

ШАЛІМОВСЬКІ ДНІ

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

2023

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ



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-забійними 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-забійними 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

патологію, що може мати місце). Адже коморбідність – це один із факторів, що власне характеризує мирне населення та якісно відрізняє від категорії військових. Із 57 постраждалих, 3 (5%) мали супутній цукровий діабет (в одному із випадків – декомпенсований), 19 (33%) страждали на ішемічну хворобу серця та гіпертонічну хворобу. Що ж до супутніх уражень при отриманні мінно-вибухової травми, окрім поранення м'яких тканин, у 6 (11%) пацієнтів мало місце осколкове поранення очей, у 3 (5%) – перелом зі зміщенням кісток нижніх кінцівок, в 1 (2%) випадку пацієнтка мала травматичну ампутацію I та II пальців стопи, 1 (2%) пацієнт мав також осколкове проникаюче поранення черевної порожнини із ушкодженням печінки, 1 (2%) – осколкове сліпе проникаюче поранення грудної клітки та травматичний гемопневмоторакс, 1 (2%) – травматичну ампутацію стопи та осколкове сліпе поранення яєчка.

У всіх випадках шкірний клапоть для пластики був взятий зі стегна, використовуючи дерматом.

У 31 (55%) постраждалого була виконана аутодермопластика дефекту м'яких тканин стегна, у 19 (33%) – тканин гомілки, у 3 (5%) – передньої поверхні грудної клітки, у 3 (5%) – задньої поверхні грудної клітки, в 1 (2%) випадку – поверхні стопи після травматичної ампутації I та II пальців.

Тотального некрозу шкірного трансплантату не спостерігалось у жодному із випадків. У 2 випадках спостерігався крайовий некроз (не більше 0,5 см) трансплантату, в 1 випадку спостерігалось розростання грануляційної тканини на межі трансплантату.

Висновки. На нашу думку, аутодермопластика посідає гідне місце серед реконструктивної хірургії мінно-вибухових поранень. У даному контексті аутодермопластика стає різновидом оперативного втручання, що має не лише позитивний естетичний ефект, але й дає змогу поліпшити якість життя постраждалих із мінно-вибуховою травмою зі значними пошкодженнями м'яких тканин шляхом більш швидкої адаптації ураженої ділянки тіла.

Сонографічний протокол FAST U: адаптація можливостей невідкладного УЗД до реалій війни в Україні

О. М. Попова¹, К. В. Гуменюк²

¹Військово-медичний клінічний центр Східного регіону, ГО «Навчальний центр ЕЛНГ», м. Дніпро,
²Командування медичних Сил Збройних Сил України, Українська військово-медична академія, м. Київ

На досвіді збройного конфлікту на території України 2014 – 2022 рр., ми мали можливість переконатися, що стандартний протокол невідкладної сонографії e-FAST має кілька «сліпих плям», зокрема, стосовно діагностики ушкоджень ободової кишки та заочеревинних гематом, які мають критичне значення в формуванні частки ускладнень та летальності серед поранених. Ми спробували їх усунути, базуючись на вироблені універсальних, простих та повторюваних позицій для огляду та критеріїв оцінки.

Матеріали та методи. При наданні допомоги пораненим з бойовою травмою живота, ми додали до стандартного FAST-протоколу кілька критеріїв та позицій:

– обстеження у здухвинних ділянках з оцінкою діаметра купола сліпої кишки та розміру петлі сигмоподібної кишки;

– при обстеженні у стандартних позиціях FAST-протоколу, додано оцінку заочеревинної гематоми, як явища розрідження ультразвукової щільності з нерівним краєм та чіткою межею у відповідних ділянках, товщина якого також вимірювалась.

Запропонованому протоколу ми дали назву FAST U (Ukrainian)

Як нами було встановлено раніше при вивченні серії випадків, зменшення діаметру купола сліпої кишки менше 40 мм та діаметру сигмоподібної кишки менше 20 мм, є специфічною сонографічною ознакою ушкодження ободової кишки. Ми вирішили використати цей критерій

для виявлення ушкодження ободової кишки у поранених з вогнепальною травмою живота.

Верифікація ефективності запропонованих нами доповнень до стандартного FAST-протоколу проводилася у 2 етапи:

1. Порівняння ретроспективних даних використання до стандартного FAST-протоколу під час АТО/ООС 2014–2021 рр. (2012 поранених з травмою живота) та FAST-U, який окремо ми почали застосовувати з січня 2022 року та системно – після початку війни в Україні 24 лютого 2022 року (1179 поранених з травмою живота).

2. Порівняння ефективності застосування стандартного FAST-протоколу з додатковими критеріями і без них на досвіді поранених з травмою живота, що надходили після початку війни в Україні 24 лютого 2022 року (1179 поранених з травмою живота).

Критеріями ефективності були:

а) частка ушкоджень органів черевної порожнини та заочеревинного простору, що були виявлені під час виконання протоколу до тих, які були діагностовані інтраопераційно;

б) рання смертність серед поранених з травмою живота;

в) загальний відсоток розвитку ранніх ускладнень серед поранених з травмою живота.

Переважна частка з виявлених ушкоджень належала до ізольованих ушкоджень ободової кишки та заочеревинних гематом великого розміру.