

значно збільшилась. Діагностика та лікування хворих із бойовою травмою ускладнюється можливою наявністю агента поранення, комбінованим характером травми та найчастіше тяжким загальним станом хворого.

На сьогодні немає єдиного алгоритму діагностичних досліджень, які б надали повну інформацію про особливості кровопостачання уражених ділянок кінцівки та прилеглих м'яких і покривних тканин для подальшого успішного виконання реконструктивних операцій.

Мета. Розробити та впровадити ефективну діагностику комбінованих уражень нижніх кінцівок при бойових травмах з комплексною оцінкою дефектів покривних та м'яких тканин, кісткових структур, наявності і локалізації уражуючих агентів для визначення оптимальної тактики поетапного хірургічного лікування таких уражень.

Матеріал і методи. Досліджено 12 хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно-рухового апарату, м'яких і покривних тканин, наявністю в тканинах уражуючих агентів, первинного і вторинного ураження гілок артеріальних судин. Виконано 20 реконструктивних оперативних втручань з усуненням дефектів шкіри та м'яких тканин, видаленням чужорідних агентів, МОС (металоостеосинтез) уражених кісткових структур. Для планування оперативних втручань хворим проводились діагностичні дослідження уражених кінцівок: субтракційна дигітальна селективна ангіографія нижніх кінцівок за допомогою ангіографічного мультифункціонального комплексу Philips Integris V3000, комп'ютерна ангіографія нижніх кінцівок з 3D-реконструкцією на мультиспіральному комп'ютерному томографі Toshiba Aquilion (128 зрізів) з використанням рентгенконтрастної речовини Томогексол, обробкою інформації за допомогою робочої станції Osirix MD, дослідження покривних тканин УЗ АД «Мінідоп» з датчиком із частотою 8 МГц, дослідження опорно-рухового апарату за допомогою рентгендіагностичного апарату «РУМ 20МП».

Результати та їх обговорення. Передопераційне дослідження хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно-рухового апарату, м'яких і покривних тканин з використанням комп'ютерної томографії з ангіографією артеріального кровотоку нижніх кінцівок з подальшою 3D-реконструкцією дозволило визначити розміри дефектів, травматичне ушкодження кісткових структур, наявність у рані і прилеглих м'яких тканинах чужорідних (вогнепально-осколкових) агентів, топографо-анатомічні особливості судин ураження та суміжних ділянок, первинного і вторинного ураження гілок артеріальних судин.

Це, у свою чергу, дозволяло оптимально планувати етапність та перебіг оперативного втручання в кожному випадку, де кожен етап враховував особливості та потреби інших хірургічних етапів, з визначенням реціпієнтої ділянки для формування донорського перфорантного клаптя для заміщення дефекту м'яких і покривних тканин, можливості та необхідності видалення чужорідних тіл, особливостей реконструктивних операцій при ураженні кісткових структур. У результаті було скорочено час перебування хворих під наркозом, уникли вторинних ішемічних ускладнень, досягли комплексної оптимальної реконструкції кінцівок.

Висновки. Передопераційна підготовка хворих із використанням комп'ютерної томографії з ангіографією

артеріального кровотоку нижніх кінцівок з подальшою 3D-реконструкцією дозволила оптимізувати реконструктивне хірургічне лікування хворих із раньовими дефектами нижніх кінцівок після бойових (вогнепальних) поранень із комбінованими ураженнями опорно рухового апарату, м'яких і покривних тканин.

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО АБСЦЕСУ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ДАНИМИ

Чурилін Р.Ю., Вороньжев І.О., Крамний І.О.
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Хронічними абсцесами називають абсцеси, при яких патологічний процес не завершився через 3 місяці і перебігає з періодами загострень та ремісій. Практикуючими лікарями-рентгенологами оцінка тяжкості перебігу хронічного абсцесу проводиться зазвичай візуально, вона є суб'єктивною і, як правило, не відображає дійсний стан перебігу абсцесу.

Мета роботи. Об'єктивізувати тяжкість перебігу хронічного абсцесу легень за даними рентгенографічного дослідження.

Матеріали і методи. Нами були вивчені дані рентгенологічного дослідження органів грудної клітки (ОГК) 248 хворих на гнійно-деструктивні захворювання легень віком від 18 до 78 років. Виконувались рентгенографія, скопія, 54 хворим зроблена комп'ютерна томографія (КТ) ОГК. Нами рекомендується наступний розподіл тяжкості перебігу хронічного абсцесу легень за рентгенограмами грудної клітки на основі математичних параметрів:

1-й ступінь — помірний перебіг: порожнина абсцесу має діаметр до 4 см; товщина перифокального пневмофіброзу складає 3-5 мм, серединна тень розміщується звичайно;

2-й ступінь — перебіг середньої тяжкості: порожнина абсцесу від 4 до 6 см у діаметрі; товщина перифокального пневмофіброзу складає 6-10 мм, серединна тень зміщується до 25% від поперечника половини грудної клітки;

3-й ступінь — тяжкий перебіг захворювання: порожнина абсцесу більше ніж 6 см у діаметрі; товщина перифокального пневмофіброзу більша ніж 10 мм; серединна тень зміщується більше ніж 25% від поперечника половини грудної клітки.

Результати. При аналізі даних, отриманих у результаті рентгенологічних, КТ- та клініко-лабораторних досліджень встановлений хронічний абсцес легень у 14 (5,7%) хворих. Хронічний абсцес I ступеня тяжкості діагностований у 6 хворих із 14 (42,9%); перебіг середнього ступеня тяжкості (II ступеня) встановлений у 6 (42,9%) хворих; тяжкий перебіг (III ступеня) встановлений у 2 (14,3%) хворих.

Висновок. Таким чином, запропонований спосіб визначення тяжкості перебігу хронічного абсцесу за рентгенограмами на основі рентгенограмметричних даних (розміри порожнини, товщина перифокального пневмофіброзу та зміщення серединної тіні) дозволяє об'єктивно визначати тяжкість його перебігу за трьома ступенями, що дозволить призначати відповідне лікування хворим.