

УДК 616.712-001-089.844

© В. Г. ГЕТЬМАН, О. В. ЛІНЧЕВСЬКИЙ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

**Флотация грудної стінки: еволюція поглядів**

V. H. HETMAN, O. V. LINCHEVSKYI

National Medical Academy of Post-Graduate Education by P. L. Shupyk

**FLOTATION OF THORACIC WALL: EVOLUTION OF OPINIONS**

Уявлення про порушення біомеханіки дихання при травмі грудей з наявністю флотуючого сегмента є “хрестоматійними” та наводяться в будь-якому посібнику практично без змін. Проте рекомендації щодо хірургічного лікування та інтенсивної терапії таких пацієнтів впродовж останніх десятиліть докорінно змінилися. У середині минулого сторіччя хірурги, усвідомлюючи негативний вплив парадоксальних рухів грудної стінки, намагалися усунути “першопричину”, застосовуючи тракцію за груднину та різноманітні імпровізовані способи “зовнішньої фіксації”. Ці методи подекуди застосовують і в наші дні. Останнім часом значного поширення набули методи “внутрішньої”, оперативної фіксації з відкритою репозицією уламків та використанням широкого спектра металоконструкцій – спиць, скоб, пластин. Вершиною технологій фіксації ребер є застосування анатомічних пластин, чи пластин, що розсмоктуються. Одночасно з удосконаленням хірургічної техніки усвідомлюється визначальна роль у тяжкості стану контузії легені, а відтак зменшується увага до власне флотації. Сьогодні аксіомою є те, що порушення оксигенації при флотуючих переломах є наслідком забою, гострого пошкодження легені та шунтування. А порушення зовнішнього дихання при флотації викликане болем та наростанням роботи дихання. Здавалося б, із вдосконаленням дихальних апаратів з флотацією можна було б справитися самою лише штучною вентиляцією легень. Проте, ще в 1975 році вперше були сформульовані принципи інтенсивної терапії пацієнтів з флотацією – обмежене введення рідини, зменшення болю, агресивна санація дихальних шляхів. Ці принципи справедливі і сьогодні, а показання до ШВЛ у пацієнтів з флотацією є стандартними. Таким чином, ШВЛ є першочерговим, невідкладним кроком в лікуванні дихальної недостатності у пацієнтів з флотацією реберного сегмента. Але ШВЛ не усуває деформації грудної клітки, а наявність флотації може суттєво подовжити тривалість штучної вентиляції.

Ретроспективно вивчені дані історій хвороби пацієнтів відділення політравми за 2006–2010 роки.

Впродовж 5 років в клініку госпіталізовано 7528 пацієнтів з поєднаною травмою. Закрита травма грудей діагностована у 4849 пацієнтів, переломи більше ніж 4 ребер виявлені у 819 з них, серед яких перелом груднини був у 41 хворого.

МОС ребер (та груднини) виконано у 40 пацієнтів. Тяжкість оперованих пацієнтів з поєднаною травмою становила 22 (16–41) бали за шкалою ISS. МОС ребер після виконання торакотомії (розрив діафрагми, згорнений гемоторакс) проведено у 10 пацієнтів. Неможливість від’єднання від апарата ШВЛ, значні вентиляційні порушення були показанням до МОС ребер у 9 пацієнтів. У 21 хворого розвинулась деформація грудної клітки та рестриктивні порушення, що потребували відновлення об’єму гемотораксу. Всім пацієнтам виконано відкриту репозицію, МОС ребер спицями. Якщо пацієнт не потребував торакотомії з інших причин, МОС ребер виконували екстраплеврально, без виконання торакотомії. Час виконання втручання (медіана) з моменту травми становив 2 дні (0–20), кількість ребер, які потребували репозиції та МОС – 4 (1–6), тривалість втручання склала 110 хв (60–190). Летальних випадків в даній групі не було. Тривалість перебування в відділенні реанімації (ліжко-день) свідомо не брали до уваги через суттєвий вплив на ці показники супутніх пошкоджень (скелетної та нейроtraви). Серед специфічних ускладнень виявлена підшкірна міграція спиць у 1 пацієнта.

Гетерогенність пацієнтів з поєднаною травмою ускладнює проведення контрольованих досліджень, тому деформація грудної клітки, яка потребує корекції, визначається передусім емпірично. Об’єктивна клінічна оцінка власне флотації є складною, зважаючи на малу різнорідну дослідну групу. МОС ребер спицями забезпечує достатню стабільність та задовільне відновлення реберного каркасу. Міграція спиць, як основний недолік методу, не є важливою ані за частотою, ані за клінічною значимістю. Потреба в складних, реконструктивних методах фіксації ребер не є очевидною.

Отримано 10.04.13