



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (131) 2025

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 4 рази на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 3 від 17.02.2025 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко

Підписано до друку 18.02.2025 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 6,5.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Лікарський, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2025

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, докторка мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
В. В. Негодуйко, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор
Е. М. Хорошун, кан. мед. наук

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна)
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Старіков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Досвід застосування бактеріофагів у комплексному лікуванні ранової інфекції. 161
О. Є. Каніковський, С. В. Сандер, С. І. Андросов, О. Л. Маховський

Experience in the use of bacteriophages in the complex treatment of wound infection 161
O. E. Kanikovskiy, S. V. Sander, S. I. Androsov, O. L. Makhovskiy

Прогнозування абдомінального сепсису 165
О. О. Петелицький, Р. І. Сидорчук

Prognosis of abdominal sepsis. 165
O. O. Petelytskyi, R. I. Sydorchuk

Септичний шок: лікування згідно рішень настанови «SEPSIS – 3» 170
С. Д. Шаповал

Septic shock: treatment according to the «SEPSIS – 3» guideline. 170
S. D. Shapoval

Діагностика синдрому поліорганної недостатності у пацієнтів з розповсюдженим перитонітом. 175
О. О. Біляєва, І. В. Кароль

Diagnosis of multiorgan failure syndrome in patients with disseminated peritonitis. 175
O. O. Bilyayeva, I. V. Karol

ХІРУРГІЯ ВОГНЕПАДЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ

SURGERY OF GUNSHOT WOUNDS AND COMBAT TRAUMA

Лікування травматичних ампутацій нижніх кінцівок на тлі вибухової травми. 183
Є. В. Шапринський, В. М. Липкань

Treatment of traumatic amputations of lower extremities due to explosive trauma 183
Y. V. Shaprynskyi, V. M. Lypkan

Порівняльна характеристика основних клініко-інструментальних, клініко-лабораторних та гістоморфологічних показників післятравматичного перикардиту 191
В. В. Бойко, П. М. Зам'ятін, К. Г. Михневич, Д. П. Зам'ятін, Є. С. Яценко, В. Ф. Омельченко, Ю. В. Бунін, Л. В. Провар

Comparative nature of the main clinical-instrumental, clinical-laboratory and histomorphological indicators of post-traumatic pericarditis 191
V. V. Boiko, P. M. Zamiatin, K. H. Mykhnevych, D. P. Zamiatin, E. S. Jatsenko, V. F. Omelchenko, U. V. Bunin, L. V. Provar

Принципи медичного сортування та надання екстреної медичної допомоги пораненим і постраждалим внаслідок бойової травми. 200
С. М. Скоропліт, С. В. Курсов, О. І. Скоропліт, В. О. Науменко, К. Г. Михневич, П. М. Зам'ятін

Emergency medical care for victims of combat trauma: principles of medical triage and medical care. 200
S. M. Skoroplit, S. V. Kursov, O. I. Skoroplit, V. O. Naumenko, K. G. Mykhnevych, P. M. Zamiatin

Особливості хірургічної тактики при абдомінальній травмі серед цивільного населення внаслідок бойових дій 210
В. В. Лесний, А. С. Лесна

Features of surgical tactics in abdominal injury among civilians due to hostilities 210
V. V. Liesnyi, A. S. Liesna

Застосування клапанної бронхоблокації на різних етапах лікування після вогнепальної та вибухової травми. 215
Ю. Фешенко, В. Бичковський, М. Опанасенко, О. Терешкович, Б. Конік, Є. Маєтний, О. Рандюк, Л. Леванда, М. Калениченко, О. Степанюк, В. Лисенко, О. Шестакова

The use of valvular bronchoblockade at different stages of treatment after gunshot or mine-explosive trauma 215
Yu. Feshenko, V. Bychkovsky, M. Opanasenko, O. Tereshkovych, B. Konik, E. Mayetny, O. Randiuk, L. Levanda, M. Kalenichenko, O. Stepaniuk, V. Lysenko, O. Shestakova

В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний
медичний університет

© Лесний В. В., Лесна А. С.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ СЕРЕД ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Реферат. *Мета роботи.* Проаналізувати особливості діагностики та хірургічної тактики при абдомінальній травмі серед цивільного населення внаслідок бойових дій.

Матеріали та методи. У 52 (26,9%) цивільних поранених були виявлені поєднані або ізольовані механічні абдомінальні травми. За механізмом травми виявлено: проникаючі поранення – 42 (80,8%) постраждалих; закрита травма живота – 10 (19,2%). Характер проникаючих поранень: ізольовані осколкові поранення живота – 16 (30,8%); поєднані осколкові поранення живота та інших ділянок тіла – 12 (23,1%); вибухове поранення – 12 (23,1%); ізольоване кульове поранення живота – 2 (3,8%).

Результати дослідження. У 20 (38,5%) гемодинамічно нестабільних поранених хірургічне втручання проводилось за стратегією damage control surgery з кількістю релапаротомій не більше 2. У 32 (61,5%) гемодинамічно стабільних поранених подальша тактика залежала від клініко-лабораторних змін, результатів комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, заочеревного простору, малого тазу, при проведенні оперативних втручань перевага віддавалася мініінвазивним доступам.

Висновок. Цивільні пораненні – це важка неоднорідна група постраждалих, як за фізіологічними, психологічними параметрами, супутніми патологіями, що потребує надання командної мультидисциплінарної допомоги.

Ключові слова: абдомінальна травма; бойова хірургічна травма; вибухова травма.

Вступ

Згідно щорічних звітів Міністерства охорони здоров'я України до 2022 року, травми живота становили близько 8-10% усіх травм. За даними Національного реєстра травм (National Trauma Data Bank, USA, 2020), було зафіксовано близько 30000 випадків травм живота, що потребували госпіталізації (близько 9%). У реєстрі травм Deutsches Trauma Register (Німеччина, 2021) було зареєстровано близько 4000 випадків важких травм живота, що становило 10,5% від загальної кількості травм. Внаслідок російського повномасштабного збройного нападу спостерігається збільшення кількості абдомінальних травм, що потребує додаткового вивчення та розуміння організаційних, фізіологічних, психологічних особливостей надання допомоги цивільним пораненим внаслідок бойових дій.

Серед фізіологічних особливостей поранених цивільних звертає увагу збільшення відсотка людей старше 55 років (зменшення адаптивних можливостей організму); наявність широкого спектра супутніх патологій (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, фібриляція передсердь, цукровий діабет); тривалий прийом лікарських засобів (антикоагулянтів, що при-

зводить до початкової коагулопатії або гіпотензивних засобів, що вимагає підтримки систолічного артеріального тиску на рівні 110 мм рт. ст., пульс на рівні менше 90 ударів за хвилину). Окрему увагу слід приділити вагітних (обмеження можливостей рентгенологічного обстеження, потребує додаткового моніторингу стану плода). Серед організаційних особливостей надання допомоги пораненим цивільним треба враховувати надмірне навантаження на медичну службу внаслідок масових надходжень, відсутність кваліфікованих спеціалістів, обмеження технічних та матеріальних засобів окремої лікарні. Серед психологічних особливостей, при наданні допомоги пораненим цивільним, неможна ігнорувати кризові психологічні стани та нервово-психічних розлади, що можуть виникати внаслідок сильного дисстресу — особливо у випадках, коли люди стають свідками загибелі близьких родичів або дітей [1-3].

Мета роботи

Проаналізувати особливості діагностики та хірургічної тактики при абдомінальній травмі серед цивільного населення внаслідок бойових дій.



Матеріали та методи досліджень

В основу роботи покладений ретроспективний аналіз результатів діагностики та лікування цивільних поранених, що звернулися за хірургічною допомогою до КНП ХОР «ОКЛ» під час різних випадків масових надходжень у 2022 році. За гендерним складом чоловіків – 104 (53,9%); жінок – 89 (46,1%). Середній вік пацієнтів становив $(49,4 \pm 5,2)$ років.

У 52 (26,9%) цивільних поранених були виявлені поєднані або ізольовані механічні абдомінальні травми. За механізмом травми виявлено: проникаючі поранення – 42 (80,8%) постраждалих; закрыта травма живота – 10 (19,2%). Характер проникаючих поранень: ізольовані осколкові поранення живота – 16 (30,8%); поєднані осколкові поранення живота та інших ділянок тіла – 12 (23,1%); вибухове поранення – 12 (23,1%); ізольоване кульове поранення живота – 2 (3,8%).

Під час масових (численних) надходжень цивільних постраждалих проводилось медичне сортування з використанням модифікованої шкали Revised Trauma Score (RTS): зелена сортувальна категорія 12 балів (систоличний артеріальний тиск більше 89 мм рт. ст.; частота дихальних рухів від 10 до 29; постраждалий у свідомості) – 8 (15,4%); жовта сортувальна категорія 11 балів – 24 (46,2%); червона сортувальна категорія менше 10 балів – 20 (38,4%). Постраж-

дали з проникаючими пораненнями живота або з закритою травмою живота з підозрою на внутрішньочеревну кровотечу, чи з ознаками евітерації внутрішніх органів, чи з патологічними виділеннями з рани живота (жовч, сеча, калові маси), чи за назогастральним зондом (кров) відносилися до червоної сортувальної категорії.

Згідно рекомендацій American College of Surgeons Committee on Trauma. Resources for Optimal Care of the Injured Patient (2014), персонал швидкої медичної допомоги передавав госпітальній бригаді екстреної медичної допомоги (анестезіолог, хірург, травматолог, медична сестра, медична сестра / реєстратор, молодша медична сестра) паспортні (за можливості) дані постраждалого; час та особливості механізму отриманої травми; виявлені пошкодження (рани, симптоми); особливості наданої допомоги на догоспітальному етапі.

В червоній зоні лікарні за ATLS-протоколом при первинному огляді згідно алгоритму ABCDE намагалися стабілізувати показники постраждалих на рівні: свідомість – ясна; АТс > 90 мм рт ст; пульс < 100 за хвилину; SpO₂ > 96%; частота дихальних рухів не більше 20 за хвилину; температура тіла пораненого > 36°C. У 16 (30,7%) постраждалих черевної зони проведений ультразвуковий протокол eFAST за допомогою дуплексного бездротового ультразвукового датчику D2CL (рис. 1).

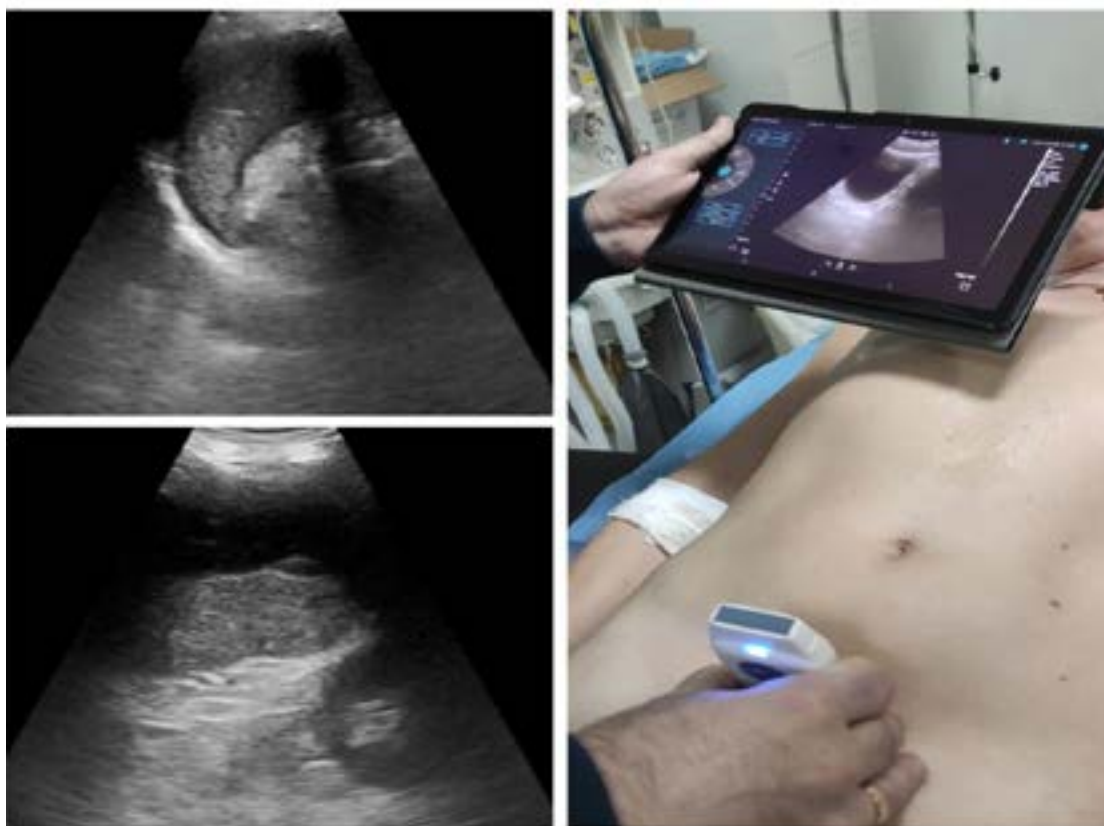


Рис. 1 Позитивний результат eFAST-протоколу

Ультразвуковий протокол eFAST було неможливо провести у 4 (7,7%) поранених через підшкірну емфізему, пневматоз кишківника, пустий сечовий міхур, рани на передній черевній стінці або обширну опікову поверхню. Згідно протоколу eFAST проводилося дослідження у 6 стандартизованих точках: I точка (гепаторенальна кишеня Морісона) виявлена вільна рідина у 16 (30,7%) поранених; II точка (спленоренальна кишеня Колера) діагностовано вільну рідину у 10 (19,2%) поранених; III точка (субкостальна) у жодного пораненого не було виявлено рідини у перикарді; IV точка (дугласовий простір) виявлена вільна рідина у 16 (30,7%) поранених. Загалом, при дослідженні за ультразвуковим протоколом eFAST: вільна рідина у черевній порожнині товщиною більше 2 мм виявлена у 16 (30,7%); вільна рідина у плевральних порожнинах – 4 (7,7%).

При вторинному огляді у 20 (38,4%) поранених відмічалися скарги на помірну біль у ділянці ран з помірною зовнішньою кровотечею – 20 (100%) поранених; біль у животі – 20 (100%); нудота/блювання – 10 (50%); гіпотензія / загальна слабкість – 6 (30%). Згідно алгоритму AMPLE виявлено: наявність медикаментозної алергії – 1 (5%); постійний прийом лікарських

препаратів – 11 (55%); вагітність – 2 (10%); перенесені соматичні хвороби – 16 (80%); останній прийом їжі менше 2 годин до травми – 16 (80%).

При об'єктивному дослідженні під час вторинного огляду на фоні моніторингу основних життєздатних параметрів (ЕКГ, пульсоксиметрія, газометрія артеріальної крові, контроль діурезу за допомогою сечового катетеру Фолея), інфузійної терапії; проведено повне обстеження постраждалого, виявлено: обмеження участі передньої черевної стінки в акті дихання – 20 (100%); виявлення ран / забоїв на передній черевній стінці, поперек, сідничних ділянках – 20 (100%); рани з еветерацією внутрішніх органів – 2 (10%); позитивні симптоми Щоткіна-Блумберга – 16 (80%); позитивні симптоми Розанова, абдомінальний Куленкампа – 4 (20%); позитивний симптом Спіжарного-Кларка та Жобера – 8 (40%); виявлена кров при пальцевому ректальному дослідженні – 2 (10%).

Всім гемодинамічно стабільним пораненим проведена мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням з виявленням ознак проникаючого поранення живота: наявність стороннього тіла у черевній порожнині, вільна рідина, вільний газ, ознаки пошкодження паренхіматозних органів (рис. 2).

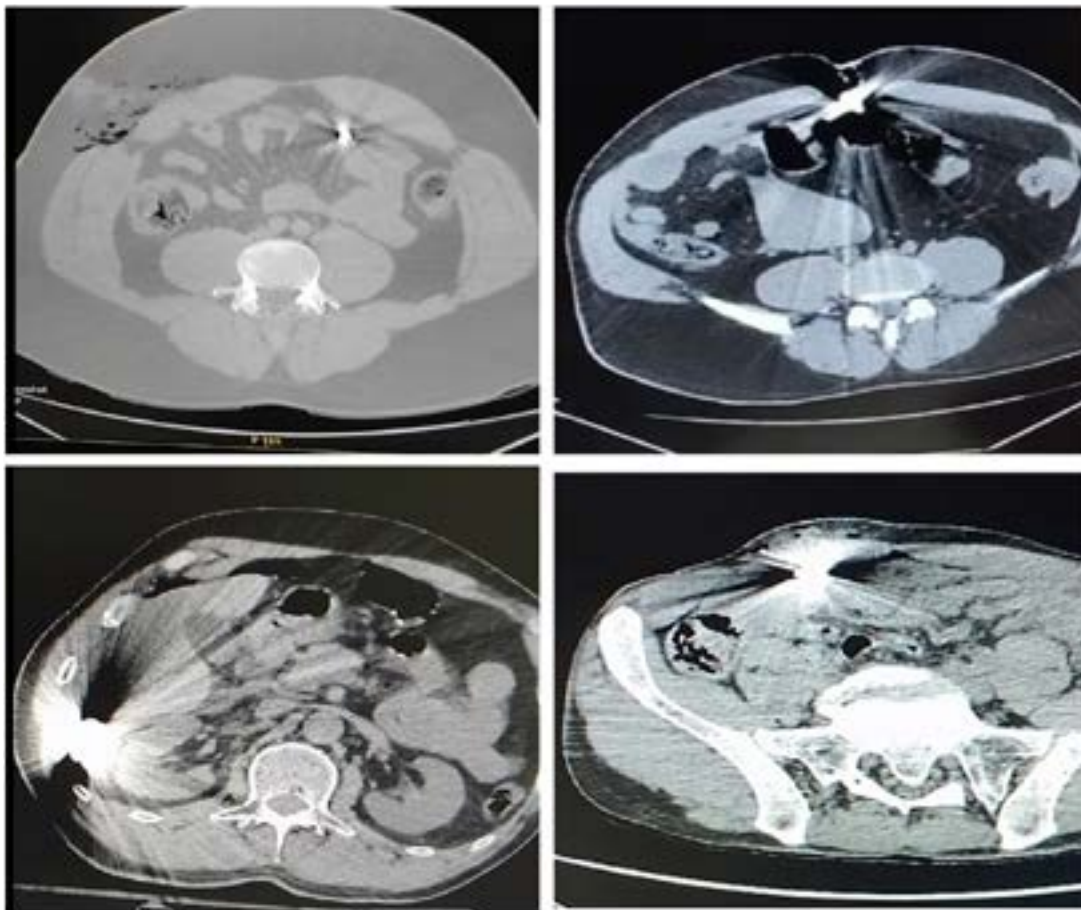


Рис. 2 Томограми з ознаками проникаючих поранень живота з наявністю стороннього тіла у черевній порожнині



Результати дослідження оброблені за загальними правилами варіаційної статистики з застосуванням програмного забезпечення Microsoft Excel (Microsoft; США)

Результати досліджень та їх обговорення

При нестабільній гемодинаміці, не дивлячись на інфузійну терапію, гематрансфузії (АТс < 90 мм рт. ст., важкий метаболічний ацидоз (рН < 7,2, ВЕ < -10 ммоль/л), лактата крові > 5 ммоль/л, гіпотермія (температура тіла < 35°C), електрична нестабільність міокарда; при важких поєднаних пораненнях за шкалою Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3, коли ймовірно оперативне втручання буде тривати більше за 90 хвилин, застосовувалася тактика *damage control surgery*. У всіх гемодинамічно нестабільних поранених пошкодження мали множинний та поєднаний характер.

Усім пораненим до початку оперативного втручання згідно наказу МОЗ України від 17.05.2022 № 822 «Парентеральна періопераційна антибіотикопрофілактика» внутрішньовенно введено цефазолін 2,0 та метронідазол 500 мг.

У 20 (38,4%) гемодинамічно нестабільних поранених виконана реанімаційна лапаротомія, виявлені джерела внутрішньочеревної кровотечі: пошкодження печінки (субкапсулярна гематома більше 50%, розрив більше 5 см з активною кровотечею) – 10 (19,2%); пошкодження селезінки (субкапсулярна гематома більше 50%, розрив більше 3 см з активною кровотечею) – 2 (3,8%); пошкодження брижі кишківника – 7 (13,4%); пошкодження підшлункової залози (пошкодження паренхіми більше 3 см без поранення головного панкреатичного протоку) – 1 (1,9%). З метою зупинки внутрішньочеревної кровотечі проводили прийом Прінгла – 10 (19,2%); прошивання з внутрішньої тампонадою розривів печінки за типом «Sandwich» – 10 (19,2%); спленектомія – 2 (3,8%); прошивання ран брижі тонкої чи товстої кишки – 7 (13,4%); прошивання з додатковою тампонадою пошкодження паренхіми підшлункової залози – 1 (1,9%). При виявленні під час ревізії черевної порожнини пошкоджень кишківника виконували: при пораненні тонкої кишки до 50% діаметру при збереженні брижі проводили ушивання рани тонкої кишки – 10 (19,2%) поранених; при множинних пораненнях тонкої кишки з пошкодженням більше 50% діаметру кишки проводили обструктивну резекцію ділянки тонкої кишки, з обов'язковою декомпресією початкових відділів тонкої кишки за допомогою назогастрального зонду – 4 (7,7%); при пораненнях товстої кишки виконана обструктивна резекція товстої кишки – 4 (7,7%). У 2 (3,8%) поранених інтраопераційно виявлено пошкодження жовчного міхура, що було показанням до холецист-

тектомії, у 1 (1,9%) пораненого виявлено пошкодження супрадуоденальної частини холедоха, що потребувало проведення зовнішнього дренивання холедоха.

На фоні інтенсивної терапії вдалося стабілізувати життєво важливі показники хворих через 24 години – 9 (17,3%) поранених; через 24-48 годин – 4 (7,7%); через більше 48 годин – 1 (1,9%). Кількість етапних програмованих релапаротомій за стратегією *damage control surgery* склала: 2 релапаротомії – 16 (30,7%) поранених; 3 релапаротомії – 3 (5,7%); 4 релапаротомії – 1 (1,9%). Летальність серед гемодинамічно нестабільних поранених склала 6 (11,5%) пацієнтів, внаслідок декомпенсованого геморагічного шоку (декомпенсованого ацидозу), поліорганної недостатності.

У 32 (61,5%) гемодинамічно стабільних поранених подальша тактика залежала від клініко-лабораторних змін, результатів комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, позачеревного простору, малого тазу. При ізольованому пошкодженні паренхіматозних органів легкого ступеня за WSES class I, вільна рідина у межах однієї анатомічної зони черевної порожнини, без вільного повітря у черевній порожнині проводилася медикаментозна терапія, активний клінічний, ультразвуковий, комп'ютернотомографічний моніторинг. При негативному моніторингу (посилення болювого синдрому, тахікардія, збільшення вільної рідини за даними ультразвукового дослідження eFAST) проводилася діагностична лапароскопія: лапароскопічна коагуляція поверхневої рани печінки – 10 (19,2%); лапароскопічна коагуляція поверхневої рани селезінки – 4 (7,7%).

При візуалізації за даними МСКТ ОЧП вільного єдиного стороннього тіла (осколку) в черевній порожнині без вільного повітря у черевній порожнині проводили діагностичну лапароскопію для виключення пошкодження порожнистих органів (відсутність кишкового вмісту, жовчі, калу), видалення стороннього тіла черевної порожнини, санація, дренивання черевної порожнини, що проведено у 8 (15,4%) поранених (рис 3).

При непроникаючих пораненнях живота проводили хірургічну обробку ран передньої черевної стінки. Летальних випадків серед гемодинамічно стабільних поранених не було.

Висновки

Цивільні пораненні – це важка неоднорідна група постраждалих, як за фізіологічними, психологічними параметрами, супутніми патологіями, що потребує надання командної мультидисциплінарної допомоги.

Принцип «При наданні допомоги необхідно раціонально використовувати інструментальні



Рис. 3 Лікувальне лапароскопічне втручання при проникаючих пораненнях живота

методи дослідження, але обов'язковими є застосування eFAST протоколу, МСКТ ОЧП, МТ з внутрішньовенним контрастуванням, гемодинамічно нестабільний пацієнт» повинен враховувати індивідуальні параметри постраждалого: гіпертонічна хвороба (початковий сталий арте-

ріальний тиск на рівні більше за 160 мм рт. ст.; приймання антикоагулянтів, гіпотензивних препаратів. Оперативні втручання при важких пораненнях у цивільних постраждалих повинні проводитись за стратегією *damage control surgery* з кількістю релапаротомій не більше двох.

REFERENCES

1. Coccolini F, Catena F, Moore EE, Ivatury R, Biffl W, Peitzman A, et al. WSES classification and guidelines for liver trauma. *World J Emerg Surg.* 2016;11:50.
2. Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffl W, Moore EE, et al. (2017). Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg.* 2017;12:40.
3. Liu T, Fang X, Bai Z, Liu L, LuH, Qi X. (2024). Outcomes of selective non-operative management in adults with abdominal gunshot wounds: a systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery.* 2024;110(2):1183-95 <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000915>.

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN ABDOMINAL INJURY AMONG CIVILIANS DUE TO HOSTILITIES

V. V. Liesnyi, A. S. Liesna

Summary. *Aim.* Analyze the features of diagnosis and surgical tactics in abdominal trauma among civilians as a result of hostilities.

Materials and methods. In 52 (26.9%) of civilian wounded, combined or isolated mechanical abdominal injuries were detected. The mechanism of injury revealed: penetrating wounds – 42 (80.8%) of the victims; blunt abdominal injury – 10 (19.2%). The nature of penetrating wounds: isolated shrapnel wounds – 16 (30.8%); combined shrapnel wounds of the abdomen and other areas of the body – 12 (23.1%); explosive wounds – 12 (23.1%); isolated bullet abdominal wound – 2 (3.8%).

Results. 20 (38.5%), hemodynamically unstable wounded surgery was performed according to the Damage Control Surgery strategy with no more than 2 relay. 32 (61,5%) hemodynamically stable wounded, further tactics depended on clinical and laboratory changes, the results of computed tomography of abdominal organs, retroperitoneal space, pelvis, and surgery was given mini-invasive access during surgical interventions.

Conclusion. Civil wounds are a severe heterogeneous group of victims, as in physiological, psychological parameters, concomitant pathologies, which requires the provision of combatant multidisciplinary care.

Keywords: *abdominal injury; combat surgical injury; explosive injury.*