

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 тяжкими 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 |



3-поміж 125 хворих у 28 була супровідна травма периферичних нервів.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічні ознаки відкритих ушкоджень включали наявність рани в проекції судини і кровотечу з рани, відсутність пульсу дистальніше місця ушкодження.

При закритій травмі ішемія кінцівок була більш вираженою у 32 хворих, у 27 осіб відзначалися парестезії, у 11 — гангрена кінцівки.

Серед інструментальних методів дослідження перевагу віддавали УЗД, доплероскопії, за наявності показань проводили ангиографію, у тому числі інтраопераційну.

Вибір хірургічної тактики залежав від ступеня ішемії, характеру та локалізації ушкодження, але завжди превалював принцип відновлення магістрального кровообігу.

У 28 хворих відмічено наявність ушкодження не тільки магістральних судин, але і нервів, причому ізольоване ушкодження — у 6 пацієнтів, у решти — комбіноване з ушкодженням артерій.

Доступ до місця ушкодження судини залежав від локалізації травми. При виконанні ПХО рани, особливо при колото-різаних пораненнях, судину оголювали і потім виконували анатомічне відновлення судини. При інших локалізаціях судину виділяли з окремого доступу проксимальніше поранення й проводили тимчасове припинення кровотечі, потім виконували ревізію судини в місці ушкодження. Судинний шов накладали зазвичай при колото-різаних пораненнях судинної стінки і за можливості зіставлення кінців артерій без їх натягнення після висічення частки стінки. При значних ушкодженнях судини на протязі, якщо неможливо було виконати накладання циркулярного шва без натягнення, при кон-

тузії стінки артерії завжди здійснювалося протезування, для цього використовували автовену, в 20 випадках — синтетичний протез. Добрий результат отримано в 72 % потерпілих, у 12 % — задовільний, ампутації проведено 1,2 %. Головними факторами ризику втрати кінцівки виявились: ушкодження артерії в гемодинамічно важливому сегменті, пізня госпіталізація, характер травми (вогнепальна, забито-розміщена) і наявність шоку.

Серед методів оперативно-го втручання на нерві в більшості випадків було виконано первинний шов «кінець у кінець» з використанням операційного мікроскопа. З усіх видів нервового шва найчастіше виконували епіневральний шов, бо він забезпечує добре зіставлення інтерфасцикулярних волокон.

У післяопераційному періоді найбільш серйозними були місцеві гнійні ускладнення, які спостерігались у 7 хворих. На нашу думку, головні зусилля у післяопераційному періоді слід спрямовувати не тільки на поліпшення кровопостачання кінцівки, а і на профілактику та лікування гнійних ускладнень. Найбільш ефективним шляхом застосування антибактеріальних препаратів вважаємо непряме і пряме ендолімфатичне їх введення, а також адекватне дренирування рани з проведенням аспіраційно-проточного промивання.

Висновки

1. Відновні операції показані в усіх випадках травматичного ушкодження судин незалежно від часу з моменту отримання травм.

2. Поліпшення наслідків лікування хворих із травмою магістральних судин у районних лікарнях безпосередньо залежить від своєчасної діагностики і потребує підготовки районних хірургів з невідкладної судинної патології.

Таблиця 2

Причини ураження судин

| Причини ушкодження | Кількість випадків |
|---|--------------------|
| Колото-різучим знаряддям | 43 |
| Поранення холодною зброєю | 19 |
| Вогнепальні поранення з мисливських рушниць | 10 |
| Вогнепально-кульові поранення | 8 |
| Дорожньо-транспортні політравми | 32 |
| Падіння з висоти | 6 |
| Тупа травма | 7 |
| Разом | 125 |

ЛІТЕРАТУРА

1. *Временное протезирование магистральных артерий конечностей при сочетанной шокогенной травме* / С. Ф. Багненко, И. Е. Боровский, В. О. Киселев, П. В. Чечулов // Тезисы докл. 9-го Всерос. съезда сердечно-сосудистых хирургов. — М., 2003 — С. 109.
2. *Баратов А. К.* Анализ причин ампутаций при травмах магистральных артерий нижних конечностей // Там же.
3. *Борзих А. В., Труфанов И. И., Донченко Л. И.* Особенности метаболических змін при відкритих ушкодженнях кінцівок, поєднаних з травмами судин // Ортопедія, тромбоемболія і протезування. — 2003. — № 1. — С. 20-23.
4. *Брюсов П. Г.* Сучасні принципи лікування вогнепальних поранень магістральних судин // Ангіологія і судини. Хірургія. — 1997. — № 3. — С. 119.
5. *Єрьюхін І. А., Самохвалов І. М.* Сучасні проблеми діагностики і лікування ушкоджень кровопостачальних судин // Там же. — С. 141.
6. *Захарова Г. М., Лосев Р. З., Гаврилов В. А.* Лечение поврежденных магистральных кровеносных сосудов конечностей. — Саратов, 1979. — 242 с.
7. *Коваленко В. И, Макзудов Г. К., Никонов В. В.* Повреждения магистральных сосудов и нервов // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. — № 3. — С. 151.

