

Комплексне обстеження пацієнта з періампулярними пухлинами, ускладненими обтураційною жовтяницею, дозволяє визначити оптимальну лікувальну тактику та сформулювати аргументовані показання до виконання передопераційної ендобіліарної декомпресії.

Транспапілярна декомпресія жовчних шляхів у пацієнтів з пухлинами періампулярної зони та високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику є ефективним і пріоритетним методом відновлення магістрального жовчовідтікання в передопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей : в 2-х томах / А. Е. Борисов. – СПб. : Скифия, 2003. – Т. 2. – 560 с.
2. Almadi M. A. Stenting in Malignant Biliary Obstruction / M. A. Almadi, J. S. Barkun, A. N. Barkun // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* – 2015. – Vol. 25, N 4. – P. 691–711.

3. Risk Factors for Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) Pancreatitis and Stent Dysfunction after Preoperative Biliary Drainage in Patients with Malignant Biliary Stricture / S. Hashimoto, K. Ito, S. Koshida [et al.] // *Intern Med.* – 2016. – Vol. 55, N 18. – P. 2529–2536.

4. Malignant biliary obstruction: the current role of interventional radiology / D. Tsetis, M. Krokidis, D. Negru, P. Prassopoulos // *Ann Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 29, N 1. – P. 33–36.

5. Choice of plastic or metal stent for patients with jaundice with pancreaticobiliary malignancy using simple clinical tools: a prospective evaluation / C. M. Wilcox, H. Kim, T. Seay, S. Varadarajulu // *BMJ Open Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 2, N 1. – P. e000014.

6. Endoscopic stenting for inoperable malignant biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis / Pu L. Zorron, E. G. de Moura, W. M. Bernardo [et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 21, N 47. – P. 13374–13385.

REFERENCES

1. Borisov A.Ye. Manual on surgery of the liver and biliary tract. In two volumes. St. Petersburg: Skiphia, 2003; 2: 560.
2. Almadi M.A., Barkun J.S., Barkun A.N. Stenting in Malignant Biliary Ob-

struction. *Gastrointest. Endosc Clin N Am.* 2015 Oct; 25 (4): 691-711.

3. Hashimoto S., Ito K., Koshida S. et al. Risk Factors for Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) Pancreatitis and Stent Dysfunction after Preoperative Biliary Drainage in Patients with Malignant Biliary Stricture. *Intern Med.* 2016; 55 (18): 2529-36.

4. Tsetis D., Krokidis M., Negru D., Prassopoulos P. Malignant biliary obstruction: the current role of interventional radiology. *Ann Gastroenterol.* 2016 Jan-Mar; 29 (1): 33-6.

5. Wilcox C.M., Kim H., Seay T., Varadarajulu S. Choice of plastic or metal stent for patients with jaundice with pancreaticobiliary malignancy using simple clinical tools: a prospective evaluation. *BMJ Open Gastroenterol.* 2015 Feb; 9; 2 (1): e000014.

6. Zorron Pu.L., de Moura E.G., Bernardo W.M. et al. Endoscopic stenting for inoperable malignant biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis. *World of Gastroenterol.* 2015 Dec; 21 (47): 13374-85.

Надійшла 01.06.2017

УДК 616.345-001.45-089.844

М. А. Каштальян, І. П. Хоменко, Є. А. Квасневський,
Р. В. Єнін, О. О. Шестопалюк

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

УДК 616.345-001.45-089.844

М. А. Каштальян, І. П. Хоменко, Є. А. Квасневський, Р. В. Єнін, А. А. Шестопалюк
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Военно-медицинский клинический центр Южного региона, Одесса, Украина

С 2014 по 2016 гг. в ВМКЦ ЮР был проведен анализ хирургического лечения 2018 раненых с боевыми повреждениями в районе проведения АТО. Из 2018 раненых с боевыми повреждениями у 102 (5,1 %) наблюдались ранения в живот, у 46 (2,3 %) — ранения в таз. При десерозировании стенки толстой кишки или при небольших надрывах в пределах серозно-мышечного слоя проводили ушивание стенки кишки. Среди огнестрельных ранений толстой кишки, полученных в условиях АТО, преобладают осколочные ранения, которые носят множественный и сочетанный характер. Дифференцированный подход в лечении раненых с огнестрельными ранениями толстой кишки приводит к улучшению результатов лечения и снижению летальности. Повышение качества хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями толстой кишки в условиях АТО должно осуществляться на основе оптимизации как организационных, так и клинических аспектов военно-полевой хирургии.

Ключевые слова: хирургическое лечение, ранения толстой кишки.

© М. А. Каштальян, І. П. Хоменко, Є. А. Квасневський та ін., 2017



Introduction. Gunshot wounds of the colon are among the most adverse injuries of the abdomen and characterized by a large number of complications and high mortality.

Aim. Optimization of surgical management at colon damages.

Materials and methods. The period from June 2014 to 2016 in Military Medical Clinical Center of the Southern region initially admitted 2018 patients with various gunshot wounds, all treated ATO injured were 6658 members. Shot into the abdomen were 102 (5.1%), in the pelvis — 46 (2.3%). There was a retrospective analysis of surgical treatment of 52 wounded patients with injuries of the colon among the whole count of wounded patients in the abdomen. Isolated injury to the colon were 10 (19.2%), multiple — 18 (34.6%), combined — 24 (46.2%).

Conclusions. In deserosed wall of the colon or at low strain within sero-muscular layer performed suturing the bowel wall. Among colon gunshot wounds received during ATO, dominated by shrapnel wounds, which are multiple and combined nature. Differentiated approach in the treatment of wounded with gunshot wounds colon leads to improved treatment outcomes and reduce mortality. Improving the quality of surgical care of colon gunshot wounds at ATO should be based on the optimization of both organizational and clinical aspects of military surgery.

Key words: surgical treatment, colon injury.

Вступ

У XXI ст. змінилися система озброєнь, характер воєнних конфліктів, організація хірургічної допомоги пораненим. Збільшується кількість постраждалих у результаті громадянських конфліктів, терористичних актів, надзвичайних ситуацій мирного часу [1]. У військових конфліктах бойова травма посідає одне з провідних місць як за частотою, так і за тяжкістю ушкоджень [2; 8].

Поранення живота у загальній структурі вогнепальних уражень за роки Великої Вітчизняної війни сягали близько 5,0 %, під час війни в Афганістані — до 8,3 %, у контртерористичних операціях на Північному Кавказі 1994–1996 рр. — до 4,5 %, 1992–2002 рр. — до 4,9 % [3], протягом проведення антитерористичної операції (АТО) на Сході України — до 7 % [2; 6].

Вогнепальні поранення товстої кишки вважаються одними з найбільш несприятливих травм органів черевної порожнини і характеризуються великою кількістю ускладнень і високою летальністю. Частота ушкоджень товстої кишки серед проникних поранень живота в сучасних військових конфліктах становить до 52,7 % [4].

До особливостей уражаючої дії снаряда, що ранить, належать прямий і бічний удар,

тимчасова пульсуюча порожнина, хвилі пружної деформації [5; 6].

Лікування вогнепальних поранень живота є одним із складних розділів абдомінальної хірургії. В умовах масового надходження постраждалих тактику лікування хворого доводиться визначати при мінімальному обсязі діагностичних маніпуляцій, технічного та медикаментозного оснащення етапів медичної евакуації [5; 10].

Питання хірургічної тактики при вогнепальних пораненнях живота і ушкодженні товстої кишки залишаються актуальними і недостатньо вивченими [7; 9; 11].

Мета роботи — оптимізація хірургічної тактики при ушкодженнях товстої кишки.

Матеріали та методи дослідження

За період з червня 2014 р. по 2016 р. у ВМКЦ ПР первинно госпіталізовані 2018 осіб з

різними вогнепальними пораненнями, усього проліковано 6658 учасників АТО. Поранень у живіт було 102 (5,1 %), у таз — 46 (2,3 %). Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 52 поранених з ушкодженнями товстої кишки серед поранених у живіт. Кількість ізольованих поранень товстої кишки сягала 10 (19,2 %), множинних — 18 (34,6 %), поєднаних — 24 (46,2 %).

Характер поранень наводиться у табл. 1.

Результати дослідження та їх обговорення

При поодиноких пораненнях висхідної ободової кишки, що проникають у її просвіт, після освіження країв і ретельного гемостазу, її ушивали дворядними вузловими швами. При великих руйнуваннях, численних наскрізних пораненнях висхідної ободової кишки виконували правосторонню геміколектомію з формуванням

Таблиця 1

Характер поранень товстої кишки, абс. (%)

Локалізація	Характер поранень		
	Ізольовані	Множинні	Поєднані
Сліпа та висхідна кишки	3 (5,7)	6 (11,5)	8 (15,4)
Поперечна ободова кишка	2 (3,8)	3 (5,7)	6 (11,5)
Низхідна ободова та сигмоподібна кишки	4 (7,7)	7 (13,4)	4 (7,6)
Пряма кишка	1 (1,9)	2 (3,8)	6 (11,7)
Усього	10 (19,2)	18 (34,6)	24 (46,2)

ілеотрансверзоанастомозу (за відсутності розлитого перитоніту) або виводили кінці клубової та поперечної ободової кишки на передню черевну стінку окремо. При точкових ушкодженнях поперечної ободової кишки ушивали її стінку дворядними вузловими швами в поперечному напрямку. При великих дефектах виконували резекцію з виведенням кінців кишки на передню черевну стінку. У разі поранення низхідної ободової та сигмоподібної кишок виконували обструктивну резекцію з формуванням одноствольного протиприродного заднього проходу і ушиванням збереженої дистальної ділянки (операція типу Гартмана). Істотними елементами профілактики неспроможності швів товстої кишки є екстраперитонізація та дренування верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Також потрібний диференційований підхід до лікування ушкоджень правої та лівої половини товстої кишки.

При невеликих внутрішньоочеревинних пораненнях прямої кишки ушивали її стінку з формуванням двоствольного протиприродного заднього проходу проксимальніше ушкодження. При множинних ушкодженнях прямої кишки виконували обструктивну резекцію. У разі позаочеревинних ушкоджень прямої кишки широко розкривали ішіоректальний і пельвіоректальний простори, дренивали зону ушкодження і формували розвантажувальну стому.

У післяопераційному періоді померли 2 (3,8 %) пацієнти з тяжкими поєднаними пораненнями. Летальність була пов'язана не з пораненням товстої кишки, а з несумісною з життям черепно-мозковою травмою, великою крововтратою і шоком. Неспроможність швів при ушкодженнях товстої кишки зареєстрована у 2 (3,8 %) випадках, в 1 (1,9 %) випадку мало місце не діагностоване на III рівні медичної допомоги

ушкодження задньої стінки сліпої кишки при її наскрізному пораненні (неретельна ревізія під час операції).

Найчастіші помилки:

— не виявлені рани кишки, особливо у ділянці брижового краю або в заочеревинно розташованих ділянках;

— неадекватна хірургічна обробка ран стінки кишки, що призводить до неспроможності швів або «провалювання» колостоми;

— неправильна хірургічна тактика зі спробами ушивання великих ушкоджень товстої кишки або формуванням первинних анастомозів.

Висновки

1. При десерозированій стінці товстої кишки або при невеликих надривах у межах серозно-м'язового шару виконували ушивання стінки кишки.

2. Серед вогнепальних поранень товстої кишки, отриманих в умовах АТО, переважають осколкові поранення, які мають множинний і поєднаний характер.

3. Диференційований підхід у лікуванні поранених з вогнепальними пораненнями товстої кишки сприяє поліпшенню результатів лікування і зниженню летальності.

4. Якість хірургічної допомоги хворим з вогнепальними пораненнями товстої кишки в умовах АТО слід поліпшувати на основі оптимізації як організаційних, так і клінічних аспектів військово-польової хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Очерки боевой травмы живота* / В. Я. Белый, Я. Л. Заруцкий, А. И. Жовтоножко, С. А. Асланян. — К. : «МП Леся», 2016. — 212 с.

2. *Вказівки з військово-польової хірургії* / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. — К. : СПД Чаплинська Н. В., 2014. — 396 с.

3. *Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій* / за ред. В. Я. Білого. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. — 324 с.

4. *Гуманенко Е. К. Принципы организации оказания хирургической помощи раненым в локальных вой-*

нах и вооруженных конфликтах / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов // *Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов* : рук. для врачей / под ред. Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 175–187.

5. *Завражнов А. А. Повреждения живота* / А. А. Завражнов // *Скорая медицинская помощь* : нац. руководство. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 513–519.

6. *Военно-польова хірургія* : підручник / Я. Л. Заруцький, В. М. Запорожан, В. Я. Білий [та ін.]. — Одеса : ОНМедУ, 2016. — 416 с.

7. *Захараш М. П. Кишечні стоми: види стом, методики їх формування, медико-соціальна реабілітація стомованих хворих, ускладнення кишечних стом, їх лікування* : метод. рекомендації / М. П. Захараш, Ю. М. Захараш. — К., 2015. — 43 с.

8. *Rhee P. Лечение современной боевой травмы* / P. Rhee, J. Holcomb, D. Jenkins // *Травма* : руководство : в 3-х томах / Д. В. Феличано, К. Л. Маттокс, Э. Е. Мур ; под ред. Л. А. Якимова, Н. Л. Матвеева ; пер. с англ. — М. : Изд-во Панфилова ; Бином. Лаборатория знаний, 2013. — Т. 3. — С. 1381–1422.

9. *Хирургическая тактика при ранениях толстой кишки* / А. П. Михайлов, А. М. Данилов, Б. В. Сигуа [и др.] // *Первая международная конференция по торако-абдоминальной хирургии, посвященная 100-летию со дня рождения академика Б. В. Петровского*, Москва, 5–6 июня 2008 г. : материалы. — М., 2008. — С. 35.

10. *Саркисян В. А. Лечение поврежденной ободочной кишки на фоне сочетанной и множественной травмы* / В. А. Саркисян // *Первый съезд хирургов Южного федерального округа, Ростов-на-Дону, 27–28 сент. 2007 г.* : материалы. — Ростов н/Д., 2007. — С. 73–74.

11. *Chovanes J. The Evolution of Damage Control Surgery* / J. Chovanes, J. W. Cannon, T. C. Nunez // *Surg. Clin. North Am.* — 2012. — Vol. 92, N 4. — P. 859–875.

REFERENCES

1. Belyy V.Ya., Zarutskiy Ya.L., Zhovtonozhko A.I., Aslanyan S.A. *Ocherki boevoy travmy zhivota*. Kyiv, MP Lesya, 2016. p 212.

2. Zarutskiy Ya.L., Shudrak A.A (eds). *Vkazivky z voenno-polyovoi khirurhii*. Kyiv, SAP Chaplynska N.V., 2014. 396 p.

3. Belyy V.Ya (ed.). *Military surgery with emergency surgery*. Ternopil, Ukrmedknyha, 2004, 324 p.



4. Gumanenko Ye.K., Samokhvalov I.M., Trusov A.A. Principles of organization of surgical assistance to injured in local wars and armed conflicts. *Voyenno-polevaya khirurgiya lokalnykh voyn i vooruzhenykh konfliktov*. A guide for doctors. Moscow, GOETAR-Media, 2011: 175-187.

5. Zavrashnov A.A. Abdominal damage. *Skoraya meditsinskaya pomoshch*. National guide. Moscow, GEOTAR-Media, 2015: 513-519.

6. Zarutskiy Ya.L., Zaporozhan V.M., Bilyi V.Ya. et al. Military field surgery. Odesa, ONMedU, 2016, 416 p.

7. Zakharash M.P., Zakharash Yu.M. Intestinal stoma: types of stoma,

methods of their formation; medical and social rehabilitation of stoma patients, complications of bowel stoma, their treatment (Guidelines). Kyiv, 2015. 43 p.

8. Rhee P., Holcomb J., Jenkins D.; D.V. Felichano, K.L. Mattoks, E.E. Moore. trans. from English; Ed. by Yakimov L.A., Matveyev N.L. The treatment of modern military trauma. Injury. A guide in 3 volumes. Moscow, Izdatelstvo Panfilova, Binom, Laboratoriya znaniy, 2013; 3: 1381-1422.

9. Mikhailov A.P., Danilov A.M., Siguva B.V. et al. Surgical management for injuries of the large intestine. Proceedings of the First International Con-

ference on Thoraco-abdominal surgery, dedicated to the 100th anniversary of the birth of academician B. V. Petrovsky. Moscow, 2008, p. 35.

10. Sarkisyan V.A. Treatment of injuries of the colon against a background of combined and multiple trauma. *Materialy pervogo sezda khirurgov Yuzhnogo federalnogo okruga*. Rostov-Don, 2007: 73-74.

11. Chovanes J., Cannon J.W., Nunez T.C. The Evolution of Damage Control Surgery. *Surg. Clin. North Am.* 2012; 92 (4): 859-875.

Надійшла 01.06.2017

УДК 616-001.5

Я. Л. Заруцький, С. О. Король, Є. А. Крешун

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТАКТИКА НАДАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ З БОЙОВИМИ ТРАВМАМИ КІНЦІВОК НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Українська військово-медична академія, Київ, Україна

УДК 616-001.5

Я. Л. Заруцький, С. А. Король, Е. А. Крешун

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РА- НеныМ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Украинская военно-медицинская академия, Киев, Украина

У 378 раненых с огнестрельными переломами костей и минно-взрывными ранениями конечностей доминировали тяжелые травмы — 46,56 %, нетяжелые составили 45,50 %, крайне тяжелые — 7,94 %. Травма была нетяжелой при показателях от 1 до 4 баллов, прогноз выживания и течения травматической болезни определялся как благоприятный, помощь оказывалась в условиях приемного отделения, лечение раненых проводилось в полном объеме. Травма определялась тяжелой при показателях 5–9 баллов, прогноз выживания и течения травматической болезни был сомнительным, помощь оказывалась в условиях противошоковой палаты, лечение раненых проводилось в сокращенном объеме. Травма была крайне тяжелой при показателях более 9 баллов, прогноз выживания и течения травматической болезни определялся как неблагоприятный, помощь оказывалась в условиях противошоковой палаты и в операционной, лечение раненых проводилось в минимальном объеме по принципу “damage control”.

Ключевые слова: уровни оказания медицинской помощи, травматологическая помощь, огнестрельные ранения конечностей, огнестрельные переломы костей конечностей, минно-взрывные ранения конечностей.

UDC 616-001.5

Ya. L. Zarutskyy, S. O. Korol, Ye. A. Kreshun

DIFFERENTIAL MANAGEMENT OF RENDERING TRAUMATOLOGIC CARE TO WOUNDED FROM COMBAT LIMB INJURIES DURING MEDICAL EVACUATION

The Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

The article analyzes rendering medical care to 378 wounded with gunshot fractures and mine-explosive wound limbs at all stages of medical evacuation from April 2014 to February 2015 during the anti-terrorist operation in eastern Ukraine.

© Я. Л. Заруцький, С. О. Король, Є. А. Крешун, 2017

