

вати цей метод для широкого впровадження в практику ургентної хірургії при ушкодженні різних органів черевної порожнини, в тому числі і порожнистих (при ушкодженнях тонкої кишки I–II ступеня), особливо якщо крововтрата перевищує 800–1000 мл. Реінфузія автокрові, яка не має макроскопічних ознак забруднення кишковим вмістом, у перші 3–4 год з моменту травми становить для хворого меншу небезпеку, ніж масивне переливання донорської крові.

ЛІТЕРАТУРА

1. Реінфузія крові при лікуванні травми грудей та живота / Н. М. Бара-

мія, М. Г. Антонюк, В. М. Дорош та ін. // Клін. хірургія. — 2001. — № 5. — С. 35-38.

2. Роль способности бактерий к инактивации факторов естественной противомикробной резистентности в их устойчивости к бактерицидному действию крови (сыворотки крови) / О. В. Бухарин, Ю. А. Брудастов, В. А. Гриценко, Д. Г. Дерябин // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 1996. — № 2. — С. 174-176.

3. Буянов А. Л. Реинфузия контактированной аутокрови в абдоминальной хирургии // Нижегород. мед. журнал. — 1997. — № 4. — С. 86-88.

4. Зильбер А. П. Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии. — Петрозаводск, 1999.

5. Кемеров С. В. Реинфузия санированной дискретным плазмафрезом крови при травмах живота с повреждением кишечника в условиях дефицита донорской крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 1995. — 26 с.

6. Кравец В. П., Кравец В. В. Реинфузия крови при лечении травмы живота // Клін. хірургія. — 2003. — № 6. — С. 56.

7. Лебедев Н. В. Реинфузия крови в неотложной хирургии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — 20 с.

8. Левин Л. А., Кубачев К. Г. Реинфузия крови при травмах печени // Анналы хирург. гепатологии. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 149-150.

9. Румянцев А. Г., Аграненко В. А. Клиническая трансфузиология. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. — 575 с.

УДК 616.13/16-001

Аль-Хаварі Хані

ПОВТОРНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА МАГІСТРАЛЬНИХ КРОВОНОСНИХ СУДИНАХ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Кількість травм на транспорті, виробництві та у побуті все ще залишається значною, діагностика і лікування таких ушкоджень є складним завданням [1; 3]. За даними літератури, ушкодження магістральних судин виявляється в 1,3 % потерпілих, які надходять для стаціонарного лікування з приводу різних видів механічних травм [2].

Проблему лікування хворих з травмами кровоносних судин поки що не можна вважати остаточно розв'язаною, в першу чергу через недостатню кількість спеціально підготовлених хірургів, які володіють методикою накладання судинного шва і способами реконструкції травмованих артерій і вен.

Діагностика ушкодження судин ускладнюється, якщо ці травми поєднуються з переломами кісток, численним розтрощенням м'яких тканин і шоком.

Клінічна картина шоку може маскувати локальні прояви порушень кровообігу, які виявляються після поліпшення загального стану потерпілого [3].

Особливим видом закритих травматичних ушкоджень судин нерідко є струс, або «контузія», судин. У таких випадках виникає спазм кровоносної судини, інколи можливий розрив внутрішньої оболонки з її «вкручуванням» у просвіт і подальшим утворенням тромбу. Труднощі розпізнавання травматичних ушкоджень магістральних кровоносних судин пояснюються тим, що немає жодної клінічної ознаки, яка була б патогномонічною для ушкодження артерії та вени.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 12 хворих, яким було виконано повторні реконструктивні операції на магістральних кровоносних судинах.

Збереження кінцівки без повноцінного магістрального кровопостачання не може вважатися оптимальним результатом лікування гострої травми судин. У більшості хворих ми прагнули до відновлення адекватного кровотоку в кінцівці. Повторні оперативні втручання на судинах завжди становлять труднощі. В усіх 12 хворих довелося виконати повторне втручання, у зв'язку з різними дефектами, припущеними, головним чином, при виконанні складної відновної операції в неспеціалізованих умовах.

Результати дослідження та їх обговорення

З приводу вторинних кровотеч, які виникли внаслідок неспроможності судинного шва через дефекти техніки операції, прооперовано 3 осіб, а також 4 хворих, в яких вторинна кровотеча виникла внаслідок нагноєння рани, незважаючи



на застосування різноманітних антибіотиків широкого спектра дії. Боротьба з інфекцією у хворих з тяжкою ішемією — досить складне завдання. У першу чергу у таких хворих слід спрямовувати всі зусилля на покращання кровопостачання органа. Решті 5 хворим з ішемією повторні операції виконано за рахунок субкомпенсації кровообігу. Найважливіше значення у цієї категорії хворих мала рання діагностика непрохідності зони анастомозу, трансплантата або наростаючої ішемії.

Для проведення повторних реконструктивних хірургічних операцій на кровоносних судинах потрібно багато консервованої крові, реополіглюкіну, рефортану. Протягом 5–7 діб хворим застосовували антибіотики, антикоагулянти, низькомолекулярний гепарин двічі на добу.

Завдяки своєчасному повторному втручанню у 12 хворих збережено кінцівки, причому у 7 з них досягнуто відновлення магістрального кровотоку і повноцінної функції кінцівок.

Висновки

Вважаємо, що повторні втручання на магістральних кровоносних судинах при травматичних ушкодженнях доцільні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захарова Г. Н., Лосев Р. З., Гаврилов В. А. Лечение повреждения магистральных кровеносных сосудов конечностей. — Саратов, 1979.
2. Литкин М. И. Травматические повреждения магистральных сосудов // Хирургия. — 1981. — № 2. — С. 36–38.
3. Шапошников Ю. Г. Диагностика и лечение ранений. — М., 1984.

УДК 616.55-001-08

А. А. Хижняк, Ю. В. Волкова,
А. Ю. Павленко, М. В. Лизогуб

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Харківський державний медичний університет

Вступ

Аналіз літератури останнього десятиріччя показав значне підвищення інтересу лікарів різних спеціальностей до проблеми «політравма» в усіх її аспектах, про що свідчить проведення в Києві у 2002 р. конференції з політравми. Суттєве зростання кількості дорожньо-транспортних пригод, виробничого травматизму, міжнародного тероризму, які є основними причинами політравми, призвело до того, що за даними ВООЗ, у структурі причин смертності населення травми посідають 3-тє місце, а серед осіб молодого віку (до 40 років) — перше [1]. За статистикою, найчастішою причиною тривалого шоку у потерпілих з політравмою є вчасно нерозпізнана внутрішньочеревна кровотеча, зумовлена закритою абдомінальною травмою (ЗАТ), частка якої дорівнює 14–60,2 %

поєднаних ушкоджень і яка супроводжується високою летальністю [2].

Ушкодження паренхіматозних органів при ЗАТ становлять близько 31,8 % [3]. Якщо ушкоджені інші анатомічні ділянки, то збільшується ступінь тяжкості травми, погіршуються адаптаційно-компенсаторні можливості організму. Впровадження у практику нових фармакологічних препаратів з більш доскональними властивостями і відсутність єдиних критеріїв й алгоритмів лікування хворих із поєднаною ЗАТ потребують проведення подальших досліджень і розробки оптимальної тактики лікування, спрямованої на припинення кровотечі, ослаблення негативних змін, спричинених циркуляторною та анемічною гіпоксією, захист потерпілого від психічного стресу, що посилює гіперергічні реакції серцево-судинної системи на кро-

вотечу, боротьбу з больовим синдромом, який може призвести до надмірного мобілізуючого впливу на центральну регуляцію кровообігу при кровотечі [4].

Метою дослідження є покращання результатів лікування хворих із ЗАТ з різним ступенем крововтрати та вираженості больового синдрому, підвищення ефективності профілактики ускладнень і формулювання нового підходу до лікування таких хворих.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням в умовах відділення політравми Харківської лікарні швидкої допомоги за період 2002–2003 рр. перебувало 140 потерпілих з політравмою (у клініці переважала ЗАТ з ушкодженням паренхіматозних органів) і з розвитком посттравматичного панкреатиту (70 % хворих). Чо-

