

С. А. Жидков, В. Е. Корик

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ
(ПО МАТЕРИАЛАМ НАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
КОНГРЕССА СОВМЕСТНО С XX ЮБИЛЕЙНЫМ СЪЕЗДОМ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ)**

*Военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

С 4 по 7 апреля 2017 года в г. Москве проходил национальный хирургический конгресс совместно с XX Юбилейным съездом РОЭХ, в котором приняли участие начальник кафедры военно-полевой хирургии ВМедФ в УО «БГМУ» профессор, полковник медицинской службы Корик В. Е. и профессор этой же кафедры Жидков С. А. На конгрессе от кафедры был

представлен доклад «Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей».

В программе конгресса рассматривались следующие вопросы:

1. гепатопанкреатобилиарная хирургия;
2. флебология;
3. хирургическая эндокринология;
4. хирургия щитовидной железы;

5. острая кишечная непроходимость;
6. облептирующие заболевая нижних конечностей;
7. современная военно-полевая хирургия;
8. кровотечения из верхних отделов ЖКТ;
9. герниология;
10. перитонит и абдоминальный сепсис;
11. гнойная хирургия;
12. эндоскопия и энтервещионные лучевые технологии;
13. хронический панкреатит;
14. хирургия пищевода, ГЭРБ.

Одной из самых актуальных для белорусской делегации стала работа секции «Современная военно-полевая хирургия»

Профессор Брюсов П. Г. с соавт. (Москва) в своем докладе определил возможности применения программного ускоренного восстановления после операции (FTS) в военно-полевой хирургии. В период всех войн главной задачей медицины является быстрое выздоровление раненных и возврат их в строй. Это находит много общего с программой Fast track surgery (FTS) определяемой как хирургия быстрого восстановления (H. Kehlen, 1997). В его основе лежит минимизация хирургической травмы и снижение риска послеоперационных осложнений. В программе FTS выделены 18 компонентов, основными из которых являются применением эпидуральной и регионарной анестезии, малоинвазивных оперативных вмешательств и активной послеоперационной реабилитации. В результате устойчиво снижается стрессовые реакции организма и сокращаются сроки госпитального лечения. В военно-полевой хирургии важным моментом является преемственность догоспитального и стационарного этапов лечения. Положения FTS успешно применялись бригадой торакальных хирургов в 1996 году на Северном Кавказе. Это был первый этап оказания специализированной хирургической помощи, который располагался на расстоянии 70–80 км от зон боевых действий, доставка тяжелораненных осуществлялась через 2–6 часов после ранения. Из 82 раненых у 16 человек при выполнении неотложных и срочных операций впервые в практике военно-полевой хирургии была применена оперативная видеоторакоскопия. Половина раненых оперировалась в состоянии травматического шока. Все раненые в этой группе вставали уже на следующий

день, болевой синдром был минимальным, ни в одном случае не возникло осложнений, срок пребывания в тыловом госпитале был в 3 раза короче общепринятого.

Войновский А. Е. с соавт. (Балашиха) коснулся вопроса релапаротомии в лечении проникающих огнестрельных ранений живота. Проведен анализ лечения 417 раненых в ходе военных действий на Северном Кавказе (1994–1996 г; 1999–2009 г). Проникающие ранения составили около 70%. Сочетанные ранения отмечены у 85% раненых; из них у 53% повреждения живота было ведущим. По тяжести повреждения (шкала ВПХ-ПО) 43% составляли тяжелые и 31% крайне тяжелые. Травматический шок диагностирован у 62% пострадавших. Объем кровопотери у 72% составил более 1 л. Релапаротомии (РЛ) подразделяли на «программные» и «по требованию». Среди программных отдельно выделяли «программные санации», среди РЛ «по требованию» отдельно выделяли «ранние». Всего 106 раненым выполнено РЛ: «по требованию» – 98, «программные» – 64, выполнено 50 программных санаций брюшной полости. Показания к РЛ: перитонит – 34,6%; острая кишечная непроходимость – 19,6%, внутрибрюшные кровотечения – 12%. Повторные РЛ выполнялись 38 раненым. Из 107 раненых, которым выполнена РЛ, умерло 17 (19,6%). Авторы делают вывод, что нуждаемость в РЛ при проникающих огнестрельных ранениях живота составляет более 25%. РЛ должна выполняться в первые двое суток при применении тактики «damage control» и в течение первых суток после перевода из другого лечебного учреждения.

Хирургическое лечение больных с травмой прямой и ободочной кишки в военное время представляли Гринцов А. Г. с соавт. (Донецк). При огнестрельных ранениях живота с повреждением ободочной кишки авторы предлагают производить резекцию поврежденного участка, при повреждении прямой кишки – наложение сигмостомы. Закрытие последней производить через 2–3 месяца при условии полного купирования воспалительного процесса в параректальной клетчатке.

Профессор Гуманенко Е. К. с соавт. (Санкт-Петербург) остановились в своем докладе на эволюции взглядов на травматический шок и травматическую болезнь за 70 лет. Взгляды на эту проблему формировались коллективом

кафедры и клиники военно-полевой хирургии ВМедА им. С. М. Кирова с НИЛ шока и терминальных состояний начиная с А. Н. Беркутова. Они прошли путь от концепции травматического шока (ТШ) до концепции травматической болезни (ТБ) и до современной стратегии лечения тяжелых огнестрельных ранений и травм, сочетанных травм и политравм. Тезисы этих взглядов представляются следующими положениями:

1. Травматический шок – в большей степени понятие клиническое нежели патогенетическое. Им обозначается синдром циркуляции и гипоперфузии тканей, возникающих при тяжелых огнестрельных ранениях и травмах вследствие кровотечения и кровопотери, разрушение тканевых массивов и сверхсильной афферентной импульсации (боли). В патогенетическом отношении ТШ – явление моноэтиологическое и полипатогенетическое.

2. ТШ – одна из наиболее часто встречающихся клинических форм тяжелого состояния раненых или пострадавших, одна из клинических форм I острого периода ТБ. При тяжелых огнестрельных ранениях наблюдается в 78,4% случаев.

3. Травматический шок не является универсальной концепцией для оказания неотложной помощи и лечения всех ранений и травм, т.к. при тяжелых ЧМТ и тяжелых травмах груди без большой кровопотери, но с ушибом сердца и легких, с множественными переломами ребер – стратегия и тактика лечения существенно отличается.

4. Травматический шок как концепция не объясняет развитие патологических процессов и патологических состояний, развивающихся после выведения раненых из состояния травматического шока, и их причинно-следственной связи с патологическими процессами острого периода травмы.

5. Травматическая болезнь является патогенетической сущностью и клиническими проявлениями тяжелых огнестрельных ранений и механических травм, а также их последствий в динамике: от момента травмы до окончательного исхода.

6. Основу периодизации ТБ составляют патогенетические и клинические особенности каждого ее периода и вытекающие из них лечебно-тактические решения. Клинико-патогенетическую характеристику I периода ТБ составляют

острые нарушения жизненно важных функций, проявляющиеся травматическим шоком, травматической мозговой комой, острой дыхательной недостаточностью или острой сердечной недостаточностью. Клинико-патогенетическую характеристику II периода ТБ составляют прогрессирующее СВО и формирование ПОД/ПОН. Клинико-патогенетическую характеристику III периода ТБ составляют осложнения ранений и травм, преимущественно инфекционные. Клинико-патогенетическую характеристику IV периода ТБ составляют нарушения структуры и функций поврежденных органов и систем организма пострадавшего при компенсированном общем состоянии.

7. Травматическая болезнь не является универсальной концепцией для всех огнестрельных ранений и механических травм. Как концепция, она применяется только в отношении тяжелых огнестрельных ранений и механических травм, сопровождающихся острым нарушением жизненно важных функций в виде травматического шока, травматической мозговой комы, острой дыхательной недостаточности или острой сердечной недостаточности.

8. Травматическая болезнь не является самостоятельной нозологической единицей, поскольку не имеет конкретной этиологии, патогенеза и клинических проявлений. Она является лечебно-тактической концепцией.

9. В настоящее время концепция ТБ является методологией формирования стратегии и построения лечебно-тактических схем при оказании неотложной медицинской помощи, лечения и реабилитации раненых с тяжелыми огнестрельными ранениями и пострадавших я тяжелыми травмами и политравмами.

Дубров В. Э. с соавт. (Москва) представил опыт лечения раненых с повреждением магистральных сосудов на этапе квалифицированной медицинской помощи (КМП). Проведен анализ лечения 93 раненых в МОСН ГВКБ МВД России. Все раненые мужчины в возрасте от 19 до 48 лет. Из 75 (86,6%) причиной ранения был подрыв на фугасных минах, в 18 (14,4%) – попадание снаряда в боевую технику. В течении первого часа поступило 16 (17,2%) человек; второго – 47 (50,5%); в сроки от 2 до 24 часов – 30 (32,3%). До 2001 года была использована только тактика ранней помощи в полном объеме Early Total Care (ETC) (29(31,2%)

раненых). С 2002 года было начато применение дифференцированного подхода с использованием тактики программируемого многоэтапного хирургического лечения Damage Control Surgery (DCS). При АД сист. выше 90 мм рт.ст. использовали тактику ЕТС – 30(32,2%) раненых. При АД сист. менее 90мм рт.ст. или развитии полиорганной недостаточности – применяли тактику DCS (34(36,6%) человека). Послеоперационный период в 83% протекал тяжело в связи с развитием травматического шока. Продолжительность лечения на этапе КМП составило в среднем 6,6 суток. Лечение 7 (7,5%) раненых с легкими повреждениями на этапе КМП стало окончательным. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 51 (54,8%) человека. После применения традиционной тактики у 15 (51,7%) человек из 29, и 36 (56,2%) из 64 после применения дифференцированной хирургической тактики. Общая летальность составила 9 (9,7%) раненых, 4 (13,8%) – после применения тактики ЕТС (группа 1) и 5 (7,8%) – после применения дифференцированной тактики (группа 2).

Профессор Зуев В. К. с соавт. (Москва, Красногорск), в докладе определили показания к релапаротомии при лечении огнестрельных ранений живота на ЭМЭ. Проведен анализ лечения 87 раненых. Произведено 24 релапаротомии. Наиболее частыми причинами релапаротомии были: прогрессирование огнестрельного перитонита, несостоятельность швов полых органов. Проведение релапаротомии показано у раненых с множественными и сочетанными ранениями полых органов, оперируемых на фоне токсической стадии разлитого перитонита, который может прогрессировать и вызывать развитие скрыто текущих осложнений. Чаще всего – это несостоятельность ушитых ран полых органов, формирование межпетельных абсцессов; – при повреждении брюшинной части двенадцатиперстной кишки, осложняющимся при неадекватном выполняемой первичной операции с развитием флегмоны брюшинного пространства; у раненых с повреждениями поджелудочной железы, при которых проведение одномоментной операции в большинстве случаев оказывается недостаточно радикальным и требует последующих коррекций; у раненых со значительным разрушением паренхимы печени, при

котором возможны повторные кровотечения и желчеистечения.

Ковалев А. С. с соавт. (Балашиха) представили доклад о лечении раненых с отрывами нижних конечностей при минно-взрывных ранениях. Проведен анализ лечения 165 раненых на Северном Кавказе в 1994–1996 г. и 1999–2011 г. Раненые разделены на 2 группы. Раненым в I группе ампутации проводились стандартными способами, а во II группе – ампутации конечности «по типу ПХО» с последующей реконструкцией культи на этапе специализированной медицинской помощи. Во II группе лечение ран проводилось под антибактериальной пленочной повязкой с использованием средств микробиологического и цитологического контроля течения раневого процесса, с использованием методов ультразвуковой кавитации, ВАК – терапии. Разработанный метод хирургического лечения раненых с отрывами нижних конечностей при МВР позволил снизить частоту гнойно-септических раневых осложнений с 19,3% до 14,6% , повысить эффективность протезирования нижних конечностей и адаптации к новым условиям жизни с хорошими косметическими и функциональными результатами.

О применении лапароцентеза в условиях боевого и мирного времени сообщили Куницкий Ю. Л. с соавт. (Донецк). Клиника располагает опытом выполнения диагностического и лечебного лапароцентеза у 134 больных. 93(69,4%) больных составили группы: ДТП – 28(30,1%), шахтная травма – 58(62,4%), авиакатастрофа – 7(7,5%) больных. Пострадавших от огнестрельных ранений (пулевое, осколочное), минно-взрывной травмы в условиях реальных боевых действий в условиях локальной войны в Донбассе было 41(30,6%). При условии массовой госпитализации пострадавших в условиях боевого времени, либо производственной (шахтной) травмы лапароцентез является ведущим диагностическим методом. Диагностика повреждений внутренних органов при закрытой травме живота в случае внутрибрюшного кровотечения, либо повреждения полых органов с развитием перитонита была адекватной во всех без исключения случаях.

Магамадов А. Х. с соавт. (Ростов-на-Дону) представили результаты оценки тяжести состояния пострадавших с минно-взрывными ранениями живота при террористических актах. Про-

веден анализ определения тяжести состояния 94 пострадавших с ведущими повреждениями живота при террористических актах в Чеченской республике за 1999–2014 годы. При этом у 77 человек (81,9%) были ранены 2, 3 и более органов брюшной полости. Для оценки тяжести их состояние при госпитализации и в процессе лечения использовали шкалу «ВПХ-СП», а для оценки тяжести повреждения от полученной травмы и ее исхода применяли шкалу «ВПХ-П(ОР)», а также шкалы AIS и ISS. При этом тяжесть состояния раненых по шкале «ВПХ-СП» была определена в 28,2 балла. Тяжесть повреждений по шкале AIS была равна 4,3 балла, по шкале ISS (сумма квадратов кодов 3-х наиболее тяжелых повреждений) – 40,5 балла. Такое количество баллов, рассчитанных по этим шкалам, соответствовало тяжелым повреждениям. Тяжесть повреждения органов живота по шкале «ВПХ-П(ОР)» составила 9,2 балла, что указывало на тяжелую степень повреждений. Общая тяжесть повреждения у 18 человек достигала 13,4 балла. Это свидетельствовало о крайне тяжелом их состоянии. Как следует из полученных результатов исследования, у всех пострадавших имели место тяжелые повреждения. Они подтверждены всеми используемыми шкалами.

О тактике оказания специализированной помощи раненым с множественными сочетанными осколочными ранениями сообщили Розин Ю. А. и соавторы. Всем поступившим на предоперационном этапе выполнялись рентгенография, ультрозвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и магистральных сосудов, затем интраоперационная рентгенография на аппаратах с С-дугой, вторым этапом спиральная компьютерная томография с контрастным усилением (омнипак, ультравист). Все раненые находились в крайне тяжелом состоянии, вызванном множественными и сочетанными повреждениями магистральных сосудов конечностей и тяжелыми ранениями других анатомических областей тела. Соблюдался исчерпывающий объем оперативного вмешательства (радикальная хирургическая обработка ран мягких тканей с отсроченной пластикой, ревизия сосуда в ране с целью остановки кровотечения и восстановления кровотока, декомпрессионная фасциотомия) с одновременным проведением интенсивной противошоковой терапией.

Если во время ревизии раны удавалось выявить металлические фрагменты они удалялись, при невозможности извлечь осколки не акцентировали внимание на их обязательное удаление, что бы не пролонгировать время операции. Удаление осколков первично проводится только в случае угрозы повреждения крупных сосудисто-нервных пучков, используя для этого рентгенхирургические операционные оснащенные аппаратом с С-дугой позволяющие наиболее щадящее и эффективно визуализировать и миниинвазивно удалять металлические фрагменты.

Профессор Самохвалов И. М. с соавт. (Санкт-Петербург) доложил о перспективах применения эндоваскулярных технологий у раненых на этапах медицинской эвакуации с применением эндоваскулярной баллонной окклюзии брюшной аорты (ЭВБОА). Ретроспективное исследование основано на изучении банков данных кафедры военно-полевой хирургии, содержащих сведения о 5764 раненых в Афганистане (1979–1989) и на Кавказе (1994–1996, 1999–2003, 2008), а также о 970 раненых с повреждением кровеносных сосудов в этих военных конфликтах – в сопоставлении с собственным опытом лечения раненых в военных конфликтах и применения эндоваскулярных технологии в условиях хирургии повреждений мирного времени. Средние сроки доставки раненых в передовые медицинские части 2-го уровня в Афганистане составили 3,5+0,2 часа, на Кавказе – 1,4+0,4. Общая частота раненых всех локализаций в крайне тяжелом и критическом состоянии достигало 3%, что может ориентировочно отражать максимальную потребность в применении ЭВБОА на догоспитальном этапе (причины критического состояния у части раненых были связаны с тяжелой черепно-мозговой травмой и ранениями груди, при которых ЭВБОА не показана). Среди раненых, поступивших в медицинские части 2-го уровня, частота находившихся в критическом состоянии составила 1% (у абсолютного большинства вследствие массивной кровопотери). Доля раненых в крайне тяжелом и тяжелом состоянии достигала 10%, причем у половины из них имелись проникающие ранения живота и тяжелые ранения таза с продолжающимся внутренним кровотечением. Соответственно, показания к применению ЭВБОА на данном этапе эвакуации могут достигать 5–6% от входящего потока. Среди раненых, доставлен-

ных в передовые многопрофильные госпитали 3-го уровня, доля находившихся в крайне тяжелом и критическом состоянии составила 1,5% (таковой может быть частота применения ЭВБОА в приемных отделениях госпиталей 3-го уровня). До 10% раненных в живот и таз характеризовались развитием тяжелого и крайне тяжёлого состояния ввиду массивной кровопотери (ориентировочная частота интраоперационного применения ЭВБОА). Частота боевых ранений кровеносных сосудов составила 9% со значительным увеличением доли осколочных ранений от боеприпасов взрывного действия

в последних конфликтах. Среди раненых повреждением кровеносных сосудов только 30% относились к периферическим отделам конечностей, как правило не сопровождающимся острой ишемией, при лечении которых возможна перевязка сосуда. Всем остальным сосудистым раненым были показаны восстановительные вмешательства, при которых, в случае наличия в госпитале соответствующей техники и подготовленных специалистов, целесообразно применение широкого спектра эндоваскулярных технологий.

Поступила 06.05.2017 Г.