

єднаній травмі, тобто виявлення одного з найбільш тяжкого і небезпечного у даний момент ушкодження, що потребує першочергової допомоги.

Комплексна анатомо-функціональна оцінка показників гомеостазу у хворих із тяжкою поєднаною травмою (поєднання тяжкої і нетяжкої ізольованої травми) дозволила зробити висновок про відсутність феномена взаємного обтяження. Тимчасом комплексна анатомо-функціональна оцінка вкрай тяжких ушкоджень (поєднання тяжких ушкоджень двох і більше анатомічних ділянок) статистично відрізнялася від оцінки тяжкості та прогнозу тяжкої ізольованої травми, що дало нам підстави зробити висновок про погіршення показників гомеостазу при вкрай тяжкій поєднаній травмі (феномен взаємного обтяження).

Висновки

1. Вважаємо за необхідне виділення нетяжкої, тяжкої і вкрай тяжкої поєднаної травми.

2. Визначення діагнозу при поєднаній травмі здійснюється з урахуванням тяжкості травми за домінуючою або конкуруючою ознакою.

3. Феномен взаємного обтяження — це патофізіологічна констатація кризи розладів життєво важливих функцій, які розвиваються при тяжких ушкодженнях двох і більше анатомо-функціональних ділянок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлука В. В. Оценка тяжести и выбор хирургического лечения поврежденной грудинно-реберного каркаса у пострадавших с сочетанной закрытой травмой груди: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1997. — 21 с.

2. Головня Н. Г. Опыт лечения пострадавших с тяжелой краниоабдоминальной травмой // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 31-32.

3. Гуманенко Е. К., Кочергаев О. В., Супрун Т. Ю. Классификация сочетанных травм груди // Там же. — С. 37-38.

4. Денисенко В. М., Бурлука В. В., Бондаренко В. В. Анатомо-функціо-

нальний спосіб прогнозування наслідків для життя у потерпілих з травматичною хворобою // Деклараційний патент України на винахід 62247А. Бюл. № 12 від 15.12.2003 р.

5. *Методологія оцінки тяжкості і особливості хірургічної реанімації при закритій поєднаній травмі* / В. М. Денисенко, Я. Л. Заруцький, В. В. Бурлука, С. О. Король // Зб. наук. праць КМАПО ім. П. Л. Шупика. — Т. 1. — К., 2000. — С. 129-137.

6. *Ерьюхин И. А. Тяжелая сочетанная травма как форма экстремального состояния организма человека* // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 45

7. *Король С. А. Лечение переломов бедренной кости у пострадавшего с сочетанной травмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* — К., 2003. — 23 с.

8. *Пашковский Э. В., Гончаров А. В., Гайдук С. В. Характер и причины измененной центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой* // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 91-92.

9. *Тищенко М. И. Биофизические и метрологические основы интегральных методов определения ударного объема крови человека: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* — Л., 1972. — 25 с.

УДК 616-001-031.14+617.542-001-089+616.25-089.48

П. М. Замятін

ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО ПРИСТРОЮ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ГРУДЕЙ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Харківський державний медичний університет

Вступ

Закрита травма грудей посідає особливе місце в хірургії ушкоджень при політравмі. Такі травми супроводжуються ушкодженнями внутрішніх органів грудної порожнини, гемопневмотораксом з розвитком гострої дихальної недостатності (ГДН) і високою летальністю [1].

Прогрес сучасної медичної науки, поліпшення надання

екстреної медичної допомоги, розробка нових хірургічних інструментів змінили ставлення до політравм, які раніше вважалися майже фатальними [2]. Своєчасна оперативна корекція ушкоджень грудної клітки є первинним профілактичним заходом запобігання розвитку ГДН, а значить багато в чому визначає успіх лікування таких потерпілих [3].

При наданні спеціалізованої допомоги хворим із травмою грудей виникає необхідність в евакуації крові, повітря з плевральної порожнини, розправленні легені, вимірюванні внутрішньоплеврального тиску, ендоскопічному дослідженні органів грудної порожнини, внутрішньоплевральному введенні лікарських препаратів, здійсненні реінфузії плевральної крові та ін. [4].



Останнім часом використовують різні пристрої, більшість з яких може розв'язати тільки одну з цих проблем, розпочато спроби створення універсальних пристроїв, що виконують кілька функцій. Так, наприклад, відомі пристрої, за допомогою яких можлива евакуація крові і повітря з плевральної порожнини [5; 6]. Такі пристрої складні у виготовленні, експлуатації та стерилізації, що обмежує їх застосування.

Метою роботи було створення пристрою для дренивання плевральної порожнини зі збереженням його багатфункціональності.

Матеріали та методи дослідження

Пристрій для дренивання плевральної порожнини (рисунк) містить трубковий плевральний дренаж з отворами на робочому кінці (1), перехідник (2) з патрубком (3), що має змінну силіконову заглушку (4), регулятор витрати (5), клапан односторонньої провідності (6), поміщений в еластичний пластиковий контейнер (7), оснащений твердою верхньою частиною (8), що включає в себе кров'яний фільтр (9) і два патрубки: перший (10) служить для надходження в контейнер крові і повітря, другий (11) — для дегерметизації контейнера. Такий же патрубок (12) знаходиться в нижній частині контейнера (7) і призначений для реінфузії крові, що вилілася.

Пристрій функціонує так. Прийнятим у грудній хірургії способом встановлюють дренаж (1) у плевральну порожнину. За допомогою перехідника (2) до дренажу приєднується контейнер для збирання крові (7), оснащений клапаном односторонньої провідності (6) і кров'яним фільтром (9), заглушка верхнього патрубка (11) контейнера перфорується голкою.

При диханні у фазі видиху кров і повітря надходять по дренажу (1) через клапан (6) у контейнер (7), з якого повітря через дегерметизовану заглушку верхнього патрубка (11) надходить у зовнішнє середовище. При видиху зворотного руху крові і газу у бік плевральної порожнини не відбувається завдяки спаданню стулок клапана (6). При наступному видиху відбувається викид порції крові і повітря і так доти, поки в плевральній порожнині залишатимуться кров і повітря. При цьому регулятор витрати (5) відкритий. Завдяки постійному надходженню повітря в плевральну порожнину при пораненні легень чи бронхів клапан працює безупинно, запобігаючи розвитку напруженого гемотораксу. Після вивільнення плевральної порожнини від крові і повітря і розправлення легень клапан припиняє функціонувати.

У разі діагностично складних випадків для локалізації осередку ушкодження можливий ендоскопічний огляд органів плевральної порожнини, середостіння і діафрагми, що дає можливість уточнити діагноз. Дренаж за допомогою перехідника з'єднують із контейнером для збирання крові.

Запропонований пристрій дозволяє проводити у разі інфікування плевральної порожнини погодинну санацію шляхом введення по дренажу антибактеріальних препаратів, перфоруючи голкою шприца заглушку (4) поперечного патрубка (3) перехідника (2), перекиваючи при цьому регулятор витрати. Після проведення всіх необхідних заходів дренаж видаляють, а рану герметизують кисетним швом.

Результати дослідження та їх обговорення

Пристрій використано у 48 потерпілих із травмою грудної

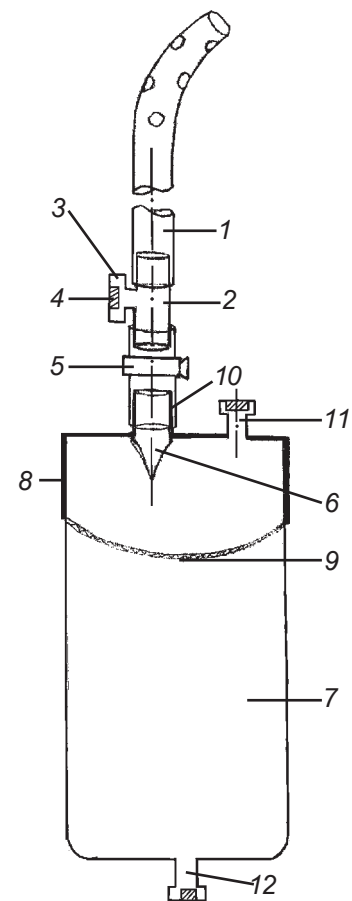


Рисунок. Пристрій для дренивання плевральної порожнини

клітки на фоні політравми. Ускладнень не було. При застосуванні пристрою відмічено високу ефективність результатів лікування.

Висновки

1. Запропонований пристрій дозволяє у перші години після травми грудної клітки здійснити евакуацію крові і повітря з плевральної порожнини та розправленої легень, заощаджує значну кількість донорської крові, оскільки застосовується реінфузія автокрові.

2. У діагностично складних випадках можливе проведення фіброскопічного дослідження, яке визначає подальшу лікувальну тактику.

3. У разі інфікування вмісту плевральної порожнини є можливість визначити чутливість до антибіотиків і перспектива розробки цілеспрямованої антибактеріальної терапії.



ЛІТЕРАТУРА

1. Болотников А. И., Розанов В. Е., Бондаренко А. В. Хирургическая тактика при осложнениях тяжелой сочетанной травмы. Современные технологии диагностики и лечения раненых и больных в поликлинике и стационаре // Тез. докл. 2-й науч.-практ. конф. 574-го Воен. клин. госпиталя, 20 мая 1999 г. — М., 1999. — С. 58-59.

2. Григорян Г. О., Панченко Е. В. Рентгенологическая диагностика причин острой дыхательной недо-

статочности при закрытых травмах грудной клетки // Харків. хірург. школа. — 2003. — № 1 (6). — С. 101-104.

3. Розанов В. Е. Хирургическая тактика при синдроме нестабильности костного каркаса грудной клетки у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Современные технологии диагностики и лечения раненых и больных в поликлинике и стационаре // Тез. докл. 2-й науч.-практ. конф. 574-го Воен. клин. госпиталя, 20 мая 1999 г. — М., 1999. — С. 52-53.

4. Флорикян А. К., Григорьян Г. О., Флорикян Р. А. Ошибки, опасности и осложнения трансторакального дренирования плевральной полости при травме // Харків. хірург. школа. — 2002. — № 1 (2). — С. 63-68.

5. А. с. №1521492. Устройство Шарипова И. А. для дренирования плевральной полости. — Бюл. № 42, 1989. — С. 21.

6. Патент № 213247, RU, А61М27/00. Устройство для дренирования плевральной полости, 20.06.1998.

УДК 617.542-001-089+617.55-001-089

Б. С. Запороженко, В. В. Міщенко, В. І. Шишлов,
І. Є. Бородаєв, В. М. Качанов

ДІАГНОСТИКА І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Одеський державний медичний університет,
Одеський обласний медичний центр

Вступ

Проблеми діагностики та лікування при закритій торако-абдомінальній травмі (ЗТАТ) актуальні. Частота цих травм становить 17,6–30 % від кількості усіх механічних ушкоджень [1; 2]. У 14,6–60,2 % потерпілих з поєднаною травмою при ЗТАТ летальність становить 27–47,6 % [3; 4]. Головною причиною смерті при поєднаних травмах є шок (51,4 %) і кровотеча (13,8 %). У 91 % випадків ушкодження органів черевної і грудної порожнин спостерігається при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП) і внаслідок падіння з висоти [5; 6]. При цьому ушкоджуються органи черевної порожнини (селезінка, печінка, брижа тонкої і товстої кишок, розриви кишечника), органи заочеревинного простору, грудної клітки (ребра, легені, органи середостіння).

Клінічна семіотика не завжди забезпечує вірогідну діагностику ЗТАТ. Застосування променевих (рентгенологічних і ультразвукових) методів дослі-

дження не виключає помилок, пов'язаних з гіпер- або гіподіагностикою. Особливо це характерно при травмах органів черевної порожнини. Лапароцентез зі встановленням «пошукового» катетера часто не відповідає на поставлені питання, а лапаротомія у 30 % спостережень має діагностичний характер і є додатковою операційною травмою, яка обтяжує стан пацієнта і погіршує прогноз лікування [3; 6].

Відсутність патогномічних клінічних ознак ЗТАТ утруднює її ранню діагностику, що зумовлює збільшення тривалості до операційного періоду, впливає на подальшу хірургічну тактику, вибір методу лікування [4].

Висока частота ускладнень і летальних випадків спонукають хірургів до пошуку більш досконалих діагностично-лікувальних методів у даній категорії хворих [4].

Мета нашої роботи — на основі аналізу результатів лікування ЗТАТ розробити лікувально-діагностичний алгоритм при даній патології.

Матеріали та методи дослідження

За 1990–2004 рр. у клініці факультетської хірургії перебували на лікуванні 345 потерпілих із ЗТАТ. Вік хворих від 16 до 83 років. Чоловіків було 290 (73,6 %), жінок — 91 (26,4 %); 80,4 % потерпілих були працездатного віку (20–60 років). У стані алкогольного сп'яніння доставлено 38,2 % хворих. У 34,1 % потерпілих ушкодження трапилося внаслідок ДТП, у 31,8 % — падіння з висоти, у 34,1 % — побутової травми.

У термін до 30 хв після травми надійшли 15,4 % хворих, від 30 хв до 1 год — 80,5 %, від 1 год і більше — 4,1 %.

У 30,1 % потерпілих загальний стан був задовільним, у 30,1 % — середнього ступеня тяжкості, у 37,4 % — тяжким, у 2,4 % — термінальним.

Шоковий стан відмічено у 67,5 % хворих: 1–2-го ступеня — у 27,6 %, 3–4-го — у 39,8 %. Причиною виникнення шоку у 16,9 % хворих була травма, у 19,3 % — крововтрата, у 63,8 %

