

ШАЛІМОВСЬКІ ДНІ

**ХІРУРГІЯ У ВІЙНІ –
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ
ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС**

2023

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ



Для рентгєннавїгації використовувалась мобільна хїрургїчна система С–дуга GMM Symbol 5R9. Видалення металевих уламків та куль проводилось за допомогою неодимових магнїтїв.

Результати. Чужорїднї тїла (осколки, кулі) локалізувалися в пїдшкірно–жирової клїтковинї, м'язовому масивї, передочеревиннїй клїтковинї. Видалення чужорїдних тїл здїйснювали в операційнїй, пїсля місцевого знеболєння пїд час первинної хїрургїчної обробки вогнепальної рани. Рентгєнологїчну навїгацію проводили за допомогою GMM Symbol 5R9 – цифрового С–дугового апарату з високочастотним генератором і робочою станцією з двома монїторами, який забезпечує зручність і надїйність роботи, а також всї сучаснї характеристики цифрової флюороскопїї та радїологїї.

Пїсля локалізації чужорїдного тїла, проводилось маркування локалізації на шкірї за допомогою маркера. Для запобїгання травмування тканин видалення проводилось через рановий канал. У випадках, коли видалення уламка через рановий канал було неможливе, доступ обирається за найбільш небезпечною траєкторїєю та найближчим шляхом. Для видалення металевих уламків використовували магнїтнї багатофункціональнї інструменти вїтчизняного виробництва шляхом поступальних, зворотнї–поступальних і ротаційних рухів по рановому каналу.

При первиннїй хїрургїчнїй обробцї стороннї тїла вилученї в 90% випадків, при повторнїй – у 8%. У 2% – стороннї тїла видалити не вдалось. Причинами невдач були: глибоке залягання осколків, розташування поблизу вели-

ких судин, не контрастнї в рентгєнївських променях стороннї предмети. Серед ускладнєнь у 2 поранєних спостерїгали кровотєчу. Розмїри видалєних стороннїх тїл за даними пїсляопераційних вимїрювань становили: вїд 3 см до 7см – у 90% поранєних, 2–3 см – у 5%, 8–10 см – у 5%. Стороннї тїла з металу в основному були: деформованї кулі, оболонки куль, осколки снарядїв.

Ми застосували цифрової С–дугової апарат також для інтраопераційної навїгації при лапаротомїях для диференціяції анатомїчних структур великих заочеревинних гематом і чужорїдних тїл у парєнхіматозних органах. Обстеженї два пацієнти з осколками у заочеревиннїй гематомї і три пацієнти з поранєнням парєнхіми печїнки. В усїх випадках визначили ступїнь пошкодження органїв, локалізацію стороннього тїла і безпечний доступ для його видалення.

Висновки. Використання цифрового С–дугового апарату в дїагностично–лїкувальнїй програмї дозволяє значно пїдвищити частоту виявлення і видалення ранячих снарядїв та їх фрагментїв при первиннїй хїрургїчнїй обробцї ран та знижує необхїдність проведення повторних операцій та великих розтинїв.

Видалення стороннїх тїл пїд контролем цифрового С–дугового апарату дозволяє проводити вїзуалїзацію рентгєнконтрастного стороннього тїла в режимї реальногo часу.

Перевагами методу є мобільність, висока інформативність при виявленнї структурних порушень м'яких тканин та верифїкації чужорїдних тїл.

VAC–терапія у лїкуванні ран м'яких тканин, отриманих пїд час мїнно–вибухової травми

К. Ю. Пархоменко^{1,2}, К. А. Гольцев^{1,2}, А. Г. Дроздова^{1, 2}, К. А. Прокопенко^{1,3}

¹Харківська обласна клїнічна лїкарня,

²Харківський національний медичний унїверситет,

³Полтавський державний медичний унїверситет

Вступ. Вже протягом року прїоритетним напрямом хїрургїчної дїяльності в Українї є надання допомоги постраждалим вїд російської агресїї мирним громадянам нашої держави. Як медичнї працївники, ми з свого боку намагаємось зробити все можливе для повернення здоров'я, якостї життя та працєздатностї наших пацієнтїв, звичайних мирних осїб, якї нї в чому не виннї та отримали усї свої поранєння в результатї нїчим не мотивованої російської агресїї. Основну масову частку мїнно–вибухових поранєнь складають пошкодження м'яких тканин у виглядї рвано–забїйних ран, осколкових слїпих, наскрїзних та дотичних поранєнь м'яких тканин рїзного ступєня контамінації та рїзної площї. Хоча, звичайно, у бїльшостї випадків хїрург стикається із постраждалим з полїтравмою, який потребує як загально хїрургїчної, так і травматологїчної, нейрохїрургїчної, урологїчної, спеціалїзованої судинної допомоги. Рївень летальностї та інвалїдизації при

полїтравмї знаходяться у зворотнїй пропорції зї швидкїстю і якїстю медичної допомоги, що надається.

Широкого розповсюдження набуло використання VAC–терапїї у лїкуванні мїнно–вибухових поранєнь, особливо брудних рвано–забїйних ран, що мають масивний м'язовий та шкірний дефект, суть якої полягала у локальному застосовуванні негативного тиску на пошкодженї тканини. Зазвичай даний етап передував плановїй аутодермопластїцї, якї разом давали гарнї результати лїкування (не зважаючи на важку супутню патологїю у даних пацієнтїв).

Метою дослїдження було полїпшити результати хїрургїчного лїкування ран м'яких тканин, отриманих у результатї мїнно–вибухової травми, застосовуючи VAC–терапїю.

Матерїали та методи дослїдження. Були проаналїзованї результати оперативного лїкування 97 постраждалих серед мирного населєння з мїнно–вибуховими по-

раненнями м'яких тканин, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» у 2022 році, з них – жінок – 51 (53%), чоловіків – 46 (47%), у віці від 29 до 72 років. Усім пацієнтам, окрім загальноклінічних лабораторних методів дослідження, були виконані рентгенографія кісткової системи пошкодженої частини тіла та мультиспіральна комп'ютерна томографія голови, органів грудної клітки, черевної порожнини та тазу.

Результати. У всіх 97 пацієнтів спершу виконувались хірургічна обробка ран із видаленням сторонніх тіл (якщо вони були присутні), некректомія, а лише другим етапом застосовувалась VAC-терапія з метою очищення ран. Ми застосовували VAC-терапію у безперервному режимі при негативному тиску від 50 мм рт ст (на передній черевній стінці та задній поверхні грудної клітки) до 100 (тканини нижніх кінцівок). Заміна VAC-пов'язки виконувалась через 3–5 діб, в залежності від кількості та якості ексудату. Зазвичай потрібно було 2–3 заміни VAC-пов'язки.

Рівень бактеріального забруднення в 1 г тканини рани до застосування VAC-пов'язки становив $5,78 \pm 0,87$ CFU/ml ($P = 0,000$). Площа ран на початковому етапі лікування становила в середньому $58,34 \pm 3,1$ см² ($P = 0,000$).

Після проведеної VAC-терапії результати на 10 добу були такими. Рівень бактеріального забруднення становив $2,89 \pm 0,43$ CFU/ml ($P = 0,000$). Площа ран зменшилась – $55,67 \pm 10,56$ см².

Що ж до супутніх уражень при отриманні мінно-вибухової травми, окрім поранення м'яких тканин, у 6 пацієнтів мало місце осколкове поранення очей, у 3 – перелом зі зміщенням кісток нижніх кінцівок, в 1 випадку пацієнтка мала травматичну ампутацію I та II пальців стопи, 1 пацієнт мав також осколкове проникаюче поранення черевної порожнини із ушкодженням печінки, 1 – осколкове сліпе проникаюче поранення грудної клітки та травматичний гемопневмоторакс, 1 – травматичну ампутацію стопи та осколкове сліпе поранення яєчка.

Висновки. На нашу думку, застосування VAC-терапії у лікуванні поранень м'яких тканин, отриманих у результаті мінно-вибухової травми, значно поліпшує результати хірургічного лікування таких пацієнтів та скорочує період їх непрацездатності, що має економічну доцільність. Загалом поліпшується якість життя постраждалих.

Місце аутодермопластики у хірургії мінно-вибухових поранень

К. Ю. Пархоменко^{1,2}, А. Г. Дроздова^{1,2}, К. А. Прокопенко^{1,3}, К. Є. Паюнов¹

¹Харківська обласна клінічна лікарня,

²Харківський національний медичний університет,

³Полтавський державний медичний університет

Вступ. Не є таємницею, що з 24.02.2022 у хірургічній службі України на перше місце вийшло надання допомоги мирному населенню, яке постраждало від військових дій російського агресора, а саме адекватна організація хірургічної діяльності в умовах воєнного часу для забезпечення населення своєчасною та якісною медичною допомогою при отриманні мінно-вибухових поранень. Організація хірургічної діяльності у тому вигляді, в якому вона існувала на 24.02.22, не могла забезпечити потреби у медичній допомозі постраждалим від військових дій. Змін зазнала не лише організація ургентної хірургічної допомоги, але й планова хірургічна діяльність. І одне з перших місць посіла аутодермопластика. Адже це планове втручання, що представляє собою наступний етап лікування після попередньо виконаної ургентної хірургічної корекції. Ці втручання – безперечно шанс для постраждалих із великими за площею пораненнями м'яких тканин (і не тільки, як показав досвід) повернути собі якість життя, як до отримання травми.

Метою дослідження було поліпшити якість життя постраждалих із мінно-вибуховою травмою та рвано-зайніми ранами м'яких тканин, виконуючи аутодермопластику.

Матеріали та методи дослідження. Були проаналізовані результати оперативного лікування 57 постраждалих серед мирного населення із мінно-вибуховими пораненнями та рвано-зайніми ранами м'яких тканин, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» у 2022 році, з них – жінок – 34 (59%), чоловіків – 23 (41%), у віці від 34 до 74 років. Усім пацієнтам, окрім загальноклінічних лабораторних методів дослідження, були виконані рентгенографія кісткової системи пошкодженої частини тіла та мультиспіральна комп'ютерна томографія голови, органів грудної клітки, черевної порожнини та тазу.

Результати. У всіх 57 пацієнтів виконувалась методика вільної аутодермопластики перфорованим шкірним клаптом. Аутодермопластиці передували хірургічна обробка ран із видаленням сторонніх тіл (якщо вони були присутні), некректомія чи хірургічна обробка кульги кінцівки (за наявності показань), використання VAC-пов'язок з метою очищення ран. Хоча, звичайно, здійснювалась багаторазово і звичайна механічна обробка ран (до рівня «кровавої роси»).

Вважаємо, що лише всі ці етапи разом здатні дати гарні результати лікування (не зважаючи на важку супутню