

половины комбатантов (42,8 %) зрение было восстановлено до 0,3-1,0, а треть из них смогла возвратиться в строй.

Литература:

1. Быков И. Ю. Военно-полевая хирургия: национальное руководство / И.Ю. Быков, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – С. 33-39.
2. Гундорова Р. А. Травмы глаза / Р.А. Гундорова, В.В. Нероева, В.В. Кашникова. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – С. 8-11.
3. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – С. 177-191.
4. Ryan D. Anterior Segment Imaging in Combat Ocular Trauma / D. Ryan, R. Sia, M. Colyer, R. Stutzman, K. Wroblewski. // J. Ophthalmol. – 2013, Sep. 29. – P. 25-28.
5. Wilson J.R. Combat Eye trauma // Veterans Affairs & Military Medicine Journal: Ed. 2012-2013. – P. 45-47.

References:

1. Bykov I. U. Military surgery. - Moscow: GEOTAR - Media, 2009. – P. 33-39. (Rus)
2. Gundorova R.A. Eye traumas / R.A. Gundorova, V.V. Neroeva, V.V. Kashnikova. – М.: GEOTAR-Media, 2009. – P. 8-11. (Rus)
3. Guidance on military surgery / Y.L. Zarutskyi, A.A. Shudrak. – К. : SPD Chalchinskaya N.V., 2014. – P. 177-191. (Ukr).
4. Ryan D. Anterior Segment Imaging in Combat Ocular Trauma / D. Ryan, R. Sia, M. Colyer, R. Stutzman, K. Wroblewski. // J. Ophthalmol. – 2013, Sep 29 – P. 25-28.
5. Wilson J.R. Combat Eye trauma / J.R. Wilson // The year in veterans affairs & military medicine. Journal – 2012-2013 Edition – P. 45-47.

УДК 616.345: 616 — 007.64

В. Ю. Шаповалов, К. Л. Масунов

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Военный медицинский клинический центр южного региона, г.Одесса
Украина

Summary. Shapovalov V. Yu., Masunov K. L. **APPLICATION OF LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF COLON DIVERTICULAR DISEASE COMPLICATIONS.** – *Military Medical Clinical Centre of the Southern Region, Odessa, Ukraine.* The results of examination and treatment of 74 patients having been operated on for complicated forms of diverticular disease of the colon (DBTK). Videolaparoscopic technology had been used in 37 patients, 28 of them had an urgent, and 9 - planned surgical intervention. It has been established that surgical treatment of patients with complicated DBTK is best done with the use of video endoscope equipment, as evidenced by lower operative time of 75.5 ± 7.2 min compared to open surgery - 102.4 ± 8.6 minutes and less bed-day - 5.7 ± 0.8 days (open operations - 10.3 ± 1.2 days).

Repeated planned radical surgery for DBTK preferable to perform laparoscopically, as evidenced by fewer complications (5.7% as compared to open surgery - 9.7%) and a smaller bed day (6.4 ± 1.8 days compared to open surgery - 8.7 ± 1.6 days).

Key words: colon, acute diverticulitis, diverticular disease.

Реферат. Шаповалов В. Ю., Масунов К. Л. **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.** В статье приведены результаты обследования и лечения 74 пациентов, которые были прооперированы по поводу осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). С использованием видеолaparоскопической техники было прооперировано 37 больных, из них 28 в ургентном порядке и 9 плановых оперативных вмешательств. В исследовании установлено, что оперативное лечение больных с осложненной ДБТК лучше проводить с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, о чем свидетельствует меньшая длительность операции $75,5 \pm 7,2$ мин по сравнению с открытыми операциями – $102,4 \pm 8,6$ мин и меньший койко-день – $5,7 \pm 0,8$ дн (открытые операции – $10,3 \pm 1,2$ дн). Повторные плановые радикальные операции по поводу ДБТК предпочтительнее выполнять лапароскопически, о чем свидетельствует меньшее число осложнений (5,7% по сравнению с открытыми операциями – 9,7%) и меньший койко-день ($6,4 \pm 1,8$ дн по сравнению с открытыми операциями – $8,7 \pm 1,6$ дн).

Ключевые слова: толстая кишка, острый дивертикулит, дивертикулярная болезнь.

Реферат. Шаповалов В. Ю., Масунов К. Л. **ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОЇ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ.** У статті наведені результати обстеження і лікування 74 пацієнтів, які було прооперовано з приводу ускладнених форм дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК). З використанням відеолапароскопічних технік було прооперовано 37 хворих, з них 28 в ургентному порядку та 9 планових оперативних втручань. У дослідження встановлено що оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК краще проводити з використанням відеоендоскопічної апаратури, про що свідчить менша тривалість операції $75,5 \pm 7,2$ хв у порівнянні з відкритими операціями - $102,4 \pm 8,6$ хв і менший ліжко-день - $5,7 \pm 0,8$ дн (відкриті операції – $10,3 \pm 1,2$ дн). Повторні планові радикальні операції з приводу ДТК краще виконувати лапароскопически, про що свідчить менша кількість ускладнень (5,7% в порівнянні з відкритими операціями - 9,7%) і менший ліжко-день ($6,4 \pm 1,8$ дн в порівнянні з відкритими операціями - $8,7 \pm 1,6$ дн).

Ключові слова: товста кишка, гострий дивертикуліт, дивертикулярна хвороба.

Вступление. Среди заболеваний толстой кишки одно из ведущих мест занимает дивертикулярная болезнь, частота которой у лиц пожилого и старческого возрастов достигает 75%.

В связи с неуклонным ростом заболеваемости дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в индустриально развитых странах (с 0,58 до 1,20 на 1000 населения за последние пять лет) вопрос о тактике лечения данной патологии становится действительно актуальным.

Осложнения дивертикулеза встречаются у 40—42 % больных [1, 4]. Наиболее частое осложнение - дивертикулит, составляющий среди всех осложнений 60 %. Пусковыми механизмами воспаления дивертикулов являются не только трофические расстройства под влиянием копролитов, но в большей степени микρο- и макроперфорации дивертикулов с развитием периколического воспалительного процесса.

Перфорация дивертикулов наблюдается у 3,3 % больных дивертикулезом ободочной кишки как при клинически выраженном, так и при бессимптомном варианте заболевания [3, 6]. Перфорация дивертикула является четвертой по частоте причиной экстренного хирургического вмешательства после острого аппендицита, перфоративной гастродуоденальной язвы и кишечной непроходимости и третьим по частоте показанием для формирования колостомы. При этом послеоперационная летальность в целом колеблется от 1,0% (Воробьев Г.И. и соавт., 2001)

Кровотечения из дивертикулов диагностируются у 6,8—38,4 % больных дивертикулезом и наблюдаются преимущественно у больных при сочетании дивертикулеза ободочной кишки с гипертонической болезнью или атеросклерозом.

По данным литературы, кровоточащий дивертикул чаще локализуется в правой половине толстой кишки. «Скрытая» кровопотеря из дивертикулов, являющаяся причиной постгеморрагической анемии, встречается у 24 % больных.

Кишечные кровотечения как осложнение ДБТК составляют 5,2-13,0% всех кровотечений из нижних отделов ЖКТ. (А.В. Воробей и В.В. Климович, 2008)

Оперативному лечению подлежат 10—20 % больных [1,2,6] Показания к оперативному лечению подразделяются на абсолютные и относительные:

АБСОЛЮТНЫЕ: 1) подозрение на опухоль толстой кишки, 2) перфорация дивертикула, 3) перитонит 4) профузное кровотечение, 5) острая кишечная непроходимость.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ: 1) хронические осложнения: а) рецидивирующий дивертикулит, б) инфильтраты, в) наружные и внутренние свищи, г) рецидивные кровотечения. 2) дивертикулез с клиническими проявлениями, резистентный к консервативной терапии.

Характер оперативного вмешательства при этом будет определяться в зависимости от времени перфорации, выраженности перитонита, распространенности дивертикулеза, локализации перфорированного дивертикула, общего состояния больного. С учетом выше перечисленных обстоятельств возможны следующие операции: операция Гартмана с дренированием брюшной полости; резекция кишки с перфорированным дивертикулем по Микуличу; выведение на кожу зоны перфорации ободочной кишки с формированием здесь же колостомы и, наконец, при невозможности выведения кишки на переднюю брюшную стенку (верхне-ампулярный отдел прямой кишки, ректосигмоидный отдел) возможно послойное ушивание места перфорации с наложением проксимальной колостомы и адекватным дренированием брюшной полости [1,2].

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами ДБТК путем применения видеоэндоскопических методик.

Материалы и методы исследования. За период 2005-2014 гг. проведен анализ лечения 86 пациентов, госпитализированных в отделения абдоминальной, неотложной хирургии и отделение колопроктологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона в г. Одесса которым было выполнено 94 операций по поводу дивертикулярной болезни и её осложнений. Мужчин было 48 (55,8%), женщин 38 (44,2%). У 70 (81,4%) больных заболевание было выявлено впервые, 16 (18,6%) – ранее оперированы по поводу осложнений дивертикулярной болезни. Осложненные формы ДБТК диагностированы у 74 (86,0%) пациентов. Острый дивертикулит с воспалительными изменениями в стенке толстой кишки диагностирован у 24 (32,4 %) человек, перфорация дивертикула – 38 (51,4 %) пациентов, кишечное кровотечение как причина госпитализации отмечено у 8 (10,8%) пациентов, кишечные свищи - у 4 (5,4%) больных.

В экстренном порядке выполнено 70 (74,4%) операций из них 29 (41,4%) выполнены с использованием видеоэндоскопического оборудования, традиционным открытым способом выполнено 41 (58,6%) операции. Диагностическая лапароскопия по неотложным показаниям произведена 16 (22,9%) пациентам. Лапароскопическая сигмостомия по поводу перфорации дивертикула выполнена 10 (14,3%). Лапароскопически-ассистированная левосторонняя гемиколэктомия по поводу ДБТК осложненной профузным кровотечением 2 (2,9%) и 1 (1,5%) осложненная перфорацией дивертикула.

Из открытых операций выполненных по неотложным показаниям: операция типа Гартмана выполнена 22 (31,4%) пациентам, левосторонняя гемиколэктомия 7 (10,0%), резекция сигмовидной кишки 4 (5,7%), экстраперитонизация сигмовидной кишки 3 (4,4%), сигмоидэктомия 2 (2,8%), сигмостомия на уровне перфорации кишки 2 (2,8%), правосторонняя гемиколэктомия 2 (2,8%).

Плановых операций было 24, из них с применением видеоэндоскопической техники 9(37,5%), традиционным открытым способом выполнено 15 (62,5%) операции. Лапароскопически-ассистированных левосторонних гемиколэктомий – 7 (29,2%), лапароскопически-ассистированных резекций сигмовидной кишки – 2

(8,3%). Открытая левосторонняя гемиколэктомия - 12 (50,0%), открытая резекция сигмовидной кишки - 2 (8,3%) пациентам, дистальная субтотальная колэктомия-1 (4,2%).

При формировании межкишечного анастомоза использовались сшивающие циркулярные аппараты СЕЕА 31 фирмы «Covidien», CDH 29 фирмы «Ethicon».

Результаты и их обсуждение: При поступлении пациентов с клинической картиной отграниченного перитонита в левой подвздошной области для верификации диагноза всем им выполнялась диагностическая лапароскопия – 28.

У 39 (45,3%) больных вмешательства были завершены формированием толстокишечных анастомозов.

Послеоперационные осложнения развились у 14 пациентов, из них несостоятельность толстокишечных анастомозов - 1 (открытое оперативное вмешательство), анастомозит - 6 (3 лапароскопия и 3 открытое оперативное вмешательство), нагноение послеоперационной раны – 4 (1 лапароскопия и 3 открытое оперативное вмешательство) ИБС, инфаркт миокарда 2 (1 лапароскопия и 1 открытое оперативное вмешательство) толстокишечное кровотечение 1 (лапароскопия).

По нашим данным при лечении больных с осложненными формами ДБТК с использованием видеоэндоскопической аппаратуры длительность операции составила ($75,5 \pm 7,2$ мин) в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами ($102,4 \pm 8,6$), так же койко-день составил ($5,7 \pm 0,8$ дн) по сравнению с открытыми операциями ($10,3 \pm 1,2$ дн), число осложнений ($5,7\%$ по сравнению с открытыми операциями – $9,7\%$).

Выводы

1. Оперативное лечение больных с осложненной ДБТК лучше проводить с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, о чем свидетельствует меньшая длительность операции и меньший койко-день

2. Повторные плановые радикальные операции по поводу ДБТК предпочтительнее выполнять лапароскопически, о чем свидетельствует меньшее число осложнений.

Литература:

1. Шельгин Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / Ю. А. Шельгин, С.А. Фролов.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 528 с.

2. Воробьев Г. И. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г. И. Воробьев, Ю. М. Панцырев, А. П. Жученко, С. И. Ачкасов, А. Г. Манвелидзе, А. И. Москалев, К. В. Болихов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 44-49.

3. Болихов К. В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки. Клиника, диагностика, лечение: Дис...канд. мед.наук: 14.00.27. – М., 2006. – 238 с.

4. Шептулин А. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика, лечение/ А. . Шептулин// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т.16, №5. – С. 44 - 49.

5. Fozard J. B. J., Armitage N. C., Schofield J. B. et al. ACPGIBI position statement on elective resection for diverticulitis // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 13. — Suppl. 3. — P. 1–11.

6. Suzuki K., Uchiyama S., Imajyo K. et al. Risk factors for colonic diverticular hemorrhage: Japanese multicenter study // Digestion. — 2012. — Vol. 85. — P. 261–265.

References:

1. Shelygin Yu. A. Clinical guide-lines. Coloproctology.- Moscow: GEOTAR-Media, 2015. - 528 p. (Rus.)

2. Vorobiyev G. I. Acute diverticulum of sigmoif colon: clinics, diagnosis, treatment // Rus J Gastroenterology, Hepatology, Colonoproctology. – 2007. – Vol. 17. – № 4. – P. 44-49 (Rus.).

3. Bilikhov K. V. Acute inflammatory complications of diverticulum disease of segmented intestine: Doctorial thesis on medicine. – М., 2006. – 238 p. (Rus.)

4. Sheptulin A. A. Diverticulum of large bowel: clinical forms, diagnostics, treatment // Rus J Gastroenterology, Hepatology, Colonoproctology . – 2006. – Vol.16. – № 5. – С. 44 – 49 (Rus.).

5. Fozard J.B.J., Armitage N.C., Schofield J.B. et al. ACPGBI position statement on elective resection for diverticulitis // *Colorectal Dis.* — 2011. — Vol. 13. — Suppl. 3. — P. 1–11.

6. Suzuki K., Uchiyama S., Imajyo K. et al. Risk factors for colonic diverticular hemorrhage: Japanese multicenter study // *Digestion.* — 2012. — Vol. 85. — P. 261–265.

УДК 616–036.86; 614.2, 616.8:616–001

А. Г. Кириченко, Т. М. Лук'яненко, В. М. Хом'яков, Н. А. Драпалюк

ДИНАМІКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ УЧАСНИКІВ АТО НА ПРИКЛАДІ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Summary. Kyrychenko A. G., Lukyanchenko T. N., Khomyakov V. M., Drapalyuk N. A. **DYNAMICS OF PRIMARY DISABILITY ATO BY THE EXAMPLE DNIPROPETROVSK REGION.** – State Enterprise “Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability” of Ukrainian Ministry of Health Care. The problems of sustainable restrictions of abilities of anti-terroristic operation (ATO) participants on the example of Dnipropetrovsk region are examined in the article. The aim was to study the features of formation of primary disability of combatants in Dnipropetrovsk region at the 2014–2015. Research was conducted at the clinic SE «Ukrainian State Research Institute of MSPD» by Dnepropetrovsk regional center of medical and social examination. The results showed that in the 2014–2015 in Dnipropetrovsk region 281 ATO members were recognized as disabled, of which 14 % – in 2014 and 41 % – in 2015, with the prevalent young persons (under 39 years) and residents (75 %). The most common were traumatic lesions of the extremities – 29,8 % of people, and traumatic brain injury – 27,9 %. Personified attraction of ATO participants to rehabilitation events– medical, social, psychological, occupational depends on individual capabilities and needs of each person and should be given in time and in full amount.

Key words: disability, ATU, medico-social examination.

Реферат. Кириченко А. Г., Лукьяненко Т. М., Хомяков В. М., Драпалюк Н. А. **ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ УЧАСТНИКОВ АТО НА ПРИМЕРЕ ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.** В статье освещены проблемы устойчивого ограничения жизнедеятельности участников АТО на примере Днепропетровской области. Целью было изучение особенностей формирования первичной инвалидности участников боевых действий в Днепропетровской области за 2014–2015г.г. Исследование проведено в клинике ГУ «Украинский государственный НИИ МСПИ МЗО Украины» по материалам Днепропетровского областного центра медико-социальной экспертизы. Полученные результаты показали, что в 2014-2015 г.г. в Днепропетровской области было признано инвалидами 281 участник АТО, среди них 14 % – в 2014 и 41 % – в 2015, при этом преобладали лица молодого возраста (до 39 лет) и жители городов (75 %). Самые распространенные были травматические поражения конечностей – 29,8 % лиц, и травматические поражения головного мозга – 27,9 %. Персонифицированное привлечение