переведені до торакального відділення з інших лікарень із приводу згорнутого гемотораксу, під час виконання декорткації легенів виявлено нерозпізнані раніше поранення перикарда із згорнутим гемоперикардом.

Після операції хворі перебували у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, де їм виконували лікувально-діагностичні заходи.

Ускладнення виявлені у 18 (17,0 %) хворих, у тому числі плевролегеневі — у 10, перикардит — у 3, нагноєння післяопераційної рани — в 1 пацієнта.

Померли 13 хворих (12,5 %). Більшість летальних випадків (12) обумовлена гострою крововтратою і шоковим синдромом (у тому числі 4 — на операційному столі). Один хворий помер 1-ї доби після зашивання правого шлуночка серця, діафрагми та печінки від нерозпізнаного до операції субарахноїдального крововиливу та забиття мозку.

Таким чином, успіх лікування поранень серця і перикарда залежить від тривалості періоду з моменту травми і дотримання принципів активної хірургічної тактики.

Висновки

Діагностичні заходи у разі підозри на поранення серця і перикарда повинні бути мінімальними.

Поранення серця і перикарда, а також підозра на таке поранення є показанням до екстреної операції.

Рани серця слід ушивати нерозсмоктувальним шовним матеріалом.

Дренивання перикарда забезпечується накладанням рідких швів і перикардіального «вікна».

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагнер Е. А. Хирургия поврежденной груди. — М.: Медицина, 1981. — 282 с.
2. Флорикян А. К. Хирургия поврежденной груди. — Харьков: Основа, 1998. — 504 с.
3. Цыбуляк Г. Н., Бечик С. Л. Повреждения сердца и перикарда // Хирургия. — 1996. — № 4. — С. 59-63.
4. Бисенков Л. Н., Кочергаев О. В. Повреждение внутренних органов груди — актуальная проблема диагностики и лечения сочетанных торакальных травм // Анн. хирургии. — 1998. — № 5. — С. 29-34.
5. Барамія Н. М., Роцин Г. Г., Воробей О. В. та ін. // Укр. мед. часопис. — 2001. — № 6 (26). — № XI–XII. — С. 132-135.

УДК 617.418.1-036.11:616.71-001.5-089.84

А. П. Богоявленський

ВИКОРИСТАННЯ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПОЄДНАНОЇ ТА ІЗОЛЬОВАНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ СТАБІЛЬНОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ КІСТОК МОЗКОВОГО ЧЕРЕПА

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проблема ушкодження кісткових структур мозкового черепа не втратила з часом своєї

актуальності. Актуальна і проблема стабілізації ушкоджених кісткових фрагментів. Недо-

статня або неадекватна стабілізація кісткових клаптів трепанцій або кісткових відламків



при багатофрагментарних переломах кісток склепіння черепа призводить до їх підвищеної рухливості. Це у свою чергу загрожує розвитком посттравматичного або післяопераційного остеомієліту, недостатньою консолидацією кісткових фрагментів і неправильним (неанатомічним) їх зрощенням.

Проблема стабілізації кісткових фрагментів в інших галузях хірургії, пов'язаних з травматичним або нетравматичним ушкодженням кісткових структур, має принципове значення. У нейрохірургії це питання, на наш погляд, освітлене недостатньо.

Існують кілька методів фіксації кісткових клаптів при кістково-пластичній трепанації черепа і кісткових відламків багатофрагментарних переломів кісток склепіння черепа. На практиці найпоширенішим з них досі залишається фіксація за м'які тканини (окістя, м'язи). Такий метод, безумовно, не може забезпечити адекватну стабілізацію та подальшу консолидацію кісткових фрагментів. Неодноразово ми були свідками міграції кісткового клаптя під м'якими тканинами як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді.

До певної міри подібні ускладнення виключає фіксація кісткового клаптя так званими кістковими швами. Особливо якщо вони виконуються не шовним матеріалом, а металевим дротом (титан, тантал) [1].

Найнадійнішу фіксацію кісткових фрагментів (кісткового клаптя) дають титанові конструкції на шурупах [2].

Матеріали та методи дослідження

В другому нейрохірургічному відділенні ХМКЛШМД для стабілізації кісток склепіння черепа з 2002 р. активно застосовуються титанові стабілізуючі системи фірми «Конмет»

(Росія, Москва). Вибір матеріалу «Конмет» продиктований його якістю, він відзначений міжнародним сертифікатом. Фірмою для виготовлення імплантатів використовується чистий титан (стандарт США ASTM F67-89 Grade 4). Разом з унікальною біосумісністю цей матеріал характеризується достатньою міцністю, а низькопрофільний комплекс головки гвинта і мікропластини завдає мінімального дискомфорту пацієнтам. У 2003 р. нами проаналізовано 58 випадків застосування фіксуючих систем для стабільного металоостеосинтезу кісток склепіння черепа. Була проведена статистична обробка отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення

У жодного хворого досліджуваної групи не спостерігалося ускладнень. Більше того, у випадках, коли візуально можна було оцінити спроможність стабілізації кісткових фрагментів у віддаленому післяопераційному терміні (2–4 міс), нами було відзначено повне зрощення країв кістки при діастазі між ними більше 1 мм. Окрім стабілізації кісткового клаптя трепанації титановими конструкціями, в нашому відділенні є позитивний досвід застосування останніх для стабілізації кісткових відламків при багатофрагментарних переломах кісток черепа. Така стабілізація допустима, якщо площа кісткового фрагмента становить не менше 2 см² і в ньому не виявлено явних ознак інфікування.

Позитивні результати застосування стабільного металоостеосинтезу кісток мозкового черепа пов'язані з жорсткою стабілізацією кісткових фрагментів і адекватним зіставленням шарів кістки (мається на увазі зовнішній і внутрішній кортикальні шари, диплоє).

Зіставлення зовнішнього і внутрішнього кортикальних шарів країв кістки має принципове значення через те, що саме вони забезпечують проліферативне зростання, а це приводить до максимального зрощення кісткових фрагментів.

Висновки

Отже, найадекватнішу стабілізацію кісток черепа і їх швидке зрощення забезпечує стабільний металоостеосинтез. Пропонуємо розглядати стабільний металоостеосинтез кісток склепіння черепа як стандартний метод для фіксації кісткових фрагментів при черепно-мозковій травмі і будь-яких кістково-пластичних трепанаціях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кушель Ю. В., Семин В. Е. Краниотомия. — М.: Антидор, 1998. — 79 с.
2. Grosman R. G., Loftus C. M. Principles of Neurosurgery. — 2nd edition. — Raven Publishers, 1999. — 556 p.

