

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

Критерії малоінвазійного зашивання поранення тонкої та товстої кишки

Лурін І.А., Гуменюк К.В., Король С.О., Коркішко В.В., Міхеєв Ю.О., Байдалюк Р.В., Кузів Р.М., Подпрятів С.С., Белоусов І.О., Харченко Д.А.

Національна академія медичних наук України,
Центр інноваційних технологій охорони здоров'я,
Командування Медичних сил Збройних Сил України,
Українська військово-медична академія,
Мобільний військовий госпіталь Центрального регіону,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Запорізький військовий госпіталь,
Київська міська клінічна лікарня №1,
Глобинська міська лікарня

Актуальність. Успішно застосований малоінвазійний спосіб ліквідації наслідків бойової травми дає можливість зменшити навантаження на етапи лікування, уникнути або зменшити обсяг інвалідизації бійця.

Мета. Розпочати встановлення критеріїв для малоінвазійного лапароскопічного зашивання поранень кишечника як наслідок бойової травми, порівнюючи їх з пораненнями кишечника у мирний час.

Матеріали і методи. Критеріями відбору для наслідків бойової травми були: надходження пацієнта протягом 24 годин після травми (переважно 6–8 годин); помірний та стабільний загальний стан пацієнта; до 200 мл рідини локально та в малому тазу (за даними КТ), а також – ознаки низько енергетичного ураження (оцінювали за траєкторією ранового каналу, формою кишкової рани, ураженнями додаткових органів, гематомами).

Контрольна група складалася з пацієнтів з вогнепальними та ножовими пораненнями кишечника, а також поранення кишки під час гінекологічних втручань, прооперованих протягом 24 годин від моменту поранення.

Результати. Загалом, 1/8 поранень кишечника при бойовій травмі було відібрано для комплексного лапароскопічного лікування, більшість з них були мінно-вибуховими. З числа відібраних, 22 мали 1 або 2 ураження тонкої кишки, класифіковані як I–II ступінь за шкалою ISC, а один пацієнт мав 3 ураження. Всі ураження були зашиті накладенням інтракорпоральних швів V-Loc в один ряд. Дві релапаротомії були виконані через пропущені додаткові поранення. Травми товстої кишки I–III ступеня за шкалою ISC мали 27 поранених. З них 15 було зашито, а 7 пройшли резекцію (після чого було сформовано 5 внутрішньокорпоральних лінійних анастомозів, 2 кінцеві та 2 захисні стоми); у 5 внутрішньостінкові гематоми залишали на етап повторного огляду. В наслідок ранньої післяопераційної непрохідності кишечника (1 спостереження) та міжпетельного абсцесу (1 спостереження) проводили одну санаційну релапаротомію зі збереженням анастомозів.

3 травм контрольної групи 12 були ятрогенними (8 рваних ран, 2 розрізи скальпелем, 2 термічні ураження), розташованими в клубовій (6) або товстій кишці (6), та 7 уражень, спричинених пострілом або ножом (5 клубової, 2 товстої кишки). Всі ураження були оперовані протягом 24 годин, дефекти стінки ушиті швами. Один випадок паралітичної непрохідності кишки вимагав санаційної релапаротомії.

Не було зареєстровано жодного випадку неспроможності 3-ї стадії, накладення додаткової стоми. Всі пацієнти після лапароскопічних процедур повністю одужали.

Висновки. Досвідчений хірург може ефективно виконати первинне малоінвазивне лапароскопічне зашивання одного або двох низькоенергетичних крайових поранень тонкої або товстої кишки, аж до III ступеня за класифікацією ISC включно, у гемодинамічно стабільного пацієнта – за умови відсутності тривалого або масивного забруднення черевної порожнини, а також множинних розтрощень.

Для рутинного використання мають бути встановлені додаткові критерії оцінки поранення.

Оцінка якості життя постраждалих з ускладненнями ентеро– та колостом

Матвійчук Б.О., Бочар В.Т., Патер Я.З.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Перше ТМО м. Львова

Актуальність. У зв'язку з повномасштабною війною в Україні значно зросла кількість операційних втручань із первинним формуванням кишкових стом. Це зумовлено тяжкими абдомінальними пораненнями, часто – довготривалою затримкою надання медичної допомоги, коли формування стоми стає вимушеним етапом первинного хірургічного втручання, яке спрямоване насамперед на порятунок життя постраждалого.

Мета. Метою дослідження було оцінити якість життя (ЯЖ) постраждалих з різними ускладненнями ентеро– або колостом.

Матеріали і методи. Проаналізовано ЯЖ 20 постраждалих тільки із абдомінальними пораненнями яким первинно сформовано стому (8 – з ентеростомами, 12 – з колоостомами) у період від 1 до 12 місяців після її формування. Пацієнтів поділено на дві групи, до першої (основної) групи увійшли 10 (50%) постраждалих, у яких виявлено ускладнення стоми. Серед ускладнень ентеростом були тяжкий параілеостомічний дерматит (2) та стриктура стоми (2); серед ускладнень колостом – параколомостомний абсцес (2), некроз стоми (1), стриктура стоми (1), параколомостомічна грижа (1) та пролапс стоми (1). До другої (контрольної) групи увійшли 10 постраждалих без ознак ускладнень стоми. Для оцінки ЯЖ застосовували адаптовану українську версію загального опитувальника MOS SF–36, що включає анкетування за 8 шкалами: фізичного функціонування (ФФ), загального стану здоров'я (ЗЗ), психічного здоров'я (ПЗ), життєвої активності (ЖА), інтенсивності болю (Б), рольового емоційного функціонування (РЕФ), рольового фізичного функціонування (РФФ) та соціального функціонування (СФ). Розрахунок проводили за формулою: $[(\text{реальне значення показника} - \text{мінімально можливе значення}) : (\text{можливий діапазон значень})] \times 100$.

Результати. У пацієнтів першої групи відзначено значне зниження середніх показників за всіма шкалами: ФФ – 34,6%; ЗЗ – 35,7%; ПЗ – 24,3%; ЖА – 17,0%; Б – 10,7%; РЕФ – 11,2%; РФФ – 9,6%; СФ – 2,5%. Найнижчі показники були у пацієнтів із тяжким параілеостомічним дерматитом, що супроводжувався постійним свербінням шкіри та труднощами при використанні калоприймачів: шкала болю – 6,2%, соціальне функціонування – 5,4%.