

*choledochoduodenostomy (CDA) and hepatitis (IEA). According to numerous authors, the development of “sump-syndrome” after HDA occurs in 2.5-9.6% of cases. With stenosis of HDA in 40% of cases there is a formation of recurrent cholangiolitis in a “blind pouch”.*

*The method of choice in the treatment of “sump-syndrome” is endoscopic papillosphincterotomy (PST), (in 19% - repeated, because of a relapse of stenosis).*

*Treatment strategy «sump-syndrome” depended on the primary variant of reconstructive surgery, instrumental confirmation of the diagnosis and the degree of severity of cholangitis.*

**Keywords:** *biliodigestive anastomoses, sump-syndrome, reconstruction, cholangitis.*

УДК 616.345-001.45-089

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ**

**М.А.Каштальян<sup>1,2</sup>, І.П.Хоменко<sup>1</sup>, О.С.Герасименко<sup>1,2</sup>,  
В.Ю.Шаповалов<sup>1,2</sup>, Р.В.Єнін<sup>1</sup>**

*Військово-медичний клінічний центр Південного Регіона<sup>1</sup>  
Одеський національний медичний університет<sup>2</sup>*

**Резюме.** *Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 52 поранених з вогнепальними пораненнями товстої кишки, що знаходилися на лікуванні в ВМКЦ ПР та зоні відповідальності (II - IV рівень медичної допомоги) з 2014 р. по 2016 р. Пошкодження правої половини товстої кишки спостерігалися у 24 поранених (48, 1%), лівої половини - у 19 (36,5%), прямої кишки - у 9 (15,4%). Застосовано диференційований підхід до хірургічного лікування поранень товстої кишки різної локалізації. В післяопераційному періоді померло 2 (3,8%) поранених з важкими поєднаними пораненнями. Летальність була пов'язана з несумісною з життям черепно-мозковою травмою, великої крововтратою і шоком. Неспроможність швів ушитої товстої кишки мала місце в 2 (3,8%) випадках, в 1 (1,9%) випадку мало місце недіагностоване на III рівні медичної допомоги пошкодження задньої стінки сліпої кишки при її наскрізному пораненні.*

**Ключові слова:** *вогнепальні поранення, товста кишка.*

**Вступ.** *Вогнепальні поранення товстої кишки вважаються одними з найбільш несприятливих травм органів черевної порожнини і*

характеризуються великим числом ускладнень і високою летальністю. Частота ушкоджень товстої кишки серед проникаючих поранень живота в сучасних військових конфліктах становить 52,7%, за даними АТО - 20,2%, при цьому рівень летальності досягає 26,7% [1,2].

Хірургічна тактика при вогнепальних пораненнях товстої кишки неоднозначна. Деякі автори пропонують враховувати стан очеревини, час, що минув від моменту травми, розміри раневого дефекту та обширність пошкодження товстої кишки. При дефекті менш 1/3 окружності кишки пропонують ушивати її стінку 2-рядним швом, при пораненні більше 1/3 - ушивати з екстраперітонізацією зашиті ділянки, при пораненні більш 1/2 - виконувати обструктивну резекцію по типу операції Гартмана [4,8]. При розчавленні, численних пораненнях пропонується виконувати резекцію кишки з колостомією [1,2,3]. При пошкодженні сліпої та висхідного відділу ободової кишки при сприятливих умовах пропонується виконувати правосторонню геміколектомію з ілеотрансверзоанастомозом або завершувати операцію формуванням стоми [1,2,3,9]. При вогнепальних пораненнях внутрішньоочеревинного відділу прямої кишки вважається за доцільне виконувати обструктивну резекцію пошкодженої ділянки прямої кишки по типу операції Гартмана. При пошкодженні позаочеревинного відділу прямої кишки перевага віддається формуванню проксимальної колостоми через мінідоступ, інтубації прямої кишки і дренажу раневого каналу. При пораненні сфінктера проводиться первинна хірургічна обробка з первинним швом анального жому та формуванням проксимальної колостоми [5,6,7]. Інші автори [8,9] пропонують у всіх випадках висікати рани товстої кишки і шивати їх 2-рядним швом або виконувати резекцію з анастомозом без колостоми. Вони ж вважають, що перитоніт не є протипоказанням до ушивання ран товстої кишки, при ранах верхньоампулярного відділу прямої кишки вважають обов'язковим ушивання рани з проксимальної колостомією, дренажуванням параректальної клітковини, а при ранах нижньоампулярного відділу і анального каналу відключення кишки вважають непотрібним.

**Мета.** Оптимізація хірургічної тактики при вогнепальних пораненнях товстої кишки.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 52 поранених з вогнепальними пораненнями товстої кишки, що знаходилися на лікуванні в ВМКЦ ПР та зоні відповідальності (II - IV рівень медичної допомоги) з 2014 по 2016 р. Пошкодження правої половини товстої кишки спостерігалися у 24 поранених (48, 1%), лівої половини - у 19 (36,5%), прямої кишки - у 9 (15,4%). Більш детальна локалізація і вид поранень представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

## Локалізація і вид поранень товстої кишки

Локалізація	Кількість	Вид	
		Кульові	Осколкові
Сліпа кишка	8 (15,4%)	2(3,8%)	6(11,7%)
Висхідна ободова	9 (17,3%)	4(7,6%)	5(9,6%)
Поперечна ободова (права половина)	7 (13,5%)	2(3,8%)	5(9,6%)
Поперечна ободова (ліва половина)	4 (7,7%)	1(1,9%)	3(5,8%)
Низхідна ободова	5 (9,6%)	1(1,9%)	4(7,6%)
Сигмовидна	10 (19,2%)	3(5,8%)	7(13,6%)
Пряма кишка	9 (17,3%)	5(9,6%)	4(7,6%)
Всього	52 (100%)	18(34,5%)	34(65,5%)

Характер поранень представлений в таблиці 2.

Таблиця 2

## Характер поранень товстої кишки

Локалізація	Характер поранень		
	ізолювані	множинні	поєднані
Сліпа кишка	1(1,9%)	2(3,8%)	5(9,6%)
Висхідна ободова	2(3,8%)	4(7,7%)	3(5,8%)
Поперечна ободова (права половина)	1(1,9%)	2(3,8%)	4(7,7%)
Поперечна ободова (ліва половина)	1(1,9%)	1(1,9%)	2(3,8%)
Низхідна ободова	1(1,9%)	2(3,8%)	2(3,8%)
Сигмовидна	3(5,8%)	5(9,6%)	2(3,8%)
Пряма кишка	1(1,9%)	2(3,8%)	6(11,7%)
Всього	10(19,2%)	18(34,6%)	24(46,2%)

Як видно з представлених таблиць, переважали множинні і поєднані осколкові поранення.

**Результати.** При поодиноких пораненнях сліпої та висхідної ободової кишки, що проникають в їх просвіт, після освіження країв і ретельного гемостазу, ушивали дворядними вузловими швами. Істотним елементом профілактики неспроможності швів товстої кишки є екстраперітонізація, а також дренажування верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. При значних руйнуваннях, численних наскрізних пораненнях висхідної ободової кишки виконували правобічну геміколектомію з формуванням ілеотрансверзоанастомозу (при відсутності розлитого перитоніту) або виводили кінці клубової і поперечної ободової кишки на передню черевну стінку окремо. При точкових пошкодженнях 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. При пораненнях низхідної ободової і сигмовидної кишок виконували обструктивну резекцію з формуванням одноствольного протиприродного заднього проходу і ушиванням дистального кінця (операція типу Гартмана). Таким чином потрібен диференційований підхід до лікування ушкоджень правої і лівої половини товстої кишки.

При невеликих внутрішньоочеревинних пораненнях прямої кишки ушивали її стінку з формуванням двоствольного протиприродного заднього проходу проксимальніше пошкодження. При множинних пошкодженнях прямої кишки виконували обструктивну резекцію. При позаочеревинних пошкодженнях прямої кишки - широко розкривали ішіоректальний і пельвіоректальний простір, дренажували зону пошкодження і формували розвантажувальну стому.

В післяопераційному періоді померло 2 (3,8%) поранених з важкими поєднаними пораненнями. Летальність була пов'язана не з пораненням товстої кишки, а з несумісною з життям черепно-мозковою травмою, великої крововтратою і шоком. Неспроможність швів ушитих пошкоджень товстої кишки мала місце в 2 (3,8%) випадках, в 1 (1,9%) випадку мало місце не діагностоване на III рівні медичної допомоги пошкодження задньої стінки сліпої кишки при її наскрізному пораненні (неретельна ревізія під час операції), що потребувало проведення релапаротомії.

### **Висновки**

1. Серед вогнепальних поранень товстої кишки, отриманих в умовах АТО, переважають осколкові поранення, які частіше носять множинний і сполучений характер.

2. Диференційований підхід в лікуванні поранених з вогнепальними пораненнями товстої кишки призводить до поліпшення результатів лікування і зниження летальності.

3. Поліпшення якості хірургічної допомоги пораненим з вогнепальними пораненнями товстої кишки в умовах АТО залежить не тільки від клінічних, але і від організаційних аспектів (терміни і спосіб евакуації, наявність необхідного обладнання та кваліфікованих фахівців на тому чи іншому рівні медичної допомоги).

### **Література**

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

2. Вказівки з воєнно-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 войнах и вооруженных конфликтах / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: Руководство для врачей. - М.: «ГОЭТАР-Медиа», 2011. – С. 175–187.

5. Завражнов, А.А. Повреждения живота / А.А. Завражнов // Скорая медицинская помощь. Национальное руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – С. 513–519.

6. Захараш М.П., Захараш Ю.М. Кишечні стоми: види стом, методики їх формування; медико-соціальна реабілітація стомованих хворих, ускладнення кишечник стом, їх лікування (Методичні рекомендації) / К. – 2015. – 43 с.

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

8. Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ярмухаметов И.М., Галиуллин Р.Н. Хирургическая тактика при травматических повреждениях толстой кишки // Медицинский альманах. – № 1 (36). – 2015. – с. 60-62

9. 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.

**Резюме.** *Проведен ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 52 ранених з огнестрельними раненнями товстої*

кишки, находившихся на лечении в ВМКЦ ЮР и зоне ответственности (II – IV уровень медицинской помощи) с 2014 г. по 2016 г. Повреждения правой половины толстой кишки наблюдались у 24 раненых (48,1%), левой половины – у 19 (36,5 %), прямой кишки – у 9 (15,4 %). Применен дифференцированный подход к хирургическому лечению ранений толстой кишки различной локализации. В послеоперационном периоде умерло 2 (3,8%) раненых с тяжелыми сочетанными ранениями. Летальность была связана с несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой, обширной кровопотерей и шоком. Несостоятельность швов ушитых повреждений толстой кишки имела место в 2 (3,8%) случаях, в 1 (1,9%) случае имело место недиагностированное на III уровне медицинской помощи повреждение задней стенки слепой кишки при ее сквозном ранении.

**Ключевые слова:** огнестрельные ранения, толстая кишка.

**Summary.** *A retrospective analysis of the results of surgical treatment of 52 wounded with gunshot wounds to the colon were treated in Odessa military hospital and area of responsibility (II - IV level of care) in 2014 and 2016. Damage to the right side of the colon was observed in 24 injured (48 , 1%), the left half - in 19 (36.5%) of the rectum - in 9 (15.4%). Apply a differentiated approach to surgical treatment of colon injuries of various localization. Postoperatively 2 died (3.8%) injured with severe concomitant injuries. Mortality was associated with incompatible with the life of a brain injury, extensive blood loss and shock. The failure of seams stitched damage the colon occurred in 2 (3.8%) cases, in 1 (1.9%) undiagnosed case took place at the third level of care damage the rear wall of the cecum with its perforating wound.*

**Keywords:** *fire wounds, colon.*