

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Подальший розвиток ВПХ буде сприяти розвитку системи лікувально–евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ЗС України. Але система ЛЕЗ, яка була створена під час АТО (по суті – локальної війни) повинна змінюватись зі зміною воєнних і політичних обставин та враховувати сценарії військових конфліктів різної інтенсивності.

Висновки.

1. ВПХ як спеціальна клінічна дисципліна визначає надання хірургічної допомоги під час бойових дій і, таким чином, впливає на структуру системи ЛЕЗ військ.

2. Система лікувально–евакуаційного забезпечення АТО, що склалась, є основою для подальшого розвитку медичної служби ЗС та інших силових відомств України. Вона залежить від політичного, економічного, військового, військово–медичного потенціалу держави.

3. Єдиний медичний простір із залученням всіх військових і цивільних медичних органів управління, установ та закладів є нагально необхідним кроком Держави у вирішенні проблеми медичного забезпечення АТО.

Оптимизация хирургического лечения закрытых травматических разрывов печени

А. А. Капшитарь, А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Хирургическое лечение закрытых травматических разрывов печени направлено на осуществление гемо– и холестаза, профилактики возможных осложнений после операции, дренирования зоны повреждения, брюшной полости. В последнее время некоторые хирурги, наряду с традиционной лапаротомией, стали использовать по строгим показаниям малотравматичные лапароскопические вмешательства с хорошими исходами.

Цель исследования: оптимизировать хирургическое лечение травматических разрывов печени как традиционным лапаротомным, так и лапароскопическим доступом.

Объект и методы исследования.

Проведен анализ результатов оптимизации хирургического лечения разрывов печени при закрытой травме живота у 50 пострадавших. Мужчин было 44 (88%), женщин – 6 (12%) в возрасте от 17 до 74 лет. Изолированная травма имела место у 3 (6%) пациентов, множественная – у 9 (18%), сочетанная – у 38 (76%). В шоке, алкогольном и наркотическом опьянении находились 43 (86%) пострадавших. После клинического обследования и оценки результатов лабораторно–биохимических исследований, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, перитонеального лаважа, лапароскопии их оперировали в течение 1–2 часов.

Результаты и их обсуждение.

В группе А выполнены открытые операции у 45 (90%) пациентов. Чрескапсульные разрывы печени у 31 (68,9%) пострадавшего ушиты викрилом П–образными швами (25) и узловыми (6) и у 5 (11,1%) – кетгутом, также узловыми швами. С целью улучшения местного гемостаза у 3 пациентов использована гемостатическая губка, у 3 – прядь сальника, у 1 – круглая связка печени. При повреждениях заднее – дорсальных сегментов печени у 10 пострадавших рассекали серповидную связку по А. С. Гешелину. С целью профилактики рецидива кровотечения из ушитых обширных разрывов печени у 2 пациентов выполнили гепатопексию по Хиари – Николаеву, у 1 – В.С. Шапкину.

Корригували разрывы органов брюшной полости (13 пострадавших), грудной – (1), забрюшинного пространства – (1).

При атипичной резекции 6 и 7 сегментов печени у 2 (4,4%) пациентов использован разработанный в клинике шов (Патент України № 18359) и холецистостома. Тугая тампонада обширных разрывов 7 и 8 сегментов печени при низком АД осуществлена у 4 (8,8%) пострадавших.

Подкапсульные гематомы 7 и 8 сегментов печени у 2 (4,4%) пациентов вскрыли, разрывы печени ушили, нагноившуюся центральную гематому у 1 (2,2%) – широко вскрыли и дренировали.

Осложнения возникли у 6 (13,3%) пострадавших. Из них у 3 (50%) пациентов сформировались абсцессы (поддиафрагмальный–1, подпеченочный–1), у 2 (33,3%) – наружный желчный свищ, у 1 (16,7%) – некроз участка печени. Консервативно лечили пострадавших с желчными свищами, остальных – оперировали. Все выздоровели.

Группу В составили 5 (10%) пациентов, которым произведена лечебная лапароскопия с разрывами печени I–II степени и устойчивой гемодинамикой – их тампонируют гемостатической губкой с амбеном, смоченной дициноном, (Патент України № 62318 А), кровь аспирировали (до 500 мл), брюшную полость дренировали без осложнений. Выздоровление.

Выводы.

1. Ранняя диагностика травматических разрывов печени, их масштаб разрушения, осложнений, диагностика сочетанных повреждений, состояния пациента необходима для выбора метода хирургического лечения.

2. Разрывы печени I–II степени с гемоперитонеумом до 500 мл и устойчивым АД подлежали лечебной лапароскопии, описанным способом.

3. Лапаротомия с оптимизацией объема хирургического пособия у остальных пострадавших является методом выбора.

Особливості хірургічного лікування постраждалих з абдомінальною бойовою травмою на етапі спеціалізованої медичної допомоги

О. Б. Кутовий¹, А. В. Снісар², В. А. Пелех²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна,

²КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова»

Вступ. Вогнепальні поранення живота та їх наслідки є актуальною проблемою як військової, так і цивільної хірургії. Медична допомога постраждалим з бойовою травмою ґрунтується на системі лікувально–евакуаційного забезпечення, яка передбачає надання відповідних лікувальних заходів на різних рівнях медичної евакуації. Сучасні військові конфлікти значно змінили як структуру бойової травми, так і особливості лікування поранених і постраждалих на різних етапах евакуації.

Мета дослідження: проаналізувати особливості хірургічного лікування постраждалих з абдомінальною бойовою травмою на етапі спеціалізованої медичної допомоги на прикладі обласної цивільної лікарні.

Матеріали і методи дослідження. З 2014 по 2018 роки до Дніпропетровської обласної лікарні ім. І. І. Мечникова надійшло у 2346 поранених і постраждалих у військовому