

Bibliography:

1. Abhishek Pant, Astha Prasai, Anmol Kumar Rauniyar et al. Pneumonia in patients with Chronic Kidney Disease admitted to nephrology department of a Tertiary Care Center: a descriptive cross-sectional Sstudy. *J Nepal Med Assoc.* 2021. Vol. 59.(242). P. 1000–1003. doi: 10.31729/jnma.7074
2. Чекман І. С. Метаболічні препарати в сучасній експериментальній клінічній фармакології. *Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики* : збірник наукових статей ; вип.8. 2002. С. 11–17.
3. Сидорчук І. Й., Каспрук Н. А., Левицька С. А. та ін. Клітинна реактивність та рівень адаптаційного напруження організму хворих на гострий бронхіт. *Буковінський медичний вісник.* 2015. Том 19, № 1.(73). С. 154–158.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-549-5-2>

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED BILATERAL COMBAT THORACIC TRAUMA

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ БІЛАТЕРАЛЬНОЇ БОЙОВОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Minukhin D. V.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate professor,
Associate Professor at the Department
of Surgery No. 1
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

Мінухін Д. В.

*кандидат медичних наук, доцент
доцент кафедри хірургії № 1
Харківський національний медичний
університет
м. Харків, Україна*

Yevtushenko D. O.

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Professor at the Department of Surgery
No. 1
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

Євтушенко Д. О.

*доктор медичних наук, професор
професор кафедри хірургії № 1
Харківський національний медичний
університет
м. Харків, Україна*

Minukhin B. D.

*V-th years Student at the Medical
Faculty
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine*

Мінухін Б. Д.

*студент V курсу медичного
факультету
Харківський національний медичний
університет
м. Харків, Україна*

Вступ. Частота бойових пошкоджень грудної клітки (БПГК) у сучасних збройних конфліктах залишається високою і досягає до 12%. Частка білатеральних поранень грудної клітки (БЛПГК) коливається від 22 до 35%. При білатеральних пораненнях відсоток ускладнень значно більший і може сягати 87–91%. Летальність, при даному виді поранень, залишається значною і досягає – 70% [1, с. 43; 2, с. 889].

Впровадження нових методів лікування поранень і травм грудної клітки, особливо при білатеральному ураженні, зміна лікувально-евакуаційної системи у сучасних збройних конфліктах диктують необхідність вдосконалення лікувальної тактики при БПГК з пріоритетом мініінвазивних втручань на етапі спеціалізованої хірургічної допомоги (СХД) [3, с. 12].

Мета дослідження: розробити лікувальну тактику із пріоритетним застосуванням мініінвазивних технологій при бойових БЛПГК та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 51 постраждалого з БЛПГК, які знаходились на лікуванні у клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМН України», яка являється закладом для надання СХД, за період з 2014 по 2024 рік. Усі постраждалі отримали поранення внаслідок бойових дій та були доставлені з попередніх етапів надання медичної допомоги.

Відповідно до завдань дослідження постраждалі були розподілені на дві групи. У I (основній) групі аналізу та клінічних спостережень було 24 поранених з БЛПГК. У цій групі застосовувалася диференційована хірургічна тактика з пріоритетним застосуванням мініінвазивних технологій. У II групі (порівняння) було 27 поранених з БЛПГК. У цій групі оперативним доступом для проведення невідкладних та термінових втручань на органах грудної клітки (ОГК) була торакотомія, а в лікуванні плевролегеневих ускладнень переважно використовувалося дренування плевральних порожнин. В обох групах поранені були переважно чоловічої статі віком від 18 до 49 років, до поранення це були практично здорові люди.

При надходженні до стаціонару усім постраждалим було проведено ретельне обстеження ОГК та інших анатомічних ділянок, визначалась потреба поранених у наданні СХД (торакальної), ключовим чинником була наявність плевролегеневих ускладнень.

Результати. Спеціалізованої торакальної хірургічної допомоги потребували всі поранені з БЛПГК. Причому у 20 (39,2%) поранених, які лікувалися на етапі СХД, були два і більше ускладнення: у I групі – у 10 (41,7%) поранених, у II групі – у 10 (37,3%).

Відеоторакоскопія (ВТС) як лікувальний метод застосовано у 14 (58,3%) поранених I групи. Обсяг та спектр хірургічних

маніпуляцій, що виконуються при ВТС залежали від характеру виявлених ушкоджень та їх ускладнень.

При кровотечі з пошкоджених судин грудної стінки, проводилися: кліпунання судини, коагуляція рани міжребер'я з використанням електро- або аргано-плазмової коагуляції, LigaSure, ультразвукового дисектору. Хірургічна обробка неглибоких лінійних ран легені проводилася з використанням аргонплазмової коагуляції, яка дозволяла зупинити паренхіматозну кровотечу та надійно здійснити аеростаз. При сліпих пораненнях легені обов'язково проводилася ревізія раньового каналу.

Евакуацію гемотораксу, що згорнувся, проводили шляхом фрагментації і видаленням за допомогою ендоскопічних затискачів, гідравлічної фрагментації та аспірації згустків, після чого проводили ретельний гемостаз і прицільне редренування плевральної порожнини.

При посттравматичному плевриті та емпіємі плеври проводилася ВТС, плевректомія та декортикація легені.

При пораненні діафрагми проводиться ушивання рани за допомогою ручного інтракорпорального шва, а також End Stitch або герніостеплера.

Сторонні тіла, у тому числі й вільні кісткові уламки, видалялися за допомогою затискачів, а при розташуванні тканини легені – апаратною атиполовою резекцією легені.

Лише у 1 хворого була вимушена конверсія пов'язана з пораненням судин кореня легені.

У хворих II групи були застосовані виключно традиційні хірургічні методи лікування: дренування плевральної порожнини, операції із торакотомних доступів (евакуація згорнутого гемотораксу, декортикація легень, резекційні операції).

Нами була проведена оцінка ефективності надання СХД у групах дослідження. Помер 1 поранений у II групі, у I групі летальних випадків не було. Середня тривалість лікування у I групі склала $11 \pm 3,1$ доби, у II групі – $20 \pm 4,3$ доби. У I групі післяопераційних ускладнень не було, у II групі – ускладнення відмічені у 4(14,8%) хворих. Тривалість застосування наркотичних анальгетиків склала $4 \pm 2,5$ доби у II групі та $2 \pm 1,4$ доби у I групі, ненаркотичних анальгетиків $9 \pm 2,7$ та $5 \pm 2,4$ діб відповідно. Після лікування непридатними до військової служби визнано 1 (4,2%) військово-вослужбовців I групи та 3 (11,1%) – II групи.

Висновки:

1. Частота БППГК у сучасних збройних конфліктах залишається високою і досягає до 12% від усіх бойових поранень. Частка БЛППГК коливається від 22 до 35%. При БЛППГК відсоток ускладнень значно

більший і може сягати 87–91%. Летальність залишається значною і досягає – 70%.

2. ВТС втручання у постраждалих з БЛПГК мають широкий спектр показань і широкі лікувальні можливості та являються у 58,3% випадків кінцевим етапом хірургічного втручання.

3. Застосування ВТС втручань у поранених з БЛПГК дозволяє знизити тривалість застосування наркотичних анагетиків у 2 рази та у 1,8 раза ненаркотичних анагетиків, зменшити тривалість лікування з ($20\pm4,3$) до ($11\pm3,1$) діб та уникнути післяопераційних ускладнень і летальних випадків.

Література:

1. Бойко В. В., Бунін Ю. В., Верба А. В., Ворвський О. О., Герасименко О. С., Гержик К. П., та ін. Лікування поранених з бойовими ушкодженнями грудної клітки. Цимбалюк В. І., редактор. Київ ; Харків ; 2023; 236 с.

2. Mc. Donald, Johnston A., Alderman J. E. Thoracic Injury in Patients Injured by Explosions on the Battlefield and in Terrorist Incidents. *Chest*. 2020 Apr;157(4):888–897. doi: 10.1016/j.chest.2019.09.020.

3. Хоменко І. П., Гетьман В. Г., Гуменюк К. В., Шаповал В. Ю., Гержик К. П., Сафонов В. Є., Єнін Р. В., Мурадян К. Р. Відеоторакоскопічні технології при бойових пораненнях та травмах грудної клітки : метод. рек. / Командування медичних сил, Українська військово-медична академія, Військово-медичний клінічний центр Південного регіону. Київ : Людмила, 2021. 63 с.