

зберігати ППП в ранньому післяопераційному періоді з її зменшенням на 38,2-57,4% в термін до 1 року. ПСРШ призводить до повної депорталізації в термін від 3 до 12 місяців. Вибір методу СРШ залежить від анатомічних особливостей судин портальної системи та форми ПП.

#### Література

1. Александров А.Е., Шавров А.А., Сенякович В.М., Леонтьев А.Ф., Клініка, діагностика та хірургічне лікування дітей з портальною гіпертензією // Педіатрія. 1999. № 2. С. 19-21.  
2. Алієв М.М., Адилова Г.С., Садиков М. Та ін. Доплерографія у дітей з внутрішньопечінковою портальною гіпертензією // Детская хірургія. 2010. № 2. С. 27-29.  
3. Єрмашинцев А.К., Кіщенко Е.А., Нечасенко А.М., Грігорян Р.С. Тактика ведення хворих з непечінковою формою портальної гіпертензії після прошивання варикозно розширених вен стравоходу та шлунку // Анналі хірургічної гепатології. 2005. № 10 (1). С. 27-32.

4. Разумовській А.Ю., Рачков В.Е. Хірургічне лікування портальної гіпертензії у дітей. // в-во МІА Москва – 2012 – с.  
5. Botha J.F., Campos B.D., Grant W.J. et al. Portosystemic shunts in children: a 15-year experience // J. Am. Coll. Surg. 2004. Vol. 199 (2). P. 179-185.  
6. Orloff M.J., Orloff M.S., Girard B., Orloff S.L. Bleeding esophagogastric varices from extrahepatic portal hypertension: 40 years' experience with portal-systemic shunt // J. Am. Coll. Surg. 2002. Vol. 194 (6). P. 717-728.  
7. Rao K.L., Goyal A., Menon P. et al. Extrahepatic portal hypertension in children observations on three surgical procedures // Pediatr. Surg. Int. 2004. Vol. 20 (9). P. 679-684.  
8. Wu J., Li Z., Wang Z., Han X., Ji F., Zhang W.W. Surgical and endovascular treatment of severe complications secondary to noncirrhotic portal hypertension: experience of 56 cases. Ann. Vasc. Surg. 2013 May; 27(4): 441-6.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616-001.45-053.2"362"

### ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ В МИРНИЙ ЧАС У ДІТЕЙ

**І.П. Журило, В.К. Літовка, К.В. Латишов, С.В. Веселий, Г.О. Сопов, О.В. Черкун, О.І. Буслаєв**  
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького  
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк

### ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ В МИРНОЕ ВРЕМЯ У ДЕТЕЙ

**И.П. Журило, В.К. Литовка, К.В. Латышов, С.В. Весельи, Г.А. Сопов, А.В. Черкун, А.И. Буслаев**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

### GUNSHOT WOUNDS IN CHILDREN AT PEACETIME

**I.P. Zhurylo, V.K. Litovka, K.V. Latyшов, S.V. Veselyi, H.O. Sopov, O.V. Cherkun, O.I. Buslaiev**  
M. Gorky Donetsk National Medical University  
Oblast Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Резюме.** Вогнепальні поранення у дітей в мирний час зустрічаються порівняно рідко. За останні 38 років у клініці дитячої хірургії перебувало на лікуванні 82 дитини у віці від 3 до 18 років. Проникаючі поранення спостерігалися в 54 дітей, непроникаючі – в 28. Для діагностики використовували рентгенологічне обстеження, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію й лапароскопію. Вогнепальні поранення мирного часу у дітей представляють собою особливу групу механічних ушкоджень. Найважче протікають проникаючі поєднані поранення з ушкодженням органів грудної та черевної порожнин. У всіх випадках вогнепальних поранень у дітей показана рання топічна діагностика із застосуванням необхідних заходів аж до діагностичної торакотомії або лапаротомії. Лікування дітей з вогнепальними пораненнями повинне бути активним, радикальним і комплексним.

**Ключові слова:** вогнепальні поранення, діти.

**Резюме.** Огнестрельные ранения мирного времени у детей встречаются сравнительно редко. За последние 38 лет в клинике детской хирургии находилось на лечении 82 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет. Проникающие ранения наблюдались у 54 детей, непроникающие – у 28. Для диагностики использовали рентгенологическое обследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и лапароскопию. Огнестрельные ранения мирного времени у детей представляют собой особую группу механических повреждений. Наиболее тяжело протекают проникающие сочетанные ранения с повреждением органов грудной и брюшной полостей. Во всех случаях огнестрельных ранений у детей показана ранняя топическая диагностика с применением необходимых мероприятий вплоть до диагностической торакотомии или лапаротомии. Лечение детей с огнестрельными ранениями должно быть активным, радикальным и комплексным.

**Ключевые слова:** огнестрельные ранения, дети.

**Abstract.** Gunshot wounds in children are relatively rare in peacetime. 82 children aged from 3 to 18 years were treated in our pediatric surgery clinic over the past 38 years. Penetrating injuries were observed in 54 children, non-penetrating - in 28. X-ray examination, ultrasonography, computed tomography and laparoscopy were used for diagnostics. Gunshot wounds in peacetime in children are a special group of mechanical damage. Combined penetrating wounds to the chest and abdominal cavities are the most severe. In all cases of gunshot wounds in children early topical diagnostics using the necessary measures until diagnostic thoracotomy or laparotomy are indicated. Treatment of children with gunshot wounds must be active, radical and comprehensive.

**Keywords:** gunshot wounds, children.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Вогнепальне поранення - механічний вплив на тканини і органи снаряда стрілецької зброї або боеприпасів вибухової дії, що призводить до порушення їх цілісності з утворенням рани. Такий вид поранень у дітей у мирний час спостерігається порівняно рідко. У літературі є одиничні повідомлення, що стосуються збройно-вибухових поранень у дитячому віці [2]. Підкреслюється, що поранення хребта й спинного мозку в 4,9% спостерігалися у дітей до 14 років. Необережне поводження зі зброєю було причиною поранень усього в 6,2% спостережень [2]. Як показує історія, хірурги увесь час ішли по п'ятах зброярів, але ніколи не могли обігнати їх. І в кожній війні, із вдосконаленням вогнепальної зброї, з'являлися поранення, що не схожі на поранення попередніх війн [4].

У післявоєнні роки, з відомих причин, вогнепальних поранень було значне більше. Успішне знешкодження мін, снарядів, а також утилізація гвинтівків, гранат, пістолетів, пильний догляд із організації дозвілля й виховання дітей значно зменшили відсоток таких травматичних ушкоджень.

Вогнепальні поранення поділяють за видом снаряда, що ранили, на кульові (високошвидкісні, низькошвидкісні), осколкові (великоосколкові, дрібноосколкові), осколково-вибухові (у тому числі мінно-вибухові), вибухові, інші (дріб, стріловидні елементи, кульки); за характером поранення - на наскрізні, сліпі, дотичні [1]. Принципи надання допомоги пораненим у мирний час суттєво відрізняються від лікувальних заходів періоду війн. Відмінності стосуються особливостей евакуації потерпілих, строків їх потрапляння в спеціалізовані лікувальні установи, рівня діагностики, можливостей для своєчасної хірургічної допомоги [3].

**Матеріал і методи**

За останні 38 років у клініці дитячої хірургії ім. Н.Л. Куша перебувало на лікуванні 82 дитини з даною патологією у віці від 3 до 18 років. Хлопчиків було 66 (80,5%), дівчат - 16 (19,5%). Випадкові поранення (на полюванні, у момент підпалювання мін і снарядів на багатті, при розбиранні невідомих предметів і вибухових приладів, при випадковому потраплянні в зону перестрілки) спостерігалися в 59 дітей, навмисні - в 23. Поранення з “самопалів” зустрілися в 22 пацієнтів, з рушниць - 18, з пістолетів - 15, з автоматів - в 9. 18 хворих, що залишилися, одержали осколкові поранення при вибуху снарядів, мін або “вибухових пристроїв” під час гри.

Проникаючі поранення спостерігалися в 54 дітей, непроникаючі - в 28. Локалізація поранень була дуже різною, але найчастіше ушкоджувалися груди, живіт і кінцівки. Найбільш важку групу хворих склали пацієнти із поєднаними пораненнями в груди, живіт і голову. У перші 2-3 години після одержання поранення звернулися до лікарні 60 дітей, інші 22 - через 6-12 годин.

Діагностика поранень не викликала особливих труднощів. У плані діагностики використовувалося рентгенологічне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія й лапароскопія.

**Результати та їх обговорення**

При важкому стані потерпілого проводяться протишокові заходи з переливанням поліглюкіну, альбуміну, глюкози, сольових розчинів, плазми, еритроцитарної маси, призначається комплексна антибактеріальна терапія, анальгетики, вводиться протиправцева (а за показниками й протигангренозна сироватка). Широка торакотомія з ушиванням або резекцією частки легені й ушиванням діафрагми проведена в 20 дітей, лапаротомія з ушиванням або резекцією кишечника й шлунка - в 18 дітей, ушивання печінки - в 14, селезінки - в 9, ушивання нирки - в 5, нефректомія - в 3, спленектомія - в 8. Дітям з непроникаючими пораненнями

проведена первинна хірургічна обробка з накладанням первинного шва. Померло 6 (7,3%) хворих із множинними осколковими пораненнями, з ушкодженням органів грудної клітки, черевної порожнини й голови з масивною кровотечею й важким ступенем шоку.

Як вже вказувалося вище, найбільш важку групу пацієнтів склали діти із поєднаними осколковими ураження в груди, живіт і кінцівки. Однак неосколкові поєднані поранення також дуже небезпечні й часом вимагають тривалої терапії й численних операцій. Наводимо наше спостереження.

Хворий С., 13 років, був поранений 19.03.1977 г. пострілом із самопала з відстані 6-7 м. У важкому стані доставлений у місцеву лікарню (м. Макіївка) через 1 годину після поранення. Діагностовано вогнепальне поранення лівої половини грудної клітки, середостіння, діафрагми, внутрішньочеревну кровотечу. При оглядовій рентгенографії виявлені тіні сторонніх предметів в ділянці проекції селезінки й правої легені.

Операція - верхньосередина лапаротомія. У черевній порожнині до 500 мл крові, обширне поранення селезінки. Спленектомія, у селезінці виявлена кулька від шарикопідшипника діаметром 0,6 см. Зроблена пластика ушкодженого лівого купола діафрагми. Враховуючи відсутність виражених легеневих ускладнень і важкий стан дитини, сторонній предмет правої легені було вирішено в екстремому порядку не видаляти. Зроблена плевральна пункція справа із аспірацією 400 мл рідкої крові. При повторній плевральній пункції 20.03 отримано до 1,5 л мутної кров'янистої рідини. Торакоцентез, дренивання по Бюлау.

24.03 хворий переведений у клініку дитячої хірургії. Стан дуже важкий, явища пневмонії, плевриту, медіастиніту. 03.04 діагностовано поранення стравоходу - дефект на рівні другого фізіологічного звуження. Проводилася інфузійна терапія, парентеральне харчування, однак хлопчик погано подавав у вазі. 15.04 зроблена гастростомія. 05.05 свищ стравоходу закритися, явища медіастиніту, пневмонії й плевриту пішли на спад. 31.05 - широка торакотомія праворуч, видалення стороннього предмету, нижньої частки легені, дренивання плевральної порожнини. Сторонній предмет - така сама кулька (діаметром 0,6 см). Рана зажила первинним натягом. 20.06 закрита гастростома. 22.07 пацієнт у задовільному стані виписаний додому.

**Висновки**

1. Вогнепальні поранення мирного часу в дітей представляють особливу групу механічних ушкоджень.
2. Найтяжче протікають проникаючі поєднані поранення з ушкодженням органів грудної та черевної порожнин.
3. У всіх випадках вогнепальних поранень у дітей показана рання топічна діагностика із застосуванням необхідних заходів аж до діагностичної торакотомії або лапаротомії.
4. Лікування дітей з вогнепальними пораненнями повинне бути активним, радикальним і комплексним.

**Література**

1. Капустин Р.Ф., Гомбалеvский. Д.В. Огнестрельные ранения конечностей: Метод. рекомендации. - Мн.: БГМУ, 2004. - 35 с.
2. Могила В.В., Куртеv С.В. Некоторые особенности оружейно-взрывных ранений позвоночника и спинного мозга мирного времени // Международный неврологический журнал. - 2005. - № 3. - С. 23.
3. Цымбалюк В.И., Могила В.В., Семкин К.В., Куртеv С.В. Оружейно-взрывные ранения нервной системы. - Симферополь: КГМУ, 2008. - 274 с.
4. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи. - М.: Медицина, 2001. - 400 с.

Надійшла 01.07.2014 року.