

ХІРУРГІЧНА СТАБІЛІЗАЦІЯ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ФЛОТУЮЧИМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР

*Я.М.Книш, Т.М.Федоришин,
К.Ю.Василькевич, Р.Я.Марич*

**Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Лівів, Україна**

Множинні переломи ребер по декількох анатомічних лініях, які ведуть до флотації сегмента грудної стінки, вважаються найтяжчим виявом торакальної травми (ТТ). Як правило, вони супроводжуються ушкодженням внутрішньогрудних органів і часто є компонентом поєднаної травми (ПТ).

Метою роботи було оцінити результати лікування пацієнтів з флотуючими переломами ребер (ФПР).

За період з 01.01.2007 р. до 31.12.2009 р. у міському центрі торако-абдомінальної травми проліковано 324 хворих з ТТ. У 56 (17,3%) травмованих відзначено ФПР. Серед пацієнтів з ФПР у 5 була ізольована, у 51 — тяжка ПТ. Ушкодження за системою ISS до 25 балів мали 9, понад 25 балів — 42 хворих.

Діагностика ФПР складалась з оцінки клінічних даних, рентгенологічного та комп'ютерного дослідження (КД). Звернуто увагу на тяжкість рентгенологічного підтвердження подвійних переломів ребер. КД у 34 пацієнтів дало можливість встановити характер зміщення реберних уламків та ступінь контузії легень.

Усім пацієнтам в умовах відділення інтенсивної терапії та анестезіології розпочинались протишокові заходи, ліквідовувались внутрішньоплевральні та медіастінальні ускладнення ТТ; при прогресуванні гострої дихальної недостатності в перші 24-72 години проводилась штучна вентиляція легень (ШВЛ), яку продовжували після виконання хірургічної стабілізації грудної клітини (ХСГК).

У 9 пацієнтів були центральні ФПР, у 12 — передньо-бокові, у 16 — бокові, у 8 — задні; 11 травмованих мали двобічні флотуючі фрагменти (ФФ).

На 1-3 добу виконано 20 операційних втручань. При встановленні показань до ХСГК брали до уваги характер ПТ, ступінь контузії легень та час від початку травми. Вважаємо недоцільним проводити хірургічне втручання у пацієнтів з тяжкою черепно-мозковою травмою, при контузії легень III-IV ст. та в перші години після надходження до клініки на фоні травматичного шоку. У 18 пацієнтів виконували зшивання кінців ребер по одній або двох лініях переломів та екстраплевральну фіксацію ФФ перікостальними швами за реберні уламки до двох шплиць Ілізарова, проведених над і перпендикулярно до ФФ. У 2 пацієнтів цієї групи використано інтраплевральну фіксацію ФФ до здорових ребер. Шпиці видаляли на 18-21-й день після операції. Відзначено швидке регресування гострої дихальної недостатності в оперованих пацієнтів, що проявлялось у покращенні механіки дихання та газообміну, та скорочення періоду перебування їх на ШВЛ у порівнянні з неоперованими.

Загальна летальність серед пацієнтів з ФПР склала 32,1%, післяопераційна — 5%. Померла одна пацієнтка на 87 добу перебування від поліорганної недостатності.

При визначенні показань до ХСГК слід враховувати характер ПТ, ступінь контузії легень та наявність травматичного шоку. Ефективність ХСГК забезпечує зшивання реберних уламків та екстраплевральна фіксація ФФ до шплиць Ілізарова.