

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**Додаток до збірника наукових праць
Української військово-медичної академії
«Проблеми військової охорони здоров'я»**

Випуск №51

ЗБІРНИК ТЕЗ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ВОЄННО-ПОЛЬОВОЇ ХІРУРГІЇ, ПОЛІТРАВМИ
ТА ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ»**

*За редакцією начальника Головного військово-медичного управління –
начальника медичної служби ЗС України, доктора медичних наук,
професора, член-кореспондента НАМН України,
генерал-майора медичної служби Хоменка І.П.*

Одеса – 2019

Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю **«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВОЄННО-ПОЛЬОВОЇ ХІРУРГІЇ, ПОЛІТРАВМИ ТА ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ»**

Наукові доповіді в рамках програми всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання воєнно-польової хірургії, політравми та торакальної хірургії» (24-25 травня 2019 року, м. Одеса) присвячені актуальним проблемам надання хірургічної допомоги пораненим в умовах бойових дій, застосуванню новітніх технологій в лікуванні бойових пошкоджень на II-IV рівнях медичної допомоги, проблемним питанням в лікуванні вогнепальних та міно-вибухових поранень. Також значна частина доповідей присвячена сучасним підходам до діагностики та лікування торакоабдомінальних пошкоджень воєнного та мирного часу, ролі діагностичної та лікувальної торакоскопії при травмі грудної клітини, осередкової і диссеминованої патології органів грудної клітини, сучасним аспектам хірургічного лікування раку легенів, хіміотерапії раку легенів, хірургічному лікуванню пухлин середостіння, діагностичній та лікувальній медіастіноскопії, новітнім технологіям в хірургії стравоходу.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ НЕЙРОТРАВМИ

*Богдан І.С., Алексєєв О.М., Іваник Р.Ю., Іванов С.В., Титинюк А.Ю.
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів*

Вступ. Дефекти кісток черепа окрім косметичного страждання викликають і фізіологічні порушення (пацієнтів турбують часті головні болі, тому що в нормі внутрішньочерепний тиск не повинен мати залежність від перепадів атмосферного). Крім того не слід забувати про підвищений ризик повторної черепно-мозкової травми при відсутності захисту мозку.

Мета роботи. Провести аналіз реконструктивних оперативних втручань на склепінні черепа у поранених в голову та визначити оптимальні терміни їх проведення.

Матеріали та методи: за час локального конфлікту на сході України в період з 2014р. до 2019р. в умовах ВМКЦ ЗР проліковано 68 поранених із дефектами склепіння черепа, виконано 76 реконструктивних операцій.

Результати та їх обговорення: оперовані військовослужбовці віком від 18 до 48 років, які отримали вогнепальні черепно-мозкові поранення різної важкості і мали переважно проникаючий характер. Переважна більшість операцій виконана в терміни до 4 місяців (75%). Виконання операції через 2-3 місяці зменшує її тривалість, вторинну травматизацію мозку та створює передумови для благоприємного протікання післяопераційного періоду. Площа краніодефектів коливалась в межах від 5 до 210см², причому у 3 пацієнтів вони були двобічними, у 3 мали пряме сполучення з лобною пазухою. При потребі основний етап операції доповнювався додатковими: у 3 пацієнтів виконано пластику ТМО через її дефект, у 8 пацієнтів видалені чужорідні тіла (осколки, кулі, кісткові уламки).

При нескладних невеликих дефектах (до 30см²) використовувались динамічні перфоровані титанові пластини (26 операція) або протакриловий чи поліметилметакрилатний трансплантат (25+9), у восьми пацієнтів використано аутокістку. При складних обширних краніодефектах використовувалось стереолітографічне моделювання (16 операцій), яке якнайкраще дозволяє відновити архітектоніку склепіння черепа. В двох пацієнтів через 3 та через 7 місяців після операції відмічено нагноєння трансплантата (протакрил), причому причиною

ускладнень послугувало його взаєморозміщення з лобною пазухою. Інших післяопераційних запальних ускладнень не відмічено.

З метою прогнозування ймовірних запальних змін в ділянці оперативного втручання у 19 пацієнтів під час операції виконувався посів підготовленого операційного поля та виділеної ТМО. В жодному з досліджень росту мікрофлори не виявлено.

Оцінка відновлення функціональності пацієнтів проводилась по індексу самообслуги та мобільності (модифікований індекс Бартеля). Вихідні неврологічні порушення оцінювались до операції. Вже через 2 місяці після хірургічного лікування відмічено покращення, регрес вогнищевої симптоматики на 2-3 бали, що свідчить про важливість реконструктивної хірургії склепіння черепа в загально реабілітаційному лікуванні поранених.

Висновки:

1. Реконструкція склепіння черепа після вогнепальних черепно-мозкових поранень, повинна розглядатись як невід'ємна складова реабілітаційного лікування і виконуватись в якомога раніші терміни (2-4 місяці).

2. Необгрунтоване виконання операцій в пізні терміни створює технічні проблеми для оперуючого хірурга та наражає пацієнта на післяопераційні ускладнення та поглиблення неврологічного дефіциту.

3. При обширних дефектах склепіння черепа, складних фронтально-орбітальних дефектах необхідно віддавати перевагу стереолітографічно-модельованим титановим імплантам.

КОЛОСТОМІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ DAMAGE CONTROL ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ В УМОВАХ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

*Богдан І.С., Прохоренко Г.А., Трач С.В., Ярема І.М., Припула В.М.,
Янківський В.О., Соболев І.П., Білобровка Т.Р.*

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів.

Вступ. Проникаючі поранення та травми черевної порожнини і тазу залишаються актуальною проблемою військової хірургії і складають 2,7%, а пошкодження тазових органів в таких пацієнтів має місце до 25%. Летальність при даній травмі сягає 75%. Наслідки поранень призводять до значного відсотку інвалідизації.

Головне в лікуванні потерпілих з поєднаною травмою – відновити передусім функції життєзабезпечення, а не анатомічні структури., і є

відомий як Damage control. Завданням першого етапу технології пораненого шляхом виконання мінімального обсягу операційного втручання, який включає якнайшвидшу зупинку кровотечі та відновлення функцій життєзабезпечення .

Мета дослідження – проаналізувати ефективність колостомії як елементу Damage control у хворих з поєднаною травмою.

Матеріали та методи. Ми проаналізували історії хвороб 26, які перебували на лікуванні у 66ВМГ та ВМКЦ ЗР з 2014р. по 2018р. з вогнепальною поєднаною травмою, яким на різних етапах надання кваліфікованої медичної допомоги одним з етапів хірургічного втручання було формування колостоми. Усі пацієнти особи чоловічої статі. Вік пацієнтів коливався від 18 до 55 років, середній вік склав 34 роки. За характером поранень: поєднане торако-абдомінальна поранення зустрічалось у 2 пацієнтів (8%), поєднане абдомінально-скелетне поранення – у 3 (12%), множинна поєднана травма – 21 пацієнта (80%).

Вибір та місце розташування колостоми залежить від висоти ушкоджень (права/ліва половина ободової кишки, пряма кишка), ступеня пошкодження кишки (одиничний невеликий дефект стінки, множинні ушкодження зі значним дефектом стінки кишки), наявних супутніх ушкоджень суміжних органів, важкості загального стану пацієнта.

Результати. У 2 випадках мало місце накладання підвісної цекостоми, в 1 випадку – кінцевої асцендостоми, дводульної трансверзостоми – у 5, у 8 випадках – дводульної сигмостоми та у 10 – кінцева десцендо-/сигмостома.

У більшості випадків накладання колостоми проводилось через лапаротомний доступ, у 2 випадках – лапароскопічноасистованим способом.

При пораненнях ободової кишки та очеревинного відділу прямої кишки в місці ушкодження виконувалось або ушивання стінки кишки, або її обструктивна резекція. При пораненні позаочеревинних відділів прямої кишки проводилась позаочеревинна первинна хірургічна обробка рани.

В 1 пацієнта на 12 добу після операції розвинулась клініка гострої кишкової непрохідності, причиною якої була злукова хвороба та часткові перекрути привідного та відвідного кінців, що потребувало опе-

ративного втручання з повторним формуванням дводульної підвісної сигмостоми.

У всіх 26 випадках колостомія дозволила уникнути ускладнень: розвитку і прогресуванню перитоніту, септичних ускладнень, тазових флегмон, сприяла загоєнню та відновленню функції товстої кишки. Колостомія є технічно нескладним хірургічним прийомом, який дозволяє зменшити ризик неспроможності швів при пораненнях ободової товстої та прямої кишки, зменшити тривалість оперативного втручання при поєднаній травмі, і, відповідно, забезпечити дотриманням принципів *Damage control surgery* і врятувати життя тяжкопораненому.

2. DCS – етапне хірургічне лікування дозволяє зберегти життя тяжкопоранених і травмованих та розподілити хірургічні втручання згідно рівнів надання медичної допомоги.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Бойко В.В.^{1,2}, Краснояружский А.Г.^{1,2}, Мінухін Д.В.²,
Євтушенко Д.О.², Кріцак В.В.¹*

*¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім.В.Т.Зайцева
НАМН України», відділення торако-абдомінальної хірургії, м.Харків*

*²Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії
№1, м.Харків*

Введення. Проникаючі поранення грудної клітки являються важким видом уражень, що супроводжуються великою кількістю ускладнень і високою летальністю. Серед поранень грудної клітки у військовий час превалюють вогнепальні поранення, однак колото-різані поранення досить часто. Частота пошкоджень легень при пораненнях грудної клітки досягає 75–80%, при цьому діагностичні та тактичні помилки зустрічаються у 20–25% випадків. Найбільш перспективними методами лікування хворих з пораненнями грудної клітки являються малоінвазивні, а саме відеоторакоскопичні.

Мета дослідження: Аналіз результатів лікування постраждалих з проникаючими пораненнями грудної клітини з використанням малоінвазивних технологій.

Матеріали та методи. З 2015 по 2018 року на базі відділення торако-абдомінальної хірургії проліковано 68 постраждалих із зони антите-

рористичної операції (АТО) з проникаючими пораненнями грудної клітини. Структура: в 17(25%) спостереженнях колото-різані поранення, в 53(75%) – вогнепальні поранення. У 41(60,3%) випадках були поодинокі поранення, в 27 (39,7%) – множинні. Лікування із застосуванням відеоторакоскопічних (ВТС) технологій отримали 37 потерпілих. Використовувався ендовідеохірургічний комплекс «Контакт».

Результати та їх обговорення. Після проведення діагностичних заходів (поліпозиційної рентгенографії, УЗД, комп'ютерної томографії) та підтвердження проникаючого характеру поранення потерпілим проводилася лікувально-діагностична ВТС. Джерелами внутрішньо-плевральних кровотеч розпізнані: міжреберні артерії та їх гілки – 7(19%), паренхіма легень – у 23(62%) хворих; великі судини легені і середостіння – у 3(8%); внутрішня грудна артерія – у 4(11%). ВТС втручання з застосуванням електрокоагуляції дозволило зупинити кровотечу у 19 пацієнтів. У 14 випадках для досягнення аеро- і гемостазу були виконані резекції легенів з використанням лінійних зшивачів Endo GIA Universal (Covidien). На завершальному етапі втручання здійснювалася фрагментація та аспірація згустків крові. У 31(84%) пацієнтів після ВТС втручань отримані хороші результати. Конверсія до торакотомії потрібна була у 6(16%) постраждалих, у яких виявлено масивний гемоторакс внаслідок пошкодження великих судин легенів та середостіння.

Висновки. ВТС технології сприяють значному зменшенню частоти гнійних внутрішньо плевральних та плевральних ускладнень при проникаючих пораненнях грудної клітини. Безперечними перевагами ВТС є: повноцінна ревізія; точна діагностика; можливість виконання оперативного втручання в повному обсязі; визначення показань до торакотомії.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА РИ РАЗРЫВАХ ПИЩЕВОДА

Бойко В.В., Макаров В.В., Доценко Е.Г., Шатохин А.А.,

Тыжненко М.А., Чикин А.В., Тимченко М.Е.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии

им. В.Т.Зайцева НАМН Украины»

Введение. Лечение больных с повреждениями пищевода один из наиболее сложных вопросов хирургии, и сопровождается высокой смертностью достигающей 40-80%.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 9 больных с разрывами грудного отдела пищевода, находившихся на лечении в ИОНХ за период 2014-2019 гг. По этиологии: травматические (в т.ч. ятрогенные) 5, синдром Бурхаве – 4. Мужчин было 3. Средний возраст составил 45,4 г. По срокам поступления от предполагаемого момента разрыва – до 6 часов – 4, до 24 часов – 4, запоздалое обращение – 1 (спустя 3 суток). Все пациенты при поступлении обследованы стандартными клинико-лабораторными методами. Дополнительно выполнены: рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода в 6 случаях, 4 больным – ФЭГДС, 7 пациентам выполнено МСКТ с в/в контрастированием, в 2 случаях с дополненным пероральным контрастированием. У всех больных применение указанных методов позволило установить диагноз в первые 2 часа от момента поступления, с параллельным проведением интенсивной ИТТ. В работе проведен анализ пациентов с дефектами нижнегрудного отдела пищевода. Все больные оперированы в течение 4 часов от момента поступления. Произведено: в 4 случаях торакотомия, медиастиномия, ушивание дефекта пищевода из торакального доступа, в 1 – лапаротомия, диафрагмотомия по Савиных с ушиванием разрыва и фундопликацией, дренированием задненижнего средостения через диафрагму и плевральных полостей по Бюлау. 4 пациента оперированы с применением торакоскопических технологий, произведено: видеоторакоскопическая санация плевральной полости, медиастиномия с санацией и дренированием средостения. У 1 больного вмешательство дополнено стентированием пищевода, у 2 лапаротомией и ушиванием дефекта с фундопликацией, в 1 случае дефект визуализировать не удалось.

Результаты и обсуждение. Оптимальными сроками хирургического вмешательства являются первые 6 часов. У пациентов, оперированных в «золотые» часы летальных исходов не было. У 1 больного, оперированного в эти сроки, при торакоскопической ревизии – дефект пищевода визуализировать не удалось. Дальнейшее консервативное ведение закончилось полным выздоровлением. В сроки 6-24 часа мы применяли оба варианта операции, однако, торакоскопические вмешательства имеют преимущества, что нашло подтверждение в нашей работе. При сравнимых показателях SAPS и SOFA у пациентов до операции, значительно быстрее происходило снижение и нормализация при торакоскопических операциях – в среднем к 14,5 сут (26,4 при открытых). Сроки пребывания в ПИТ различались более,

чем в 1,5 раза – 2,5 и 4 сут. В 1 случае отмечено расхождение швов торакотомной раны, что потребовало ряда операций. Позднее обращение пациента с развернутой картиной тотального медиастинита, эмпиемы плевры, сепсиса не дает возможности применить малоинвазивные методы, в связи с чем применение открытых методов приводило к расширению объема операции.

Выводы: 1. Разрыв пищевода незамедлительно ведет к развитию критических гнойно-септических осложнений. 2. Результаты лечения разрывов пищевода напрямую зависят от сроков хирургической коррекции, поэтому диагностика и интенсивная терапия проводятся в кратчайшие сроки. 3. Применение торакоскопических технологий позволяет снизить операционную травму, при сохранении эффективности, они являются перспективными для дальнейшего изучения при разрывах пищевода.

ВАТС ВИДАЛЕННЯ ЛЕЙОМІОМИ СТРАВОХОДУ: ПЕРШИЙ ВЛАСНИЙ ДОСВІД ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Васильківський В.В.¹, Соколов В.В.^{1,2}, Гетьман В.Г.¹

*¹Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика, Київ, Україна.*

²Київська міська клінічна лікарня №17, Київ, Україна.

Вступ. Лейоміома стравоходу – доброякісна пухлина м'язового шару, яка складає до 80% всіх доброякісних пухлин органу. Часто лейоміома представляє собою випадкову знахідку, оскільки, при розмірах до 5 см, не має клінічних проявів. Близько 15-50% усіх пухлин перебігають безсимптомно. Хірургічне лікування є основним. Сучасні вимоги до операції, окрім видалення пухлини, полягають у зменшенні її травматичності і можуть бути задоволені за рахунок відеоасистованої торакоскопії (ВАТС).

Мета дослідження. Підтвердити можливість видалення лейоміоми стравоходу великого розміру шляхом ВАТС.

Матеріали та методи. Проведений огляд літератури та прооперований перший власний пацієнт з лейоміомою стравоходу. Жінка 38 років звернулась до відділення зі скаргами на прогресуючу дисфагію на рідку їжу протягом останнього року. Діагноз лейоміоми середнього грудного відділу стравоходу підтверджений ендосонографією з тонкогілковою біопсією. Комбінація КТ та МРТ грудної клітки визначила розміри, форму, локалізацію лейоміоми та її співвідношення

з іншими структурами середостіння. Виконана трипортова VATS справа з розсіченням м'язового шару стравоходу, видаленням лейоміоми 7 x 4 x 2 см та відновленням езофагоміотомії ручним швом. Хвора виписана на 2 добу без ускладнень.

Обговорення. Опції лікування лейоміоми стравоходу включає спостереження, пероральне ендоскопічне підслизове видалення, VATS або відкрите видалення та, дуже рідко, локальну резекцію стінки стравоходу або езофагектомію. Рекомендаціями до VATS видалення є пухлини розміром до 10 см, що викликають симптоми, не мають виразкування слизової та не охоплюють стравохід циркулярно. Бажаною є доопераційна морфологічна верифікація. Ми застосували доступ справа до грудного відділу стравоходу з інсуфляцією CO₂ для кращої візуалізації. Тривалість операції склала 120 хвилин. Мала операційна травма призвела до швидкого відновлення працездатності та не вплинула негативно на якість життя.

Висновки. VATS видалення лейоміоми стравоходу технічно можливе навіть при великих розмірах пухлини та має бути в арсеналі торакального хірурга.

АУТОГЕМОПЛЕВРОДЕЗ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАЦІЙ ПО ПОВОДУ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

Гафт К.Л.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков

Введение. Альтернативой существующим видеоторакоскопическим (VTC) способам плевродеза, использующимся в лечебно-диагностической тактике при буллезной эмфиземе (БЭ) легких, осложненной спонтанным пневмотораксом, может являться методика плевродеза аутокровью пациента, заключающаяся в том, что возникающий при быстром введении крови в плевральную полость свернувшийся гемоторакс трансформировался в фибринные наслоения, которые вызывали спаечный процесс и не давали развиться ригидному пневмотораксу. Однако из-за большого количества осложнений данная методика широкого распространения не приобрела. Мы разработали собственный метод плевродеза аутокровью, который использовали после VTC-резекций легкого у больных с распространенными формами БЭ.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ лечения 58 больных, оперированных с 2010 по 2018 гг. включительно в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева» НАМН Украины по поводу распространенной формы БЭ легких, осложнившейся спонтанным пневмотораксом. Всем больным после первичной ВТС и верификации распространенности буллезного процесса с целью радикальной хирургической коррекции производились атипичные ВТС-резекции. Контрольную группу составили 28 пациентов, которым после ВТС-резекций выполняли стандартный ВТС коагуляционный лестничный плевродез по задней полуокружности гемиторакса с 1-го по 8-е ребра. В основной группе у 30 больных после аналогичных резекций выполняли плевродез аутокровью по разработанной методике. Эффективность плевродеза оценивалась в послеоперационном периоде методом УЗИ, исходя из совокупной толщины висцеральной и париетальной плевры в различных участках грудной клетки. Исследование проводили трехкратно: после удаления плеврального дренажа на 4-6, на 14 сутки и через 2 месяца после операции.

Результаты и их обсуждение. Эффективность плевродеза аутокровью по разработанной методике, выполненного у 30 больных основной группы, оценивалась в послеоперационном периоде методом УЗИ, исходя из совокупной толщины висцеральной и париетальной плевры в различных участках грудной клетки. Исследование проводилось после удаления плеврального дренажа на 4-6 сутки, на 14 сутки и через 2 месяца после операции. Проведенное исследование позволяет утверждать, что неоднократное орошение плевральных оболочек большими объемами аутокрови приводит к истощению фибринолитических свойств плевры, вследствие чего образовавшиеся многочисленные сгустки не успевают дефибрироваться, что приводит к развитию обширного спаечного процесса и подтверждается данными первого УЗИ в послеоперационном периоде, когда толщина фибрино-плеврального «конгломерата» достигает 8 мм. Затем толщина «кортекса» уплотняется в среднем до 4 мм и через 2 месяца стойко фиксируется на значениях 2,5 мм. Данные ВТС при рецидивах свидетельствуют о значительно более выраженном межплевральном ангиогенезе у больных основной группы, что происходит, по-видимому, за счет сохранения неповрежденными плевральных листков, между которыми моделируются процессы, характерные для преобразования свернувшегося гемоторакса, что в конечном итоге приводит к обли-

терапии плевральной полости и достижению нужного клинического эффекта.

Выводы. Таким образом, предложенный метод позволяет более эффективно и физиологично воздействовать на плевру, а применение аутокрови исключает развитие аллергических, токсических и канцерогенных реакций организма. Метод прост в выполнении, не требует специальной подготовки персонала и материальных затрат и может рекомендоваться для повсеместного внедрения в практику общехирургических стационаров.

ТОЖДЕСТВЕННОСТЬ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ И АУТОГЕМОПЛЕВРОДЕЗЕ

Гафт К.Л.

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева
НАМН Украины», г. Харьков*

Введение. В настоящее время, несмотря на широкое внедрение в торакальную хирургию малоинвазивных резекционных методов, плевродез остается существенным, а в ряде случаев и единственным определяющим методом радикальной хирургической коррекции, особенно актуальным при операциях у больных с распространенными формами буллезной эмфиземы (БЭ) легких. Нами бы разработан метод аутогемоплевродеза, основанный на патофизиологии процессов, возникающих в плевральной полости после попадания в нее крови, в основу которого положены процессы, характерные для развития и преобразования свернувшегося гемоторакса.

Материалы и методы исследования. Все пациенты были оперированы в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева» НАМН Украины в период с 2013 по 2018 гг. Для сопоставления патофизиологии процессов, возникающих в плевральной полости после попадания в нее крови, была взята контрольная группа из 36 больных, у которых гемоторакс был вызван проникающими колото-резаными ранениями грудной клетки. Из них у 21 пациента отмечался малый или средний гемоторакс, в связи с чем им было выполнено ПХО раны и дренирование плевральной полости по Бюлау. У 15 больных после ПХО раны в связи с свернувшимся гемотораксом бы-

ла выполнена его видеоторакоскопическая (ВТС) эвакуация. Основную группу составили 40 больных, у которых гемоторакс возникал вследствие выполнения им ВТС-атипичной резекции легкого и плевродеза по поводу БЭ. Данные пациенты разделились в зависимости от вида плевродеза и характера гемоторакса: у 24 был выполнен коагуляционный лестничный плевродез, у 16 – аутогемоплевродез по разработанной методике. В качестве основного показателя, отражающего процессы формирования фибрина и фибринолиза в плевральной полости, исследовался плазминоген, процент активности которого определялся в сыворотке крови и плевральном экссудате через 1 час, 24 часа и в 5 послеоперационные сутки.

Результаты исследования и их обсуждение. В первые часы после операции происходило заметное снижение уровня плазминогена крови у всех больных, кроме тех, которым была выполнена ВТС-резекция с лестничным плевродезом, что было обусловлено развитием острофазовой реакции организма на появление крови в плевральной полости. Через сутки после операции в группе больных с малым и средним гемотораксом начиналось медленное восстановление уровня плазминогена, в связи с завершением активного фибринолиза, и через 5 суток его концентрация в крови полностью восстанавливалась. У пациентов, перенесших эвакуацию свернувшегося гемоторакса, через 1 час после операции отмечалось стандартное снижение плазминогена, которое через сутки практически не имело тенденции к восстановлению. На 5 сутки после операции уровень плазминогена в крови восстанавливался только наполовину, что может свидетельствовать об истощении фибринолитической системы в связи с избыточным количеством крови в плевральной полости. Практически такие же значения плазминогена через 1 час и 5 суток отмечены и в группе больных, которым после ВТС-резекции был выполнен аутогемоплевродез. Единственное существенное отличие этих пациентов заключалось в том, что уже через 24 часа после аутогемоплевродеза начиналось восстановление уровня плазминогена, что в свою очередь говорило о меньшей интраоперационной супрессии фибринолитической системы.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что аутогемоплевродез, судя по колебаниям уровня плазминогена в сыворотке крови и плевральном экссудате, представляет собой вмешательство, моделирующее процессы, происходящие в плевральной полости при свернувшемся гемотораксе, но в более «мягком» варианте.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ У 66 ВІЙСЬКОВОМУ МОБІЛЬНОМУ ГОСПІТАЛІ

Гербіш Ю.О.¹, Світличний В.В.², Семчишин І.М.¹, Семенюк О.О.³

¹Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, клініка ото-ларингології та офтальмології, м. Львів

²66 військовий мобільний госпіталь, м. Покровськ

*³Львівський національний медичний університет
ім. Д. Галицького, м. Львів*

Вступ. Зростання чисельності вибухових травм (ВТ) у світі триває вже декілька десятиріч. Це зумовлено наростанням терористичної активності, збройними конфліктами, до яких додалася війна на сході України. Втрата слуху і вушний шум – друга найпоширеніша проблема у ветеранів США. Слуховий аналізатор (СА) пошкоджується на різних рівнях (барабанна перетинка (БП), слухові кісточки, слуховий нерв, центри в головному мозку) вже при тиску, меншому за 0,5 атм.

Мета. Проведення аналізу вибухової травми у військовослужбовців збройних сил України (ЗСУ), що лікувалися у 66 військовому мобільному госпіталі (ВМГ) протягом 2015-2017, структури евакуйованих, надання пропозицій щодо шляхів поліпшення діагностики, лікування і реабілітації таких пацієнтів в закладах різних рівнів і підпорядкування.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних пацієнтів з ураженням СА в 66 ВМГ за 2015-2017. Ми застосовуємо термін «акубаротравма» (АБТ), тому що клінічно чітко розділити випадки акутравми та акубаротравми важко. При ураженні структур середнього вуха (розрив БП, ушкодження ланцюга слухових кісточок) або діагностованої контузії слід встановлювати діагноз АБТ у зв'язку із очевидними ознаками впливу коливання тиску.

Результати та обговорення. За отриманими даними, кількість пацієнтів з АБТ в 66 ВМГ протягом 2015-2017 становила 178, 121 та 131 (8,4%, 8,7% та 11,1% від загальної кількості поранених). Роста їх питома вага у структурі поранених та травмованих, а також спостерігається здовження середнього ліжкодня. Структура уражень СА: гостра АБТ з явищами сенсоневральної приглухуватості (СНП) – 48,4%, евакуйовано 23,5%; гостра АБТ з явищами змішаної приглухуватості(ЗП),

розривом БП – 4,9%, евакуйовано – 4,7%; АБТ + ЗЧМТ – 20,2%, евакуйовано 14,9%; АБТ + ВЧМТ – 0,9%, всіх евакуйовано; АБТ + опіки – 2,6%; АБТ + вогнепальні осколкові поранення – 18,1%, евакуйовано – 13,4%; АБТ + інші травми – 4,9%, евакуйовано – 3,7%. Більшість пацієнтів були з гострою АБТ і явищами СНП у 2015 році. Зменшується питома вага евакуйованих пацієнтів з цією патологією. На другому місці – пацієнти з АБТ + ЗЧМТ, більшість з них евакуйовано. Зростає кількість пацієнтів з АБТ і вогнепальними осколковими пораненнями. Незначною була кількість пацієнтів із гострою АБТ, явищами ЗП і розривом БП, всі вони евакуйовані, як і пацієнти з АБТ і ВЧМТ. Кількість пацієнтів з АБТ і опіками різних локалізацій у 2015-16 р.р. становила 2,8% (всіх евакуйовано) та 4,1% (евакуйовано 3,3%) відповідно, у 2017 таких пацієнтів не поступало. Поєднання АБТ з іншими травмами у 2015-17 р.р. становило 5,6% (евакуйовано 5,1%), 7,4% (евакуйовано 4,1%) і 1,5% (всіх евакуйовано) відповідно. Закордонні автори рекомендують проведення обов'язкової аудіометрії (А) всім пацієнтам з ВТ після евакуації. На жаль, у нас бракує даних результатів А у пацієнтів з АБТ для діагностики порушень слуху. Причинами цьому є важкі поєднані чи комбіновані травми; раннє повернення в частину, а потім – демобілізація і перехід під юрисдикцію цивільних закладів охорони здоров'я (ОЗ); брак розвиненої сурдологічної служби в спеціалізованих військових закладах тилової дислокації.

Висновки. 1. Для ураження СА, на відміну від інших органів, достатньо у 8 разів меншого рівня тиску, тому питома вага АБТ зростає при ВТ. 2. ВТ часто супроводжується поєднаними та комбінованими ураженнями органів та систем, що утруднює діагностику АБТ. 3. АБТ передбачає сурдологічну оцінку в різні терміни хвороби, яку не завжди можна забезпечити. 4. Ріст АБТ разом із несвоєчасною діагностикою, лікуванням і реабілітацією посилює соціальний і матеріальний тягар на цивільну, військову ОЗ і державу.

МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ (МОС) ГРУДНОЇ КЛІТКИ ЛСР ПЛАСТИНАМИ. НАШ ДОСВІД.

Гетьман В.Г., Мясніков Д.В., Неділя Ю.В., Ткаліч В.В.

*Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шутика
Київська міська клінічна лікарня №17*

Питання лікування пацієнтів з переломами кісток грудної клітки залишається актуальним. За матеріалами Milanez de Campos (2018) (1)

приблизно 500000 пацієнтів звертаються щорічно до госпіталів США з травмам кісток грудної клітки і понад третина з них госпіталізується. За даними National Trauma Data Bank (США) (2) менше 1% потребують хірургічної стабілізації.

У переважній більшості випадків оперативного лікування при переломах скелета грудної клітки в світі використовується метало остеосинтез (МОС) з допомогою LCP пластин.

Протягом 2016-2019 років у київській клінічній лікарні №17 було прооперовано 26 пацієнтів з переломами ребер та/або грудини. У 8 пацієнтів виконано металоостеосинтез (МОС) спицями бо стержнями Богданова, у 16 МОС ребер пластинами, у 2 МОС комбінацію пластин та спиць. Серед оперованих пластинам 24 чоловіки, 2 жінки. Вік потерпілих від 24 до 79 років, середній вік 48,5 років. У 9 потерпілих діагностовано двобічний перелом ребер, з них у 5 виконано МОС ребер з обох боків. У 5 пацієнтів переломи ребер поєднувались з переломом грудини, у 4 з них разом з МОС ребер виконувався МОС грудини. Ще у 4 пацієнтов мав місце перелом грудини, який не поєднувався с переломом ребер і який був відповідно синтезований. У 8 пацієнтів діагностовано поєднання з травмою кінцівок, у 7 пацієнтів з травмою хребта, у 3 травмою органів черевної порожнини, у 3 з черепно-мозковою травмою. Середній у пацієнтів з поєднаною травмою ISS становив 30,4. Середня тривалість знаходження 22 доби. Ускладнення у вигляді нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 2 (7,7%) пацієнтів. Жоден пацієнт якому було виконано МОС грудної клітки не помер.

Застосування LCP пластин для МОС ребер є перспективним методом лікування в умовах поєднаної та ізольованої травми грудей.

ВПЛИВ ПНЕВМАТИЧНОЇ БАЛОННОЇ ДИЛЯТАЦІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ КАРДІОТОМІЙ У ХВОРИХ З АХАЛАЗІЄЮ СТРАВОХОДУ

*Грубнік В.В., Надим Канжо, Грубнік В.В.
Одеський національний медичний університет*

Ахалазія стравоходу – це патологія при якій спостерігається неповне розслаблення і підвищення тонуусу нижнього стравохідного сфінктера (НСС) та відсутність перистальтики стравоходу. Лікування ахалазії стравоходу спрямоване на довготривале зниження тонуусу НСС, та як наслідок – зменшення симптомів дисфагії. Найбільш частими

методами лікування ахалазії стравоходу є: фармакологічна терапія, ендоскопічна пневматична балонна дилатація (ПБД), лапароскопічна чи відкрита езофагокардіотомія. Лікарі часто віддають перевагу ПБД в якості основного методу лікування, оскільки він відносно простий, зазвичай вимагає госпіталізації лише на одну добу, є економічно вигідним в короткостроковій перспективі. Суттєвим недоліком ПБД являється висока частота рецидиву, що становить понад 50% в довгостроковій перспективі. В зв'язку з цим, в якості остаточного лікування після невдалої ПБД виконують лапароскопічну езофагокардіотомію. На думку низки науковців, наявність ПБД в анамнезі хворих, являється фактором ризику виникнення інтраопераційних ускладнень під час езофагокардіотомії.

Метою дослідження було оцінити, чи наявність ПБД в анамнезі хворих з ахалазією стравоходу збільшує ризик виникнення інтраопераційних ускладнень під час езофагокардіотомії

Матеріали і методи. Нами виконано проспективне дослідження за період з 1999 по 2019 роки, на базі відділень загальної хірургії та малоінвазивної хірургії Одеської обласної клінічної лікарні. У дослідження було включено 112 пацієнтів з ахалазією стравоходу, віком від 18 до 62 років, в тому числі 68 жіночої статі та 44 – чоловічої статі. Середня тривалість захворювання хворих становила 8,5 років. Усім хворим були виконані операційні втручання по методиці Геллера, а саме здійснювали розсічення серозно – м'язового шару звуженої ділянки стравоходу протяжністю 6-8см, та 3-4 см кардії. Пацієнти були розділені на дві групи. До I групи (n=28) були включені хворі, яким до операції виконували ПДБ, до II групи (n=84) – пацієнти котрі до операції отримували лише консервативну терапію. Усім хворим було виконано рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка, ФЕГДС, цілодобовий рН-моніторинг та рекомендовано проходити повторні огляди у стаціонарі через 6, 12 місяців та в подальшому 1 раз на рік. Період спостереження за хворими становив від 2 до 10 років.

Результати. Середній вік хворих у I групі становив $32,4 \pm 4,8$ років, у II групі $43,8 \pm 5,2$ років ($p > 0.05$) Середня тривалість симптомів (до операції) у хворих I групи становила 4,6 років, в II групі- 8,8 років ($p > 0.05$). Згідно даних рН-метрії, наявність виражених патологічних гастроєзофагеальних рефлюксів виявлено у 20 (45%) хворих I групи, 18 (26%) пацієнтів II групи. Середня тривалість операційних втручань в I групі складала 132 ± 18 хв., в II групі 86 ± 18 хв ($p > 0.05$). Інтраопе-

раційна перфорація слизової оболонки стравоходу виникла у 10 (22,7%) хворих I групи, 4 (5,9%) хворих II групи, що стало причиною ушивання слизової та виконання фундоплікації по Дору.

Висновки. Наявність перенесених ПБД в анамнезі пацієнтів з ахалазією стравоходу підвищує ризик виникнення перфорації стравоходу під час кардіоміотомії по Геллеру.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СОЧЕТАНИИ С ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

*Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Юзвак А.Н., Головченко М.Ю.
Одесский национальный медицинский университет*

В последнее десятилетие отмечается значительный рост числа пострадавших с закрытыми травмами живота. Это связано с общим ростом травматизма и дорожно-транспортных происшествий. Главенствующее место среди повреждений органов брюшной полости занимают повреждения печени и селезенки, обусловленные большим объемом органов, низкой упругостью их паренхимы и относительно большим весом. Повреждения печени сопровождаются большой кровопотерей, геморрагическим и желчным перитонитом, что значительно отягощает состояние больного и увеличивает послеоперационную летальность.

Отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма в лечении этой категории больных приводит к необоснованному расширению показаний к лапаротомии, что значительно увеличивает летальность.

Целью работы явилось снижение летальности на основе внедрения диагностико-лечебного алгоритма с использованием ультрозвуковой, компьютерной и видеолапароскопической диагностики в сочетании с малоинвазивными операциями.

За последние 3 года в Городской центр сочетанной травмы было доставлено 1456 больных с тяжелой политравмой. Всем больным выполнялись общепринятые методы обследования, лабораторные обследования, рентгенография ультразвуковое обследование органов брюшной и грудной полостей, компьютерная томография, а также лапароскопия, постановка шарящего катетера по показаниям. Из общего количества 1456 больных с закрытой травмой живота у 218 больных была диагностирована травма печени. Мы пользовались ме-

ждународной классификацией травмы печени по LIS (Liver Injury Scale), где имеются 6 степеней травмы печени. У 51 больного ввиду крайне тяжести состояния и наличия повреждения печени, а также почек, селезенки, мочевого пузыря, сосудов брыжейки, тонкого и толстого кишечника была произведена лапаротомия с ушиванием разрывов печени, спленэктомией, ушиванием разрывов почек, мочевого пузыря, тонкого и толстого кишечника.

У 167 больных нами произведена диагностическая лапароскопия. При выявлении разрывов печени I, II, III степени по LIS нами у 128 больных удалось произвести лапароскопическую операцию по остановке кровотечения из раны печени. Из них ушивание раны печени произведено в 57 случаях, в 45 – электрокоагуляция и аргоноплазменная коагуляция, ушивание раны с фиксацией сеткой – в 41 случае, холецистэктомия – 2 случая. При травме печени I ст, которое наблюдалось у 54 больных и было выявлено при УЗИ – мы проводили диагностический мониторинг состояния разрыва каждые 6-8 часов. В результате динамического УЗИ, компьютерного исследования, а также мониторингованию динамики лабораторных показателей крови, если не было ухудшения динамики больных при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и увеличения количества свободной жидкости в брюшной полости – мы ограничились консервативным ведением 35 больных. У 19 больных, у которых наблюдались на УЗИ обследовании увеличение количества крови в брюшной полости – были произведены лапароскопические операции. Из общего количества больных с закрытой травмой печени в 39 случаях ввиду повреждений печени 4-5 ст, а также повреждений селезенки и кишечника после лапароскопии мы перешли на лапаротомию с последующим ушиванием ран печени и спленэктомией.

В 110 случаях, при значительных кровотечениях мы использовали аппарат Cell Saver 5 для реинфузии излившейся в брюшную полость крови.

Умерло 5 больных. У трех больных травма печени сопровождалась также тяжелой черепно-мозговой травмой и повреждениями мозга не совместимыми с жизнью. 2 больных умерли в результате пневмонии.

Выводы. Применение лечебно-диагностического алгоритма с применением современных методик УЗИ, компьютерного обследования, позволяет определить степень повреждения печени и избежать ненужного оперативного лечения в 20 % случаев.

ДІАГНОСТИКА, ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ І РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Замятін П.М.^{1,2}, Бойко О.В.², Ткачук О.Ю.^{1,2}

*1 ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії
ім. В.Т. Зайцева НАМН України»*

2 Харківський національний медичний університет

Вступ. В даний час метод комп'ютерної спірографії набув особливого значення в діагностиці плевральних та медіастинальних ускладнень у постраждалих з торакальними ушкодженнями при політравмі, яким проведення рентгенографії обмежене або протипоказано, а також при динамічному спостереженні за такими постраждалими. Його застосування дозволяє скоротити число рентгенологічних обстежень, знизити променеве навантаження, визначити тактику подальшого лікування й профілактики ускладнень у постраждалих з торакальними ушкодженнями при політравмі в ході проведення інтенсивної терапії.

Матеріали і методи. З метою оцінки впливу ранніх ускладнень торакального компонента політравми на функцію зовнішнього дихання (ФЗД) і її змін під впливом проведення інтенсивної терапії проводили динамічний моніторинг функціональних показників в 48 осіб: у 36 постраждалих з поєднаною торакальною травмою, що ускладнилася внутрішньоплевральною післятравматичною кровотечею, і у 12 постраждалих – з поєднаною торакальною травмою, що ускладнилася великою поширеною підшкірною емфіземою і емфіземою середостіння. Для діагностики внутрішньоплевральної післятравматичної кровотечі, оцінки ефективності виконання хірургічних маніпуляцій і результативності проведення інтенсивної терапії в клініці застосовували сучасний метод комп'ютерної спірографії з використанням вітчизняного автоматизованого комплексу «Спіроком» нового покоління, призначеного для дослідження функції зовнішнього дихання, респірації, поглибленого аналізу та інтерпретації спірограм.

Результати та обговорення. Після проведення інтенсивної терапії при повторному обстеженні сумарна потужність спектра ФЗД в 13 (21%) із всіх спостережень нормалізувалася, в 2 (3%) випадках – знижувалася, в 4 (6%) – підвищувалася, а у 44 (70%) постраждалих – лишалася без змін.

Аналіз показників ФЗД виявив, що в 32 (51%) спостереженнях значення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) і індексу Тиффно у постраждалих з поєднаною торакальною травмою були зниженими, з них у 27 (43%) постраждалих після проведеної інтенсивної терапії виявлено позитивну динаміку показників, а в 3 (5%) випадках – негативну, що було обумовлено обсягом торакальних пошкоджень і респіраторною дисфункцією при політравмі.

Висновки. На підставі проведеного динамічного моніторингу показників ФЗД нами було відзначено відновлення дихальних параметрів, причому у 81,7% постраждалих – достовірне збільшення хвилинного обсягу дихання, яке в середньому дорівнювало $147 \pm 21\%$ від належної величини і зростало за рахунок збільшення дихального обсягу (11, 0%), а частіше – частоти дихання (68,7%). При аналізі отриманих даних ЖЄЛ в межах нормальних показників виявлено тільки у 46 пацієнтів (у 35 – з малим гемотораксом і у 11 – із середнім гемотораксом). У більшості обстежених відзначено зменшення ЖЄЛ до 36-80% від належної, яка в середньому склала $75,5 \pm 16,2\%$ ($p < 0,05$). У зв'язку з абсолютною нешкідливістю методу комп'ютерної спірографії і відсутністю протипоказань він може застосовуватися у постраждалих з метою топічної та диференціальної діагностики торакальних ушкоджень при політравмі з наявністю гемотораксу, пневмотораксу або їх поєднань, при яких як правило має місце порушення ФЗД.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КОНТРОЛИРУЕМАЯ РЕПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИШЕМИИ/РЕПЕРФУЗИИ У ПОСТРАДАВШИХ С РАНЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Иванова Ю.В., Прасол В. А., Зарудный О. А.

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева
НАМНУ», г. Харьков*

Введение. Острая ишемия конечностей является распространенным состоянием, возникающим в результате реваскуляризации поврежденной конечности при травме магистральных сосудов. Реперфузия конечности после длительной ишемии вызывает высвобождение цитокинов, активацию лейкоцитов, увеличение молекул адгезии, активацию каскада комплемента, образование токсичных метаболитов

кислорода и продуктов перекисного окисления липидов. Впервые концепция «контролируемой реперфузии» при острой ишемии была предложена F. Beyersdorf с соавторами в 1989 году.

Предложенная нами экстракорпоральная схема для реперфузионной терапии использована при тяжелой острой ишемии нижних конечностей, которая развилась вследствие эмболии или тромбоза бедренных и/или подвздошных артериях.

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших с минно-взрывными ранениями и повреждением магистральных сосудов путем внедрения методики контролируемой реперфузии.

Материалы и методы. Управляемой реперфузии нижних конечностей по нашей методике были подвергнуты 8 пациентов, у которых нами использована система контролируемой реперфузии с гемодиалфильтрацией крови оттекающей из общей бедренной вены ишемизированной конечности. Оценивалась общая внутригоспитальная летальность, степень восстановления сенсорной и моторной функции нижней конечности, необходимость фастциотомий, а также лабораторные параметры, связанные с острой ишемией и реперфузионными повреждениями.

Результаты. В динамике отмечено повышение уровня креатинкиназы с 1447 у.ед./л соответственно до 1632 и 2206 у.ед./л; уровень глюкозы в начале исследования составлял 6,4 ммоль/л, через 15 мин. снижался до 4,0 ммоль/л, через 30 мин. повышался до 8,2 ммоль/л, уровень лактата снижался с 21,6 до 10,2 мг/мл, артериовенозная оксигенация – с 52 до 29%. Летальных случаев и ампутаций не было, неврологический и функциональный дефицит был отмечен в одном наблюдении.

Выводы. Примененная экстракорпоральная технология позволяет уменьшает неблагоприятное воздействие ишемии-реперфузии после реваскуляризации конечности при острой ишемии. Коррекция реперфузионного синдрома с использованием контролируемой реперфузии позволяет значительно улучшить течение послеоперационного периода и расширить показания для выполнения реконструктивных операций

СУЧАСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ

*Колеснік О.П., Шевченко А.І., Каджоян А.В., Левик О.М.,
Кузьменко В.О., Кабаков А.О., Чернявський Д.Є., Кечеджиєв В.В.
Запорізький державний медичний університет,
Кафедра онкології та онкохірургії*

Вступ. На сьогодні недрібноклітинний рак легені (НДКРЛ) є лідером у структурі захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень в усьому світі. Так, щороку діагностують більш ніж 1,6 млн. нових випадків захворювання, та 1,2 млн смертей від НДКРЛ. Прогнозується, що до 2035 р. смертність від РЛ сягне 3 млн. осіб на рік. В Україні рак легені посідає перше місце в структурі онкопатології у чоловіків. У Запорізькій області за 2016 рік занедбані (ШБ–IV) стадії раку легенів було діагностовано у 75 % відсотків пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведений аналіз міжнародних рекомендацій з лікування НДКРЛ для виявлення найбільш ефективних комбінацій першої лінії лікування у пацієнтів із занедбаним НДКРЛ.

Результати. На даний момент, у світі, загальноприйнятим є підхід персоналізованого лікування, що дозволяє визначити найбільш ефективну схему терапії. Згідно останніх рекомендацій ESMO 2018 та NCCN 2019 всім пацієнтам з вперше виявленим НДКРЛ обов'язковим є проведення молекулярного тестування для визначення “драйверних мутацій” та експресії PD-L1 для вибору схеми лікування. Найрозповсюдженішою та найбільш дослідженою є мутація EGFR-рецептора. На даний момент препаратом вибору для пацієнтів із позитивним EGFR статусом є Осимертиніб. У дослідженні FLAURA 2017 р. були рандомізовані 556 пацієнтів з наявністю EGFR-мутацій. Пацієнти однієї групи отримували осимертиніб інша група – гефітиніб та ерлотиніб. Медіана безрецидивної виживаності (БРВ) була значно вищою у пацієнтів групи осимертинібу — 18,9 міс проти 10,2 міс у групі гефітинібу та ерлотинібу, відповідно. Медіана загальної виживаності становила 17,2 міс проти 8,5 міс. Згідно рекомендацій NCCN 2019, у ALK позитивних пацієнтів препаратом вибору першої лінії лікування є Алектиніб. Так, у рандомізованому дослідженні III фази (ALEX) проводилася оцінка терапії першої лінії Алектинібом у порівнянні з Кризотинібом. Показник однорічної БРВ був значно кращим у групі Алектиніба (68,4 % проти 48,7 %) у групі Кризотиніба. Медіана БРВ не була досягнута у групі Алектиніба, в той час як в групі Кризотині-

ба даний показник склав 11,1 міс. У пацієнтів з ROS-1 перегрупуванням, стандартом першої лінії лікування залишається Кризотиніб. Shaw та співав. у своєму дослідженні показали, що у хворих з ROS-1 перегрупуванням при прийомі Кризотинібу медіана БРВ склала 19,2 міс., а тривалість відповіді 17,6 міс. Однією з найменш численних когорт пацієнтів із НДКРЛ є хворі із BRAF-600 мутацією. Згідно рекомендацій NCCN 2019 комбінація Дабрафеніб/Траметиніб рекомендована для використання у BRAF-600 позитивних пацієнтів. У дослідженні Planchard та співав. при використанні комбінації Дабрафеніб/Траметиніб частота об'єктивної відповіді (повний та частковий регрес пухлини) склала 63 %. У пацієнтів із відсутністю «драйверних мутацій» необхідним є оцінка PD-L1 статусу пухлини. У пацієнтів із PD-L1 експресією > 50%, препаратом вибору є Пембролізумаб. У дослідженні KEYNOTE-024, досліджувалася ефективність Пембролізумабу у порівнянні з хіміотерапією. У пацієнтів з групи Пембролізумабу спостерігалися значно кращі показники БРВ ніж у хворих, що отримували хіміотерапію (10,3 міс. проти 6,0 міс.), та частота об'єктивної відповіді (44.8% проти 27.8%).

Висновки. Персоніфікація лікування дозволяє досягти значно кращих результатів у порівнянні з емпіричним призначенням хіміотерапії. Проведення молекулярного дослідження пухлини повинно бути обов'язковим етапом у визначенні оптимальної тактики лікування хворих із занедбаним НДКРЛ.

ДОСВІД ВИКОНАННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ТА ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кугенко В.М., Макаричак П.І., Губач В.С., Яцина А.П.

Військова частина А3122, м. Біла Церква

Сучасні тенденції оперативного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок мають за мету насамперед малоінвазивність і скорочення працевтрат. Це стало можливим завдяки застосуванню таких методик як ендовенозна лазерна коагуляція та радіочастотна абляція вен.

На базі військової частини А3122 за 2018 рік було прооперовано 205 хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок. З них класична флебектомія була виконана 56 хворим, ЕВЛК- 122 хворим, РЧА- 27 хворим. 41 пацієнту було виконано оперативне втручання одночасно

на обох нижніх кінцівках. Всього виконано 242 операції. З них класичних флебектомій- 56, ЕВЛК- 152, РЧА- 34.

Серед пацієнтів жінки склали 158 (77,1 %), чоловіки – 47 (22,9 %). Вік хворих варіював від 19 до 87 років. Середній вік склав 43,5 років. Середній термін перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні складав 1 добу.

ЕВЛК і РЧА проводились під УЗ-контролем, без кросектомії, під тумесцентною анестезією із застосуванням диспенсера. Варикси видалялись за допомогою крючкової мініфлебектомії за технікою Мюллера, шви на шкіру не накладались.

Застосування мініінвазивних методик дозволило скоротити час перебування хворого в стаціонарі до декількох годин. Раннє вставання і хода (відразу після закінчення операції) являється ефективною профілактикою тромботичних ускладнень в післяопераційному періоді. Малотравматичність втручань дозволила до мінімуму звести працевтрати. Важливим моментом являється також високий косметичний ефект.

ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН

Ловга В.І., Лось Д.В., Медзин В.І., Франчук О.К.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів.

Вступ. Незважаючи на проводиму ефективну первинну хірургічну обробку вогнепальних ран, частота їх нагноєнь залишається досить високою. Це пов'язане з перебігом процесу та поширенням антибіотикорезистентних штамів бактерій, що призвело до необхідності пошуків нових методів активної санації ран. До таких методик належить обробка ран низькочастотним ультразвуком. Ультразвук має виражену бактерицидну і бактеріостатичну дію на збудників ранової інфекції, знижує їх антибіотикорезистентність, стимулює внутрішньоклітинний біосинтез і регенераторні процеси в рані, сприяє розширенню капілярів у грануляційній тканині, поліпшує мікроциркуляцію, менш травматичний порівняно з некректомією, виключає крововтрату, дозволяє видалити з рани нашарування фібрину та некротичних тканин.

Матеріал і методи дослідження. Масив дослідження склали 64 пацієнта з вогнепальними пораненнями, які перебували на лікуванні у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень ВМКЦ Західного регіону в 2014-2018 роках. У комплексному лікуванні пацієнтів основної

групи (n=31) застосовувалась низькочастотна ультразвукова терапія. Групу порівняння склали 33 пацієнти з аналогічними ураженнями, лікування яких проводилося за загальноприйнятими методиками. Всім хворим проводили хірургічну обробку гнійного вогнища та медикаментозну терапію (антибактерійну, дезінтоксикаційну, симптоматичне лікування). Ультразвукову кавітацію вогнепальних ран проводили щоденно впродовж 8-10 днів за допомогою апарата «SONOCA-300» (SORING) частотою 4 кГц, експозицією 2-3 хвилини на 1 см² ранової поверхні в акустичних середовищах фізіологічного розчину та розчину «Декасан». Лікування рани у контрольній групі виконували за стандартною методикою.

Оцінку результатів проводили на 3-ю, 6-у, 10-у доби лікування за клінічними ознаками (розміри рани, наявність некротичних змін, поява та вираженість грануляцій) та даними мікробіологічного дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. При поступленні у всіх хворих відмічалися виражена гіперемія країв рани, інфільтрація навколишніх тканин, ділянки некрозів та виділення серозного або серозно-гнійного характеру; у 40% пацієнтів обох груп була гіпертермія.

В основній групі з 4-5 доби відмічались відсутність вираженої гіперемії та набряку, гнійне просякання стінок рани лише у 7 пацієнтів (23%), яке на 8-10 добу набувало серозного характеру у 30%, а у 70% було відсутнє. Суттєве зменшення розмірів рани в цій групі (більше 20%) відмічено у 84% постраждалих на 10 добу.

В групі порівняння на 4-5 добу зменшення гіперемії та набряку відмічалось лише у 21 пацієнта (62%), зберігалось гнійне просякання стінок рани у 18 (55%) хворих, з поступовою зміною на серозний характер на 8-10 добу у всіх пацієнтів групи. Ефективне (більше 20%) зменшення розмірів рани на 10 добу відмічено у 54% (18 пацієнтів) групи порівняння.

Позитивна клінічна та бактеріологічна динаміка у основній групі дозволила скоротити терміни антибактерійної терапії до 5 днів у 52% пацієнтів та загальний термін лікування до 12 (медіана), тоді, як у групі порівняння тривалість антибактерійної терапії в середньому перевищувала 7 днів, загальні терміни лікування склали 18 днів.

Висновки.

1. Застосування низькочастотної ультразвукової обробки в комплексному лікуванні вогнепальних ран призводить до зниження мік-

робного забруднення, прискорення процесів очищення, заповнення грануляційною тканиною та загоєння, що дає можливість скоротити терміни антибактерійної терапії та загального стаціонарного лікування постраждалих

2. Суттєве зниження мікробного обсіменіння вогнепальних ран відмічається при ультразвуковій кавітації з розчином антисептика («Декасан»).

МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ РЕБЕР ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Мальований В.В., Війтович Л.Є., Сас П.А., Довга І.І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Кафедра хірургії № 1 з урологією, малоінвазивною хірургією
та нейрохірургією імені професора Л.Я. Ковальчука.*

Вступ. Переломи ребер спостерігаються у 80% пацієнтів із закритою травмою грудної клітки. Причиною цього є переважання в структурі травматизму пошкоджень під час ДТП, падіння з висоти, виробничих травм. Рання хірургічна стабілізація грудної клітки є найбільш ефективним фактором зниження кількості ускладнень і летальних випадків та дозволяє поліпшити результати лікування пацієнтів при травмі грудей з порушенням її каркасної функції. Проте, показання до операційного лікування є до цього часу дискусійним питанням.

Метою роботи є визначити показання та ефективність застосування блокованих компресуючих пластин (ЛСР) у лікуванні множинних переломів ребер.

Матеріали і методи. В останні роки покращення результатів лікування переломів кісток пов'язують з розробкою та впровадженням у практику остеосинтезу блокованих компресуючих пластин. Зокрема, фіксація блокованою компресуючою пластиною, яка може бути вигнутою відповідно до кривизни ребра та забезпечити стабільну анатомічну фіксацію уламків, є найпріоритетнішою при торакальній травмі.

На базі відділення торакальної хірургії Тернопільської університетської лікарні за період 2018-2019 рр. проведено 68 операцій металоостеосинтезу (МОС) за допомогою ЛСР. Вік пацієнтів від 38 до 63 років. Щодо структури ушкоджень, множинні переломи ребер діагностовано у 15 пацієнтів, флотуючі переломи ребер у 11, переломи ре-

бер зі зміщенням уламків з внутрішньоплевральними ускладненнями у 42. У всіх пацієнтів спостерігався виражений больовий синдром та дихальні розлади. В середньому проводили МОС від трьох до шести ребер.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведення МОС ребер LCP, у всіх хворих наступило одужання. Дана методика дозволяє проводити ранню мобілізацію пацієнтів, забезпечуючи стійку фіксацію уламків в умовах постійної рухомості грудної клітки. Відновлення каркасності суттєво зменшує больовий синдром, який вдавалось ліквідувати застосуванням ненаркотичних анальгетиків. Суттєво знизилась кількість післяопераційних ускладнень. Досягнуто покращення косметичного ефекту, за рахунок невеликого розміру післяопераційних ран та їх ушивання внутрішньошкірним косметичним швом. Середній ліжко-день у хворих становив $10,5 \pm 0,5$.

Враховуючи наш досвід, показаннями до МОС ребер LCP вважаємо множинні та флотуючі переломи ребер з порушенням каркасності грудної стінки, переломи ребер зі зміщенням уламків з вираженою деформацією грудної стінки у пацієнтів працездатного віку, з внутрішньоплевральними ускладненнями, вираженим больовим синдромом та дихальними розладами.

Висновок. Металоостеосинтез LCP при множинних, флотуючих переломах ребер з порушенням каркасності грудної стінки, переломах ребер зі зміщенням уламків у пацієнтів працездатного віку, з внутрішньоплевральними ускладненнями, вираженим больовим синдромом та дихальними розладами є сучасним високотехнологічним, функціональним і малотравматичним методом лікування.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВАТС ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

*Притуляк С.М., Ткач А.А., Стрижалковський О.В., Тацюк Я.В.,
Луцкер О.О., Лисенко С.А., Луценко О.А., Матяш В.Р., Хмеляр А.В.*

Подільський регіональний центр онкології

Вступ: Відеоасистована торакоскопічна хірургія (ВАТС) – це малоінвазивний метод, що забезпечує адекватну візуалізацію органів грудної порожнини (ОГП), дозволяє зменшити операційну травму, скоротити час операції, мінімізувати післяопераційні ускладнення, а також сприяє швидкому відновленню пацієнта.

Матеріали та методи: Ретроспективне дослідження протоколів оперативних втручань в торакальному відділенні Подільського регіонального онкологічного центру за період з 2009 по 2018 рік. VATS операції виконано у 510 хворих із патологією ОГП в період з 2009 по 2018 рік. 211 (%) чоловіків та 299 (%) жінок віком від 18 до 83 років.

Результати та обговорення: Розподіл за VATS операціями склав: біопсія плеври, легені, внутрішньогрудних лімфовузлів – 334 (65.5%); економні резекції легень 123(24%); видалення пухлин середостіння і плеври – 27(5.3%); лобектомія – 24(4.7%); фенестрація перикарду – 8(1.6%) випадків. Метастази в легеню та плевру діагностовано у 60 (51%) хворих, первинний рак легені у 61(12%); туберкульоз – 50(9.8%); саркоїдоз – 32(6.3%); мезотеліома – 38(7.5%); доброякісні пухлини та кісти – 46(9%); тимома – 8(1.6%); карциноїд – 7(1.4%); лімфома – 7(1.4%) та один випадок ангіосаркоми. Летальних випадків не зареєстровано. У 11 хворих (2.2%) була здійснена конверсія на торакотомію через значний спайковий процес та інтраопераційну кровотечу (1 пацієнт). Післяопераційні ускладнення відзначено у 25 хворих (4.9%), а саме синдром негерметичної легені, нагноєння постопераційної рани, кровотеча та біль.

Найбільший клінічний інтерес викликають VATS лобектомії. Нижня лобектомія зліва виконана 7 пацієнтам; нижня лобектомія справа – 3; середня лобектомія справа – 2; верхня лобектомія зліва – 6 випадків; верхня лобектомія справа у 6 хворих. Серед них рак легені діагностовано у 18 хворих (75%); злоякісний карциноїд легені 2 (10%); солітарний метастаз раку нирки – 3 (10%) доброякісна пухлина легені – 1 хворий (5%). ІА стадія встановлена 23 хворим, ІІІА стадія у 1 пацієнта. Безпосередні результати проведення VATS-лобектомій: крововтрата – 150-250 мл; ексудація – 60-100 мл на добу; тривалість втручань – 26-240 хвилин; больовий синдром незначний; повна активізація пацієнта на наступний день після операції. Основним ускладненням VATS лобектомія – 5випадків (25%) була негерметичність легеневої тканини. VATS операції забезпечують задовільний фізичний статус пацієнтів за шкалами ECOG і Карновського.

Висновки: VATS операції дозволяють успішно поєднувати можливості закритих і відкритих операційних втручань у хірургії ОГП. Основну масу VATS операцій займають діагностичні процедури, проте кількість лікувальних маніпуляцій на легенях та плеврі з приводу пухлин зростає з кожним роком. VATS лобектомія має стати операцією вибору для лікування І стадії НМРЛ, оскільки результати

5-річної виживаності не гірші, ніж при класичних лобектоміях. Ускладнення при ВАТС мінімальні, зменшується термін перебування в лікарні, пацієнт швидше відновлюється.

ОЦЕНКА ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Ратчик В.М., Бабий А.М., Пролом Н.В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр

Вступление. Тактика лечения ахалазии кардии (АК) в настоящее время широко обсуждается, так как даже оперативное лечение не всегда приводит к обнадеживающим результатам. На начальных стадиях АК достаточно эффективным является применение консервативных методов, дополненных баллонной пневмокардиодилатацией (БПКД). Формирование рубцовых изменений в области пищеводно-желудочного перехода и стойкая дилатация пищевода являются показаниями к оперативному лечению с использованием современных эндолапароскопических технологий.

Цель: оценить эффективность применения миниинвазивного лечения у больных с ахалазией кардии.

Материал и методы. В отделении хирургии органов пищеварения с 2016 по 2018г.г. обследовано и проведено лечение у 21 пациента с диагнозом АК, в том числе мужчин 8 (38,1%), женщин 13 (61,9 %) среднего возраста ($51,47 \pm 3,63$) года. Больные разделены на 4 группы по диаметру пищевода при рентгенологическом исследовании: 1-я группа до 4-х см – 5 (23,8%) пациентов, 2-я – 4-6 см – 6 (28,6%) пациентов, 3-я – 6-8 см – 5 (23,8%), 4-я – более 8 см – 5 (23,8%) пациентов. Длительность заболевания от одного месяца до 8 лет, ($3,05 \pm 0,49$) года. БПКД проводили под эндоскопическим и/или рентген-контролем баллонами «RigiflexII» фирмы «Boston Scientific» (США) диаметром 35 и 40 мм, курсом 3-6 сеансов с интервалом 1-3 дня и экспозицией дилатации 3-6 мин; при создании давления до полного расправления баллона в области сужения. Манометрия нижнего пищеводного сфинктера (НПС) выполнялась оригинальным устройством для изучения моторики желудочно-кишечного тракта «МНХ-01» (Украина).

Результаты и их обсуждение. До и после лечения при манометрии НПС отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение давления во всех группах: с ($62,9 \pm 17,8$) до ($10,5 \pm 3,0$) мм рт.ст. в 1 группе, с ($63,2 \pm 7,7$) до ($14,8 \pm 2,2$) мм рт.ст. во 2 группе, с ($66,3 \pm 11,7$) до ($15,3 \pm 3,5$) мм

рт.ст., в 3 групі і с ($86,10 \pm 15,5$) до ($16,4 \pm 3,7$) мм рт.ст. в 4 групі
больних. Після виконання курсу БПКД в 12 (57,1%) випадках
визначалася клініка изжоги, як наслідок постдилататорної
недостаточності НПС. Рецидиви АК після БПКД формувалися в
строки від 2 до 10 міс у 7 (33,3%) больних, в зв'язі з чим
проводилися повторні курси БПКД, з ефективністю у 9,5%
пацієнтів. В 23,8% випадків повторне виконання курсу
БПКД було неефективно, при цьому вираженість
симптомів по шкалі Eckardt становила 9-10 балів, а
за даними манометрії тиск спокою НПС перевищував
нормальні значення в 1,7-4,0 рази ($p < 0,05$).

В зв'язі з рецидивом дисфагії, неефективністю
наступних курсів БПКД, 8 (38,1%) пацієнтам виконано
лапароскопічну міотомію Геллера (ЛМГ) з фундоплекцією
по Дору. Розріз м'язових волокон дистального кінця
пищовода довжиною до 5 см з переходом на кардіальний
відділ шлунка довжиною до 3 см виконували з
допомогою УЗ-скальпеля «SonoSurg» (Японія). Після
мобілізації дна шлунка виконували передню фундоплекцію
по Дору. Позитивні результати відзначені у 7 (87,5%)
больних. Рецидив захворювання діагностований в 1
(12,5%) випадку в 4 групі больних. Інтра- і
ранніх післяопераційних ускладнень не було.

Висновки. При хороших безпосередніх
результатах застосування БПКД в 1/3 випадків
характеризується короткотривалою ефективністю.
ЛМГ з фундоплекцією по Дору на фоні
восстановлення прохідності
пищовода покращує антирефлюксну функцію
НПС і супроводжується в 2,6 рази ($p < 0,05$)
меншою частотою рецидивів.

ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛАЗЕРА В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯТРАХЕОСТОМІЧНИХ СТЕНОЗІВ ТРАХЕЇ

Рибак В.В., Халак М.Й., Микуляк І.В., Гербіш Ю.О.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону Львів, Україна

Вступ. За останні роки відзначається ріст
числа хворих з рубцевими стенозами трахеї.
За даними Корберга Д.В. стенозування
просвіту трахеї після трахеотомії досягає 51%.
Симптоми стенозу трахеї з'являються
впродовж перших трьох місяців у 80%
пацієнтів.

Морфологічні зміни характеризуються
розростанням грануляційної тканини в
ділянках пошкодження стінки трахеї,
ерозивними та некротичними її змінами,
що в кінцевому випадку призводять до
циркулярного або передньо-бокового
звуження просвіту.

Відновлення просвіту звуженого відділу трахеї можливе як шляхом механічного впливу на рубцеву тканину так і впливом різних фізичних агентів (лазерна вапоризація, електрокоагуляція, аргоноплазмова коагуляція).

Застосування у клінічній практиці лазерного опромінення та оптико-волоконної техніки зробило можливим безкровне розширення звуженого відділу трахеї. При цьому відбувається випарювання та коагуляція поверхневого шару тканини що опромінюються.

У порівнянні з електрохірургічними плазмовими та кріохірургічними апаратами використання лазерних апаратів дозволяє зменшити зону термічного ураження і, відповідно, покращити процес загоювання рани.

Параметри що використовуються при лазерному опроміненні залежать від характеру стеноза (грануляційний, рубцевий), давності та поширеності процесу. В своїй практиці ми користуємось класифікацією стенозів трахеї за Паршиним В.Д. (1982).

Мета роботи. Підвищення ефективності лікування хворих з післятрахеостомічними стенозами трахеї.

Матеріали та методи. Основу групи склали чотири пацієнти з післятрахеостомічними стенозами шийного відділу трахеї обмеженого характеру I і II ступеню зі звуженням циркуляторного характеру, що знаходились на лікуванні у ВМКЦ ЗР. Тривалість захворювання становила 2-4 міс. Основною скаргою у всіх хворих була задишка різного ступеня вираженості. Для діагностики стенозу застосовували бронхоскопію та КТ. Усім хворим виконано часткове відновлення просвіту трахеї при допомозі діодного лазера «Ліка-хірург».

Вапоризація стенозів проводилась під місцевим знеболенням розчином лідокаїну 10%. Для «свіжих» стенозів застосовували потужність опромінення від 15Вт, довжина хвилі 980нм, серіями по 2-4 с до побіління тканини. Виконували до трьох процедур з інтервалом 3-7 діб. Двом хворим з «несвіжим» стенозом першим етапом проводили бужування ділянки стенозу трахеї та збільшували потужність опромінювання до 17,5 Вт., в режимі вапоризації. Кратність та частоту виконання опромінення визначали в ході динамічного спостереження за процесом відторгнення некротичних тканин.

Результати. Проведення процедури переноситься пацієнтами досить легко. У 2-х пацієнтів досягнуто часткового відновлення прохідності трахеї. Контрольний огляд через 3 місяці – прогресування звуження не відмічено. Віддалені результати по двом пацієнтам невідомі,

вони направлялись для подальшого лікування в інші спеціалізовані центри.

Висновки. Наведені дані свідчать про успішне і ефективне застосування хірургічного лазера та гнучкої ендоскопії в лікуванні післятрахеостомічних стенозів.

Дана методика малотравматична, добре переноситься пацієнтами, може бути використана як кінцевий метод лікування, так і як метод часткового відновлення просвіту трахеї перед можливими подальшими оперативними втручаннями.

ДОСВІД ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КРУРОРАФІЇ З ФУНДОПЛІКАЦІЄЮ ЗА NISSEN ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГАСТРОПЛІКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГРИЖАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Саволюк С.І., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С.,
Глаголева А.Ю., Кругляк Є.К.*

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ
Кафедра хірургії та судинної хірургії*

Вступ. Згідно з епідеміологічними даними, поширеність гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у країнах Західної Європи та Північної Америки становить 30–40 % дорослого населення, з них 10 % відчують печію щоденно, проте тільки 2 % пацієнтів отримують лікування. У 90 % випадків ГЕРХ пов'язана з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), які мають більше поширення серед пацієнтів з ожирінням та осіб старшого віку (понад 50 років). Поширеність ГЕРХ в Україні складає від 11,1 % до 30 %. За іншими даними, реальна поширеність ГЕРХ може бути значно більшою, оскільки близько 25 % хворих не звертаються до лікарів, займаються самолікуванням або мають безсимптомний перебіг. На сьогоднішній день більш ніж 603 млн. дорослих у світі серед загальної популяції 7,5 млрд. (12%) страждають на ожиріння (за даними Health Metrics and Evaluation, 2017). В Україні рівень ожиріння серед дорослого населення на 2016 р. становив 22,0% для чоловіків та 25,7% для жінок. Лапароскопічна гастроплікація з фундоплікацією за Ніссеном є ком-

бінацією рестриктивної бариатричної операції та антирефлюксної операції, яка дозволяє усунути ГСОД й викликані нею симптоми ГЕРХ та зменшити об'єм шлунку без резекції для лікування супутнього метаболічного синдрому. Окрім механічного зменшення просвіту шлунку, при даній процедурі відбувається компресія грелін-продукуючих зон з наступною ішемізацією, що додатково сприяє корекції метаболічних порушень.

Метою роботи є вивчення ефективності лапароскопічної гастроплікації з фундоплікацією за Ніссеном в короткостроковому періоді при лікуванні хворих на метаболічний синдром з гастроезофагальною рефлюксною хворобою викликаною ГСОД.

Матеріали та методи. У ретроспективне клінічне дослідження були включені 15 пацієнтів (середній вік $46,6 \pm 6,2$ років), що були прооперовані на базах кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика в період з 2018 по 2019 р. З них чоловіків було 5 (33,3%), жінок – 10 (66,6%). Усім пацієнтам передопераційний період було проведено фіброезофагогастродуаденоскопію (ФГЕДС), рентгеноскопії з контрастування: кардіально – фундальна ГСОД була у 12 пацієнтів, кардіальна ГСОД у 3 пацієнтів. Середній показник ІМТ до операції становив 38 ± 6.5 кг/м². У пацієнтів були виявлені наступні супутні патології – дисліпідемія (13 пацієнтів), артеріальна гіпертензія (11 пацієнтів), ЦД II типу (4 пацієнтів), ГЕРХ (12 пацієнтів). Всім пацієнтам лапароскопічно була виконана крурорафія, фундоплікація за Nissen та гастроплікація. Період спостереження складав 1 рік.

Результати та їх обговорення. Середня тривалість оперативного втручання склала $125 \pm 15,4$ хв. У всіх пацієнтів, які приймали участь у даному дослідженні, були відсутні симптоми ГЕРХ у післяопераційному періоді. Після проведення контрольної ФГЕДС через 1 рік de novo езофагіту не виявлено: езофагіт був відсутній у 10 пацієнтів, не ерозивний езофагіт у 2 пацієнтів. При контрольній рентгеноскопії з контрастуванням: стан після проведеної гастроплікації з фундоплікацією за Ніссеном, рефлюкс не відмічається, рівномірне звуження шлункової трубки, евакуація з шлунку не порушена. ІМТ через рік складав 31 ± 4.8 кг/м². Компенсація супутньої патології протягом усього часу спостереження відмічалась у 3 випадках цукрового діабету II типу (75,0%), у 9 випадку артеріальної гіпертензії (81,8%); нормалізація ліпідного профілю – у 10 (76,9%). Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі склала – 2.0 ± 0.7 днів.

Висновки. Лапароскопічна крурорафія, фундоплікація за Ніссеном з гастроплікацією є надійним, безпечним та ефективним лікуванням пацієнтів з ГСОД та метаболічним синдромом, що забезпечує необхідний рестриктивний та антирефлюксний ефекти в короткостроковому періоді та потребує подальшого дослідження.

ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТА В ДЕНЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕЗЕКЦІЇ У СВІТЛІ КОНЦЕПЦІЇ ERAS

Соколов В.В.^{1,2}

¹Київська міська клінічна лікарня №17

*²Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шутика*

Концепція ERAS (enhanced recovery after surgery – прискорене відновлення після операції) – підтверджена в багатьох спеціальностях, наприклад в колопроктології, з кінця 90-х років. Метою концепції є зменшення післяопераційної дисфункції органів одночасно з прискоренням відновлення. Лише наприкінці 2018 року, після тривалого аналізу численних досліджень, Європейська асоціація торакальних хірургів (ESTS) вперше видала рекомендації з ERAS для торакальної хірургії. Рекомендації стосуються широкого спектру дій на догоспітальному етапі, при госпіталізації в стаціонар та безпосередньо до-, інтра- та післяопераційно.

Метою нашого дослідження було вивчення можливості імплементації рекомендацій ESTS щодо харчування пацієнтів з легеневиими резекціями в умовах торакального відділення муніципальної лікарні в Україні.

Матеріалі і методи. В дослідження включені 100 послідовно прооперованих пацієнтів з грудня 2018 по березень 2019 року з різними варіантами резекцій легень. Для ентерального харчування протягом доби операції використовували рідку суміш «Нутрикомп» (виробництво В-Враун) з вмістом 1ккал на 1 мл суміші. Цільовими значенням добового калоражу були 1500 ккал. Хворий випивав 400 мл препарату за 3 години до операції та 600 мл повільно до ночі після операції, починаючи з 3 години після екстубації (1000 ккал до ночі доби операції). Решту 500 ккал хворий отримував у вигляді звичайного сніданку наступного ранку. Собівартість вказаної схеми склала 50 копійок за 1 ккал.

Результати. Всі 100 пацієнтів, після пояснення лікарем, погодились придбати та прийняти ентеральну суміш периопераційно. Також

всі учасники дослідження були задоволені формою випуску та приємним смаком препарату. У жодного пацієнта не виникало регургитації під час індукції анестезії. У 9 хворих після операції була нудота та/або блювання. Але нудота – завжди багатofакторна (морфін, наявність перидурального катетеру, вік, і т.п.) та не може бути обумовлена лише препаратом та часом початку його прийому.

Висновки. Загальний калораж, отриманий хворим в добу операції, не повинен суттєво відрізнятись від звичайної доби його життя. Використання препарату «Нутрикомп» контролювано задовольняє добову потребу пацієнта в калоріях та не несе суттєвої «фінансової токсичності».

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ТИМЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ MYASTHENIA GRAVIS З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Соколов В.В.^{1,2}

¹Київська міська клінічна лікарня №17, Київ, Україна

*²Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика, м. Київ*

Вступ. Myasthenia gravis (MG) – аутоімунне захворювання, що спричинене антитілами до протеїнів постсинаптичної мембрани нервово-м'язового синапсу. Точний аутоімунний механізм розвитку та хронічного перебігу хвороби не відомий. Але тимус утягнутий в захворювання у пацієнтів з наявними антитілами до рецепторів ацетілхоліну (Ат-РАх). З 1911 року, з часу першої кризьшійної тимектомії, яку виконав Зауербрух, та першої опубліковної серії з 6 оперованих хворих Блелока у 1941 році, не було виконано жодного рандомізованого порівняння тимектомії з медикаментозним лікуванням до 2016 року.

Мета дослідження. Провести вивчення літератури з впливу тимектомії на перебіг MG з акцентом на рандомізовані дослідження та викласти методику тимектомії на власному досвіді. Матеріали і методи. Проведений пошук літератури з рандомізованих досліджень, яки би порівнювали тимектомію з медикаментозним лікуванням MG. Оцінений власний досвід тимектомій шляхом підмечоподібної відеоасистованої торакоскопії (ВАТС).

Результати. Знайдено лише одне рандомізоване дослідження з порівняння тимектомії з медикаментозним лікуванням MG, що опуб-

ліковано у 2016 році (N Engl J Med, August 11, 2016). В дослідження були включені пацієнти 18-65 років з MG, у яких тривалість захворювання не перевищувала 5 років. Всі хворі відносились до 2, 3 або 4 класу тяжкості хвороби за класифікацією MGFA та мали підвищений титр Ат-РАх. Всім хворим досліджуваної групи виконувалась трансстернальна максимально розширена тимектомія, та ці хворі додатково отримували стероїди. Рандомізацію було розпочато у 2006 році із загальною кількістю 66 хворих в хірургічній групі, що були набрані, та 60 – в терапевтичній. Первинними показниками результатів були середній бал кількісної шкали MG та середня доза стероїдів протягом 3 років. Через 9 місяців після операції середній бал шкали знижувався приблизно на 30% серед оперованих хворих ($p=0,0006$). Протягом того ж часу, доза стероїдів також була знижена на 30% в хірургічній групі. Більше того, 56% хворих цієї ж групи протягом 5 років з моменту тимектомії повністю відійшли від прийому преднізолону у порівнянні з 20% хворих з терапевтичної групи. Також, по закінченню 3 років, кількість пацієнтів з проявами хвороби ($p<0,001$), загальна кількість симптомів на пацієнта ($p<0,001$) та кількість госпіталізацій з приводу загострення MG (9% проти 37%, $p<0,001$) були на користь хірургічної групи. Аналіз підгруп не виявив різниці у ефекті тимектомії у пацієнтів до 40 років або старше 40 років. Ефект у жінок був кращим за чоловіків. Необхідним об'ємом хірургічного втручання при MG є максимально розширена тимектомія. Операція вимагає видалення тимусу та клітковини середостіння від правого до лівого діафрагмального нерву та від щитоподібної залози до діафрагми. Зменшуючи травматичність стернотомії, вказаний обсяг видалення тимусу можливий за рахунок VATS. В нашій клініці методикою VATS протягом останніх 4 років було прооперовано 21 хворого з MG. Середній вік коливався від 19 до 56 років. Всі хворі отримували метилпреднізолон від 12 до 80 мг через добу. Безпосередньо видалення тимусу здійснювали за допомогою дисектору “Меріленд” від апарату “Ligasure LS-10” компанії Covidien. Післяопераційний період у всіх хворих був неускладненим. Середній термін перебування після операції склав 2,7 доби. Висновки. Першим рандомізованим дослідженням доведена перевага тимектомії над медикаментозним лікуванням MG. VATS максимально розширена тимектомія є життєвою альтернативою трансстернальному видаленню тимусу без компрометації обсягу втручання та усіма перевагами мінімально інвазивної хірургії.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ

Сташенко О.Д., Сірик О. О., Цапів Р.М.,

Дорошенко А.А., Карпенко К.В.

Комунальне підприємство Херсонської обласної ради «Херсонський обласний онкологічний диспансер», м. Херсон

Вступ. Злоякісні пухлини стравоходу та кардіоезофагіальної зони прийнято вважати одними з найбільш прогностично несприятливими захворюваннями травного тракту. Серед пухлин шлунково кишкового тракту вони займають 3 місце після раку шлунку та прямої кишки. Біля 70% хворих виявляють в III и IV стадіях.

Методи дослідження. ретроспективний аналіз хірургічного лікування 161 хворих з раком стравоходу, які оперовані в 2004-2019 роках у відділенні торакальної хірургії Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру, торакальному відділенні Херсонського обласного онкологічного диспансеру.

Основні результати. Чоловіки – 142 (88,2%), жінки – 19 (11,8%). Вік до 50 років – 22 хворих (13,6%), 50-60 років – 112 (69,5%), 60-70 років – 20 (12,4%), старше 70 років – 7 (4,5%). Гістологічна структура оперованих: аденокарцинома – 20,6%, плоскоклітинний рак без ороговіння – 51,9%; плоскоклітинний ороговіваючий рак – 26,5%. По стадіям хворі розділенні наступним чином: II стадія – 10 хворих (6,2%); III ст. – 116 (72,1%); IVA ст. – 35 (21,7%). Локалізація ураження в верхній третині стравоходу у 7 хворих (4,35%), середня третина – 98 (60,9%), нижня третина – 56 (34,75%). Виконано 94 екстирпацій стравоходу з трьох доступів с одномоментною езофагогастропластиком; 29 субтотальних резекцій стравоходу з одномоментною езофагогастропластиком; 2 операції по Тореку; 24 екстирпації стравоходу трансхіатальним доступом з одномоментною езофагогастропластиком; 8 проксимальних резекцій шлунку з резекцією нижньої третини стравоходу; 4 екстирпація стравоходу з трьох доступів з одномоментною езофагоколонопластиком. Післяопераційна летальність 12,35%. Неспроможність анастомозу при формуванні його на шії 17,7%, при цьому ні одна з них не привела до смерті.

Висновки. Ми віддаємо перевагу екстирпації стравоходу з трьох доступів с одномоментною езофагогастропластиком з формуванням анастомозу на шії при любій локалізації пухлини, що дає можливість розширити зону лімфодисекції, збільшити радикальність операції, попередити летальні післяопераційні ускладнення.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІНЦІВОК

*Трутяк І.Р., Лось Д.В., Медзин В.І., Сенник В.Т., Синишин О.П.,
Ловга В.І., Кобиця Н.І., Лось А.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів*

Вступ. В структурі санітарних втрат в ході бойових дій переважну більшість (62,5%) складають поранення кінцівок. 35-40% супроводжуються переломами кісток, 13-19% – з дефектами кісткової тканини (первинними та внаслідок нераціональних хірургічних обробок). Тривале лікування, реабілітація, непрацездатність таких пацієнтів завдають значних економічних втрат, перешкоджають поверненню в стрій військовослужбовців.

Мета дослідження: покращити результати лікування постраждалих з вогнепальними переломами кінцівок та дефектами кісткової тканини.

Матеріали і методи дослідження. Масив дослідження склали 38 пацієнтів з вогнепальними переломами кінцівок з дефектом кісткової тканини, які перебували на лікуванні у ВМКЦ Західного регіону (м. Львів) за 1986-2017 роки. Відбір пацієнтів для аналізу виконаний за результатами клінічних, рентгенографічних досліджень і комп'ютерної томографії. Середній вік пацієнтів склав 34 ± 16 років (від 18 до 50 років), усі чоловіки. Ураження нижніх кінцівок спостерігали у 33 постраждалих (87%), верхніх – у 5 (13%). Осколкові поранення склали 74% (28 пацієнтів), кульові – 26% (10 пацієнтів). Постраждалі переведені з лікувальних установ попереднього рівня надання допомоги на 2-15 добу після поранення. У 14 пацієнтів дефект кісткової тканини виник внаслідок попередніх хірургічних втручань.

Залежно від характеру перелому (класифікація АО), розмірів дефекту, стану м'яких тканин та отриманого лікування хворі розподілені на 3 порівнювальні групи: I група (12 пацієнтів) – переломи типу В, С1, С3 з дефектом кістки до 3 см, яким виконано кісткову аутопластику трансплантатами з крила клубової кістки та занурений остеосинтез; II група (9 пацієнтів) – переломи С1-С3 з дефектом кістки 3-5 см, яким також виконано кісткову аутопластику трансплантатами з крила клубової кістки та занурний остеосинтез; III група (17 пацієнтів) – переломи типу С1-С3, з дефектом кістки до 3-10 см, яким вико-

нано білокальний послідовний контракційно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим.

Результати дослідження. Оцінка результатів проводилась через 18-24 місяців після травми за шкалою Матіса-Любошиця-Шварцберга (1985) та ВАШ. У 1 пацієнта I групи та 3 пацієнтів II групи спостерігали первинно незадовільні результати внаслідок лізису кісткового трансплантата з формуванням хибного суглоба та остеомієлітом у 1 постраждалого II групи, що потребувало заміни методу на послідовний контракційно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим та значним подовженням терміну лікування (на 4-8 місяців). У решти пацієнтів I і II груп спостерігали формування кісткового мозоля впродовж 6-9 місяців, добрий або відмінний функціональний результат. У 14 пацієнтів III групи досягнуто відновлення довжини кістки в терміни від 3 до 6 місяців (максимальна величина подовження великогомілкової кістки становила 10 см). Зрощення перелому та добрий функціональний результату отримано в середньому за 8 місяців. У 3 постраждалих цієї групи результати лікування оцінені як задовільні, у зв'язку із розвитком стійких контрактур суміжних суглобів і неповним відновленням довжини сегменту (до 2,5 см) внаслідок остеомієліту.

Висновки. Ефективним методом лікування вогнепальних переломів з дефектом кістки величиною до 3 см (B, C1, C3) є кісткова аутопластика із внутрішнім остеосинтезом, а при дефекті кісткової тканини більших розмірів – білокальний послідовний компресійно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим.

МЕХАНІЧНИЙ ІНВАГІНАЦІЙНИЙ ЕЗОФАГОГASTРОАНАСТОМОЗ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ СТРАВОХОДУ

Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Клімас А.С., Сидюк О.Є., Савенко Г.Ю.

*ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О.О. Шалімова НАМН України”, м. Київ*

Вступ. Реконструкція стравоходу після езофагоектомії залишається однією з головних проблем в хірургії стравоходу, а проблема надійності співустя зі стравоходом залишається актуальною до теперішнього часу, оскільки неспроможність анастомозу є однією з основних причин летальних результатів операцій.

Накладення механічного шва за допомогою зшиваючих степлерів, які постійно вдосконалюються, стає все більш популярним в хірургії стравоходу. Що стосується неспроможності анастомозу, то оцінка степлерної техніки дає рівні або кращі результати в порівнянні з ручною.

Мета роботи. Оцінити переваги формування інвагінаційного механічного ЕГА у пацієнтів з захворюваннями стравоходу після резекцій стравоходу.

Матеріалі та методи. У дослідження включені 60 хворих, оперованих в НІХТ ім. О.О. Шалімова з приводу злоякісних пухлин стравоходу та шлунково-стравохідного переходу, яким було виконано резекцію стравоходу (група порівняння – 30 пацієнтів, яким було виконано резекцію стравоходу з формуванням механічного езофагогастроанастомозу кінець в бік; група дослідження – 30 пацієнтів, яким було виконано резекцію стравоходу з формуванням інвагінаційного механічного езофагогастроанастомозу).

Оцінювали кількість післяопераційних ускладнень з боку анастомозів: кількість випадків неспроможності езофагогастроанастомозу в ранньому післяопераційному періоді та кількість випадків рубцевих стриктур ділянки ЕГА через 3, 6 та 12 міс. та ступень вираженості рефлюкс-езофагіту після оперативного втручання.

Результати та їх обговорення. Випадків неспроможності езофагогастроанастомозу у досліджуваній групі зареєстровано не було, в той час як контрольній групі дослідження неспроможність ЕГА було констатовано у 2 пацієнтів ($p < 0,49$). При проведенні аналізу кількості нових випадків післяопераційних рубцевих стриктур статистично значимої відмінності між двома групами пацієнтів на 3 міс. ($p = 0,25$) та на 6 міс. ($p = 0,07$) не було виявлено. Однак на 12 міс оцінки кількість нових випадків післяопераційних рубцевих стриктур була статистично значимо меншою ($p = 0,047$) в групі дослідження. При цьому загальна кількість післяопераційних рубцевих стриктур на протязі року спостереження в групі дослідження була нижчою ($p < 0,05$) та склала 16,7% (95% ВІ 5,4% – 32,6%), а в групі порівняння – 43,3% (95% ВІ 25,7% – 61,9%), ВР=0,4 (95% ВІ 0,2 – 0,9).

При проведенні аналізу ступеню важкості рефлюкс-езофагіту у пацієнтів основної групи ступінь важкості рефлюкс-езофагіту на 3, 6 та 12 міс оцінки була нижчою за ступінь важкості рефлюкс-езофагіту в групі порівняння ($p = 0,03$ $p = 0,046$ $p = 0,02$ відповідно).

При оцінці динаміки ступеню важкості рефлюкс-езофагіту у пацієнтів основної групи спостерігалось його зниження на протязі часу оцінки ($p=0,001$). При оцінці динаміки ступеню важкості рефлюкс-езофагіту у пацієнтів групи порівняння також спостерігалось його зниження на протязі часу оцінки ($p=0,002$). При цьому в обох групах ступінь важкості рефлюкс-езофагіту був найнижчим на 12 міс. оцінки. Таким чином, формування інвагінаційного механічного езофагогастроанастомозу зменшує кількість післяопераційних ускладнень з боку анастомозу у хворих з езофагектомією.

Висновки

1. Встановлено, що формування інвагінаційного механічного езофагогастроанастомозу при резекціях стравоходу має тенденцію до зменшення кількості випадків неспроможності езофагогастроанастомозу.

2. Інвагінаційний механічний езофагогастроанастомоз в порівнянні з механічним анастомозом кінець в бік довів свою ефективність для зменшення кількості післяопераційних рубцевих стриктур.

3. Формування інвагінаційного механічного езофагогастроанастомозу зменшує ризик розвитку та вираженість рефлюкс-езофагіту у пацієнтів після резекцій стравоходу.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СЕРЕДОСТІННЯ

Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Сидюк О.Є., Клімас А.С., Савенко Г.Ю.

Національний інститут хірургії та трансплантології

ім. О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ.

Вступ. Пухлини середостіння – це велика група новоутворень (близько 100), які походять із тканин та органів середостіння. Згідно даних деяких авторів частка новоутворень середостіння складає 2 випадки на 1 млн населення, або 0,5-7% від всіх пухлин.

Стандартом хірургічного лікування вважається стернотомічний чи торакотомічний доступи. В зв'язку з їх великою травматичністю та кількістю післяопераційних ускладнень, за останні роки набуває популярності мініінвазивний метод відеоторакоскопічної хірургії та цервікотомічний варіант доступу до ділянки верхнього середостіння.

Залишаються невирішеними питання вибору методу доступу та об'єму оперативного втручання на доопераційному етапі, які інтрао-

пераційно, після ревізії новоутворення, можуть корегуватися в залежності від отриманої картини.

Мета. Проаналізувати методи доступу при оперативному лікуванні пухлин середостіння, шийно-середостінного простору. Покращити результати оперативного лікування захворювань середостіння. Визначити оптимальний хірургічний доступ для пухлин середостіння різної локалізації.

Матеріали і методи дослідження. З 2016 по 2019 р. у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України проліковано 76 хворих з новоутвореннями органів середостіння різної локалізації, яким було проведено оперативне лікування з використанням різних хірургічних доступів в залежності від локалізації та розповсюдження пухлини. Чоловіків було 28, жінок – 48. Вік пацієнтів від 24 до 75 років. Із злоякісними новоутвореннями було прооперовано 31 пацієнтів (40,8%), доброякісними – 45 (59,2%). Хворим проводилося комплексне інструментальне, лабораторне обстеження та консультації суміжних спеціалістів за показами.

Результати та обговорення. Хворих було розподілено на 3 групи за варіантами виконаних доступів: група 1 (n=10) – цервікотомія, група 2 (n=42) – торакоскопія, група 3 (n=24) – комбіновані хірургічні доступи. Пацієнтів (n=52) із загрудинним утворенням в межах ділянки передньо-верхнього середостіння без інвазії в суміжні структури чи органи з розповсюдженням пухлини не нижче дуги аорти було виконано оперативне лікування через цервікотомний доступ (n=10), або торакоскопічне втручання (TS) (n=42). Для пацієнтів (n=24), що мали пухлини з розповсюдженням в суміжні органи чи тромбозом судин, або рецидивуючі захворювання та оперативне втручання в анамнезі виконували відкриті комбіновані доступи по типу clamshell, hemiclamsell, Grunenwald, стернотомії з торакотомією, Осава-Гарлока, торакотомію з лапаротомією.

В залежності від розповсюдження пухлини в оточуючі тканини та органи хворим виконувалися або видалення пухлини, або комбіновані втручання з видаленням пухлини та резекцією судин з подальшим їх аллопротезуванням чи вазотомією з тромбектомією та ушиванням дефекту, резекцією перикарду, парієтальної плеври, атиповою резекцією легені, резекцією діафрагми.

Висновки. Хірургічне лікування хворих з пухлинними захворюваннями середостіння – багатокомпонентна, мультидисциплінарна проблема, що потребує досвідченої команди фахівців різних хірургі-

чних профілів. Вибір оптимального хірургічного доступу має базуватися на даних проведених інструментальних досліджень, та за необхідністю, після ревізії пухлини, має забезпечуватися адекватний хірургічний розтин в кожному окремому випадку. Можливості цервікотомного доступу переважають над класичними методами торако-, стернотомії, чи TS в лікуванні хворих із пухлинами передньогорнього середостіння, цервікоторакального переходу в меншій травматичності, меншому післяопераційному періоді, відсутності необхідності однолегеневої вентиляції, та меншій матеріальній складовій.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ДІАФРАГМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Хоменко І.П., Шупілов С.А.

Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, м. Харків

Вступ. Кількість постраждалих з вогнепальними пораненнями внаслідок протидії діяльності незаконних російських та проросійських збройних формувань на сході України різко зростає. Серед проникаючих поранень особливу групу складають одночасні поранення грудної та черевної порожнини з ушкодженням діафрагми. Ці поранення відносяться до важкої бойової травми з розвитком післяопераційних ускладнень від 9,3% до 26% та летальністю до 29,3%

Найважливішою складовою частиною лікувальної програми цих поранених є хірургічне лікування первинного травматичного вогнища з метою запобігання інфікування організму. Оперативні втручання в невідкладному порядку, що представлені торакотомією і лапаротомією, повинні передбачати зупинку кровотечі і ушивання ран порожнистих органів без виконання реконструктивних та відновлювальних етапів операцій. Найбільш цінними методами діагностики та лікування торакоабдомінальних поранень у постраждалих зі стабільною гемодинамікою є відеоторакоскопія та відеолапароскопія.

Ендовідеохірургічні технології дозволяють швидко діагностувати та надавати спеціалізовану хірургічну допомогу при пораненнях в необхідному обсязі, для запобігання розвитку пізніх ускладнень, таких як утворення діафрагмальних гриж з переміщенням органів черевної порожнини в плевральну порожнину.

Мета роботи. Удосконалити діагностику та хірургічне лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями діафрагми з використанням відеоторакоскопічних технологій на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги.

Матеріали та методи. Для виконання поставленого завдання були розроблені способи торакоскопічної лазерної візуалізації ран діафрагми, визначення життєздатності м'яких тканин діафрагми з метою об'єктивізації хірургічної обробки ран та ендоскопічний спосіб ушивання вогнепальної рани діафрагми (відправлені заявки на патенти України). Діагностику поранення розпочинають з виконання візуальної ревізії за допомогою відеоендоскопічної камери з застосуванням апарату лазерного терапевтичного «Ліка Терапевт М», що надає рівномірне дифузне розсіяне опромінювання. Проводиться огляд у червоному (660 нм), зеленому (525 нм) та синьому (405 нм) спектрах лазерного опромінювання у різних його комбінаціях, що покращує видимість ранових дефектів та дозволяє виявити додаткові пошкодження, що не візуалізовані при звичайному освітлюванні.

Після визначення кількісних та якісних характеристик ран діафрагми проводиться додаткова обробка підозрілих за життєздатністю ділянок розчином препарату-фотосенсибілізатору «Фотолон» (виробник РУП «Белмедпрепарати», Республіка Білорусь, м. Мінськ) у концентрації 2 мг/мл, аплікаційним способом шляхом пухкої тампонади рани та наступним лазерним опромінюванням апаратом лазерним терапевтичним «Ліка Терапевт М». Розроблена методика дозволяє візуалізувати життєздатні тканини, які флуоресциують ярко-рожевим кольором від нежиттєздатних тканини, що виглядають темними плямами.

Після виконання хірургічної обробки рани проводиться ушиванні рани діафрагми запропонованим способом, а саме шляхом використання однорядного, безперервного прецизійного шва з використанням поліфіламентної поліефірної нитки, що не розсмоктується, з атравматичною голкою, з одноповерхневою коаптацією верхнього краю рани та використанням двох тефлонових пледжетів (прокладок).

Під нашим наглядом знаходилось 71 постраждалих з торакоабдомінальними вогнепальними пораненнями, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України. Всі постраждали були розподілені на дві групи: I (група порівняння) – 30 (42%) поранених, що надійшли на лікування до хірургічної клініки, у яких діагностика та лікування проводилась за традиційними методиками. II (основна гру-

па) – 41 (58%) поранений, у яких застосовувались запропоновані методи відеоторакоскопічної візуалізації ран, визначення адекватності хірургічної обробки та ендоскопічного способу ушивання ран діафрагми. Всі постраждали чоловічої статі. Вік поранених становив від 19 до 60 років.

Результати та обговорення. За допомогою лазерної візуалізації ран в основній групі у 10 пацієнтів (14%) були виявлені додаткові поранення діафрагми, що мали дотичний характер у 8 (11%) пацієнтів та наскрізний у 2 (3%) пацієнтів. При обстеженні ран діафрагми, що були зашиті на етапі кваліфікованої хірургічної допомоги була констатована адекватність хірургічної обробки в 7 (17%) випадках, неадекватність хірургічної обробки в 34 (83%) випадках, що потребувало повторної хірургічної обробки. При порівняльному аналізі результатів лікування поранених основної та контрольної групи за допомогою рентгеноскопії, виявлена більша екскурсія ушкодженого куполу діафрагми за запропонованим способом ушивання її вогнепальних ран. Середнє значення діафрагмальної екскурсії при глибокому вдиху в основній групі склало $3,75 \pm 0,33$ см, в групі порівняння $2,25 \pm 0,35$ см. Виразність больового синдрому за шкалою ВАШ на 5 добу після хірургічного лікування складала у поранених основної групи $5,3 \pm 2,5$ балів, у поранених групи порівняння $6,8 \pm 2,3$ балів.

При ушиванні вогнепальної рани діафрагми за запропонованим способом, досягається оптимальне за анатомічним принципом співставлення країв рани з метою її герметичності. Застосування однорядного шва сприяє покращанню рухливості пошкодженого відділу діафрагми в післяопераційному періоді, використання тefлонових пледжетів рівномірно розподіляє навантаження на шов та попереджає їх неспроможність. Ускладнень, побічних реакцій і негативних явищ в результаті застосування розробленого способу ушивання вогнепальних ран діафрагми не виявлено.

Висновки. Запропоновані удосконалення діагностики та хірургічного лікування вогнепальних ран діафрагми відеоторакоскопічним способом є малотравматичними і доступним для виконання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги. Необхідне подальше поглиблене дослідження морфологічних змін у рані та аналіз віддалених результатів застосування розроблених способів з застосуванням відео торакоскопії. Доцільно їх подальше впровадження на спеціалізованому етапі медичної допомоги.

АНАЛІЗ ПОЄДНАНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Цема Є.В.¹, Бондарєв Р.В.¹, Беспаленко А.А.², Дінець А.В.¹

*¹ Кафедра хірургії № 4, Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ*

² Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу Збройних Сил України, м. Ірпінь

Мета роботи. Дослідити наявність сполученої скелетної травми (відкриті та закриті переломи кісток) у військовослужбовців з ампутаціями кінцівок в результаті бойового конфлікту на Сході України.

Пацієнти і методи. У дослідження були включені всі пацієнти – військовослужбовці Збройних сил України, у яких було встановлено діагноз ампутацій кінцівки в період з 01.06.2014 по 30.06.2016 в зоні проведення антитерористичної операції (АТО), і яким надавалася допомога в медичних установах Міністерства оборони України. Серед 7091 пацієнтів з пораненнями в зоні АТО, були верифіковані 152 пацієнти з ампутацією однієї чи більше кінцівок.

Результати та обговорення. Серед 152 пацієнтів у 47 (31%) постраждалих ампутації кінцівок асоціювалися з відкритими або закритими переломами кісток іншої кінцівки, тоді як у 107 (69%) пацієнтів ампутації не асоціювалися з переломами кісток. За військовим складом в досліджуваній когорті не було достовірної різниці в групах. При аналізі рівня ампутацій нижніх кінцівок було виявлено, що ампутації середньої 1/3 стегна в групі пацієнтів з ампутацією і переломами кісток були у 6 (17%) пацієнтів, що достовірно частіше, ніж в групі пацієнтів з ампутацією без супутніх переломів кісток – 3 (4 %) пацієнтів ($p = 0,023$). Ампутації стопи в групі пацієнтів з ампутацією і переломами кісток були у 2 (6%) пацієнтів, що в 4,5 разів рідше, в порівнянні з 20 (27%) пораненими в групі пацієнтів з ампутацією кінцівки без супутніх переломів кісток ($p = 0,023$). Лінійна регресія показала достовірну асоціацію переломів кісток і ампутацій стопи ($p = 0,012$); що свідчить про тяжкість поєднаної травми у досліджуваній когорті пацієнтів. Мультифакторна логістична регресія показала співвідношення шансів 0,171 (95% довірчий інтервал 0,04 – 0,8), що свідчить про достовірно низьку ймовірність переломів кісток іншої кінцівки у поранених, яким виконана ампутація стопи ($p = 0,022$).

Висновки. Результати дослідження поранених в гібридному бойовому конфлікті свідчать, що переломи кісток частіше асоціюються з ампутацією на рівні середньої 1/3 стегна, але рідше діагностуються у пацієнтів з ампутацією стопи. Переломи кісток не асоціюються з частотою реампутацій. Клінічні особливості у пацієнтів, поранених в зоні АТО демонструють відмінні від інших збройних конфліктів особливості ампутацій, і асоційованою з ампутацією поєднаною скелетною травмою.

ЗМІСТ

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ НЕЙРОТРАВМИ <i>Богдан І.С., Алексєєв О.М., Іваник Р.Ю., Іванов С.В., Титинюк А.Ю.</i>	3
КОЛОСТОМІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ DAMAGE CONTROL ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ В УМОВАХ ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ <i>Богдан І.С., Прохоренко Г.А., Трач С.В., Ярема І.М., Притула В.М., Янківський В.О., Соболев І.П., Білобровка Т.Р.</i>	4
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ <i>Бойко В.В., Краснояружский А.Г., Мінухін Д.В., Євтушенко Д.О., Кріцак В.В.</i>	6
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗРЫВАХ ПИЩЕВОДА <i>Бойко В.В., Макаров В.В., Доценко Е.Г., Шатохин А.А., Тыжненко М.А., Чикин А.В., Тимченко М.Е.</i>	7
ВАТС ВИДАЛЕННЯ ЛЕЙОМІОМИ СТРАВОХОДУ: ПЕРШИЙ ВЛАСНИЙ ДОСВІД ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ <i>Васильківський В.В., Соколов В.В., Гетьман В.Г.</i>	9
АУТОГЕМОПЛЕВРОДЕЗ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАЦІЙ ПО ПОВОДУ БУЛЛЕЗНОЇ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГКИХ <i>Гафт К.Л.</i>	10
ТОЖДЕСТВЕННОСТЬ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ И АУТОГЕМОПЛЕВРОДЕЗЕ <i>Гафт К.Л.</i>	12
АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ У 66 ВІЙСЬКОВОМУ МОБІЛЬНОМУ ГОСПІТАЛІ <i>Гербіш Ю.О., Світличний В.В., Семчишин І.М., Семенюк О.О.</i>	14
МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ (МОС) ГРУДНОЇ КЛІТКИ ЛСР ПЛАСТИНАМИ. НАШ ДОСВІД. <i>Гетьман В.Г., Мясніков Д.В., Неділя Ю.В., Ткаліч В.В.</i>	15

ВПЛИВ ПНЕВМАТИЧНОЇ БАЛОННОЇ ДИЛЯТАЦІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ КАРДІОТОМІЙ У ХВОРИХ З АХАЛАЗІЄЮ СТРАВОХОДУ <i>Грубнік В.В., Надим Канжо, Грубнік В.В.</i>	16
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СОЧЕТАНИИ С ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ <i>Грубнік Ю.В., Фоменко В.А., Юзвак А.Н, Головченко М.Ю.</i>	18
ДІАГНОСТИКА, ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ І РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ <i>Замятін П.М., Бойко О.В., Ткачук О.Ю.</i>	20
МОДИФИЦІРОВАНА КОНТРОЛЮЄМА РЕПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕННІ СИНДРОМА ІШЕМІЇ/РЕПЕРФУЗИЇ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ С РАНЕННЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ І ПОВРЕДЖЕННЯМИ МАГІСТРАЛЬНИХ СОСУДІВ <i>Іванова Ю.В., Прасол В.А., Зарудний О.А.</i>	21
СУЧАСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ <i>Колеснік О.П., Шевченко А.І., Каджоян А.В., Левик О.М., Кузьменко В.О., Кабаков А.О., Чернявський Д.Є., Кечеджисєв В.В.</i>	23
ДОСВІД ВИКОНАННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ТА ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Кугенко В.М., Макаричак П.І., Губач В.С., Яцина А.П.</i>	24
ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН <i>Ловга В.І., Лось Д.В., Медзин В.І., Франчук О.К.</i>	25
МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗ РЕБЕР ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. <i>Мальований В.В., Війтович Л.Є., Сас П.А., Довга І.І.</i>	27
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВАТС ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ <i>Притуляк С.М., Ткач А.А., Стрижалковський О.В., Тацюк Я.В., Луцкер О.О., Лисенко С.А., Луценко О.А., Матяш В.Р., Хмеляр А.В.</i>	28
ОЦЕНКА ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ <i>Ратчик В.М., Бабий А.М., Пролом Н.В.</i>	30

ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛАЗЕРА В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯТРАХЕОСТОМІЧНИХ СТЕНОЗІВ ТРАХЕЇ <i>Рибак В.В., Халак М.Й., Микуляк І.В., Гербіш Ю.О.</i>	31
ДОСВІД ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КРУРОРАФІЇ З ФУНДОПЛІКАЦІЄЮ ЗА NISSEN ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГАСТРОПЛІКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГРИЖАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ. <i>Саволюк С.І., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С., Глаголева А.Ю., Кругляк Є.К.</i>	33
ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТА В ДЕНЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕЗЕКЦІЇ У СВІТЛІ КОНЦЕПЦІЇ ERAS <i>Соколов В.В.</i>	35
ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ТИМЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ MYASTHENIA GRAVIS З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ <i>Соколов В.В.</i>	36
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ <i>Стащенко О.Д., Сірик О. О., Цапів Р.М., Дорошенко А.А., Карпенко К.В.</i>	38
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІНЦІВОК <i>Трутяк І.Р., Лось Д.В., Медзин В.І., Сенник В.Т., Синишин О.П., Ловга В.І., Кобиця Н.І., Лось А.В.</i>	39
МЕХАНІЧНИЙ ІНВАГІНАЦІЙНИЙ ЕЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ СТРАВОХОДУ <i>Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Клімас А.С., Сидюк О.Є., Савенко Г.Ю.</i>	40
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СЕРЕДОСТІННЯ <i>Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Сидюк О.Є., Клімас А.С., Савенко Г.Ю.</i>	42
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ДІАФРАГМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ <i>Хоменко І.П., Шупілов С.А.</i>	44
АНАЛІЗ ПОЄДНАНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ <i>Цема Є.В., Бондарєв Р.В., Беспаленко А.А., Дінець А.В.</i>	47

Додаток до збірника наукових праць
Української військово-медичної академії
«Проблеми військової охорони здоров'я»

Випуск №51

ЗБІРНИК ТЕЗ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ВОЄННО-ПОЛЬОВОЇ ХІРУРГІЇ, ПОЛІТРАВМИ
ТА ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ»**

Підписано до друку 19.04.2019. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 3,2. Наклад 300. Зам. № 179.

Надруковано в “Видавництво Людмила”.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб’єктів видавничої справи серія ДК № 5303 від 02.03.2017.
“ Видавництво Людмила ”
03148, Київ, а/с 115.
Тел./факс: + 38 050 469 7485, 068 340 8332
E-mail: lesya3000@ukr.net