

УДК 617.54-001.45-06-089

## СТОРОННІ ТІЛА ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПІСЛЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

В.Г. Гетьман, В.Є. Сафонов, К.В. Кравченко, В.В. Соколов, Д.І. Дудла,  
М.Ю. Худа, В.В. Ткаліч

*Клініка торакальної хірургії Національного військового медичного  
клінічного центру МО України*

*Кафедра торакальної хірургії і пульмонології Національної академії  
післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Київська міська клінічна лікарня № 17*

**Резюме.** *В статті відображений досвід лікування 32 постраждалих після проникаючих вогнепальних поранень грудної клітки, наслідком яких, стала наявність сторонніх тіл (уламків, куль) в грудній клітці. Дана характеристика пацієнтів та проведеного хірургічного лікування. Висвітлені погляди авторів і рекомендації стосовно тактики лікування.*

**Ключові слова:** *бойова травма, грудна клітка, хірургічне лікування.*

**Вступ.** Частота поранень грудної клітки в загальній структурі бойової травми складає від 5 до 12 % [1, 2, 3, 4]. При цьому біля половини з цих поранених відносяться до числа важких з проникаючими ураженнями.

З набуттям досвіду надання медичної допомоги, покращенням системи евакуації важкопоранених, все більше пацієнтів з цієї категорії залишаються живими. І все частіше лікарям приходиться стикатися не тільки з гострою вогнепальною травмою, а і з її віддаленими наслідками та ускладненнями (абсцеси, нориці, емпієми, остеомієліти, дефекти м'яких тканин, порушення функції та інші).

З початком АТО на півдні України з'явилась достатня кількість пацієнтів з проникаючими вогнепальними та мінно-вибуховими травмами грудної клітки та їх наслідками у вигляді сторонніх тіл (осколків), що розташовані в плевральній порожнині, легенях, перикарді, серці, м'яких тканинах грудної клітки. Наявність стороннього тіла в тому чи іншому відділі грудної клітки підтримує інфекцію в рані, може призводити до розвитку запального процесу, емпієми, остеомієліту, може підтримувати плеврит, що постійно рецидивує, служити причиною виникнення абсцесу в легені та інші [4, 5]. Крім того, розташування стороннього тіла безпосередньо біля судин – є загрозою виникнення арозивної кровотечі; біля трахеї, бронхів, стравоходу – загрозою виникнення нориць, медіастиніту; в перикарді, стінці серця – порушення ритму, ефективного скорочення і, як наслідок, виникнення серцевої недостатності [2, 5].

Метою публікації є висвітлення досвіду лікування та особливостей хірургічної тактики у пацієнтів зі сторонніми тілами в грудній клітці, що виникли в наслідок вогнепальних поранень.

**Методи та матеріали.** Наш досвід включає лікування 32 поранених на базі клініки торакальної хірургії Національного військового медичного клінічного центру МО України та відділення політравми Київської міської лікарні № 17. Всі пацієнти були чоловіками у віці від 21 до 53 років. 17 пацієнтів (53,12%) мали поєднані ураження, 14 – ізольовані (46,88%). При поєднаних ураженнях мала місце мінно-вибухова травма, при ізольованих – кульові поранення. Строки надходження на лікування з приводу сторонніх тіл грудної клітки становили від 1 години (то б то безпосередньо після отримання поранення) до 5 місяців. По локалізації сторонніх тіл: 1) розташовані в паренхімі легені – 17; 2) в перикарді (міокарді) – 4; 3) в плевральній порожнині і грудній стінці – 9 (у двох пацієнтів безпосередньо прилягали до стінки грудного відділу аорти); в середостіння – 2. Строки виконання оперативних втручань склали: 1-3 доба – 8 пацієнтів; 3-10 діб – 6 пацієнтів; від 2 тижнів до 5 місяців – 18 пацієнтів. Були виконані наступні оперативні втручання: 1) торакотомія, пневмотомія, видалення сторонніх тіл – 10; 2) торакотомія, атипova резекція легені з стороннім тілом – 3; 3) відеоасистована мініторакотомія, пневмотомія, видалення сторонніх тіл – 2; 4) відеоторакоскопія, видалення сторонніх тіл легені, плевральної порожнини, грудної клітки – 5; 5) торакотомія, видалення сторонніх тіл плевральної порожнини, грудної клітки – 7; 6) торакотомія, перикардіотомія, ревізія – 2; 7) торакотомія, медіастінотомія, видалення сторонніх тіл – 2; 8) верхньо-серединна лапаротомія, діафрагмотомія, перикардіотомія, видалення сторонніх тіл – 1. При торакотомії використовувався боковий чи передньо-боковий доступ, в залежності від локалізації сторонніх тіл. В двох випадках після перикардіотомії сторонні тіла (уламки) виявити не вдалось, так як вони були розташовані в міокарді. Пацієнти в подальшому були оперовані повторно в спеціалізованих кардіохірургічних стаціонарах. Всі операції пройшли успішно, летальних випадків не було. З ускладнень, відмічалось нагноєння післяопераційних ран у двох пацієнтів оперованих в 5 та 7 добу після отримання поранення. Розміри видалених сторонніх тіл склали від 0,7 до 3,0 см.

**Обговорення результатів.** По-перше, обов'язковою умовою успішного видалення сторонніх тіл є, як можливо, точна доопераційна топічна діагностика. З цією метою застосовували поліпозиційну рентгеноскопію, фістулографію, ендоскопічні дослідження (ФБС, ФГДС), а також комп'ютерну томографію. По-друге, навіть застосування комп'ютерної томографії не гарантує відсутність складнощів при пошуку сторонніх тіл. Тому інтраопераційно повинні застосовуватись рентгендослідження (ЮП), а також

спеціальні магніти. По-третє, операції повинні виконувати досвідчені фахівці, с можливістю залучення в бригаду судинних хірургів і навіть кардіохірургів. В четверте, стосовно строків виконання оперативних втручань з приводу сторонніх тіл грудної клітки. В гострому періоді травми (поранення), а особливо при важкій поєднаній травмі, коли наявність стороннього тіла, не складає безпосередньої загрози для життя, повинні виконуватись операції направлені на збереження життя. Об'єми операцій не повинні перебільшуватись. При поєднаній торакальній травмі найбільш поширеним втручанням є дренування плевральної порожнини. А операції направлені на видалення сторонніх тіл повинні бути відстрочені і виконуватись, по можливості, з застосуванням малоінвазивних методик. І останнє, розмір уламків, які потребують видалення, орієнтовно, від 10 мм. Однак, при встановленні показань до операції, повинні враховуватись не тільки розміри, а і локалізація, особливо, як що, стороннє тіло розташовано в перикарді чи міокарді, на стінці магістральних судин, трахеї, бронхів, яке прогностично, «несе» високий ризик ускладнення і загрозу життю.

### **Висновки**

1) в зв'язку з можливістю розвитку грізних ускладнень, наявність сторонніх тіл (уламків, куль) в грудній клітці є показанням до хірургічного лікування;

2) оперативні втручання повинні виконуватись в спеціалізованих стаціонарах після ретельної підготовки, обстеження, точної топічної діагностики та при стабільному стані пацієнта.

### **Література**

1. Абакумов М.М., Смоляр А.Н., Ткешелашвили Т.Т. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота // Хирургия. – 2005. – №1. – С.4-8.

2. Вказівки з воєнно-польової хірургії/ за ред. Я.Л. Заруцького, А.А. Шудрака. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.

3. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди. – СПб. – 2000. – 308с.

4. Осколочные и пулевые ранения легких многолетней давности / М. М. Воропаев, Д. С. Саркисов, П. Н. Мазаев, А. А. Адамян. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Медицина, 1974. – 183 с. – 9-99.

5. Хирургия поздних осложнений и последствий травмы груди/ Черкасов В.А, Копытов Л.Ф., Брунс В.А. – М. 2004. – 288 с.

**Резюме.** *В статье отражен опыт лечения 32 пострадавших после проникающих огнестрельных ранений грудной клетки, следствием которых, стало наличие посторонних тел (обломков, пуль) в грудной*

клетке. Данная характеристика пациентов и проведенного хирургического лечения. Освещены взгляды авторов и рекомендации относительно тактики лечения.

**Ключевые слова:** боевая травма, грудная клетка, хирургическое лечение.

**Summary.** In the article the represented experience of treatment 32 injured after the penetrating fire wounds of thorax, by the consequence of that, the presence of extraneous bodies (wreckages, bullets) became in a thorax. This description of patients and conducted surgical treatment. The looks of authors and recommendations are lighted up in relation to tactics of treatment.

**Keywords:** battle trauma, thorax, surgical treatment.

УДК 617-089.844

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ПОРАНЕНИХ ІЗ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА**

**Р.В. Гибало<sup>1</sup>, Г.Г. Макаров<sup>1</sup>, А.В. Засуха<sup>1</sup>, О.І. Жовтоножко<sup>2</sup>,  
А.Х. Юлдашев<sup>1</sup>, І.В. Верьовкін<sup>1</sup>, Д.С. Хайло<sup>1</sup>,  
Р.Б. Самойленко<sup>1</sup>, А.І. Батюк<sup>1</sup>**

*Національній військово-медичній клінічній центрі «ГВКГ»<sup>1</sup>  
Українська військово-медична академія<sup>2</sup>*

**Резюме.** Вивчено можливість застосування алопластичного методу лікування пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами після багатоетапного хірургічного лікування з приводу бойової травми живота.

**Ключові слова:** бойова травма живота, післяопераційна вентральна грижа, алогерніопластика.

**Вступ.** Вогнепальні поранення та закрита травма органів живота, не дивлячись на невисокий процент в структурі загальної бойової патології (приблизно 20%), а також на широке використання засобів індивідуального захисту, продовжують займати головне місце серед проблем військово-польової хірургії [5].

Головною проблемою пацієнтів із даною патологією займає хірургічне лікування пізніх ускладнень, а саме післяопераційних вентральних гриж (ПВГ), що виникли після багатоетапного хірургічного лікування бойової травми живота.

Лікування післяопераційних вентральних гриж залишається актуальною проблемою сучасної абдомінальної хірургії [1, 2, 3]. До 25% усіх операцій, які