полнения интракорпоральной уретролитотрипсии у больных со сложными камнями мочеточника, у данного контингента пациентов необходимо применение дифференцированного подхода при использовании устройств для дезинтеграции конкремента либо других видов оперативного лечения сложных камней мочеточника.

Основным резервом повышения эффективности эндоскопического лечения сложных камней мочеточника следует считать использование иных методов интракорпоральной литотрипсии, позволяющих приложить к конкременту большую энергию для дезинтеграции конкремента, одновременно, более безопасной в плане развития различного рода осложнений.

**Перспективы дальнейших исследований**

Изучение возможностей ультразвуковой контактной литотрипсии имеет значительные перспективы в лечении уретеролитиаза. Однако наличие у пациентов т.н. «сложных камней» повышает риск осложнений при использовании этого вида лечения, что делает необходимым дальнейшее исследование разработки алгоритма лечения этих пациентов.

**Литература**

1. Зубков А.Ю., Ситдыкова М.Э. Особенности контактной литотрипсии камней верхних мочевых путей. // Пленум правления Российского общества урологов. Материалы. - Москва, 2005.- С. 108-109.

2. Минасьянц Э.З. Лазерная контактная литотрипсия камней верхних мочевыводящих путей в условиях ургентного урологического отделения / Э.З. Минасьянц, К.Н. Саханда, М.П. Борисов // Урология. – 2009. – № 6. – С. 52-56.

3. Рощин Ю.В. Обгрунтування вибору лікувальної тактики у хворих на уретеролітіаз на основі прогнозування ефективності сучасних методів еліминації конкрементів / Автореф. Дис….д. мед. н. - Донецьк, 2009. – 40 с.

4. Hyams ES, Bruhn A, Lipkin M et al. Heterogeneity in the reporting of disease characteristics and treatment outcomes in studies evaluating treatments for nephrolithiasis. J Endourol. 2010, 24: 1411-4.

5. Ibrahim AK Reporting ureteroscopy complications using the modified clavien classification system. J. Urol. Annals. 2015, 7 (1):53-57.

6. Lingeman JE Stone treatments: current trends and future possibilities. J. Urol. 2004, 172: 1774.

7. Rebuck DA, Macejko A, Bhalani V et al. The natural history of renal stone fragments following ureteroscopy. Urology. 77: 564-8, 2011.

*Стецишин Р.В.*

**Аналіз післяопераційних ускладнень при лікуванні уретеролітіаза з використанням інтракорпоральної ультразвукової уретролітотрипсії**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

***Резюме.*** Проведено аналіз причин ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень у хворих з каменями сечоводу при виконанні контактної ультразвукової уретеролітотрипсії. У 204 пацієнтів, які увійшли до дослідження, відзначено 287 ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень різного ступеня тяжкості. При проведенні біваріантного аналізу причин ускладнень був виявлений їх взаємозв'язок з локалізацією у верхній і середній третині сечоводу, розмірами понад 1 см і щільністю конкременту понад 1000 од. Хаунсфілда.

Зроблено висновок, що з урахуванням підвищеного ризику невдач і ускладнень, виконання інтракорпоральної уретролітотрипсії у хворих з ускладненими каміннями сечоводу, необхідне застосування диференційованого підходу при використанні пристроїв для дезінтеграції конкременту або інших видів оперативного лікування.

**Ключові слова.** Камені сечоводу, ультразвукова літотрипсія, уретероскопія, ранні та пізні ускладнення.

*R.V. Stetsyshyn*

**Analysis of Postoperative Complications In Urethrolithiasis Treatment Using Intracorporeal Ultrasonic Lithotripsy**

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

***Abstract.*** The causes of early and late postoperative complications in patients with ureteral calculi during ultrasonic ureterolithotripsy performance were analyzed. 287 early and late postoperative complications of different severity were noted in 204 patients included into the study. During the bivariate analysis of complications causes, the interrelationship with localization in the upper and middle third of the ureter, the size of more than 1 cm and a density of more than 1000 Hounsfield units was revealed.

Taking into account the high risk of failure and complications, intracorporeal ureterolithotripsy in patients with complicated ureteral calculi, a differentiated approach to the use of devices for the disintegration of the concretion, or other types of surgery should be used in this group of patients.

***Keywords*: *ureteral calculi; ultrasound lithotripsy, ureteroscopy, early and late complications***.

Поступила 05.08.2016 года.

УДК: 547.93+616-089+616.361+616.36-008.5

*Ткачук-Григорчук О.О.*

## Оцінка та моніторинг ризику тромбоемболічних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії

ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет
tkolesia@bigmir.net

***Резюме.*** Профілактика тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) після лапароскопічної холецистектомії потребує удосконалення, оскільки існуючі протоколи оцінки ризику не враховують особливостей даного контингенту хворих і призводять до надмірного застосування антикоагулянтів і збільшення ризику геморагічних ускладнень. **Мета дослідження:** на підставі ретроспективного аналізу встановити відповідність між групами хворих стратифікованих за ризиком ТЕУ за шкалою Caprini та за національним протоколом і адаптувати шкалу Caprini для специфіки даної групи хворих. **Результати дослідження.** Виявлено невідповідність між оцінками ступеня ризику ТЕУ за національним протоколом та за шкалою Caprini. Зокрема, пацієнти з високим ризиком кровотечі отримують невиправдано високий бал за шкалою Caprini, що може викликати надмірне застосування антикоагулянтів. Шкала Caprini не враховує ступінь важкості захворювання та лапароскопічного втручання, а також фактор ризику кровотечі, який може бути наявний у хворих на біліарну патологію. **Висновок.** Удосконалена шкала Caprini краще адаптована до специфіки хворих на ЖКХ і дозволяє адекватно оцінити ступінь ризику та призначити індивідуалізовану схему профілактичних засобів.

***Ключові слова: лапароскопія, ризик тромботичних ускладнень, профілактика.***

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Питання необхідності та об'єму антитромботичної профілактики при лапароскопічних операціях не має детального обгрунтування. Антигоагулянтна профілактика часто невиправдано призначається за принципом доцільної надмірності [1, 2]. Це може призвести до підвищеного ризику геморагічних ускладнень у післяопераційному періоді. Відсутні скринінгові методи відбору пацієнтів, яким необхідне призначення усього комплексу механічних та фармакологічних методів антитромботичної профілактики.

Починаючи з 1986 року, Американською асоціацією грудних хірургів запропоновані 9 консенсусів з профілактики та лікування венозного тромбоемболізму і ТЕЛА. У 2006 році вийшов друком перший Український національний консенсус «Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування». У 2013 році опубліковано міждисциплінарні клінічні рекомендації «Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика» які містять адаптовані до умов України рекомендації на основі нового національного консенсусус [3].

Однак, національний протокол передбачає стратифікацію пацієнтів лише на чотири групи: низького, підвищеного, високого ризику ТЕЛА, та групу з ризиком кровотечі.

Запропонована у 2004 році шкала Caprini (табл. 1.) передбачає бальну оцінку пацієнтів за факторами ризику ТЕУ, що дозволяє точніше оцінити відповідний ступінь ризику, однак, дана шкала не входить до останньої редакції національного консенсусу. Водночас шкала широко застосовується у клінічній практиці, оскільки дозволяє об'єктивізувати показання до застосування різних методів профілактики тромбоемболічних ускладнень у післяопераційному періоді. Шкала Caprini є універсальною, однак не враховує специфіки лапароскопічної холецистектомії [4].

**Таблиця 1. Модель індивідуальної оцінки ризику розвитку ТЕУ за J.A.Caprini (2004)**

| **1 бал** | **2 бали** |
|---|---|
| • Вік 41-60 років<br>• Набряк нижніх кінцівок<br>• Варикозні вени<br>• Індекс маси тіла більше 25 кг/м$^2$<br>• Мале хірургічне втручання<br>• Сепсис (давністью до 1 міс.)<br>• Серйозне захворювання легенів (у т.ч. пневмонія давністю до 1 міс.)<br>• Прийом оральних контрацептивів, гормонозамістна терапія<br>• Вагітність і післяпологовий період (до 1 міс.)<br>• В анамнезі: мертвонародження, викидні (>3), передчавсні пологи з токсикозом або затримка внутрішньоутробного розвитку<br>• Гострий інфаркт міокарду<br>• Хронічна серцева недостатність (давністю до 1 міс.)<br>• Ліжковий режим у нехірургічного пацієнта<br>• Запальні захворювання товстої кишки в анамнезі<br>• Велике хірургічне втручання давністю до 1 міс. в анамнезі<br>• Хронічна обструктивна хвороба легень | • Вік 61-74 роки<br>• Артроскопічна хірургія<br>• Злоякісний новоутвір<br>• Лапароскопічне втручання (тривалістю більше 45 хв.)<br>• Ліжковий режим більше 72 год<br>• Імобілізація кінцівки (давністю до 1 міс.)<br>• Катетеризація центральних вен<br>• Велика хірургія (тривалістю більше 45 хв.)<br>**3 бали**<br>• Вік старший 75 років<br>• Особистий анамнез ВТЗ<br>• Сімейний анамнез ВТЗ<br>• Мутація типу Лейден<br>• Мутація протромбіну 20210A<br>• Гіпергомоцистеїнемія<br>• Гепарін-індукована тромбоцитопенія<br>• Підвищений рівень антитіл до кардіоліпіну<br>• Вовчуковий антикоагулянт<br>**5 балів**<br>• Інсульт (давністю до 1 міс.)<br>• Множинна травма (давністью до 1 міс.)<br>• Ендопротезування крупних суглобів<br>• Перелом косток стегна і гомілки (давністю до 1 міс.)<br>• Травма спинного мозку/параліч (до 1 міс) |
| **Стратифікація ризику:**<br>• Низький ризик: 0-1 бал<br>• Помірний ризик: 2 бали<br>• Високий ризик: 3-4 бали<br>• Украй високий ризик: 5 и більше балів | |

**Таблиця 2. Заходи профілактики ТЕУ у залежності від групи ризику**

| Стратифікація ризику | Рекомендовані заходи профілактики ТЕУ |
|---|---|
| • Низький ризик: 0-1 бал<br>• Помірний ризик: 2 бали<br>• Високий ризик: 3-4 бали<br>• Украй високий ризик: 5 і більше балів | • Профілактика не потрібна<br>• Застосування механічних засобів профілактики<br>• Механічні засоби +НМГ<br>• Механічні засоби +НМГ у високих дозах+ керована гемодилюція |

Інтерпретацію результатів за J.A.Caprini проводять за наступною схемою (табл.2).

**Мета дослідження:** на підставі ретроспективного аналізу встановити відповідність між групами хворих стратифікованих за ризиком ТЕУ за шкалою Caprini та за національним протоколом і адаптувати шкалу Caprini для специфіки даної групи хворих.

**Об'єкт і метод дослідження**

Проведено ретроспективний аналіз хворих клініки, які перенесли лапароскопічну холецистектомію за 3 роки. Оцінювали частоту супутньої патології, яка впливала на ризик ТЕУ, оцінку пацієнтів за національним протоколом та за шкалою Caprini та наслідок лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення**

У відділенні малоінвазивної хірургії Івано-Франківської ОКЛ за період з 2010 по 2012 рік 3582 хворих перенесли лапароскопічну холецистектомію з приводу різних форм жовчекам'яної хвороби (табл. 3).

Серед хворих ретроспективного етапу дослідження було 62,3% жінок і 37,7% чоловіків. Середній вік хворих склав 63,4±12,5 років. Переважна більшість хворих мала надмірну масу тіла (75,6%). Індекс маси тіла (ІМТ) склав у середньому 30,5±5,2. Наявність супутньої патології вен нижніх кінцівок зафіксована у заключному діагнозі лише у 0,7% хворих, що однак не відображає реальної картини, оскільки у 13,5% хворих у первинному огляді та у результатах клінічних обстежень наявні ознаки хронічної венозної недостатності. Серед встановлених захворювань венозної системи переважно виявляли варикозне розширення вен (76,3%), хронічну венозну недостатність (12,5%), посттромботичний синдром (11,2%).

Серед хворих, які перенесли лапароскопічні оперативні втручання за 3 роки, зафіксовано тромботичні ускладнення

**Таблиця 3. Розподіл хворих за основним захворюванням та ускладненнями**

| Нозологічна група | абс | % |
|---|---|---|
| Хронічний калькульозний холецистит, всього | 2634 | 73,5 |
| У т.ч. хронічний калькульозний холецистит ускладнений холедохолітіазом | 34 | 1,3 |
| Гострий холецистит, всього | 948 | 26,5 |
| У т.ч. гострий калькульозний холецистит ускладнений холедохолітіазом; | 18 | 1,9 |
| ВСЬОГО хворих на ЖКХ | 3582 | 100 |
| У т.ч. жовчекам`яна хвороба з супутньою хронічною патологією вен нижніх кінцівок | 25 | 0,7 |

**Таблиця 4. Співвідношення ризиків за клінічним протоколом та за шкалою Caprini**

| Відносна кількість хворих (%) | Характеристика групи згідно з клінічним протоколом | Середня оцінка за шкалою Caprini | Характеристика за Caprini |
|---|---|---|---|
| 21 | Низький ризик | 2,12 | Помірний ризик: 2 бали |
| 38 | Помірний ризик | 3,45 | Високий ризик: 3-4 бали |
| 21 | Підвищений ризик | 4,12 | Високий ризик: 3-4 бали |
| 12 | Високий ризик | 5,57 | Украй високий ризик: 5 і більше балів |
| 8 | Ризик кровотечі | 5,34 | Украй високий ризик: 5 і більше балів |

**Таблиця 5. Додаткові критерії до шкали Caprini**

| Предиктор | Кількість балів |
|---|---|
| Лапароскопічна операція до 1 год | 0 |
| Лапароскопічна операція більше 1 год | +1 |
| Наявність гострого недеструктивного холециститу | +1 |
| Гострий деструктивний холецистит | +2 |
| Ознаки гострого панкреатиту (ферментативний перитоніт) | +2 |
| Коливання пневмоперитонеуму (більше 15 мм ртст ) | +1 |
| Механічна жовтяниця | -1 |
| Сумнівний гемостаз ложа жовчного міхура | -1 |
| Кровоточивість троакарних проколів | -1 |

у ранньому післяопераційному періоді у 15 випадках (0,46%). Зокрема у 2 випадках діагностовано ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії, що викликало необхідність переведення хворих у спеціалізоване відділення. У 8 випадках виявлено гострий тромбофлебіт підшкірних вен і у 5 випадках – тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. В усіх випадках спостерігали ураження на рівні гомілково-підколінного сегмента.

Серед хворих, які мали тромботичні ускладнення (15) у 3 випадках фармакологічна тромбопрофілактика не проводилася. Серед хворих з тромботичними ускладненнями у 10 випадках лапароскопічні операції проведені за ургентними показами – з приводу гострого холециститу.

З метою оцінки сумісності шкали Caprini та національного клінічного протоколу для оцінки ризику ВТЕ та індивідуалізації тромбопрофілактики, хворих розподілили за варіантами застосованої профілактичної схеми згідно з національним клінічним протоколом та визначили відповідну середню оцінку ризику за шкалою Caprini у кожній групі (табл.4).

Як видно з таблиці, існує певна невідповідність між оцінками ступеня ризику ТЕУ за національним протоколом та за шкалою Caprini. Так, пацієнти з високим ризиком кровотечі отримують надто високу бальну оцінку ризику ТЕУ, що вимагає високодозової профілактики антикоагулянтами і може посилити ризик геморагічних ускладнень. Основними недоліками шкали Caprini, які обумовлюють цю невідповідність, є те, що згідно з шкалою лапароскопічна операція оцінюється у 2 бали, що суттєво піднімає інтегральну оцінку. Дана оцінка не залежить від ступеня важкості лапароскопічної операції, не враховує наявність гострого холециститу та ускладнень ЖКХ. Інший недолік – відсутність у шкалі оцінки фактора ризику кровотечі, який у хворих на біліарну патологію часто викликаний депресією синтетичної функції печінки та зниженим протромбіновим індексом при гіпербілірубінемії.

На підставі аналізу даних закономірностей нами опрацьовано удосконалення шкали Caprini з метою її адаптації для хворих з біліарною патологією. Для цього емпірично, на підставі досвіду роботи відділення обрані корегуючі бали, які б дозволили гармонізувати оцінкові характеристики за двома системами – національним клінічним протоколом та шкалою Caprini.

Пропонується доповнення шкали Caprini предикторами, які визначаються під час лапароскопічного втручання (табл.5).

Внаслідок застосування модифікованої нами шкали Caprini (Caprini+) отримано співвідношення характеристики ризиків ТЕУ, з урахуванням особливостей хворих на різні форми ЖКХ (табл. 6)

**Таблиця 6. Співвідношення ризиків за клінічним протоколом та за шкалою Caprini+**

| Відносна кількість хворих (%) | Характеристика групи згідно клінічного протоколу | Середня оцінка за шкалою Caprini+ | Характеристика за Caprini |
|---|---|---|---|
| 21 | Низький ризик | 0,85 | Низький ризик 0-1 бал |
| 38 | Помірний ризик | 1,45 | Помірний ризик: 2 бали |
| 21 | Підвищений ризик | 3,12 | Високий ризик: 3-4 бали |
| 12 | Високий ризик | 5,57 | Украй високий ризик: 5 і більше балів |
| 8 | Ризик кровотечі | 2,34 | Помірний ризик: 2 бали |

**Висновок**

Удосконалена шкала Caprini+ адаптована до специфіки хворих, яким показана лапароскопічна холецистектомія, і дозволяє з високою достовірністю оцінити ступінь ризику та призначити індивідуалізовану схему профілактичних засобів. Застосування модифікованої шкали не лише попереджує розвиток ускладнень, але й обмежує надмірне застосування зайвих профілактичних засобів та медикаментів.

**Література**

1. Варданян А.В. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения реальная опасность и современные методы профилактики / А. В. Варданян // Ангиология и сосудистая хирургия - 2008 - №1. – С. 67-72.

2. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. – Київ. – 2013. – 63 с.

3. Голубев А.А., Еремеев А.Г., Воронов С.Н., Волков С.В., Тебеньков М.Н., Кулаков П.А. Тромбоэмболические осложнения при лечении желчекаменной болезни // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – Т. 12, № 2. – С. 33 – 34.

4. Caprini J. A. Thrombotic Risk Assessment: A Hybrid Approach. Available at: http://www.venousdisease.com/Publications/JACaprini-HybridApproach3-10-05.pdf (assessed 20 November 2013).

*Ткачук-Григорчук О.О.*

**Оценка и мониторинг риска тромбоэмболических осложнений после лапароскопичаской холецистэктомии**

***Резюме.*** Профилактика тромбоэмболических осложнений после лапароскопической холецистэктомии нуждается усовершенствования, поскольку существующие протоколы оценки риска не учитывают особенностей данного контингента больных и приводят к чрезмерному применению антикоагулянтов и увеличению риска геморрагических осложнений. **Цель исследования:** на основании ретроспективного анализа установить соответствие между группами больных, стратифицированных за риском ТЕУ за шкалой Caprini и за национальным протоколом и адаптировать шкалу Caprini для специфики данной группы больных. **Результаты исследования.** Выявлено несоответствие между оценками степени риска ТЕУ за национальным протоколом и за шкалой Caprini. В частности, пациенты с высоким риском кровотечения получают неоправданно высокий балл за шкалой Caprini, что может вызывать чрезмерное применение антикоагулянтов. Шкала Caprini не учитывает степень тяжести заболевания

и лапароскопического вмешательства, а также фактор риска кровотечения, который может иметься у больных билиарной патологией. **Вывод.** Усовершенствованная шкала Caprini лучше адаптирована к специфике больных на ЖКХ и позволяет адекватно оценить степень риска и назначить индивидуализированную схему профилактических средств.

***Ключевые слова:*** *лапароскопия, риск тромботичних ослож-нений, профилактика.*

*O.O. Tkachuk-Grigorchuk*

**Estimation and Monitoring of Thromboembolic Complications Risk after Laparoscopy Cholecystectomy**

***Abstract.*** The prophylaxis of thromboembolic complications (TEC) after laparoscopy cholecystectomy requires improvements, as existent protocols of risk estimation do not take into account the features of this contingent of patients and result in excessive application of anticoagulants and increase in hemorragic complications risk. **The objective of the research** to set accordance between the groups of patients stratified according to the risk of thromboembolic complications in accordance with Caprini scale and national protocol and to adapt Caprini scale for the specifics of this group of patients on the basis of retrospective analysis. **Results of the research.** Non-conformity between the estimations of TEC risk degree was detected according to national protocol and Caprini scale. In particular, patients with the high risk of bleeding get unjustified high point according to Caprini scale that can cause excessive anticoagulants application. Caprini scale does not take into account disease severity and laparoscopy intervention as well as bleeding risk that can occur in biliary patients. **Conclusions.** The improved Caprini+ scale is better adapted to the specific features of patients with cholecystitis and allows estimating adequately risk degree and prescribing individualized preventive measures.

***Keywords: laparoscopy cholecystectomy; risk of* thromboembolic *complications; prophylaxis.***

Надійшла 08.08.2016 року.

УДК: 617.55-001.45-06

*Трутяк І. Р., Гайда І. М., Прохоренко Г. А., Медзин В. І., Трутяк Р. І.*

# Особливості ускладнень сучасної бойової хірургічної травми живота

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів
ihortrutiak@yahoo.com

***Резюме.*** Метою роботи є аналіз перебігу травматичної хвороби у поранених з бойовими пошкодженнями органів черевної порожнини та обґрунтування причин ранніх і пізніх ускладнень.

***Матеріал і методи дослідження.*** У 55 (3,5%) із 1566 пацієнтів з бойовою хірургічною травмою, які лікувались у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону, були поранення і пошкодження органів черевної порожнини. Пацієнти поступали в результаті медичної евакуації повітряним і наземним транспортом із II та III рівнів надання медичної допомоги, де їм були виконані невідкладні операційні втручання та проведена терапія травматичного шоку і крововтрати. 6 (10,9%) пацієнтів відразу після евакуації госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії та реанімації. У 20 (36,3%) пацієнтів з бойовими пораненнями і пошкодженнями органів черевної порожнини було 50 ускладнень травматичної хвороби.

***Результати.*** Всі ускладнення поділили на дві групи: прогнозовані ускладнення та ускладнення, яких можна було б уникнути. Прогнозовані ускладнення – постгеморагічна анемія, гіпопротеїнемія, синдром абдомінальної компресії, інфікування післяопераційної рани і післяопераційні грижі після програмованих релапаротомій, плевро-легеневі ускладнення після поєднаної торакоабдомінальної травми, інфекційно-запальні процеси сечовидільної системи, які спричинені тривалою постійною катетеризацією сечового міхура. Ускладнення, яких можна було б уникнути, залежали від термінів евакуації, рівня підготовки медичного персоналу щодо лікування бойової хірургічної травми, матеріально-технічного забезпечення та виконання адекватного обсягу лікування на відповідному рівні медичної допомоги.

***Висновки.*** Особливості поранень сучасною високоенергетичною зброєю, пізня евакуація, тривалий період стабілізації життєво важливих функцій організму, неадекватна корекція крововтрати та гіпопротеінемії, неоптимальний вибір обсягу першого операційного втручання, недостатня підготовка медичного персоналу щодо лікування бойової хірургічної травми та недостатнє матеріально-технічне забезпечення є чинниками ризику розвитку ускладнень травматичної хвороби у поранених з пошкодженнями органів черевної порожнини.

***Ключові слова:*** бойова хірургічна травма, поранення живота, ускладнення.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Під час бойових дій на Сході України за 2014-2015 рік осколкові поранення отримали 61,6% поранених, мінно-вибухові – 27%, кульові – у 9,1% [1]. Ці поранення характеризуються множинними і поєднаними пошкодженнями грудей, живота і кінцівок, супроводжуються травматичним шоком та крововтратою. Особливо складним завданням є лікування постраждалих з проникаючими пораненнями живота, оскільки у них виникають тяжкі ускладнення, які бувають фатальними, або потребують тривалої інтенсивної терапії та чисельних відновних і реконструкційних хірургічних втручань [2, 3, 4].

У структурі бойової травми під час війни на Сході України поранення живота зайняли четверту позицію після поранень кінцівок, голови та грудей і становлять 7,3%. У госпіталізованих у військово-медичні центри, частіше були пошкодження порожнистих органів, ніж паренхімних, тому що значна кількість поранень паренхімних органів сучасною зброєю супроводжується масивною смертельною крововтратою.

***Мета дослідження.*** Проаналізувати перебіг травматичної хвороби у поранених з пошкодженнями органів черевної порожнини внаслідок бойової травми та обґрунтувати причини ранніх і пізніх ускладнень.

## Матеріал і методи дослідження

Із 1566 пацієнтів з бойовою хірургічною травмою, які лікувались у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону (ВМКЦ ЗР), у 55 (3,5%) були поранення і пошкодження органів черевної порожнини, що склало 3,5% від загальної кількості госпіталізованих із зони бойових дій. Поранених було 35 (64%) і травмованих з тяжкою поєднаною абдомінальною травмою – 20 (36%). 5 з них мали множинні пошкодження органів черевної порожнини, а 50 – поєднані пошкодження живота та інших анатомо-функціональних ділянок. Поранені і травмовані були евакуйовані через 2–21 доби після поранення із II та III рівнів надання медичної допомоги, де їм були виконані невідкладні операційні втручання та проведена інтенсивна терапія травматичного шоку і крововтрати. Відразу після транспортування 6 (10,9%) пацієнтів з пошкодженнями абдомінальних органів госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії та реанімації ВМКЦ ЗР. У 15 (27,3%) – були виконані повторні операційні втручання з приводу