



Хірургія

Ортопедія. Травматологія

Інтенсивна терапія

№ 2 (64) 2025

12 750 примірників*

Передплатний індекс 49561



9786727235488



Доктор медичних наук,
професор
Лариса Чернуха

**Хронічне захворювання вен
і ожиріння**

Читайте на сторінці **17**



Доктор медичних наук,
доцент
Юрій Міхеев

**Перший досвід
лапароскопічної резекції
ободової кишки з первинним
анастомозом при бойовій
торакоабдомінальній травмі
з наскрізним ушкодженням
ободової кишки**

Читайте на сторінці **12**



Доктор медичних наук,
професор
Stavros K. Kakkos

**Коморбідність у пацієнтів
із хронічним захворюванням
вен: менеджмент у практиці
судинного хірурга**

Читайте на сторінці **10**



Доктор медицини
Alexander T. Cohen

**Ефективна та безпечна терапія
венотромбоемболії:
переваги прямих оральних
антикоагулянтів**

Читайте на сторінці **7**



Рекомендації

**Консенсус
європейських експертів
щодо визначення рецидивів
вентилятор-асоційованої
пневмонії**

Читайте на сторінці **18**



Фастум® гель

Кетопрофен 2,5 % гель



Лікування БОЛЮ в м'язах та суглобах¹

30, 50, 100 г гелю у тубі



1. Показання: посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожиль.

За повною інформацією щодо можливих побічних ефектів звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель, затвердженої наказом МОЗ України від 22.12.2023 р. № 2182, Р П № UA/10841/01/01.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ФАСТУМ® ГЕЛЬ (FASTUM® GEL)

Склад. 1 гелю містить кетопрофену 0,025 г. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні засоби для місцевого застосування. Код АТХ М 02А А 10. **Показання.** Посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожиль. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, наявність в анамнезі гіперчутливості, наявність в анамнезі реакції фоточутливості відомої реакції гіперчутливості до ультрафіолетового випромінювання, вплив сонячних променів, навіть у вигляді розсіяного світла чи УФ-опромінення в солярії під час лікування і протягом двох тижнів після його припинення, III триместр вагітності та інші. **Особливості застосування.** Під час лікування та протягом 2 тижнів після його завершення рекомендується носити одяг, який закриває ділянку нанесення, для уникнення фоточутливості.

Спосіб застосування та дози. Гель слід наносити тонким шаром (3-5 см) на уражені ділянки від 1 до 3 разів на добу, а для кращого проникнення застосувати легкі масажні рухи. **Побічні ефекти.** Іноді місцеві: шкіряні реакції (такі як еритема, екзема, свербіж, відчуття печіння; рідко: дерматологічні реакції (фотосенсибілізація, бульозні висипи і кропив'янка); дуже рідко: пептична виразка, шлунково-кишкова кровотеча, діарея, контактний дерматит, ниркова недостатність або погіршення стану у разі наявності такої та інші. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Виробник. А. Менаріні Манафактурінг Логістис Енд Сервісес С.р.Л. **Адреса.** Віа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія.

Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель від 22.12.2023 р. № 2182, а саме з повним перелком протипоказань, побічних ефектів і особливостей застосування.

Представництво "Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ". Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: +38 (044) 494 33 88.

UA-Fas-03-2024-V1-Press. Останній перегляд 23.02.2024.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



Інформація для лікарів. Розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

*Загальний наклад з 10.05.2022.

Ю.О. Міхеєв, д. мед. н., професор кафедри медицини катастроф та військової медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, провідний хірург Запорізького військового госпіталю, майор медичної служби

Перший досвід лапароскопічної резекції ободової кишки з первинним анастомозом при бойовій торакоабдомінальній травмі з наскрізним ушкодженням ободової кишки



Ю.О. Міхеєв

Під час бойових дій ободова кишка часто зазнає уражень внаслідок вогнепальних та осколкових поранень. Такі травми супроводжуються високим ризиком перитоніту через контамінацію черевної порожнини кишковим вмістом. Ушкодження ободової кишки нерідко поєднуються з травмами інших органів, що ускладнює діагностику та лікування. Затримка з наданням медичної допомоги пацієнтам з ураженням ободової кишки значно підвищує летальність і ризик ускладнень. Одною із проблем лікування вогнепальних і осколкових травм живота є труднощі на етапі евакуації постраждалих із поля бою та необхідність у більшості випадків виконання хірургічної операції за тактикою «damage control surgery» із подальшим виведенням колостоми. Про особливості ведення таких пацієнтів, зокрема про унікальний досвід лапароскопічної резекції ободової кишки з первинним анастомозом при бойовій торако-абдомінальній травмі, розповів професор кафедри медицини катастроф та військової медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, майор медичної служби, провідний хірург Запорізького військового госпіталю, доктор медичних наук Юрій Олександрович Міхеєв.

Ключові слова: вогнепальні поранення, бойова травма, ушкодження ободової кишки, лапароскопічна хірургія, торако-абдомінальна травма.

Враховуючи ваш багаторічний практичний досвід у наданні медичної допомоги військовослужбовцям, які ви можете виділити актуальні проблеми, пов'язані з лікуванням травм ободової кишки?

— З моменту появи перших публікацій стосовно бойових травм товстої кишки рівень смертності з причини даної патології знизився з 90 до 3%. Однак поширеність абдомінального сепсису все ще залишається високою, перетинаючи рівень 20% випадків від загальної кількості поранень кишечника (Demetriades D. et al., 2004; Zeineddin A. et al., 2023). Цей факт вказує на важливість покращення лікування травм товстої кишки як на етапі передових хірургічних груп, так і на етапах надання спеціалізованої медичної допомоги. Хоча підходи до лікування травм товстої кишки значно вдосконалилися, багато суперечливих аспектів все ще потребують додаткової уваги. Наприклад, вибір між традиційним проксимальним відведенням стоми товстого кишечника і первинним відновленням цілісності органа все ще залишається дискусійним у військовій хірургії (Tantardini C. et al., 2021; Tang M.H. et al., 2021).

Якщо розглядати два класичні доступи — лапароскопічний і лапаротомний, — який вид втручання є більш ефективним при травмах живота з ушкодженням кишечника?

— При проведенні колоноскопії у пацієнтів із травмами товстої кишки в рамках клінічних досліджень було продемонстровано успішне використання безперервних швів та ендоскопічних лінійних степлерів для закриття перфорацій товстої кишки (Zhong W. et al., 2016; Loberman B. et al., 2023). Ці дослідження показують, що лапароскопічне первинне втручання є безпечним і ефективним при перфораціях товстої кишки й може мати переваги перед відкритим доступом. Однак роль і доцільність лапароскопічної хірургії в лікуванні проникаючої вогнепальної травми живота чітко не визначені, а кількість публікацій щодо застосування цього методу залишається невеликою (Pau L. et al., 2021; Beltzer C. et al., 2020). Деякі з цих публікацій пов'язані з війною в Україні (Gumeniuk K. et al., 2024, 2023; Lurin I. et al., 2024). Розвиток лапароскопічної хірургії при бойовій травмі живота відбувався безпосередньо завдяки головному хірургу Збройних сил України, полковнику Костянтину Віталійовичу Гуменюку. Саме він виконав та впровадив перші лапароскопічні втручання при вогнепальних пораненнях нирки та товстої кишки, і наразі

впровадження лапароскопії у військовій хірургії відбувається під його керівництвом.

Які можна виділити напрямки застосування лапароскопії у пацієнтів із пораненнями живота?

— Лапароскопічна хірургія проникаючих вогнепальних поранень черевної порожнини спочатку використовувалася з метою проведення гемостазу печінки (Schild-Suhren S. et al., 2024; Ietto G. et al., 2021). Традиційний лапароскопічний доступ рекомендований у гемодинамічно стабільних пацієнтів з абдомінальною травмою (Sermonesi G. et al., 2023). Звичайно, лапароскопічні втручання можуть включати операції на тонкому, товстому кишечнику. Наскрізні ушкодження стінок тонкої кишки можуть бути ушиті двошаровим швом, тоді як більші дефекти можуть вимагати проведення резекції та інтра- або екстракорпорального анастомозу (Di Saverio S. et al., 2019). Інші дослідники описують лапароскопічні резекції Гартмана, які можуть бути застосовані при травматичних ушкодженнях товстої кишки (Ndong A. et al., 2022; Di Saverio S. et al., 2019). Однак в умовах бойових дій при масивній бойовій травмі живота використовують уже традиційну тактику «damage control surgery». Лапароскопічні втручання виконують у гемодинамічно стабільних поранених за умови строгої селекції, при ушкодженнях тонкої та товстої кишки 1-2-го ступеня за шкалою Американської асоціації хірургії травм (AAST).

Які дискусійні питання щодо проведення лапароскопічних втручань визначили необхідність їх висвітлення та опису клінічного випадку на дану тематику?

— Відсутність у літературі даних про лапароскопічну резекцію товстої кишки з первинним анастомозом при бойових проникаючих травмах живота стала приводом для ознайомлення колег із нашим клінічним випадком. Команда досвідчених українських хірургів продемонструвала можливості та переваги лапароскопічної хірургії при бойовій проникаючій травмі живота з ураженням товстої кишки. Цей опис випадку є першим досвідом лапароскопічної резекції товстої кишки з первинним анастомозом при бойовій торакоабдомінальній травмі з наскрізним ушкодженням товстої кишки.

Які передумови в даному клінічному випадку спонукали до проведення саме лапароскопічного втручання?

— У листопаді 2024 року 47-річний військовослужбовець отримав вибухове проникаюче торакоабдомінальне поранення внаслідок скидання вибухівки з безпілотної. Початкове лікування на другому етапі надання медичної допомоги згідно маршруту пацієнта, евакуйованого з поля бою, включало дренування лівої плевральної порожнини, хірургічну обробку та герметизацію рани грудної клітки. Далі хворого евакуювали на третій рівень надання допомоги, безпосередньо до Запорізького військового госпіталю. На момент надходження стан пацієнта був середньо-тяжким. Рівень свідомості за шкалою коми Глазго склав 15 балів. Індекс маси тіла пацієнта перебував у нормі — 22,1 кг/м², артеріальний тиск — 130/80 мм рт. ст., частота серцевих скорочень — 88 уд./хвилину. Незважаючи на ушкодження грудної клітки, сатурація (SpO₂) трималася

на рівні 94%. Гематологічні показники: гемоглобін (Hb) — 111 г/л, еритроцити — 3,2×10⁶/мкл, лейкоцити — 23,6×10⁶/мкл. Гематокрит дещо знижений — 27%.

З метою інструментального обстеження пацієнту була проведена комп'ютерна томографія (КТ). Результати обстеження показали наступні зміни: проникаюче вогнепальне поранення з внутрішнім і зовнішнім ушкодженням нижньої частки лівої легені, перфорація діафрагми зліва, перфорація поперечно-ободової кишки із залишеним металевим фрагментом; пневмоперитонеум, дренований гемопневмоторакс, вогнепальний перелом задньої третини V лівого ребра (рис. 1). Лапароскопічна операція була запланована, оскільки пацієнт був гемодинамічно стабільним і без ознак системної запальної відповіді та вільної рідини в черевній порожнині.

Яку хірургічну техніку було обрано для проведення лапароскопічного оперативного втручання в даному клінічному випадку?

— Пацієнт був укладений на операційному столі в напівпозі Фаулера. Хірург і асистент камери знаходилися праворуч від пацієнта. Перший троакар встановили над пупком, досягши тиску в черевній порожнині на рівні 12-14 мм рт. ст. Праворуч і ліворуч від пупка встановили два додаткові троакари. При діагностичній лапароскопії вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Великий сальник прилягав

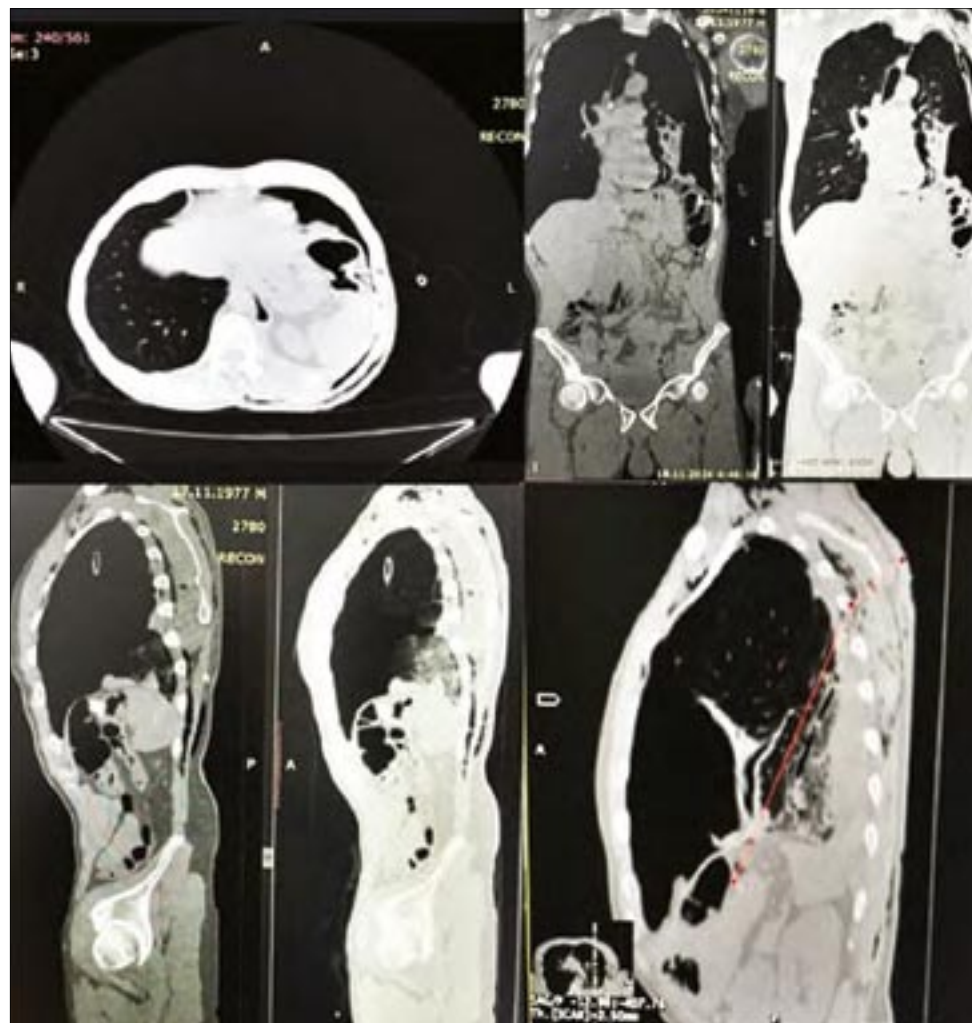


Рис. 1. Зображення КТ: наскрізне вогнепальне поранення з внутрішнім і зовнішнім ушкодженням нижньої частки лівої легені, перфорація діафрагми зліва, перфорація поперечної ободової кишки із присутнім металевим фрагментом



Рис. 2. Лапароскопія: великий сальник закрит перфоративний отвір лівого купола діафрагми



Рис. 4. Лапароскопія: металевий осколок у вихідному рановому отворі товстої кишки



Рис. 6. Лапароскопія: видалений сегмент поперечно-ободової кишки



Рис. 7. Лінійний анастомоз, виконаний за допомогою степлера



Рис. 3. Ушивання перфорації діафрагми швом 3-0 V-loc



Рис. 5. Лапароскопія: наскрізне ушкодження товстої кишки

до лівого перфоративного отвору діафрагми (приблизно 2,0×1,5 см) (рис. 2).

За допомогою атравматичних затискачів було видалено сальник. У ліву плевральну порожнину введено лапароскоп, виявлено 200 мл згорнутої крові, яку надалі аспірували. Перфорацію діафрагми зашивали безперервним швом 3-0 V-loc (рис. 3).

Чи були в пацієнта специфічні для бойової рани ушкодження кишки, що потребувало нестандартних підходів для розрішення травми?

— Подальша ревізія виявила незначні запальні зміни в ділянці поперечної ободової кишки біля селезінкового згину. При детальному огляді та розвороті кишки було візуалізовано її наскрізне ушкодження. Вхідний рановий отвір мав розміри 4-5 мм і був вкритий фібрином, а вихідний отвір містив

металевий фрагмент 17 мм (рис. 4, 5). Осколок було видалено за допомогою магнітного пристрою «Білий янгол», розробленого волонтерським штабом оборони Кременчука.

Враховуючи тяжкість травми (3-й ступінь за AAST) і нежиттєздатність країв, сегмент поперечно-ободової кишки підлягав резекції. Втручання виконали за допомогою двох лінійних степлерів Endo-GIA 60 (золотий картридж) (рис. 6).

Тканини, які підлягали резекції, помістили в поліетиленовий контейнер і дістали через робочий порт. Для відновлення прохідності кишки було виконано антиперистальтичний анастомоз «бік у бік» за допомогою степлера Endo-GIA 60 (блакитний картридж) (рис. 7). Місце анастомозу було укріплено одношаровим швом 3-0 V-loc. Процедуру завершили

дренуванням черевної порожнини та закриттям троакарних ран.

Як перебігав післяопераційний етап?

— Післяопераційне відновлення пацієнта пройшло без ускладнень. Абдомінальний дренаж видалили на другу добу, а плевральний — на п'яту добу після контрольної КТ. Повторний огляд пацієнта провели через 1,5 місяця після оперативного втручання. Враховуючи позитивні результати лікування та сприятливий прогноз, пацієнт повернувся на військову службу.

Підсумовуючи тему бойових травм кишечника, які ключові положення ви можете виділити щодо надання медичної допомоги пацієнтам із такими ушкодженнями, враховуючи характер поранень українських військовослужбовців?

— Стратегія лікування ушкодження кишечника залежить від механізму поранення. Бойова проникаюча травма живота спричиняє більшість колоректальних ушкоджень. Високошвидкісні снаряди спричиняють більші ушкодження тканин, ніж низькошвидкісні, що частіше спостерігаються у тих пацієнтів, які отримали проникаючі поранення живота в умовах повномасштабного вторгнення. При неструктурних ушкодженнях товстої кишки первинне відновлення цілісності органа є стандартним лікуванням, незалежно від факторів ризику

(Oosthuizen G. et al., 2021), однак рекомендації щодо деструктивних ушкоджень залишаються суперечливими через меншу їх частоту та обмежені літературні дані. Наш випадок демонструє, що лапароскопічна хірургія при достатній селекції може бути оптимальним варіантом лікування ушкоджень товстої кишки, пов'язаних із бойовими діями, коли ушкодження тканин мінімальне, а стан пацієнта стабільний. Відсутність масивного гемоперитонеуму та контамінації підтверджує доцільність проведення первинного шва або навіть накладання анастомозу.

Отже, використання лапароскопічного доступу в пацієнтів із вогнепальним ушкодженням ободової кишки знижує ризик післяопераційних ускладнень та інфекцій, скорочує час реабілітації та перебування у стаціонарі. За достатньо строгої селекції з урахуванням траєкторії осколка та даних КТ, за умов гемодинамічної стабільності пацієнта та відсутності контамінації рани можна виконувати лапароскопічні операції при ушкодженнях ободової кишки 1-3-го ступенів. Такий підхід суттєво знижує необхідність виконання лапаротомних втручань.

Підготувала Катерина Пашинська

Посилання
на YouTube-канал
автора



Анкета



Здоров'я України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Анкету також можна
заповнити тут:



Для нас важливо знати вашу думку!

Чи сподобався вам тематичний номер
«Хірургія. Ортопедія. Травматологія. Інтенсивна терапія»?

Назвіть три найкращі матеріали номера.

1.
2.
3.

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?

Публікації яких авторів вас цікавлять?

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера
«Хірургія. Ортопедія. Травматологія. Інтенсивна терапія»?

На яку тему?

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації?



Заповніть анкету
та надішліть за адресою:

ТОВ «Медичні аспекти здоров'я людини»
офіс 23а, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.

Вкажіть відомості,
необхідні для отримання тематичного номера
«Хірургія. Ортопедія. Травматологія. Інтенсивна терапія»

Прізвище, ім'я, по батькові:

Спеціальність, місце роботи:

Індекс:

місто:

село:

район: область:

вулиця: будинок:

корпус: квартира:

Телефон контактний:

E-mail:

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.

Підпис: _____

