

ДОСВІД ВЕДЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОРАНЕННЯМИ, ЩО СУПРОВОДЖУВАЛИСЯ МАСИВНИМ РОЗЧАВЛЕННЯМ М'ЯКИХ ТКАНИН З КАТЕГОРІЇ УЧАСТНИКІВ АТО

О.А. Нетребко, Ф.М. Богачик

*Клініка урології та нефрології. Військово-медичний Клінічний Центр
Південного Регіону м. Одеса.*

Резюме. У статті представлений досвід роботи клініки урології та нефрології у лікуванні поранених з зони « АТО » з масивними пораненнями м'яких тканин. Наведено особливості вогнепальної та осколкової рани. Виділені дві групи пацієнтів, за живлення ран яких проводилося у різний спосіб. Контрольна група пацієнтів велася « класичним » відкритим способом. В основній групі поранених було застосовано напіввідкритий спосіб із застосуванням системи пролонгованої вакуумної аспірації « VAC ». Шляхом співставлення клінічних результатів лікування пацієнтів в контрольній та основній групах доведена ефективність застосування системи « VAC » в комплексному лікуванні пацієнтів з масивними вогнепальними пораненнями, що супроводжуються розчавленням тканин. Застосування системи « VAC » при лікуванні вогнепальних ран м'яких тканин прискорює очищення, загоєння ран та видужання пацієнта.

Ключові слова: Інфікована рана, спосіб лікування, мінно-вибухова травма, АТО, « VAC », етапна некректомія, активна хірургічна тактика.

Актуальність проблеми. В умовах сучасних локальних війн, зокрема антитерористичної операції (АТО) бойова хірургічна травма за обставин збільшення щільності вогню стрілкової зброї та широкого застосування боєприпасів (протипіхотних мін, гранат тощо) все частіше набуває характеру бойової політравми. Характерним для бойової травми стає її поважчання. Застосування високошвидкісних снарядів (кулі, уламки вибухових пристроїв) із швидкістю понад 760 м/с змушує очікувати значного ураження тканин. Частка поєднаних обширних уражень за умов проведення АТО сягає 25-60%, тоді як у часи Другої світової війни на неї перепадало близько 14%. Вогнепальна рана є первинно інфікованою, та має ряд особливостей, що відрізняє її від ран іншої етіології. Методи ведення осколкових та вогнепальних поранень і досі мають певні розбіжності та є дискутабельними. Важкість сучасної бойової травми та збільшення її частоти на даний момент потребують розробки нових методів ведення хворих з пораненнями, що супроводжуються масивним розчавленням м'яких тканин.

Мета. Проаналізувати та прослідкувати недоліки надання медичної допомоги пораненим із масивними вогнепальними пораненнями на первинних етапах евакуації. Порівняти результати ведення хворих з бойовими пораненнями відкритим методом, та методом із застосуванням систем пролонгованої вакуумної аспірації «VAC».

Матеріали та методи. За час ведення АТО з травня 2014 року по травень 2016 року за клінікою урології та нефрології пройшло 20 поранених з категорії учасників АТО з пораненнями, що супроводжувалися масивним розчавленням тканин та значними дефектами тканин. У 80 % випадків, це було наслідком мінно-вибухової травми із ураженням осколками та вторинними снарядами. 20% становили вогнепальні кульові поранення. Зважаючи на специфіку відділення локалізація поранень це поперекова ділянка, крижова ділянка, ділянка промежини, сіднична ділянка та ділянка верхньої третини стегон. Час евакуації хворих до ВМКЦ в середньому складав 2-3 доби після отримання поранення. Хворі поступали до ВМКЦ ПР в порядку вторинної медичної допомоги. Недоліки та неправильне ведення хворих на первинних етапах евакуації в подальшому призводили до ускладнень, яких можна було би уникнути. Так 5 хворих поступили із ранами ушитими наглухо з установкою множинних дренажів. У 100% пацієнтів даної групи відбулося нагноєння ран з приєднанням синьогнійної інфекції (*P.aeruginosa*), що в подальшому значно подовжило строки видужання хворих.

До всіх хворих із вогнепальними та осколковими пораненнями застосовувалася активна хірургічна тактика. В умовах клініки всі поранені із ранами із значним розчавленням тканин були умовно поділені на 2 групи. Перша група (контрольна) 12 чоловіків – лікування рани проводилося класичним відкритим способом. Хворим проводилася рихла тампонада ран серветками антисептиків (перманганат калію 25%, хлоргексидин, перекис водню, йод-повідон) з поступовим переходом на мазеві пов'язки (левоміколь, мірамістін), що супроводжувалася етапним некректоміями, та послідовним встановленням вторинних відстрочених швів. Перев'язки проводилися 1 раз у день (У деяких випадках 2 рази на день). Постановка відстрочених вторинних швів відбувалася після повного очищення рани від гною, некротичних тканин, та формування молодого грануляційної тканини. Основну групу склали 8 чоловік у яких ведення ран проводилося напіввідкритим способом із застосуванням системи пролонгованої вакуумної аспірації «VAC». При поступленні хворому проводилася вторинна хірургічна обробка з висіченням некротичних розчавлених тканин, після чого проводився монтаж системи «VAC». Кожні 3-4 дні система знімалася. Проводилася етапна планова некректомія з висіченням некротизованих тканин та послідовним перемонтажем системи вакуумної аспірації. Монтаж «VAC» проводився до

можливість встановлення вторинних відстрочених швів без значного натягу тканин. Кількість етапних некретомій залежала від глибини та об'єму рани і в середньому для одного пацієнта становила від 3 до 8 раз.

Всім хворим обох груп в комплексі лікувальних заходів була включена антибактеріальна та симптоматична терапія. Ефективність лікування в контрольній та основній групах оцінювалася за наступними параметрами:

- строки зникнення місцевих ознак запалення;
- час появи грануляцій;
- строки постановки вторинних швів;
- строки зняття швів (загоєння рани).

Результати. В результаті проведеного клінічного дослідження співставляючи результати клінічної ефективності обох методів лікування в основній та контрольній групах слід зазначити: Строки зникнення місцевих ознак запалення в групі де рани велися «класичним» відкритим способом становили в середньому 5-6 діб, коли в основній ці показники були 3-4 доби. Поява грануляційної тканини в контрольній групі відмічалася на 5-7 добу, в основній групі на 3 - 4 добу, після першого демонтажу системи «VAC» Строки встановлення швів контрольна група 10-15 доба, основна група 8-10 доба. Строки зняття швів контрольна група 18-22 доба, основна група 16-18 доба (табл. 1.)

Таблиця 1

Клінічна оцінка ефективності ведення вогнепальних та осколкових ран різними способами

Критерії оцінки	Групи	
	Контрольна	Основна
Строки зникнення місцевих ознак запалення діб	5-6	3-4
Час появи грануляцій. діб	5-7	3-4
Строки встановлення швів. діб	10-12	8-10
Строки зняття швів. діб	18-22	16-18

Всі хворі, що підпали під дослідження були чоловічої статі. Учасниками АТО. Середній вік 19-39 років.

Висновки

Підводячи підсумок проведеного клінічного дослідження з нашого з досвіду нашої клініки зазначимо, що закритий метод ведення вогнепальних та осколкових поранень має найбільшу кількість ускладнень. Небезпечний для хворого, та не має застосовуватися в клінічній практиці. При порівнянні напіввідкритого способу із застосуванням систем пролонгованої вакуумної аспірації «VAC» в поєднанні з етапними плановими некретоміями та

відкритого способів ведення вогнепальних ран більш ефективним виявився перший.

Застосування систем «VAC» в комплексному лікуванні осколкових та вогнепальних ран із значним розчавленням тканин прискорює строки очищення, загоєння ран та видужання пацієнта.

Література

1. Бойко В.В., Иванова Ю.В., Замятин П.Н. Лечение пострадавших с сочетанными минно-взрывными повреждениями: обзор литературы и клиническое наблюдение //Здоровье Украины . 2015г.

2. Бесчастнов В.В. Марамохин В.Н.Новий способ лечения гнойных ран мягких тканей.// Медицинская наука. Клиническая медицина. 2010г.

3. Измайлов С.Г. Применение в раневой программированной вольностомии в лечении гнойных ран.// Раны и раневая инфекция. – материалы 4 Всероссийская конференция общих хирургов. Ярославль 2007г.

4. Жердев И.И,Горегляд А.М, Давиденко П.И Вакуум-терапия в лечении обширных огнестрельных ран конечностей.// Острые и неотложные состояния в практике врача. 2015г

5. Мальцева Л.А, Мосенцев Н.Ф, Лисничая В.Н Особенности анаэробной инфекции, ассоциированной с боевой травмой.// Острые и неотложные состояния в практике врача. 2015г

Резюме. *В статье представлен опыт работы клиники урологии и нефрологии в лечении раненных с обширными ранениями мягких тканей. Описаны особенности огнестрельной и осколочной раны. Выделены две группы пациентов, заживление ран которых проводилось различными способами. Контрольная группа пациентов велась « классическим» открытым способом. В основной группе раненых был применен полукрытый способ с использованием системы пролонгированной вакуумной аспирации «VAC». Путем сопоставления клинических результатов лечения пациентов контрольной и основной групп доказана эффективность применения системы «VAC» в комплексном лечении больных с обширными огнестрельными ранениями сопровождающимися размождением тканей. Применение системы «VAC» при лечении огнестрельных ран мягких тканей ускоряет очищение, заживление ран и выздоровление пациента.*

Summary. *The article presents the experience of urology and nephrology clinics in the treatment of the wounded with extensive soft tissue injuries. Features of gunshot and fragmentation wounds are described. two groups of patients allocated, healing wounds which were carried out in various ways. a control*

group of patients was conducted “classic” open method. In the main group of wounded method using a semi-closed system of prolonged system «VAC» was applied. By comparing the clinical results of treatment of patients in the control group and the main, proved the effectiveness of «VAC» system in the complex treatment of patients with gunshot wounds accompanied by extensive crush injuries. Application «VAC» system in the treatment of gunshot wounds of soft tissues accelerates cleansing, wound healing and patient recovery.

УДК 616.216-089.85

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МЕДИАЛЬНАЯ МАКСИЛЛЕКТОМИЯ, КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К НОВООБРАЗОВАНИЯМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Л.М. Омерова, С.А. Лакиза, И.А. Кузьмук, В.И. Шербул, О.В. Шербул

Национальный военный медицинский клинический центр “Главный военный клинический госпиталь” Министерства обороны Украины

Резюме. *Ендоскопічна медіальна максилектомія - найчастіший доступ в хірургії утворень верхньощелепної пазухи. Операція виконується при видаленні пухлин, локалізованих в медіальній частині верхньої щелепи, латеральної частини носової порожнини, етмоїдального синуса та слезового мішка. Включає в себе видалення медіальної стінки синуса від нижньої стінки орбіти до нижньої стінки носової порожнини. Мета доповіді: демонстрація медіальної ендоскопічної максилектомії у пацієнтів з пухлинами пазухи. Матеріали і методи: За 2015 – 2016 роки в ЛОР клініці НВМКЦ “ГВКГ” під наглядом знаходилися 6 пацієнтів з новоутвореннями верхньощелепної пазухи, яким у вигляді хірургічного доступу виконувалася ендоскопічна медіальна максилектомія. Результати: Оцінка результатів проведених операцій дозволила визначити переваги в скороченні тривалості хірургічного втручання, часу перебування в стаціонарі, відмінної візуалізації утворення, операційного поля та “сліпих” зон верхньощелепної пазухи Висновки: Ендоскопічна медіальна максилектомія забезпечує максимальну візуалізацію та точну локалізацію утворення та має значні переваги перед відкритими доступами.*

Ключови слова: *ендоскопічна медіальна максилектомія, новоутворення верхньощелепної пазухи, хірургія синусів.*

Использование эндоскопических доступов в хирургии воспалительных заболеваний носа и параназальных синусов все более широко входит в практику оториноларингологов. Иначе обстоит ситуация с хирургическим