

1. Створені всі організаційно-методологічні умови для покращення якості лікувально-діагностичного процесу в контексті анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань. Альтернативи цьому процесу немає.

Литература

1. Кулаков В. И., Серов В. Н., Абубакирова А. М., Чернуха Е. А., Баранов И. И., Федорова Т. А.. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии // Анестезиолог. – 2012. - № 6.- С. 11-17

1. Лихванцев В.В., Субботин В.В., Ситников А.В., Журавлев С.В., Казанникова А.Н. Некоторые этические и клинико-финансовые аспекты современной анестезиологии // Вестник интенсивной терапии. – 1999.- №1.- С. 12 - 16.

2. Бабаев Б.Д., Пивоваров С.А. Шишков М.В. и др. Диприван, как компонент анестезии при экстренных оперативных вмешательствах у детей // Анестезиология и реаниматология. - 1998 - №1. - С. 15-16.

3. Godsiff L., Magee L., Park G.R. Protofol versus protofol with medazolam for laryngeal mask insertion // European Journal of Anesthesiology. - 1995. - Vol 12. – Suppl.12. – P. 35 - 40.

4. Харченко В.П., Синев Ю.В., Наседкин Г.К. Эндоскопическое удаление полипов желудка с помощью радиоволновой хирургии // Эндоскопическая хирургия. - 2003.- № 3.- С. 19 - 22

5. Иншаков Л.Н., Хурцилава О.Г., Кузьмин-Крутецкий М.И., Зубовский Ю.Ю. Возможности оперативной эндоскопии желудочно-кишечного тракта. /В сб. Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике. - С-Пб., 1996. – С. 85 - 93.

6 de Villiers WJ. Anesthesiology and gastroenterology // Anesthesiol. Clin. – 2009. – Mar. 27.- №1. – P. 57 – 70

Работа поступила в редакцию 10.01.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.71.2-001.5-089.84

*Ю. В. Сухин, В. В. Сердюк, В. П. Топор, Мен Синь (Китай), А. В. Гуриенко,
А. И. Попов, О. Д. Харитонов*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОДЕССКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Одесский национальный медицинский университет,
Городская больница № 11, Одесса.

Реферат. Ю. В. Сухин, В. В. Сердюк, В. П. Топор, Мен Синь, А. В. Гуриенко, А. И. Попов, О. Д. Харитонов. **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОДЕССКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА).** Изучен опыт лечения 130 больных с переломами ключицы, перенесших оперативное лечение в Одесском травматологическом центре - клинической базе кафедры травматологии, ортопедии с детской хирургией ОНМедУ с 2011 по 2013 г.г. Установлено, что при оскольчатых переломах ключицы наиболее целесообразно использование малеольного винта, при поперечных и косых переломах - стержня Богданова с замком по Луневу, а также пластины с винтами.

Ключевые слова: перелом ключицы, металлоостеосинтез.

Реферат. Ю. В. Сухін, В. В. Сердюк, В. П. Топор, Мен Синь, О. В. Гурієнко, О. І. Попов, О. Д. Харітонов. **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КЛЮЧИЦІ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ОДЕСЬКОГО ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ).** Проаналізований досвід лікування 130 хворих з переломами ключиці, що були прооперовані у Одеському травматологічному центрі - клінічній базі кафедри травматології, ортопедії з дитячою хірургією ОНМедУ з 2011 по 2013 р. р. Встановлено, що при багаті - фрагментарних переломах ключиці найбільш показано застосування малоюлярного гвинта, при поперекових та косих переломах - стержня Богданова з замком по Луньову, а також пластини з гвинтами.

Ключові слова: перелом ключиці, металоостеосинтез.

Summary. Y. V. Suchin, V. V. Serdyuk, V. P. Topor, Men Sin, A. V. Gurienko, A. I. Popov, O. D. Charitonov. **EVALUATION OF CLAVICLE FRACTURES SURGICAL TREATMENT EFFECTIVENESS (BY THE CLINICAL MATERIALS OF ODESSA TRAUMATOLOGICAL CENTRE).** The Authors investigated results of treatment of 130 patients with clavicle fractures, who have been operated on in Odessa traumatological centre - clinical base of department of traumatology, orthopedics and children's surgery of Odessa National Medical University from 2011 to 2013. It has been revealed that for the treatment of compound fractures of clavicle most effective is the use of malleolus screw, in the treatment of transverse and oblique fractures - intramedullar Bogdanov's nail of with Lunev's lock and a plate with screws.

Keywords: fracture of clavicle, osteosynthesis.

Актуальность проблемы. Проблема лечения пострадавших с переломами ключицы, несмотря на успехи современной травматологии, сохраняет свою актуальность. По разным данным переломы ключицы составляют от 2,6 до 19,5% от всех переломов костей [1, 4, 5, 7, 9].

По механизму травмы переломы ключицы можно разделить на прямые, когда удар приходится непосредственно по ключице, при этом могут возникать оскольчатые, поперечные либо косопоперечные переломы. При непрямом механизме травмы (падение на область плечевого сустава, на локоть, вытянутую руку) возникают, как правило, косые и косопоперечные переломы. Они встречаются наиболее часто и сопровождаются типичным смещением отломков, располагаясь в средней трети или на границе средней и наружной трети. Костные фрагменты ключицы при косых и оскольчатых переломах в момент травмы, либо в последующем, при отсутствии адекватной иммобилизации, могут повреждать как кожу в зоне перелома, так и плевру с сосудисто-нервным пучком [2,3, 8].

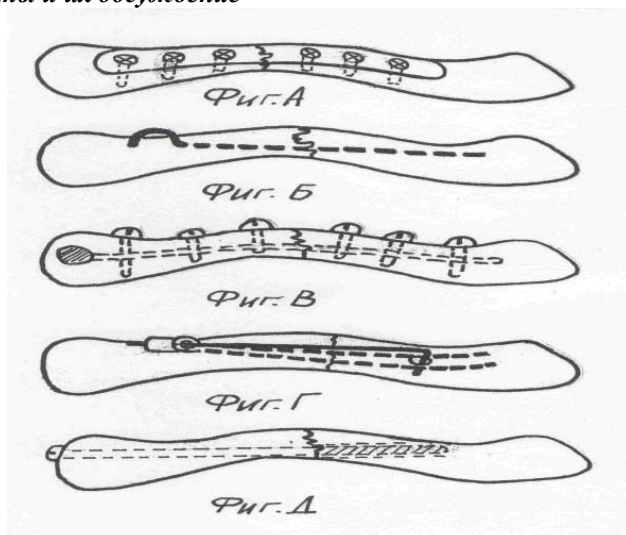
Диагностика перелома ключицы не представляет трудностей, так как имеются жалобы на боли в месте травмы, а отведение и поднятие руки из-за боли ограничено. При осмотре имеет место припухлость, подкожная гематома. Точный диагноз ставится на основании данных рентгенконтроля. Метод лечения перелома ключицы определяется его характером. При поднадкостничном переломе по типу «зеленой ветки» и переломах без смещения отломков, обычно встречающихся у детей, лечение проводится с применением фиксирующих повязок – колец Дельбе, овала Титовой, шины Кузьминского. Такое лечение, как правило, проводится в амбулаторных условиях районным травматологом. Известно более 250 способов консервативного лечения переломов ключицы, что само по себе свидетельствует о недостаточной эффективности проводимого лечения. Так, по данным В.Я. Фищенко и А.М. Жанаспаева [6] консервативные способы в 50-90% случаев не могут исключить вторичного смещения отломков. В результате у 8-16% больных исходы лечения неудовлетворительные. Подтверждением сказанного может служить фундаментальное исследование А.П. Лунева [3], изучившего отдаленные результаты консервативного лечения значительной группы больных (более 100 человек). Автор установил, что в процессе консервативного лечения переломов ключицы со смещением отломков возможно развитие ранних осложнений (потертости кожных покровов под гипсовой повязкой, образование пролежней, травмирование нервов и сосудов) и поздних осложнений (плече-лопаточного периартрита, ограничения движений плечевого пояса с атрофией его мышц на стороне травмы, снижения силы верхней конечности). В итоге, А. П. Лунев делает вывод, что все переломы ключицы со смещением отломков подлежат оперативному лечению.

косопоперечными, оскольчатыми и многооскольчатыми переломами, когда имеется опасность перфорации кожи изнутри острым костным фрагментом ключицы и (или) имеется реальная угроза сдавления либо ранения сосудисто-нервного пучка, предпочтение отдается оперативному лечению.

Цель работы. Изучить опыт хирургического лечения переломов ключицы в Одесском травматологическом центре (клинической базе кафедры травматологии, ортопедии с детской хирургией Одесского национального медицинского университета) за период с 2011 по 2013 гг. и определить наиболее эффективные способы лечения данной травмы.

Материал и методы исследования. Изучению были подвергнуты пациенты с переломами ключицы, проходившие оперативное лечение по поводу данной патологии в 3-х травматологических отделениях ГКБ № 11. Всего лечилось 130 человек. Мужчин было 101 (77,7 %), женщин 29 (22,3 %). Средний возраст составил 46 лет (от 20 до 75 лет). Отдаленные результаты отслежены в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет. Оперативное лечение проводилось с использованием различных методов фиксации отломков: интрамедуллярный остеосинтез маллеолярным винтом (52 случая), стержнем Богданова (45 случаев), накостный остеосинтез при помощи пластины с винтами (23 случая). В двух случаях использовалась конструкция, разработанная на нашей кафедре - «Устройство для интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза поперечных, косых и оскольчатых переломов ключицы»- патент Украины № 70549, авторов Ю.В. Сухина, В.П.Топора, К.В.Павленко, А.И.Попова и Е.Б. Уваровой. В 8 случаях нашло применение «Устройство для остеосинтеза ключицы», сочетавшее накостный и интрамедуллярный остеосинтез (а. с. СССР № 1367961 и а. с. СССР № 1762906 авторов В.В.Сердюка, А.А. Юркова и А.И.Попова).

Результаты и их обсуждение



Анализ накопленного клинического материала позволил установить, что интрамедуллярная фиксация переломов ключицы стержнями и спицами не нашла широкого применения в связи с S-образной формой костномозгового канала и миграцией фиксатора, что не обеспечивало надежного удержания костных фрагментов (фиг. Б). Безусловными недостатками внутрикостного остеосинтеза является осевая и ротационная нестабильность системы «кость-имплант». При изучении отдаленных результатов такого лечения из 45 оперированных больных (6 пациентов на контроль не явились) у 20 отмечалась замедленная консолидация перелома, а у 3 было установлено несращение с формированием ложного сустава из-за перелома фиксатора. После удаления разрушенного стержня выполнен интрамедуллярный остеосинтез маллеолярным винтом.

Использованное в двух случаях устройство для интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза (фиг. В) надежно фиксирует отломки, однако, сама операция технически сложна и травматична. У одного из двух оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде кожа заживала ⁴⁹вторичным натяжением.

Для накостного остеосинтеза пластиной с винтами (фиг. А) характерна

необходимость значительного скелетирования ключицы как при первичном остеосинтезе, так и в последующем, при удалении металлоконструкции. Из 23 оперированных по этому методу пациентов сращение наступило во всех случаях, однако в сроки 5-6 месяцев после операции у 13 больных из-за формирования гипермозоли и соответственно травматизации сосудисто-нервного пучка отмечалась локальная боль в зоне оперированной ключицы, а также парестезия пальцев кисти. В 5 случаях имели место потери кожи. При удалении пластины и винтов через 6-7 месяцев со дня операции возникла техническая сложность – необходимость сбивания костной мозоли для доступа к самой пластине и винтам. После удаления 6-7 винтов сохранялись отверстия, что уменьшало прочность ключицы и вынуждало создавать дополнительную иммобилизацию гипсовой повязкой на 2 недели.

Не нашло широкого применения устройство для интра-экстрамедулярного остеосинтеза (фиг. Г). Его использование в 8 случаях показало, что хотя фиксация отломков была надежной, хирургический доступ сопровождался большим разрезом и скелетизацией ключицы. Изучение отдаленных результатов спустя 6-8 месяцев показало, что во всех 8 случаях наступило полное сращение ключицы.

Исходя из нашего опыта, использование при переломах ключицы маллеолярного винта (фиг. Д) позволяет в большинстве случаев, благодаря надежному удержанию отломков в положении компрессии, исключить осложнения, характерные описанным выше методам лечения. Создается возможность осуществлять ранние движения оперированной конечности уже через несколько дней после операции. Удаление фиксатора осуществляется через 2-2,5 месяца после операции малотравматичным доступом 1-1,5 см в месте расположения головки винта и не требует дополнительной иммобилизации. Результаты лечения изучены у 22 больных в срок до 6 месяцев, у 12- от 6 месяцев до года и у 18 - более года. При поперечных переломах консолидация наступила у всех оперированных больных; при оскольчатых переломах и ранней нагрузке конечности в 8 случаях имела место миграция винта, что потребовало проведения повторной операции.

Выводы

1. Во всех случаях переломов ключицы со смещением отломков рекомендуется осуществление первичного металлоостеосинтеза.

2. Использование маллеолярного винта обеспечивает получение наиболее надежной фиксации отломков при минимальной травматичности самой операции и создает условия для ранней реабилитации оперированной конечности.

3. Другие виды фиксаторов - пластина с винтами, стержень Богданова с замком по Луневу, конструкция для интра- и экстрамедулярной фиксации, безусловно, могут найти применение в определенных ситуациях, с учетом сложности перелома, опыта хирурга, а также наличия необходимых имплантов.

Литература

1. Лечение переломов ключицы (состояние и перспективы) / В. Г. Климовицкий, А. Я. Лобко, В. Ю. Черныш, В. Ю. Чернецкий // Травма. – 2006. - Том 7. - № 2. - С. 15-17.

2. Климовицкий В. Г. Применение способа лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения, сохраняющего его физиологическую подвижность / В. Г. Климовицкий, К. С. Уманский, А. А. Тяжелов [и др.] // Сб. научных трудов XV съезда ортопедов-травматологов Украины. - Днепропетровск, 2010. - С. 121.

3. Лунев А. П. Биомеханика плечевого пояса при переломах ключицы и их оперативное лечение: Автореф... дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.22 Травматология и ортопедия / А. П. Лунев. - Одесса, 1971. - 20 с.

4. Пат. 70549 Україна, МПК (2012) А 61 Л 31/19. Пристрій для інтрамедулярного остеосинтезу поперекових, косих, багато скалкових, неввірно зрощених переломів та псевдоартрозів ключиці / Сухін Ю. В., Павленко К. В., Топор В. П., Попов А. І., Уварова О. Б.; заявник та патентовласник Одес. Держ. Мед. Ун-т. - № 70549; заявл. 08.02.2012; опубл. 11.06.2012, Бюл. № 11. – 8 с.

5. Трубников В. Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата/ В. Ф. Трубников. - К.: Здоров'я, 1984. – 205 с.

6. Фищенко Ф. Я., Жанаспаев А. М. Лечение закрытых переломов ключицы методом скелетного вытяжения/ Ф. Я. Фищенко, А. М. Жанаспаев // Ортопед., травмат. и протезир. - 1980. - № 2. - С. 61 - 67.

7. Черныш В. Ю. Возможности чрескостного остеосинтеза в лечении повреждений ключицы и акромиально-50ключичного сочленения / В. Ю. Черныш, А. Я. Лобко, В. Ю. Чернецкий, В. Д. Приколота // Сб.

научных трудов XV съезда травматологов-ортопедов Украины. - Днепропетровск, 2010. - С. 227.

8. Юмашев Г. С. Травматология и ортопедия / Г. С. Юмашев. - М.: Медицина, 1983. - С. 260-264.

9. Chapman Michel W. Operative Orthopedics. - N.Y., 1993. - Volume 3. - 397 p.

Работа поступила в редакцию 19.02.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 618.11-006.6-036.22-07

В. Г. Дубинина, А. И. Рыбин, О. В. Кузнецова

САНОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С ПЛАТИНОРЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. В. Г. Дубинина, А. И. Рыбин, О. В. Кузнецова. **САНОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С ПЛАТИНОРЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ.** В статье проведен анализ чувствительности аденокарциномы яичников стадии IC-IIIС к адъювантной химиотерапии препаратами платины в зависимости от состояния системы оксида азота в организме пациенток, являющегося одним из маркеров состояния системы саногенеза. Анализ 210 клинических случая рака яичников показал отсутствие достоверной корреляции между стадией заболевания, клинико-anamnestическими характеристиками больных раком яичников и чувствительностью опухоли к препаратам платины. При этом было выявлено достоверное снижение активности системы оксида азота у больных с аденокарциномой яичников, рефрактерной к препаратам платины, что является свидетельством достоверного снижения саногенеза у таких больных. Состояние саногенеза в организме пациенток с раком яичников влияет на чувствительность либо рефрактерность опухоли к химиотерапии препаратами платины.

Ключевые слова: рак яичников, лечение, платинорефрактерность, саногенез.

Реферат. В. Г. Дубинина, А. И. Рыбин, О. В. Кузнецова. **САНОГЕНЕЗ У ХВОРИХ НА ПЛАТИНОРЕФРАКТЕРНИЙ РАК ЯЄЧНИКІВ.** В статті проведений аналіз чуттєвості аденокарциноми яєчників стадії IC-IIIС до ад'ювантної хіміотерапії препаратами платини в залежності від стану системи оксиду азота в організмі пацієнток, що є одним з маркерів стану системи саногенезу. Аналіз 210 клінічних випадків раку яєчників показав відсутність достовірної кореляції між стадією захворювання, клініко-anamnestичними характеристиками хворих на рак яєчників і чуттєвістю пухлини до препаратів платини. При цьому було виявлено достовірне зниження активності системи оксиду азота у хворих на аденокарциному яєчників, яка рефрактерна до препаратів платини, що є підтвердженням достовірного зниження саногенезу у таких хворих. Стан саногенезу в організмі пацієнток хворих на рак яєчників впливає на чуттєвість або рефрактерність пухлини до хіміотерапії препаратами платини.

Ключові слова: рак яєчників, лікування, платинорефрактерність, саногенез.