

гночувати його доклінічні прояви, сприяє визначенню оптимальної лікувальної тактики, орієнтованої на профілактику розвитку загрозливого ускладнення травматичної хвороби у потерпілих із політравмою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гринев М. В., Голубева А. В. Проблема полиорганной недостаточности // Вестн. хирургии. — 2001. — № 3. — С. 110-114.

2. Сизов Д. Н., Костюченко А. Л., Бельских А. Н. Синдром последовательных органных повреждений у

пациентов в критических состояниях // Анестезиология и реаниматология. — 1998. — № 2. — С. 22-25.

3. Чаленко В. В. Классификация острых нарушений функций органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности // Там же. — С. 25-30.

4. Общебиологические закономерности формирования послеоперационных осложнений у больных с хирургической патологией легких / Ю. Н. Шанин, Л. Н. Бисенков, М. Н. Замятин и др. // Там же. — С. 30-35.

5. Шейко В. Д. Прогнозування та профілактика поліорганної недостатності у потерпілих з поєднаними

торакальними та абдомінальними ушкодженнями при політравмі: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 2003. — 30 с.

6. Deiteh E. A., Goodman E. R. Prevention of multiple organ failure // Surg. Clin. N. Amer. — 1999. — Vol. 79, N 6. — P. 1471-1488.

7. Multiple organs dysfunction / R. Demling, Ch. Lalonde, P. Saldinger, J. Knox // Curr. Probl. Surg. — 1993. — N 4. — P. 345-424.

8. Knause W. A., Draper E. A., Wagner D. P. APACHE II: A severity of disease classification system // Crit. Care Med. — 1985. — Vol. 13, N 11. — P. 818-829.

УДК 616.54-001-07-088

М. О. Ляпіс, Л. Ю. Іващук, Ю. О. Ушанов

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПОЛІТРАВМИ З УШКОДЖЕННЯМ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського

Внаслідок бурхливого розвитку технічного прогресу в усіх країнах світу спостерігається тенденція до зростання травматизму. Найчастішою причиною виникнення політравми є дорожньо-транспортні пригоди, летальність при яких становить 40–60 %, а кількість діагностичних помилок — близько 40 % [1–3].

У зв'язку з цим вирішили проаналізувати результати діагностики і тактичні підходи до лікування означеної патології з деякими аспектами післяопераційного моніторингу.

Матеріали та методи дослідження

За останні 5 років до клініки загальної хірургії в ургентному порядку доставлено 713 хворих із політравмами різного ступеня тяжкості та локалізації. Вік хворих коливався від 20 до 85 років. Найчастіше госпіталізувалися пацієнти з поєднаною травмою грудної клітки і черевної порожнини — 360 (50,49 %) осіб. У 10 хворих діагностовано розриви печінки, у 50 — розриви селезінки, які супро-

воджувалися внутрішньочеревою кровотечею, в 11 — гострий перитоніт, зумовлений розривами тонкої або товстої кишки. Зареєстровано 250 випадків, у яких абдомінальна або торакальна травми поєднувалися із переломами кінцівок або таза. У решти пацієнтів відмічалися краніоторакальні або краніоабдомінальні ушкодження. Дев'яносто осіб (25,7 %) надійшли до стаціонару у стані алкогольного сп'яніння. Щорічна летальність становила від 17,8 до 21,4 %.

Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження хворих, яке розпочинається у приймальному відділенні, було максимально коротким за часом і поєднувалось із наданням невідкладної допомоги відповідно до загальноприйнятих стандартів (боротьба з шоком, припинення кровотечі й адекватна респіраторна підтримка). Координацію надання допомоги вже з приймального відділення покладено на відповідального чергового хірурга або травматолога,

першочерговим завданням якого має бути вирішення питання, — куди транспортувати хворого: в операційну або у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

До операційної направлялися хворі з вітальними порушеннями, які потребували невідкладної хірургічної допомоги: поранення серця, профузні кровотечі з магістральних судин, профузні кровотечі в черевну та плевральну порожнину. Протишокові та реанімаційні заходи виконували паралельно і постійно в приймальному відділенні, під час транспортування хворого та в операційній. Під наглядом перебувало 12 хворих, у 7 з яких вдалося скоригувати вітальні порушення і врятувати життя. П'ять хворих померли.

У діагностиці торакальної та абдомінальної травми головна увага приділялася рентгенографії грудної клітки в двох проекціях, оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини та ультрасонографічному дослідженню, завдяки якому правильно визначити диференціальний діагноз вдало-



ся у 120 (19,2 %) випадках. У 70 (9, 8 %) випадках у зв'язку із труднощами диференціальної діагностики виконано лапароцентез, що дозволило за характером виділень із черевної порожнини у 59 потерпілих констатувати гемоперитонеум, у 11 — перитоніт.

Хірургічне лікування проводилося із широкого лапаротомного доступу з ретельною ревізією всіх внутрішніх органів, ліквідацією джерела кровотечі та дренажуванням грудної, черевної порожнини або заочеревинного простору, під час чого виконано 10 ушивань розривів печінки, 50 — спленектомій, 19 — клиноподібних резекцій тонкої або товстої кишки з виведенням кінцевої колостоми.

Оскільки переважна більшість хворих із політравмою надходить у стані шоку різного ступеня тяжкості, повноцінна й адекватна протишокова терапія повинна враховувати головні параметри гемодинаміки з постійним їх моніторингом. Однак не завжди належна увага приділяється вимірюванню центрального венозного тиску та інтерпретації його показників. Це пов'язано з недоліками відомого пристрою для тривалої флеботонометрії Вальдмана: недостатній рівень

технологічності, інформативності та надійності. Вищеозначені фактори зумовлюють застосування флеботонометра винятково в умовах стаціонару і на окремому штативі, що змушує перебувати медичний персонал у стані підвищеної уваги, щоб не прогаяти раптового збільшення венозного тиску у пацієнтів, підвищує ризик ушкодження скляної вимірювальної трубки-пристрою під час стерилізації, зберігання або транспортування.

Нами вдосконалено цей пристрій, в якому шляхом введення додаткового вузла досягається підвищена технологічність, інформативність та надійність, а, отже — ефективність від його застосування.

Поставлене завдання було вирішено в такий спосіб: вимірювальна трубка відомого апарата Вальдмана [4] була виконана з еластичного оптично-прозорого матеріалу й обладнана резистивним датчиком, функціонально і електрично з'єднаним із електронним блоком реєстрації і звукової та візуальної індикації (А. с. № 56693 А) [5].

Проведення флеботонометрії у 244 хворих із політравмою покращило умови післяопераційного моніторингу.

Висновки

1. Госпіталізація хворих із політравмою має здійснюватися у спеціалізовані багато-профільні відділення, що дозволяє покращити діагностичні та лікувальні заходи і зменшити летальність.

2. Усім пацієнтам із поєднаними та множинними травмами під час проведення інфузійної терапії необхідно проводити моніторинг центрального венозного тиску за допомогою модернізованого флеботонометра.

ЛІТЕРАТУРА

1. Королев М. П., Кутушев Ф. Х., Уракчеев Ш. Х. Хирургическое лечение поврежденных печени // Вестн. хирургии. — 1996. — № 5. — С. 53-55.

2. Кравець М. С., Рилов А. І. Діагностика та лікування поєднаної та множинної травми органів черевної порожнини // Шпит. хірургія. — 2000. — № 1. — С. 53-54.

3. Хірургічне лікування ушкоджень печінки / В. Ю. Соколов, А. О. Лусте, В. І. Васілов, О. С. Меленко // Там же. — С. 55-58.

4. Вальдман В. А. Венозное давление и венозный тонус. — Л.: Медгиз, Ленинград. отд-ние, 1947. — С. 47-49.

5. Іващук Л. Ю., Ляпіс М. О., Ушаков Ю. О. Пристрій для вимірювання венозного тиску // А. с. № 56 693 А від 15.05.2003 р. — Бюл. № 5.

УДК 617.51+616.716.1]-001-07:618.31

О. В. Марков

МОЖЛИВОСТІ РАНЬОГО ЗАКРИТТЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПРИ ПОЄДНАНІЙ КРАНІОМАКСИЛЯРНІЙ ТРАВМІ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ТА СТЕРЕОЛІТОГРАФІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Проблема відновлення цілісності кісток черепа після травматичних ушкоджень і декомпресивних трепанацій ся-

гає своєю історією в глибину століть і не втрачає актуальності й досі. Некориговані дефекти кісток черепа призводять до порушення взаємовідношення між мозком, ліквором і кров'ю

— трьома інгредієнтами внутрішньочерепного вмісту, що опинився в незвичних умовах незамкнутої порожнини. Крім того, відсутність кістки призводить до утворення рубцевого

