

p-ISSN: 2786-8311
e-ISSN: 2786-832X

Український журнал КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

The Ukrainian Journal of Clinical Surgery



Том 91 · Номер 2
Березень/Квітень
2024

www.hirurgiua.com.ua

Ліга-Інформ

рією та веною в ліктьовій ямці у 12 пацієнтів та 24 хворих було виконано брахіобазиллярну фістулу з транспозицією внутрішньої підшкірної вени.

Тромбоз артеріо-венозної фістули виник у 38 хворих. Основними причинами тромбозу були пошкодження вени внаслідок невдалої її пункції та падіння системного тиску.

Венозний тромбоемболізм у пацієнтів з бойовою травмою кінцівок

Петрушенко В. В., Скупий О. М., Хребтій Я. В., Лонський К. Л., Чубатюк В. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова

Вступ. Явища венозного тромбоемболізму (ВТЕ) є одним з найбільш поширених ускладнень у пацієнтів з травмою. За даними літератури ВТЕ присутній від 0,36% до 9,1% при цивільній травмі, тоді як при бойовій травмі відсоток зростає від 2,2% до 28%. Ускладнення у вигляді ВТЕ можуть призводити як до суттєвого погіршення в лікуванні та реабілітації поранених, а також і до летальних наслідків за рахунок виникнення ТЕЛА.

Мета. Покращити результати лікування хворих з бойовою травмою кінцівок, що ускладнилась тромбозом глибоких вен.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування хворих з бойовою травмою, що мали явища ВТЕ на рівні КНП «Вінницька клінічна обласна лікарня ім. М. І. Пирогова». Проаналізовано 65 випадків виникнення ВТЕ внаслідок бойової травми у різних груп пацієнтів. З метою визначення локалізації, характеру ураження судинного русла та регіонарної гемодинаміки застосовувались ультрасонографія та дуплексне сканування, СКТ з контрастуванням.

У ході аналізу виявлено, що ізольована травма вени, що привела до ТГВ, мала місце у 3%, одномоментне ураження артерій та вен нижньої кінцівки у 28%, верхньої кінцівки – у 21%. Перелом трубчастих кісток у 30%. Травматичні ампутації кінцівок у 3%. Травма лише м'яких тканин – 15% випадків.

Найбільш часто зустрічались тромбоз гомілкових – у 30%, плечових вен – у 30%. Загальної стегнової вени – у 23%, поверхневої стегнової вени – у 7%, підколінної вени – у 10%. ТЕЛА мала місце у 3% пацієнтів.

Результати. У всіх пацієнтів, що мали безпосереднє пошкодження вен, або поєднану травму вен та артерій, незалежно від того було відновлення вени, чи її лігування – відмічався венозний тромбоз в зоні поранення. У пацієнтів, що мали перелом трубчастих кісток, без ушкодження судин мав місце асимптомний дистальний ТГВ. Всі травмовані хворі отримували антикоагулянтну терапію. 4 пацієнта з ТЕЛА низького ризику також отримували антикоагулянтну терапію.

Оперативні втручання ґрунтувались на наданні етапної хірургічної допомоги, включаючи дебридмент ран, накладання VAC-систем (58 пацієнтів), з послідовним заживленням ран за рахунок ушивання ран (54 пацієнти), або аутодерматопластики (4 пацієнти), остеометалосинтезу трубчастих кісток.

Висновки. Тактика лікування хворих з бойовою травмою, що ускладнилась венозним тромбоемболізмом повинна бути індивідуальною, базуватися на локалізації та ступені важкості ушкодження, факторах ризику, що могли призвести до виникнення ТГВ. Всім пацієнтам, навіть асимптомним, потрібно проводити скрінінгове УЗДС вен кінцівок.

Досвід лікування хворих з арозивними кровотечами після проведених оперативних втручань на артеріях внаслідок бойової травми

Петрушенко В. В., Хребтій Я. В., Скупий О. М., Юрець С. С., Цигалко Д. В., Лонський К. Л.

Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова,
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Пошкодження судин в умовах сучасних бойових дій виникають у п'ять разів частіше, ніж у попередні роки. Пошкодження судин кінцівок становлять 70–80% усіх судинних травм, тоді як 10–15% локалізуються в ділянці шиї, а 5–10% у тулубі. Однією з найімовірніших основних причин збільшення частки судинних травм є широке впровадження бойової медичної підготовки та використання джгутів. Поранених, які під час попередніх збройних конфліктів померли б на полі бою, тепер доставляють до місця надання медичної допомоги.

Проаналізовано результати лікування 35 пацієнтів у центрі серцево-судинної хірургії, у яких були арозивні кровотечі після операцій на артеріях внаслідок бойової травми. Артеріальні реконструкції включали інтерпозицію підшкірної вени у 27 пацієнтів, тромбектомію з анастомозом кінець у кінець – 8 пацієнтів.

Діагностичний алгоритм включав УЗД судин і м'яких тканин або СКТ ангіографію, а і візуальна оцінка місця ураження і тканин, якими були укріплені оперовані судини.

Більшість поранень спричинені кульовими та осколковими пораненнями. Ураження артерій – найчастіше (14/35)

– загальна та поверхнева стегнові артерії, підколінна артерія (5/35), плечова артерія (14/35), артерії передпліччя (2/35)

При проведенні операцій у хворих з арозивними кровотечами ми закриваємо місця судинної реконструкції доступними життєздатними місцевими м'язовими та жировими тканинами. Якщо тканин для закриття не було, відводимо шунти від зони поранення. Некректомії варто виконувати максимально у повному обсязі задля усунення можливості прогресування інфекції. Унікаємо безпосереднього накладання губок для VAC терапії ран на судини.

Оптимальним варіантом є негайне закриття місця реконструкції життєздатними місцевими м'якими тканинами. Над таким закриттям доцільно встановлювати апарат для терапії ран від'ємним тиском (VAC®), оскільки він забезпечує за-

криття пов'язку, що усуває рановий екссудат та зменшує бактеріальне навантаження. Закриття судинних реконструкцій м'якими тканинами виконували для забезпечення приживання, а також запобігання інфекції зони реконструкції та розвитку кровотеч.

Повторні аутовенозні протезування у пацієнтів арозивними кровотечами проводили з накладанням нових анастомозів у місцях з незмінними тканинами – 13 пацієнтів. Протезування HAV–протезами – 3. Позаанатомічні шунтування аутовенами – 19. У 3 пацієнтів була проведена ампутація у зв'язку з прогресуванням ішемії кінцівки і рецидивом кровотечі. Помер 1 пацієнт внаслідок рецидиву кровотечі.

Отже, запровадження таких підходів надало можливість отримати добрі та задовільні результати у 31 з 35 хворих.

Шляхи покращення результатів лікування хворих з бойовою травмою магістральних судин

Петрушенко В. В., Хребтій Я. В., Скупий О. М., Юрець С. С., Цигалко Д. В., Лонський К. Л., Заремба О. В., Чубатюк В. В., Дзьоник С. А., Вороновський Я. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова

Вступ. Лікування хворих з бойовою травмою магістральних судин є однією з актуальних проблем. За розповсюдженістю бойова травма судин кінцівок становлять 70–80% судинних травм.

Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих з бойовою травмою магістральних судин за рахунок поліпшення тактичних підходів в лікуванні.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування хворих з бойовою травмою магістральних судин на рівні КНП Вінницька клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова.

З метою діагностики застосовувались ультрасонографія та дуплексне сканування, СКТ з контрастуванням, артеріографічні дослідження, визначався індекс пошкодженої кінцівки. З лікувальною метою виконувались дебриджемт ран, ВАК терапія, реконструктивно-відновлювальні втручання на судинах, рентгеноендоваскулярні операції по імплантації стентграфтів.

Результати. За результатами виявлено, що травма артерій мала місце у 40%, одномоментне ураження артерій та вен у 23%, травма вен – 11%. По локалізації найбільш часто зустрічались пошкодження стегнової артерії – 31% та плечової –

23%. Підколінна артерія – 13%, клубова – 6%, ЗВГА, ПВГА – 8%, пахвова – 6%, променева, ліктьова – 8%. Сонні артерії – 5%.

За характером травмуючого агента переважала мінно вибухова травма, вогнепальні осколкові поранення (77%) над вогнепальними кульовими (23%). Серед поєднаних пошкоджень переважали травми кісток кінцівок та нервів. З лікувальною метою призначалась антибактеріальна терапія згідно чутливості флори, виконувались оперативні втручання:

- Аутовенозне протезування – 47%
- Пластика артерій, судинний шов – 27%
- Аллопротезування – 2%
- Стентування артерій – 5%
- Імплантація стент графтів – 13%
- Резекція аневризм – 5%

5 хворим виконані ампутації кінцівок у зв'язку з прогресуванням ішемії, один хворий помер після розвитку аррозивної кровотечі.

Висновки. Результати лікування хворих з бойовою травмою магістральних судин залежать від характеру та масивності травмування тканин та магістральних судин, компенсації регіонарного кровообігу.