

оттекающей от него крови у больных с острой кровопотерей, осложненной нарушением сознания, не выходил за пределы нормальных величин.

Заключення

Церебральная недостаточность и нарушение сознания у больных с острой кровопотерей сопровождаются „компенсаторным поглощением” клетками головного мозга ионов магния, а также переходом ионов кальция из внеклеточного сектора во внутриклеточный с возможным участием в нарушении деятельности центральной нервной системы.

Література

1. Krug E.G., Shama G.K., Lozano R. The global burden of injuries // Am J Public Health.- 2000.- Vol. 90.- P.523-526.
2. Spahn D.R., Cerny V., Coats T.J. et al. Management of Bleeding Following Major Trauma: a European Guideline // Critical Care.- 2007. – Vol. 11.- Issue 1. R17.
3. Kvarstein G., Mirtaheri P., Tonnessen T.I. Detection of organ ischemia during hemorrhagic shock // Acta Anaesthesiol.Scand.- 2003.- Jul. Vol.47.- №6.- P.675- 686.
4. Соловьев Г.М., Радзивил Г.Г. Кровопотеря и регуляция кровообращения в хирургии.- М. Медицина, 1973. – Стр. 180 – 217.
5. Неговский В.А., Гурвич А.М. Постреанимационная болезнь. «Медицина» М.,1987г. –480стр.
6. Салалыкин В.И. Арутюнов А.И. Гипоксия головного мозга «Медицина» М., 1997г. 296 стр.
7. Hastbacka J., Pettila V. Prevalence and predictive value of ionized hypocalcemia among critically ill patients. // Acta Anaesthesiol. Scand. – 2003. – 47 (1).- P.1264-1269.
8. Бабаян Е., Зельман В.Л., Полушин А.В. и соавт. Защита мозга от ишемии: состояние проблемы // Анест. и реан. - 2005 . - № 4. – С. 4-14.
9. Corwin H.L., Gettinger A., Pearl R.G. et al. The CRIT Study: Anemia and Blood Transfusion in the Critically Ill – Current Clinical Practice in the United States // Critical Care Med.- 2004.- Vol.32.- №1. – P.39-52.
10. Kuhne C., Zettl R.P., Fischbacher M. Et al. Emergency Transfusion Score (ETS): a useful instrument for prediction of blood transfusion requirement in severely injured patient // World J Surg.- 2008.- Vol. 32.- №6.- P. 1183-1188.
11. Гаевская М.С.Биохимия мозга при умирании и оживлении организма. – М.: Медгиз. – 1967. – 158 с.
12. Ложкин А.В. Методы оценки объёма и степени кровопотери. // Вестник службы крови России. –2004. - № 4. – С. 39-48.
13. Голуб И.Е., Кузнецова С.М., Нетесина Е.С. Диагностика и оценка степени тяжести больных с кровотечениями // Вестник интенсивной терапии.- 2003.- №4.- С.12.-16.

Реферат

ВПЛИВ ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ НА БАЛАНС ІОНІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хижняк А.А., Серебрякова Т.М., Ткачук О.Ю.

В клінічних умовах (63 пацієнта) досліджений вплив гострої крововтрати на іонний гомеостаз головного мозку. Встановлені причини церебральної недостатності та порушення свідомості у пацієнтів даної категорії.

Ключові слова: гостра крововтрата, церебральна недостатність, метаболізм мозку, артеріо-югулярна різниця.

Стаття надійшла 14.01.10.

INFLUENCE OF ACUTE BLOOD-LOSSING ON IONIC BALANCE OF A BRAIN IN AFTEROPERATION PERIOD

Hizhnjak A.A., Serebryakov T.M., Tkachuk A.J.

In clinical conditions (63 patients) are studied influence acute blood-losing on an ionic homeostasis of a brain. The possible reasons of cerebral insufficiency and infringement of consciousness at patients of the given category are established.

Keywords: acute blood-losing, cerebral insufficiency, brain metabolism, arterio-jugular difference.

УДК 616.25-003.219-07-089

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ

В.Д. Шейко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський, А.С. Капюк
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

За період з 2006 р. та 10 місяців 2009 року спостерігали 148 хворих на СП.. Найбільша кількість хворих знаходилася у віці 21-30 років. Виконували лабораторні дослідження, поліпозиційну рентгенографію органів грудної клітки, КТ. 49(33,1%) хворим – УЗД грудної та черевної порожнини. Пункцію та дренивання ПП. Частковий СП діагностовано у 24(16,2%) хворих, субтотальний – у 70(47,2%), тотальний у 53(35,8%) осіб. Напружений у 4(2,7%), ригідний – у 2 чоловік. Рецидивний СП мав місце у 18(12,1%) осіб. Дихальна недостатність I ступеня

відмічена у 104(72,2%) хворих, II ступеня – у 42(28,3%), III ступеня – у 2(1,3%) осіб. Середній термін перебування в стаціонарі був 7,2 доби.

Ключові слова: спонтанний пневмоторакс, діагностика, лікування.

Робота є фрагментом НДР академії «Хірургічні захворювання в сучасних умовах: особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу, удосконалення діагностичної та лікувальної тактики. Прогнозування ускладнень та оцінка ефективності лікування». № держреєстрації: 0105 U 007024.

Вихід повітря із легені у плевральну порожнину (ПП) без стороннього, зовнішнього впливу та формування спонтанного пневмотораксу (СП) вважається частим захворюванням. Воно може зустрічатися у любому віці. Проте найбільш часто хворіють люди 20-40 років [1, 2, 3, 5, 9]. Захворюваність на СП з кожним роком зростає, бо збільшується кількість хворих на неспецифічні захворювання легенів, що служать причиною появи СП [3, 4, 5]. Це ургентна патологія. Хворі вимагають термінової допомоги. З погляду на можливі наслідки захворювання, сьогодні сміливо можна стверджувати, що СП це «гострий апендицит» у торакальній хірургії. Сійкому утриманню терміну «спонтанний» у літературі сприяють труднощі розпізнання причини порушення цілості вісцеральної плеври. Широке впровадження у роботу сучасних малоінвазивних методів обстеження сприяє розмиванню терміну та заміні його посиленнями на захворювання, що послужило причиною появи ускладнення. Актуальність проблеми діагностики та лікування СП визначається кількома факторами. Перший з них – часто малозамітний початок захворювання на тлі повного здоров'я. Поступове наростання клінічної симптоматики, що служить причиною запізненого звертання за медичною допомогою. Несвоєчасне розпочате лікування СП нерідко служить причиною появи інших ускладнень збоку плевральної порожнини, розвитку легеневої та серцевої недостатності. Хвороба здатна рецидивувати. В залежності від методу лікування це трапляється у 2,4-33% осіб. Летальність при СП сягає 1,7% [4].

Метою роботи було доведення ефективності малоінвазивних технологій в діагностиці та лікуванні СП.

Матеріал та методи дослідження. За період з 2006 р. та 10 місяців 2009 року спостерігали 148 хворих на СП. Чоловіків – 133(89,8%), жінок – 15(10,2%). Вік хворих 16-80 років. Серед госпіталізованих до 20 років було 2 %, 71-80 років 3,3%. Найбільша кількість хворих знаходилася у віці 21-30 років – 43,9%, 31-40 років – 25,6%. Наші спостереження також узгоджуються з думкою інших дослідників [8, 9] в тому, що серед госпіталізованих переважають чоловіки, особи фізичної праці. Хворі на СП переважно пізно звертаються за медичною допомогою [5, 8] і ще з більшим запізненням появляються в полі зору спеціаліста. За нашими спостереженнями госпіталізовано у спеціалізоване відділення до 3 діб – 60(40,5%), через 4-5 діб – 41(27,7%), через 6-9 діб – 27(18,2%), через 10-15 діб – 17(11,4%), пізніше 15-ї доби – 3(2,2%) хворих. Таке розмаїття у госпіталізації має чітке пояснення: симптоматика СП перебігає під маскою інших захворювань, а рентгенологічне обстеження затримується з тих чи інших причин.

Вирішальним моментом виходу повітря в ПП було фізичне навантаження, нагинання тулуба, кашель, стрибок. У 5% осіб початок захворювання випав на пробудження після сну, що супроводжувалося глибоким вдихом. 18% госпіталізованих чітко вказати час початку захворювання не змогли. Вказані моменти супроводжуються бодай незначним підвищенням тиску у повітропровідних шляхах [2, 5, 8]. Цього досить для порушення цілості патологічно зміненої ділянки вісцеральної плеври. Незмінена плевра залишається неушкодженою при підвищенні тиску до 200 мм рт.ст. [5].

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічні прояви СП на початку захворювання проявлялися тріадою: болем у грудній клітці, задишкою, кашлем. У 39(26,3%) біль у грудній клітці на стороні ураження з'явився раптово. Проте протягом 4-6 годин інтенсивність його зменшилася. Незначної інтенсивності він зберігався у 29(19,5%) осіб, госпіталізованих у перші три доби захворювання. В усіх інших больові відчуття на час госпіталізації в процесі діагностики не мали провідного значення. Помітна задишка відмічена у 46(31,0%) осіб. Оцінюючи дану клінічну ознаку СП. виходимо з того, що вона не завжди відображає функціональні зміни, що відбулися в організмі внаслідок появи вільного повітря в ПП. При поступовому накопиченні його в ПП повне згортання легені і навіть зміщення

середостіння тривалий час не спричиняють помітних фізіологічних змін у легеневій та серцевій діяльності.

Приклад. Хворий Ш., 26 років, госпіталізований у торакальне відділення 1.10.09 року, історія хвороби № 15979 зі скаргами на незначний біль у лівій половині грудної клітки, ледь помітну задишку при фізичному навантаженні. Захворів 3 тижні тому. У спокої пульс 88 за 1 хв., ЧДР 19 за 1 хв., АТ 130/90 мм рт.ст., підшкірної емфіземи не виявлено. На поліпозиційній рентгенограмі органів грудної клітки від 1.10.09 р. колапс лівої легені зі зміщенням середостіння вправо. Діагностовано тотальний напружений пневмоторакс зліва. Виконана пункція ПП. Отримане повітря. Під час процедури у ПП воно не поступає. Дренаж за Бюлау. 4.10.09 р. відеоторакоскопія. Діагностовано бульозна хвороба в ділянці S-1. Конверсія. Атипова резекція легені. Ліва легеня повністю розправилася. Середостіння повернулося на свою попередню позицію. Видужання.

Кашель, що з'являвся або підсилювався при виникненні СП, скоро вщухав або залишався рідким, сухим. При ретельному аналізі його характеру можна було допустити, що він викликався подразненням плеври. Виконували лабораторні дослідження, поліпозиційну рентгенографію органів грудної клітки. При наявності в анамнезі даних за виразкову хворобу, ЖКХ 49(33,1%) хворим виконали УЗД черевної та плевральної порожнини. Пункцію та дренивання ПП. Відсутність стійкого ефекту протягом 48-72 годин було показанням для ургентного відеоторакоскопічного втручання. Діагностика СП труднощів не викликала.

Головним після установлення діагнозу завжди залишалося розпізнання та усунення причини появи цього ускладнення. Використовували торакоскопію, відеоторакоскопію, КТ, бронхографію. Частковий СП діагностовано у 24(16,2%) хворих, субтотальний – у 70(47,2%), тотальний у 53(35,8%) осіб. Напружений у 4, ригідний – у 2 чоловік. Рецидивний СП мав місце у 18(12,1%) осіб. Дихальна недостатність I ступеня відмічена у 104(72,2%) хворих, II ступеня – у 42(28,3%), III ступеня – у 2(1,3%) осіб. В останні групі хворих дихальна недостатність була зумовлена хронічним неспецифічним захворюванням легенів. СП у них був рецидивним.

Усі хворі, що спостерігалися, умовно поділені на 2 групи. Перша з них – 40 осіб – спостерігалася у 2006 році. Друга група – 108 осіб – у 2007-2009 роках. У підході до лікування усім хворим надавалася ургентна допомога. З числа першої групи 3(7,5%) хворих з частковим СП лікували пункційним способом. Легеня розправлена до 3 діб. Торакоскопію та дренивання ПП виконали 5(12,5%), пункцію та дренивання ПП 32(80,0%) госпіталізованим. Легеня розправилася на 3-4 добу у 8(20,0%), на 5-6 добу – у 13(32,5%), пізніше шостої доби – у 13(32,5%) госпіталізованих. Причину СП виявлено у 11 (27,5%) осіб. Туберкульоз легені – у 1, рак легені – у 1, бульозна хвороба – у 9 чоловік. За час спостереження 2 роки 10 місяців рецидив СП наступив у 6(15,0%) осіб. Середній термін лікування – 12,6 діб.

При лікуванні хворих другої групи перевагу надавали малоінвазивним технологіям. Пункцію та дренивання ПП виконали 4(3,7%), торакоскопію – 16(14,8%), відеоторакоскопію – 88(84,1%) особам. Причину появи СП виявлено у 53(49,1%) хворих. Бульозна хвороба легенів була у 41(77,3%) хворих, злуки у ПП – у 6, емфізема легенів – у 3, туберкульоз легенів – у 2, рак легенів – у 1 пацієнта. Причину появи СП виявити не вдалося у 55(50,9%) хворих. Малоінвазивні втручання – електрокоагуляція, ушивання бул, плевродез – виконані 38 хворим. Первинна торакотомія, атипова резекція легені – 12 особам. Середній термін перебування в стаціонарі був 7,2 доби. За час спостереження рецидив СП серед хворих цієї групи не відмічено. Летальних випадків серед хворих обох груп не спостерігалось.

Висновки

1. Наявність повітря в плевральній порожнині успішно розпізнається при поліпозиційній рентгенографії грудної клітки.
2. Лікування СП варто розпочинати з пункції та дренивання плевральної порожнини. при відсутності ефекту розправлення легені через 48-72 години необхідно вирішувати питання доцільності оперативного втручання.
3. При оперативному лікуванні варто надавати перевагу сучасним малоінвазивним методам втручання, які сприяють усуненню причини СП, скороченню (на 5,4 доби) терміну перебування хворих у стаціонарі, значному зменшенню кількості рецидивів СП.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Удосконалення методів діагностики першопричин появи спонтанного пневмотораксу.

Література

1. Басенков Л.Н. Диагностическая и лечебная тактика при спонтанном пневмотораксе / Басенков Л.Н., Гладышев Д.В., Чуприна А.П. // Вестник хирургии им. Грекова.- 2004.- № 5.- С. 50-55.
2. Мінінвазивні оперативні втручання з приводу спонтанного пневмотораксу на тлі неспецифічного захворювання легень / [Бойко В.В., Зам'ятін П.М., Бачерікова Ю.А. та ін.] // Клінічна хірургія.- 2008.- № 1.- С.34-36.
3. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия / В.Г.Гетьман // К., «Здоров'я».- 1995.- 205 с.
4. Десятерик В.І, Єжеминський М.О. Обґрунтування алгоритму діагностики та хірургічного лікування спонтанного пневмотораксу / Десятерик В.І, Єжеминський М.О. // Шпитальна хірургія. - 2003.- № 2.- С. 51-53.
5. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія / Дужий І.Д. // К., «Здоров'я», 2000.- 380 с.
6. Діагностично-хірургічна торакоскопія в лікуванні спонтанного пневмотораксу / [Мальований В.В., Береговий О.В., Шкробот Л.В., та ін.] // Шпитальна хірургія. - 2004.- № 2.- С. 211-212.
7. Хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса / [Мартынюк В.А., Шипулин П.П., Байдан В.И. та ін.] // Клінічна хірургія, 2004.- № 9.- С. 43-45.
8. Хирургия легких и плевры / Руководство для врачей. Под ред.. И.С.Колесникова, М.И.Лыткина // Л., «Медицина», 1988.- 384 с.
9. Спонтанный (патологический) пневмоторакс / [Чухриенко Д.П., Даниленко М.В., Бондаренко В.А., Белый И.С.] // М., «Медицина», 1973.- 300 с.

Реферати

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Шейко В.Д., Демянюк Д.Г., Ляховский В.И., Крыжановский А.А., Калюшка А.С.

За период с 2006 года и 10 месяцев 2009 года наблюдали 148 больных с СП. Частичный СП диагностирован у 24(16,2%) больных, субтотальный - у 7 (47,2%), тотальный у 53 (35,8%), напряженный у 4(2,7%), ригидный - у 2 человек. Рецидивный СП имел место у 18(12,1%) больных. Дыхательная недостаточность I степени отмечена у 104(72,2%) больных, II степени - у 42(28,3%), III степени - у 2(1,3%) больных. Срок пребывания в стационаре 12,6 суток. Рецидив СП возник у 6 больных. При лечении больных второй группы преимущественно использовали малоинвазивные методы. Причину возникновения СП выяснили у 53(49,1%) больных. Средний срок пребывания в стационаре был 7,2 суток.

Ключові слова: спонтанный пневмоторакс, диагностика, лечение.

Стаття надійшла 11.01.10.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Sheiko V.D., Demyaniyk D.H., Liakhovsky V.I., Kryzhanovsky A.A., Kalucshka A.S.

For period since 2006 and 10 months of 2009 observed 148 patients with spontaneous pneumothorax. Incomplete spontaneous pneumothorax has 24(16,2%) sick, subtotal - 7 (47,2%), total 53(35,8%), tense 4(2,7%), rigid - 2 persons. Recurrent spontaneous pneumothorax existed beside 18(12,1%) sick. Respiratory insufficiency I degree had 104(72,2%) sick, II degree - 42(28,3%), III degree - 2(1,3%) sick. Period of stay in permanent establishment 12,6 days. The relapse of SP appeared had 6 sick. The low-invasive methods mainly used at treatment of second group sick. The reason of spontaneous pneumothorax had realized for 53(49,1%) sick. The intermediate term of stay in permanent establishment was 7,2 day.

Key words: spontaneous pneumothorax, diagnostics, treatment.

УДК 616.314-77

ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Д.Р. Шиленько, П.К. Лыфар, А.П. Денисов, Б.В. Иванов
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Пелтава

Лечение осуществлялось в четыре этапа: снятие анатомо-функциональных оттисков с верхней и нижней челюстей, припасовка индивидуальных окклюзионных шаблонов, снятие функциональных оттисков под функциональной нагрузкой, определение центральной окклюзии, проверка постановки, сдача протеза. Данная схема лечения очень требовательна к качеству выполнения клинических этапов, однако неоспоримые преимущества: улучшенное качество фиксации, сокращение количества посещений с 5 до 4(3), заметное снижение сроков привыкания к протезу и необходимости коррекции за счет правильной постановки зубов позволяют рекомендовать ее в широкое внедрение в клинику ортопедической стоматологии.