

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

XXV З'їзд ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2025

18 - 19 вересня
м. Київ

одно- чи двошагову техніку дренажами 9–18Fr в кількості 1–3. 27% пацієнтів потребували повторних оперативних втручань зважаючи на неефективність черезшкірного втручання. Серед ускладнень найчастіше спостерігали незначні кровотечі, що вдалося купувати консервативно. В 11% мала місце транслокація дренажа, що потребувала редренування. Середній час оперативного втручання $34,4 \pm 18,2$ хв. 64% процедур виконано в умовах термінальної місцевої анестезії, в інших випадках – загальне знеболення, що не потребувало міорелаксації.

Ендоскопічні втручання, що доповнені можливостями ендоскопічного ультразвуку використовувались рутинно при пораненнях панкреато–біліарної зони. Найчастіше виконувалось ЕПСТ, РХПГ, селективні стентування та назобіліарні дренування жовчних шляхів. Відновлення цілісності жовчних шляхів виключно ендоскопічно було досягнуто в 72% випадків. В окремих випадках ендоскопічно досягнуто видалення осколків та закриття невеликих наскрізних раньових дефектів шлунку та ДПК, що було повним об'ємом оперативного лікування для цих хворих.

Ендоскопічно та під контролем ендоультразвуку виконували дренування рідинних скупчень (при гострому деструктивному посттравматичному панкреатиті), псевдокист та обмежених рідинних скупчень черевної порожнини, що були недосяжні для черезшкірного дренування.

Результати. Застосування малоінвазивних методів (відеолапароскопія, ендоскопія, перкутанні втручання) знижує ризик інфекційних ускладнень на 10–15%, тривалість стаціонарного лікування – на 30–50%, летальність – на 9–11% (при вчасному втручанні) порівняно з відкритими методиками.

Висновки. Застосування малоінвазивних технологій в лікуванні бойових ушкоджень живота та їх ускладнень дозволяє знизити терміни лікування та покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування. В умовах бойових дій та обмеженості хірургічних ресурсів це може мати вирішальне значення для збереження життя пацієнтів та подальшого відновлення.

Лапароскопія при бойовій травмі живота

Гуменюк К. В., Міхеєв Ю. О., Кузів Р. М., Русанов І. В., Палка С. В., Белкін І. М.

Командування Медичних сил Збройних Сил України,
Запорізький державний медико–фармацевтичний університет,
Запорізький військовий госпіталь

Актуальність. Сучасний стан розвитку лапароскопічної хірургії та досвід, набутий до повномасштабного вторгнення рф в Україну, є важливим фундаментом, який дозволив почати впровадження лапароскопії у військову хірургію. Переваги лапароскопії у гемодинамічно стабільних поранених з бойовою травмою живота включають меншу травматизацію, зниження кількості «негативних» лапаротомій, зниження відсотку респіраторних ускладнень та рівню післяопераційного білю, також зниження відсотку післяопераційних злук, гриж та інфекційних ускладнень, швидше відновлення.

Мета. визначити показання та можливість виконання лапароскопічних втручань при бойовій травмі живота.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне дослідження на базі Запорізького військового госпіталю за 2022–2025 роки. В дослідження включені 239 гемодинаміч-

но стабільних поранених з бойовою травмою живота, яким виконувалися лапароскопічні втручання. Діагностична лапароскопія виконана у 78 поранених, видалення осколків – 60, лапароскопічний гемостаз – 23, лапароскопічна спленектомія – 5, лапароскопічний шов діафрагми – 19, лапароскопічний шов шлунку – 7, лапароскопічний шов тонкої кишки – 8 (у тому числі 1 екстракорпоральний), лапароскопічний шов товстої кишки – 24, лапароскопічна резекція тонкої кишки з екстракорпоральним анастомозом – 1, лапароскопічна коlostомія – 7, лапароскопічна правобічна геміколектomia – 3 (у тому числі 1 з екстракорпоральним анастомозом, 2 з інтракорпоральним), лапароскопічна резекція поперечної ободової кишки з інтракорпоральним анастомозом – 1, лапароскопічна лівобічна геміколектomia з коlostомією – 1, лапароскопічна операція Гартмана – 1.

Результати. Передумовами для виконання лапароскопічних втручань при бойовій травмі живота є невеликий потік поранених, наявність кваліфікованої операційної бригади та відповідного обладнання, стабільний стан пораненого, рутинне виконання комп'ютерної томографії та ретельна селекція поранених з урахуванням вхідних та при наявності вихідних ран та траєкторії осколків, відсутність великого гемоперитонеуму та кишкової контамінації. Для видалення осколків можливо використання магнітних пристроїв. Ушивання діафрагми при торакоабдомінальних пораненнях наразі мають найбільші доказані переваги за даними іноземних публікацій. Переважно лапароскопічні втручання показані при 1–2 стадіях пошкодження органів черевної порожнини за AAST, 3 та 4 стадії потребують ще більш ретельної селекції та наразі мають спорадичний характер. При ушиванні пошкоджень порожнистих органів використання шовного матеріалу з зазубринами, на кшталт V-loc є безпечним та надійним та значно пришвидшує виконання операції. Конверсія була у 28 випадках (11,7%) коли після 15 хвилин операції було зрозуміло, що виконання лапароскопії небезпечно та недоцільно. Укладення, які з часом потребували виконання лапаротомії розвинулися у 5 поранених: пропущені пошкодження тонкої кишки – 2, абсцес черевної порожнини – 1, паралітичний ілеус – 1, внутрішньочеревна кровотеча – 1. Перевагами лапароскопії при бойовій травмі живота безперечно є більш швидке відновлення та відповідно повернення у стрій.

Висновки. Виконання лапароскопічних втручань при бойовій травмі живота можливо при умовах стабільного стану пораненого, рутинного використання комп'ютерної томографії та строгої селекції. Спектр лапароскопічних втручань може коливатися від діагностичної лапароскопії та видалення осколків до гемостазу паренхіматозних органів та ушивання пошкоджень порожнистих органів 1–2 стадій за AAST. Виконання лапароскопічної резекції тонкої та товстої кишки потребує ще більш ретельної селекції та наразі ще не є втручанням яке слід тиражувати в хірургію пошкоджень.