

при сочетанной травме. Оценка тяжести состояния. Вопросы классификации // Там же. — М., 1997. — С. 5-9.

8. Рехачев В. П., Недашковский Э. В. Тяжелая сочетанная травма как хирургическая и реанимационная проблема // Там же. — С. 53-59.

9. Malisano L. P., Stewens D., Hunter G. A. // J. Orthop. Trauma (United States). — 1994. — Vol. 8, N 1. — P. 1-5.

10. Лебедев В. В., Охотский В. П., Каншин Н. Н. Неотложная помощь при сочетанных травматичес-

ких повреждениях. — М.: Медицина, 1980.

11. Baker S. P., O'Neill B., Haddon W., Long W. B. // J. Trauma. — 1974. — Vol. 14, N 3. — P. 187-195.

УДК 616.13/16.001

А. І. Трегубенко, В. В. Бризицький, О. Б. Смирнов, В. Є. Мацідонська

ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХІРУРГІЧНОЇ ТЕХНІКИ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ УШКОДЖЕНЬ СУДИН У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Діагностика і лікування ушкоджень судин у дітей є складною і поки що нерозв'язаною проблемою. Досі немає єдиної думки про перебіг гострої та хронічної ішемії кінцівок у дітей (особливо при ушкодженні судин передпліччя і плеча) [1; 2]. Останнім часом кількість ушкоджень судин у дітей зростає в зв'язку зі збільшенням травматизму серед дітей: піротехнічні пристрої, ігри з гострими предметами, нові небезпечні види спорту та ін. [1; 2].

Діагностика відкритих ушкоджень судин не становить труднощів на відміну від закритих, що нерідко є причиною помилок, несвоєчасного виявлення травми судин хірургами загального профілю, травматологами.

Клініка ушкоджень судин у дітей визначається головним чином ознаками кровотечі й ішемії кінцівки, загальними ознаками тяжкої анемії і шоку, наявністю великої напруженої гематоми, відсутністю або послабленням пульсу на периферичних артеріях. У сумнівних випадках використовували доплероскопію, дуплексне сканування, термометрію шкіри.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувало 42 хворих віком від 3 до 14 років. Ушкодження магістральних судин супроводжувалося травмою сухожилків, нервів, кісток. Ушкодження артерій верхніх кінцівок виявлено в 29 дітей, у 12 з них травма артерій поєднувалася з ушкодженнями великих вен, нервових сплетень і кісток. Мікрохірургічне відновлення ушкоджених артерій виконано 32 хворим, у тому числі у 18 випадках проводили реплантацію відчленованого сегмента: на рівні плеча — 2, передпліччя — 7, кисті — 3, пальців — 5, гомілки — 1. Перев'язування артерії виконано 5 хворим, у яких виявлено велике розміщення тканин. У 5 випадках обмежилися тільки ревізією судинно-нервового пучка. Перев'язування однієї з артерій передпліччя проводилося при збереженому кровотоку по іншій неушкодженій артерії. Одночасно з операцією на судинах відновлювали й інші ушкоджені структури.

Результати дослідження та їх обговорення

Дітей з травмами судин доставляли до судинного центру

через 6–12 год і пізніше від моменту одержання травми, тому важко визначити який-небудь час, після закінчення якого операція вважалася б неможливою або недоцільною. Наш досвід свідчить, що відновлення магістрального кровотоку, особливо в дітей, слід виконувати незалежно від часу, що минув з моменту травми. Критерієм за таких обставин є ступінь виразності ішемії ушкодженої кінцівки. Як показують клінічні спостереження, ішемія перебігає в дітей більш м'яко, ніж у дорослих пацієнтів. У післяопераційному періоді за станом ушкодженої кінцівки організовано цілодобовий моніторинг. За необхідності в ранньому або відстроченому післяопераційному періоді проводили повторні операції з відновлення кровотоку або пластичного закриття дефекту тканин у зоні травми.

У всіх оперованих дітей отримано добрі віддалені результати з відновлення кровотоку і функції кінцівки.

Таким чином, хірургічне лікування поєднаних та ізольованих ушкоджень судин у дітей наражається на труднощі в організації спеціалізованої допомоги цьому контингентові потерпілих. Після надання першої



лікарської допомоги потрібно організувати своєчасну доставку дітей до спеціалізованого відділення, оснащеного прецизійною технікою для виконання відновних операцій.

Висновки

1. Мікрохірургічне відновлення ушкоджених артерій і вен має неабияку перевагу порівняно з іншими втручаннями, тому що цей метод дозволяє

максимально зберегти «судинний фонд» дитини.

2. У дітей потрібно обережно підходити до висічення «нежиттєздатних» тканин при первинній операції. З огляду на досить частий розвиток хвороби реплантата, видаляти необхідно тільки явно некротичні тканини після їхньої чіткої демаркації.

3. Запровадження по можливості ранньої розробки кінцівки

допомагає домогтися кращих функціональних результатів у майбутньому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богомолов М. С., Седов В. М. Микрохирургические реплантации фрагментов кисти. — СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2003. — 244 с.

2. Хирургическое лечение поврежденной магистральных артерий у детей / Д. Д. Купатадзе, Е. П. Рыбка, О. П. Иванов и др. // Ангиология и сосуд. хирургия. — 1997. — № 3. — С.156-157.

УДК 616.13/16-001

Ю. А. Трегубенко, О. Г. Иванов, В. М. Абашкін,
А. М. Гаврилов, О. Ю. Пайкін

ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН І НЕРВІВ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Травматичні ушкодження великих судин здатні за короткий час призвести потерпілого у стан крайньої тяжкості, а в деяких випадках навіть закінчитися летально.

Сучасна діагностика і кваліфікована допомога дозволяють не тільки зберегти життя, але й відновити працездатність і здоров'я.

За останні чверть століття було досягнуто значних успіхів у наданні невідкладної допомоги хворим з травмами великих магістральних судин. Однак надання спеціалізованої допомоги потерпілим досі залишається актуальною проблемою, тому що ушкодження судин становить 15–20 % від усієї ургентної судинної патології [4; 5]. Летальність від травм судин дорівнює 5–10 %, частота ампутацій — 25–30 % [1–3; 7].

Різні судини до травматичних ушкоджень схильні неоднаково, це пов'язано з особливостями їх анатомічного розміщення й умовами, за яких заподіяно травму.

Якщо зовсім недавно при травмуванні магістральних судин поставало питання про їх перев'язування, то нині є можливість уникнути перев'язування артерії або ампутації кінцівки.

Наслідки лікування ушкоджень магістральних судин сьогодні не можна визнати задовільними. Причини невдач найчастіше пояснюються діагностичними, тактичними й організаційними помилками на етапах надання кваліфікованої допомоги хірургами загальнопрофілю і травматологами.

Спроба надання спеціалізованої ангіохірургічної допомоги хворим із травмою судин в умовах районних лікарень без залучення ангіохірургів у 65–70 % випадків призводить до незадовільних наслідків лікування.

Діагностика ушкодження магістральних судин нерідко утруднена, тому що вона поєднується з іншими важкими проявами і геморагічним шоком, внутрішньою кровотечею, переломами.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні судинної хірургії Обласної клінічної лікарні та на виїздах у складі бригади невідкладної медичної допомоги було надано допомогу 125 хворим. За кількістю і причинами ушкодження магістральних судин вони розподілені так (табл. 1 і 2).

Вік хворих коливався від 15 до 50 років і більше, з них чоловіків — 107, жінок — 18.

Таблиця 1

Кількість випадків ураження судин

Судина	Кількість випадків
Підключична артерія	5
Аксиллярна артерія	5
Плечова артерія	21
Стегнова артерія	32
Міжреберні артерії	7
Підколінна артерія	11
Артерії передпліччя	22
Артерії гомілки і ступні	18
Сідничі артерії	4
Разом	125

