

3. Обов'язковим є ретельна оцінка анатомо-топографічних даних анастомотичних ділянок кишки, які потрібно досліджувати до та під час операції.

4. Найбільш оптимальним періодом для проведення реконструкції є 2-3 місяці від початку першої опе-

рації при компенсованій супутній патології.

Перспективою подальших розробок є створення комплексної програми у визначенні терміну проведення реконструкції та вибору типу співустя індивідуально для кожного хворого.

Список літератури

- Алиев С.А. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска /С.А. Алиев, Э.С.Алиев //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб, 2007. - №4. - С. 118-122.
- Ангиофибролиптома поперечной ободочной кишки /В.Н.Новожилов, У.Р.Доллидзе, Д.Б.Детярев [и др.] //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2006. - Т. 165, №2. - С. 102-103.
- Винник Ю.А. Пути улучшения результатов лечения больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки /Ю.А.Винник, В.В.Отчиченко, А.Е.Гавриков //Врачебная практика. - 2006. - №2. - С. 66-69.
- Восстановительная хирургия при раке толстой кишки /Н.В.Бондаренко, Г.Г.Псарас, Н.Г.Семикоз [и др.] //Клініч. хірургія. - 2007. - №10. - С. 44-47.
- Несостоятельность швов анастомозов при операциях на кишечнике /О.И.Ми-
- миношвили, О.С.Антонюк, С.В.Ярошак [и др.] //Клінічна хірургія. - 2004. - №11. - С. 67.
- Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки //Здоров'я України. - 2009. - №12/1. - С. 44-45.
- Помазкин В.И. Хирургическая реабилитация пациентов с двустольными кишечными стомами /В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - Т. 18, №4. - С. 69-73.
- Реконструктивные восстановительные операции по поводу неспецифического язвенного колита и болезни Крона толстой кишки /Ф.И.Гюльмамедов, П.Ф.Гюльмамедов, В.И.Волоков [и др.] //Клінічна хірургія. - 2005. - №1. - С. 15-18.
- Сафронов Д.В. Хирургическое лечение заболеваний и травм ободочной кишки /Д.В.Сафронов, Н.И.Богомолов //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб, 2005. - Т.164, №2. - С. 21-25.
- Crohn's Colitis: Eoperience with Segmental Resections; Results in a series of 84 Patients /P.Martel, P.Olivier Betton, D.Gallot [et al.] //J. Am. Coll. Surg. - 2002. - Vol. 194, №4. - P. 448-453.
- Faivre J. Screening for colorectal cancer: who, when, how? //3 Inter-national conference, (Dublin (Ireland), June 7-9, 2001). - Dublin, 2001. - P. 13.
- The association of pretreatment health-related quality of life with surgical complications for patients undergoing open surgical resection for colorectal cancer /T. Anthony, L. S. Hyman, D. Rosen [et al.] //Ann. Surg. - 2003. - Vol.238, №5. - P. 690-696.
- A new neovalve type in short bowel syndrome surgery /M.Zurita, J.M.Raurich, A.Ramerez [et al.] //Rev. Esp. Enferm Dig. - 2004. - Vol.96. - P. 110-118.

Дроненко В.Г.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. Проанализированны результаты лечения 163 колосто-мированных больных с различной колоректальной патологией после реконструктивно-восстановительных операций, которые были выполнены в период от 1 месяца до 2 лет. Комплексная оценка клинических, топографоанатомических, морфофункциональных данных позволяла применить наиболее целесообразные методы колопластики, выбрать удачный срок для проведения реконструкции от времени первой операции и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции, колостома, больные с колоректальной патологией.

Dronenko V.G.

RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH COLORECTAL PATHOLOGY WHO UNDERWENT STOMA SURGERY

Summary. The results of treatment of 163 patients with various colorectal pathology who underwent stoma surgery followed by reconstructive-restorative operations performed within the period of one month to two years were analyzed. Complex assessment of clinical, topographo-anatomical and morpho-functional findings in these patients made it possible to use the most reasonable methods of coloplasty, to choose the most appropriate time for performing reconstructions after the primary operations as well as to decrease the number of postoperative complications.

Key words: reconstructive-restorative operations, colostoma, patients with colorectal pathology.

Стаття надійшла до редакції 11.12. 2012р.

© Запорожан С.Й.

УДК: 616.33/. 342/002.45/036/88

Запорожан С.Й.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського"

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Резюме. У статті автор аналізує результати лікування 2986 пацієнтів з виразковими гастродуоденальними кровотечами в умовах спеціалізованого хірургічного стаціонару. Розкриває особливості проведення інфузійно-трансфузійної терапії у пацієнтів з геморагічним шоком.

Ключові слова: виразкова гастродуоденальна кровотеча, інфузійно-трансфузійна терапія, геморагічний шок.

Вступ

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) продовжує залишатись актуальною проблемою сучасної гастроентерології.

Відомо більше 100 захворювань, які викликають шлунково-кишкові кровотечі, з них 70-80% складають кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Клінічне значення кровотеч визначається високим рівнем летальності. Рівень смертності від кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у розвинутих країнах світу коливається в межах від 5 до 10% і немає тенденції до зниження [Куригин и др., 2001].

На сьогоднішній день у 2/3 хворих з гастродуоденальними кровотечами кровотечу зупиняють сучасними консервативними засобами, включаючи ендоскопічні методи гемостазу [Панцырев и др., 2000].

Відомо, що масивна крововтрата приводить до гемодинамічних змін і порушень, які в свою чергу проявляються гіпотонією, централізацією кровообігу, порушенням мікроциркуляції, гіпоксією тканин і органів, ацидозом, порушенням реологічних властивостей крові, зниженням обмінних процесів [Братусь, Шерман, 1989; Братусь, 1992].

Важливим завданням, яке стоїть перед лікарем, крім зупинки кровотечі, є заходи по відновленню мікроциркуляції, попередження внутрішньо-судинної агрегації, корекція водно-електролітного балансу, адекватне забезпечення перфузії тканин [Кондратенко и др., 2006].

Інфузійно-трансфузійна терапія при цьому є ведучою і спрямована на корекцію постгеморагічних порушень гемостазу, в першу чергу, життєво важливих органів і систем, профілактику рецидиву кровотечі, шляхом покращення реологічних властивостей крові, підтримуючи при цьому колоїдно-осмотичну рівновагу [Крылов, 2001].

Ряд авторів [Братусь, Шерман, 1989; Куригин и др., 2001; Панцырев Ю.М. и др., 2000] вважають крововтрату пусковим механізмом синдрому поліорганної недостатності, що при поєднанні з важкою супутньою патологією поглиблюють важкість стану хворого.

Виразкові гастродуоденальні кровотечі призводять до поглиблення ішемічних змін і в самій виразці, на думку деяких авторів [Куригин и др., 2001; Фомин и др., 2004], спричиняють рецидив кровотечі.

Інфузійно-трансфузійна терапія у хворих з гастродуоденальними кровотечами здатна забезпечити стабільність гемодинаміки при гіповолемії та адекватність серцевого викиду шляхом своєчасного переходу від інфузій кристалоїдів і синтетичних колоїдів до переливання еритроцитарної маси та свіжозамороженої плазми. Основна ціль, яка ставиться перед інфузійною терапією - це заміщення втрати кількості рідини із судинного русла, компенсація екстрацелюлярної та інтрацелюлярної рідини та електролітів.

Мета роботи - аналіз результатів лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами.

Матеріали та методи

Інфузійно-трансфузійна терапія в хірургії виразкових гастродуоденальних кровотеч.

Усім пацієнтам з ознаками гастродуоденальної кровотечі, після огляду хірурга та підтвердження діагнозу виразкова гастродуоденальна кровотеча проводили ендоскопічну верифікацію (при можливості, ендоскопічний гемостаз) - зупинку кровотечі. Пацієнти госпіталізувались у відділення анестезіології і реанімації, де призначався комплекс лабораторних досліджень: загальний аналіз крові, аналіз сечі, визначення групи крові та резус фактору, коагулограма, біохімічний аналіз крові (загальний білок, цукор крові), ЕКГ. Оцінку важкості кровотечі, прогнози рецидиву та покази до хірургічного лікування визначали за основними діагностичними критеріями з додатковими клініко-ендоскопічними ознаками ризику рецидиву кровотечі.

Консервативна терапія при виразкових гастродуоденальних кровотечах являє собою комплекс заходів, направлених на інфузійно-трансфузійну корекцію постгеморагічних змін та профілактику рецидиву кровотечі.

При обґрунтуванні програми інфузійно-трансфузійної терапії у хворих з крововтратою враховували клініко-ендоскопічну характеристику виразкового субстрату, стійкість гемостазу, важкість геморагічного шоку, супутню патологію. При виборі об'єму інфузійного середовища дотримувались послідовності, темпу та об'єму введення лікарських середників. Основні вимоги до інфузійно-трансфузійної терапії, які ми ставили були: 1) об'єм трансфузійного середовища, 2) послідовність введення, 3) темп введення, які ґрунтувались на основних постулатах, запропонованих академіком В.Д. Братусем. Враховуючи той факт, що пусковим механізмом при геморагічному шоці є гостра крововтрата і, як наслідок, різке зниження об'єму циркулюючої крові, яке в свою чергу проявляється централізацією кровообігу, порушенням мікроциркуляції, гіпоксією тканин та органів, порушенням реологічних властивостей крові, зниженням обмінних процесів [Братусь, Шерман, 1989]. Інфузійно-трансфузійна терапія у хворих з гастродуоденальними кровотечами здатна забезпечити стабільність гемодинаміки при гіповолемії та адекватність серцевого викиду шляхом своєчасного переходу від інфузії кристалоїдів і синтетичних колоїдів до переливання одногрупної еритроцитарної маси та свіжозамороженої плазми.

Основна ціль, яка ставиться перед інфузійно-трансфузійною терапією - це заміщення втрати кількості рідини із судинного русла, компенсація екстрацелюлярної та інтрацелюлярної рідини та електролітів з обов'язковою противиразковою та кровозупинною терапією. При цьому обов'язково приймали до уваги клініко-ендоскопічну характеристику джерела кровотечі, стійкість гемостазу, кратність епізодів кровотечі, об'єм гіповолемії, ступінь вираженості порушення гемодинаміки.

Тривалість та об'єм інфузійно-трансфузійної терапії

Таблиця 1. Розрахунки при проведенні інфузійно-трансфузійної терапії в залежності від важкості геморагічного шоку.

Важкість геморагічного шоку	Орієнтовний об'єм крововтрати		Заміщення крововтрати (мл)		
			Плазмозамінники		Ер. маса
			Колоїди	Кристаліоди	
Помірний	10% від ОЦК	-	400	800	-
Середній	10-20%	1000 мл	800	1000	50 - 800
Важкий	До 30%	1200-2000 мл	800	2000	1000 - 1500

Таблиця 2. Характеристика хворих за віком та статтю.

Локалізація виразки	Стать		Вік		
	чол.	жін.	<60	60-80	>80
ДПК	1376	534	1378	413	119
Шлунок	427	230	349	203	105
Шлунок+ДПК	91	57	72	60	16
Пептична виразка	72	19	61	-	5
Гостра виразка шлунка	64	116	179	1	-

залежали від важкості геморагічного шоку. Після забезпечення адекватного, постійного венозного доступу шляхом катетеризації двох периферичних, або однієї центральної вени і двох периферичних (геморагічний шок середнього або важкого ступеня важкості), усунення критичної гіповолемії, підтримання ОЦК в кров'яному руслі, інфузійно-трансфузійна терапія направлялась на відновлення адекватної тканинної перфузії.

Поповнення крововтрати проводили в об'ємі створення гіперволемічної гемодилуції за рахунок збільшення частки плазмозамінюючих розчинів в 1,5 - 2 рази від дефіциту ОЦК і зменшення частки еритроцитарної маси до 40 - 80% втраченого об'єму, в залежності від важкості крововтрати і ваги тіла пацієнта (табл. 1).

Інфузійно-трансфузійну терапію розпочинали із введення колоїдно-кристалічних плазмозамінників. Гемотрансфузія проводилась виключно за показами, при зниженні гемоглобіну нижче 80 г/л і гематокриту нижче 30%, а також при важкому стані хворого (систолический АТ < 90 мм рт.ст., PS 110 - 120 уд за 1'). Постійно здійснювався моніторинг клініко-лабораторних спостережень в порівнянні із стартовими показниками. Основні показники гемостазу в контрольній групі хворих оцінювали через 2 год., 6 год., 12 год., 24 години на тлі розпочатої інфузійно-трансфузійної терапії.

Також при цьому враховували ступінь надійності гемостазу. При кровотечі що продовжувалась з ціллю передопераційної підготовки об'єм інфузійно-трансфузійної терапії дещо мінявся, при цьому незмінним лишалось співвідношення об'єму сольових розчинів до колоїдно осмотичних середників до крові і її компонентів. При важкому шоці це співвідношення становило 1:1:2, при середньому 2:2:1, помірному 1:1:1. Об'єм циркулюючої крові розраховували в мл на 1 кг ваги тіла пацієнта. У здорових чоловіків ОЦК рівний 70 мл/

кг, у жінок 65 мл/кг.

Донорська кров та еритроцитарний трансфузат мають ряд небажаних властивостей і вони не можуть бути універсальним засобом корекції гіповолемії. Тільки зниження концентрації гемоглобіну нижче 80 г/л і гематокриту нижче 30% потребують трансфузії еритроцитарної маси.

На початковому етапі лікування хворих з крововтратою гемотрансфузія необхідна тільки в тих випадках, коли гемодилуція стає надлишковою і анемія тягне за собою порушення ди-хальної функції крові. Гемотрансфузії використовували при важких станах хворих (важкий геморагічний шок), коли гематологічні показники не встигли змінитися через малий термін від початку профузної кровотечі.

Одночасно з інтенсивною інфузійно-трансфузійною терапією у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами в обов'язковому порядку застосовували комплексну медикаментозну терапію, яка була направлена на медикаментозне пригнічення кислот-пептичної агресії шлункового соку та еридикації *Helicobacter pylori*, використовуючи блокатори H2 гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи. В якості інгібіторів протонної помпи використовували препарати омепразолу (Омес, Нексіум по 80 мг в/в краплинно на 100 мл фізрозчину). Це створює умови для запобігання лізису тромба згустка, завдяки адекватному рівню шлункового рН (> 4). Це було доведено в рандомізованих дослідженнях.

Синтетичні аналоги соматостатину - Сандостатин (Novartis) з розрахунку 50 мкг /год. показало ефективність ведення цього препарату на протязі 72 годин.

Інгібітори фібринолізу - Тугіна 15 мг/кг маси тіла краплинно на 100 мл фізрозчину, швидкість введення 1мл/хв., кожні 6-8 год.

Призначення цих препаратів проводилось усім пацієнтам з виразковими гастродуоденальними кровотечами, незалежно від ступеню надійності гемостазу та важкості крововтрати.

Враховуючи, що постгеморагічний період характеризується розвитком багатокomпонентного коагулопатичного синдрому, основою протирецидивної терапії слугує свіжозаморожена плазма, яка в збалансованій кількості містить, як фактори загортальної, так і протизгортальної системи.

Результати надання допомоги хворим з виразковими гастродуоденальними кровотечами характеризують

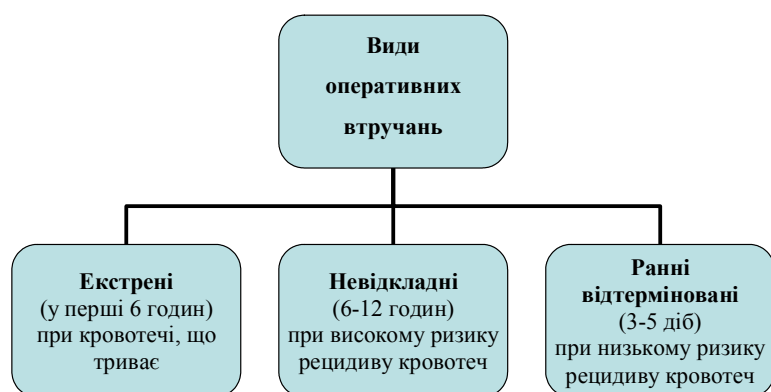


Рис. 1. Види оперативних втручань.

строгу залежність від фактора часу.

Основним завданням лікаря хірурга, анестезіолога та ендоскопіста по відношенню до хворих з виразковими гастродуоденальними кровоточами є максимально швидке прийняття рішення і оперативне виконання діагностичних та лікувальних заходів на різних рівнях надання медичної допомоги.

Результати. Обговорення

Нами проведено аналіз лікування 2986 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч (табл. 2).

Частіше зустрічались хворі з виразковою хворобою ДПК - 1910 пацієнтів (68,1%), серед них чоловіків - 1376 пацієнтів (72%), жінок - 533 (28%). Пацієнтів старшого і похилого віку - 229 (7,7%). З них проліковано консервативно із застосуванням ендоскопічних методів гемостазу 2805 пацієнтів (93,9%), а 181 пацієнту (6,1%) проведено оперативне лікування. Серед неоперованих 2805 пацієнтів геморагічний шок помірного ступеня було діагностовано у 1893 пацієнтів (53,4%), середнього ступеню - у 35,5%, важкий геморагічний шок - в 11,1%. З пацієнтів, які отримували консервативну терапію, померло 104 особи (3,7%), з них чоловіки - 68 (63,4%), жінки - 36 (36,6%). Причинами несприятливих наслідків були: смерть до однієї доби перебування в стаціонарі (незворотній геморагічний шок) - 85%, декомпенсована супутня патологія - 93,3%, відмова від операції - 5%.

Широке впровадження в практику діагностики гастродуоденальних кровотеч ендоскопічних методів дослідження з наступним ендоскопічним гемостазом: діатермокоагуляція, гідродіатермокоагуляція, аргоноплазмова коагуляція, інфільтраційні методи, аплікаційні методи допомогло значно знизити післяопераційну летальність.

У Київському міському центрі ШКК розроблено спеціальний алгоритм лікування хворих з гастродуоденальними кровоточами, алгоритм тактики оперативних втручань.

При виконанні екстрених оперативних втручань в лікуванні кровоточивих гастродуоденальних виразок частіше виконували операції ТВ+ДШО у 63 пацієнтів (34,8%), проти 3 пацієнтів (1,7%) у ранньому відтермінованому періоді. Спеціалізована медична допомога

хворим з виразковими гастродуоденальними кровоточами у центрі шлунково-кишкових кровотеч м. Києва розпочинається в приймальному відділенні лікарні. Якщо пацієнт доставлений у стані геморагічного шоку, інфузійну та медикаментозну терапію крововтрати розпочинають в приймальному відділенні і продовжують у відділенні анестезіології та реанімації, де проводиться каутеризація підключичної вени для швидкого відновлення дефіциту ОЦК і вимірювання ЦВТ. Після чого проводиться невідкладна езофагогастродуоденоскопія для верифікації джерела кровотечі та її зупинки.

Ступінь і надійність гемостазу проводимо за шкалою Forrest.

Ступінь і надійність гемостазу проводимо за шкалою Forrest.

Особливості інфузійно-трансфузійної терапії.

Швидкість та об'єм інфузії оцінювали по динаміці росту центрального венозного тиску (ЦВТ), середнього артеріального тиску, рівня насичення киснем гемоглобіну (SaO₂). В залежності від важкості геморагічного шоку (при середньому та важкому) інфузійну терапію проводили за принципом: колоїдні розчини + гіперосмолярні + сольові ізотонічні розчини + свіжозаморожена плазма + еритроцитарна маса. В такому ж об'ємі інфузійна терапія проводилась як передопераційна підготовка та інтероопераційна, так як при кровотечі, що продовжується очікувати відновлення ОЦК недоцільно, а підвищення середнього артеріального тиску може призвести до посилення геморагії.

Інфузійно-трансфузійна терапія в повному обсязі проводиться лише після зупинки кровотечі (ендоскопічним чи оперативним способом).

1. Корекція порушень гемокоагуляції і профілактика тромбозу глибоких вен (Фраксипарин 0,3мл - 1-2 рази на добу, клексан 0,2 мл - 1 раз на добу).

2. Респіраторна корекція (сатурація киснем 90%).

3. Нутритивна корекція (глюкоза, ліпіди, білки, вітаміни, електроліти).

Критеріями ефективності інфузійно-трансфузійної терапії вважаємо: 1. Стабілізація систолічного тиску більше 100 мм рт.ст. 2. Стабілізація ЦВТ 5-12 мм водного стовпа. 3. Стабілізація гематокриту - 30%

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Основною ціллю інфузійно-трансфузійної терапії є корекція патогенетичних змін, спричинених геморагічним шоком.

2. Адекватна інфузійно-трансфузійна терапія в лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч дозволяє вчасно провести корекцію об'єму циркулюючої крові, стабілізувати і нормалізувати артеріальний тиск, відновити перфузію тканин.

3. Зниження концентрації гемоглобіну до 60-70 г/л

у людей старого та похилого віку із супутньою серцево-судинною патологією збільшує ризик летальності.

4. Причинами несприятливих наслідків у лікуванні хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами слід вважати незворотній геморагічний шок та

декомпенсовану супутню патологію.

Дані проведеного наукового дослідження можуть в подальшому бути використані при обґрунтуванні програми інфузійно-трансфузійної терапії у хворих з кровотечею.

Список літератури

- Братусь В.Д. Возможности улучшения результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями /Братусь В.Д. //Хірургія. - 1992. - №9. - С. 65-67.
- Братусь В.Д. Геморрагический шок: патофизиол. и клин. аспекты /В.Д.Братусь, А.М.Шерман. - К.: Наук. думка, 1989. - 304 с.
- Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала / Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. - Донецк, 2006. - 411 с.
- Крылов Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение /Н.Н.Крылов //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктологии. - 2001. - №2. - С. 76-87.
- Куригин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / Куригин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. - Сиб.: Питер., 2001. - 568 с.
- Панцырев Ю.М. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.М.Панцырев, А.И.Михлев, Е.Д.Федоров //Хірургія. - 2000. - №6. - С. 23-24.
- Профилактика ранних рецидивов кровотечения из кровоточащих гастродуоденальных язв / П.Д.Фомин, В.И.Никишаев, С.Г.Головин [и др.] // Хірургія України.- 2004.- №1(9).- С. 12-13.

Запорожан С.Й.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ У БОЛЬНИХ С ЯЗВЕННИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧЕННЯМИ

Резюме. В статье автор анализирует результаты лечения 2986 пациентов с язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях специализированного хирургического стационара. Раскрывает особенности проведения инфузионно-трансфузионной терапии у пациентов с геморрагическим шоком.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, инфузионно-трансфузионная терапия, геморрагический шок.

Zaporozhan S.Y.

DRUG THERAPY OF PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL HEMORRHAGE

Summary. The article analyzes the results of treatment of 2986 patients with ulcerative gastroduodenal hemorrhage in the conditions of the specialized surgical hospital. The features of infusion-transfusion therapy in patients with hemorrhagic shock are revealed.

Key words: ulcerative gastroduodenal hemorrhage, infusion-transfusion therapy, hemorrhagic shock.

Стаття надійшла до редакції 08.10.2012р.

© Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Канзюба М.А.

УДК: 616.718.43-001.5-089.84

Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Канзюба М.А.

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, НДІ травматології та ортопедії (вул. Артема, 106, м. Донецьк, Україна, 83048)

ВНУТРІШНІЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮЖНОЇ ЗАПАДИНИ

Резюме. Мета роботи - обґрунтувати показання до остеосинтезу й технічні особливості його виконання при переломах вертлюжної западини. Представлено досвід хірургічного лікування 74 пацієнтів. Планування і здійснення остеосинтезу при переломах вертлюжної западини ґрунтується на детальному вивченні особливостей ушкодження кульшового суглоба і всього тазового кільця заданими рентгенологічним дослідженням.

Ключові слова: вертлюжна западина, переломи, внутрішній остеосинтез

Вступ

При лікуванні переломів вертлюжної западини (ПВЗ) домінуючим є хірургічний метод, який передбачає відновлення суглобової поверхні шляхом відкритої репозиції і стабільної внутрішньої фіксації фрагментів. Це забезпечує ранню мобілізацію пацієнтів, сприяє покращенню функціональних результатів [Geoghegan et al., 2007; Giannoudis et al., 2005].

Складність анатомії вертлюжної западини (ВЗ) і різноманітність варіантів її переломів, зумовлюють необхідність диференційованого підходу до хірургічної

тактики, як на етапі планування, так і в процесі виконання оперативного втручання.

Мета дослідження - на підставі диференційованого підходу обґрунтувати особливості виконання остеосинтезу ВЗ у залежності від характеру пошкодження кульшового суглоба.

Матеріали та методи

Внутрішній остеосинтез ВЗ виконано у 74 пацієнтів з переломами-вивихами у ділянці кульшового суглоба