

Виды оперативных вмешательств, выполняемых при различных ранениях шеи в гражданском лечебном учреждении в условиях локального военного конфликта

В.В. Масляков^{1,2}, С.В. Капралов¹, М.А. Полиданов^{3,4} ✉, С.Е. Урядов², С.А. Куликов², К.А. Волков¹, Е.В. Красиков⁵, Р.А. Гусев⁵, В.В. Андриянов⁵

Кафедра медико-биологических дисциплин

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ

410012, Российская Федерация, Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112

² Филиал ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов

410012, Российская Федерация, Саратов, ул. Верхний Рынок, д. 10

³ ЧУОО ВО «Университет «Реавиз»

198099, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, корп. 2

⁴ ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз»

443001, Российская Федерация, Самара, ул. Чапаевская, д. 227

⁵ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

443099, Российская Федерация, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

✉ Контактная информация: Полиданов Максим Андреевич, специалист научно-исследовательского отдела, ассистент кафедры медико-биологических дисциплин ЧУОО ВО «Университет «Реавиз»; аспирант кафедры хирургических болезней, ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз». Email: maksim.polidanoff@yandex.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на достаточно большое количество работ, число больных с ранениями шеи не уменьшается в связи с неблагоприятной криминальной обстановкой и наличием локальных военных конфликтов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ основных видов оперативных вмешательств, выполняемых при различных ранениях шеи в гражданском лечебном учреждении в условиях локального военного конфликта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на ретроспективном анализе лечения 214 раненых с различными ранениями шеи, которые находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы № 9 г. Грозного Чеченской Республики с 1991 по 2000 год. Все раненые были разделены на две группы: 129 было в группе с огнестрельными ранениями и 112 – в группе с колото-резаными ранениями шеи. Средний возраст составил 35±5 лет, преобладали лица мужского пола – 78%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что в 25 наблюдениях (19,3%) выполнение операций начиналось под местной анестезией, при этом в 45% от этого числа был применён наркоз. При выполнении анестезии в большинстве случаев (84%) была произведена интубация трахеи, в остальных применяли внутривенный наркоз. Основными видами операций, выполняемых раненым в шею, были типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (26,3%); атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (16,2%); шов гортани или трахеи с трахеостомией (13,1%) и диагностическая ревизия внутренних структур шеи (12,4% наблюдений). Кроме того, в 10,8% наблюдений была проведена торакотомия, при которой, чаще всего, было выполнено ушивание ранений пищевода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило перечень основных видов операций, к которым прибегают врачи в лечении пациентов с огнестрельными ранениями шеи, поступивших в экстренном порядке в лечебное учреждение в условиях локального военного конфликта. Такими операциями являются типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи; атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи; шов гортани или трахеи с трахеостомией и диагностическая ревизия внутренних структур шеи.

Ключевые слова:

ранения шеи, виды оперативного лечения, гражданское лечебное учреждение, локальный военный конфликт

Ссылка для цитирования

Масляков В.В., Капралов С.В., Полиданов М.А., Урядов С.Е., Куликов С.А., Волков К.А. и др. Виды оперативных вмешательств, выполняемых при различных ранениях шеи в гражданском лечебном учреждении в условиях локального военного конфликта. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2025;14(3):541–546. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-3-541-546>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

ВВЕДЕНИЕ

Число больных с ранениями шеи не уменьшается в связи с неблагоприятной криминальной обстановкой и наличием локальных военных конфликтов. По данным литературы, частота ранений шеи составляет от 5 до 10% всех ранений мирного времени [1–5] и 0,5–3% ранений военного времени [6, 7]. Общая летальность при глубоких ранениях шеи составляет около 11% [8–10]. До 34% раненных в шею в мирное время умирают на месте происшествия. Основными причинами смерти являются острая массивная кровопотеря вследствие повреждения сосудов шеи (38,5%), острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность при ранениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга (30,2%), тяжёлые повреждения других локализаций (27,5%), асфиксия при ранении верхних дыхательных путей (3,8%) [11, 12]. Большинство пострадавших (80,7–90,55%), по данным различных авторов, — мужчины, средний возраст которых составляет 27–35 лет, то есть наиболее социально активная часть населения [13, 14].

Цель исследования: провести анализ основных видов оперативных вмешательств, выполняемых при различных ранениях шеи в гражданском лечебном учреждении в условиях локального военного конфликта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения 214 раненных с различными ранениями шеи, которые находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы № 9 г. Грозный Чеченской Республики с 1991 по 2000 год. Все раненные были разделены на две группы: 129 было в группе с огнестрельными ранениями и 112 — в группе с колото-резаными ранениями шеи. Средний возраст составил 35 ± 5 лет, преобладали лица мужского пола — 78%. Критериями включения были: все пациенты, поступившие с ранениями шеи.

Критерии исключения: сочетанные ранения груди, живота, головы, конечностей, повреждения спинного мозга; дети до 15 лет.

В группе с огнестрельными ранениями большинство наблюдений (96; 74,4%) — ранения, полученные от пуль различного вида и калибра; в 16 наблюдениях (12,4%) — ранения дробью, в 17 (13,1%) — металлическими осколками мин, снарядов, гранат.

В исследовании нами были применены лечебно-диагностические методы, использование которых зависело от штатно-организационной структуры и материально-технической оснащённости лечебных учреждений. В диагностических целях применяли общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования. Изучали медицинскую документацию — первичные медицинские карточки, сопроводительные листы бригад скорой медицинской помощи, истории болезни, выписки из историй болезни, протоколы судебно-медицинских экспертиз. Тяжесть травмы определяли ретроспективно по шкале «ВПХ-П» [3], выделяя четыре степени тяжести. Значения тяжести повреждений составили 1 — для лёгкой, 2 — средней, 3 — тяжёлой и 4 — крайне тяжёлой травмы. Оценку тяжести состояния раненных при поступлении в лечебное учреждение производили по шкале «ВПХ-СП» [3] ретроспективно, на основании истории болезни.

Статистический анализ количественных и качественных результатов исследования проводился с использованием статистической программы "Statistica 6". Статистически достоверным считали различие между сравниваемыми величинами при значении p меньше 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного анализа установлено, что большинство раненных в группе с огнестрельными ранениями — 67 (51,9%) ($p < 0,05$) — в момент поступления имели тяжёлые повреждения. Повреждения средней степени тяжести были выявлены у 34 раненных (26,3%) ($p < 0,05$) раненных, лёгкие — у 12 (9,3%), критические — у 9 (6,9%) и крайне тяжёлые — у 7 (5,4%). Отсюда следует, что у большинства раненных в момент поступления были зарегистрированы тяжёлые и средней степени тяжести повреждения.

При колото-резаных ранениях шеи распределение повреждений по степени тяжести в момент поступления показало, что 63 раненных (56,2%) имели лёгкую степень; 21 (18,7%) — среднюю и 28 (25%) — тяжёлую. Отсюда следует, что большинство раненных с колото-резаными ранениями в момент поступления, в отличие от группы с огнестрельными ранениями ($p < 0,05$) имели лёгкую степень тяжести.

Тяжёлое состояние пострадавших и продолжающееся кровотечение диктовали жёсткие временные ограничения к выработке хирургической тактики, в которой решающая роль принадлежала правильному выбору доступов, их очерёдности и объёму операций. Учитывая сложность обстановки, в которой приходилось работать, ориентировались на данные простейших методов оценки: краткий опрос пациента (сопровождающих лиц), время доставки, статус сознания, общее состояние, показатели дыхания (частота, ритм и характер), состояние гемодинамики (артериальное давление — АД, частота сердечных сокращений — ЧСС), локальный статус, данные аускультации. Так, при наличии признаков продолжающегося кровотечения, проявляющихся нестабильной гемодинамикой, спутанностью сознания, производили экстренную торакотомию без выполнения плевральной пункции и первичной хирургической обработки (ПХО) раны. В случаях стабильной гемодинамики и ясного сознания у пациента лечебные мероприятия начинали с выполнения плевральной пункции, ПХО раны, дренирования плевральной полости. Объём оперативного лечения зависел от характера повреждения внутренних органов и решался оперирующим хирургом в каждом случае индивидуально. В таких условиях тактику лечения больного приходилось определять при минимальном объёме диагностических манипуляций, технического и медикаментозного оснащения больницы, прекрасно понимая, что эффективность лечения тяжёлой травмы во многом зависит от своевременности диагностики и выполненных лечебных мероприятий в первые часы с момента травмы. Из 129 огнестрельных ранений в шею по неотложным показаниям оперированы 68 раненных (52,7%), при этом в 34 случаях (26,3%) неотложные операции были осуществлены по поводу сочетанных ранений других областей, в подавляющем большинстве — на груди.

В группе с колото-резаными ранениями шеи по экстренным показаниям было выполнено 94 операции (83,9%) ($p<0,05$). Срочные операции произведены у 45 раненых (34,2%) в группе с огнестрельными ранениями и в 18 (16%) — в группе с колото-резаными ранениями шеи ($p<0,05$); отсроченные — у 16 пациентов (12,4%) из группы с огнестрельными ранениями. В интенсивной терапии в момент поступления нуждались около 56% раненых в шею в группе с огнестрельными ранениями и 14% — в группе с колото-резаными ранениями шеи ($p<0,05$).

Средняя продолжительность интенсивной терапии составила $1,5\pm 0,2$ суток в группе с огнестрельными ранениями и $0,5\pm 0,3$ суток в группе с колото-резаными ранениями шеи ($p<0,05$). Средний объём перелитых растворов находился на уровне 2770 ± 120 мл в группе с огнестрельными ранениями и 768 ± 100 мл в группе с колото-резаными ранениями шеи ($p<0,05$), а среднее количество перелитой крови — 712 ± 150 мл в группе с огнестрельными ранениями и 120 ± 10 мл в группе с колото-резаными ранениями шеи ($p<0,05$).

В момент поступления выявлены следующие жизнеугрожающие состояния в группе с огнестрельными ранениями: продолжающееся кровотечение — 54 (41,8%) раненых ($p<0,05$); асфиксия — 23 (17,8%) раненых, шок — 67 (51,9%) ($p<0,05$). В группе с колото-резаными ранениями шеи: продолжающееся кровотечение — 14 (12,5%) раненых ($p>0,05$); асфиксия — 7 (6,2%) ($p>0,05$), шок — 45 (41,9%) ($p>0,05$). У 25 пострадавших (19,3%) в группе с огнестрельными ранениями выполнение операций начиналось под местной анестезией, при этом в 45% случаев от этого числа был дан наркоз. При выполнении наркоза в большинстве случаев (84%) производили интубацию трахеи, в остальных применяли внутривенный наркоз. В группе с колото-резаными ранениями шеи под местной анестезией операцию начинали в 67 (59,8%) случаях ($p<0,05$). Основными видами операций, выполняемых при огнестрельных ранениях в шею, были: типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (26,3%); атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (16,2%); шов гортани или трахеи с трахеостомией (13,1%); перевязка сосуда на протяжении (6,2%); тугая тампонада раны или давящая повязка (6,9%); сосудистый шов (3,8%); тугая (задняя и передняя) тампонада носа (5,4%); дренирование плевральной полости (9,3%); кроме того, в 10,8% наблюдений была проведена торакотомия, при которой, чаще всего, выполнено ушивание ранений пищевода. Парные сравнения с поправкой Бонферрони показали, что типичная трахеостомия (26,3%) статистически значимо чаще проводилась по сравнению со всеми остальными видами вмешательств ($p<0,05$). Наименее распространёнными оказались сосудистый шов (3,8%) и тампонада носа (5,4%) ($p<0,05$). Основные виды операций представлены в таблице.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что при огнестрельных ранениях шеи основными видами операций были типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (26,3%); атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (16,2%); шов гортани или трахеи с трахеостомией (13,1%) и диагностическая ревизия внутренних структур шеи (12,4%). Кроме того, в 10,8% наблюдений была проведена торакотомия, при которой, чаще всего, было выполнено ушивание

Таблица

Виды операций у пациентов с ранениями шеи

Table

Types of surgical procedures in patients with neck injuries

Характер оперативного лечения	Число операций в группах, n (%)	
	С огнестрельными ранениями	С колото-резаными ранениями
Типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи	34 (26,3)*	12 (10,7)
Атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи	21 (16,2)*	7 (6,25)
Шов гортани или трахеи с трахеостомией	17 (13,1)*	8 (7,1)
Интубация трахеи без вмешательства на полых органах	9 (6,9)	56 (50)*
Перевязка сосуда на протяжении	8 (6,2)*	1 (0,8)
Перевязка сосуда в ране	10 (7,7)	12 (10,7)
Тугая тампонада раны или давящая повязка	9 (6,9)*	—
Сосудистый шов	5 (3,8)*	1 (0,8)
Тугая (задняя и передняя) тампонада носа	7 (5,4)*	—
Дренирование плевральной полости	12 (9,3)*	—
Торакотомия	14 (10,8)*	—
Диагностическая ревизия внутренних структур шеи	16 (12,4)	15 (13,3)

Примечание: * — различия статистически значимы при $p<0,05$

Note: * — differences are statistically significant at $p<0,05$

ранений пищевода. Это подтверждается ранее проведенными исследованиями. Так, по данным различных авторов [4, 6], помощь больным в тяжёлом состоянии должна заключаться прежде всего в восстановлении проходимости дыхательных путей, остановке кровотечения и противошоковых мероприятиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все оперативные вмешательства на сосудах и полых органах шеи следует производить под эндотрахеальным наркозом. Оптимальным доступом к глотке и шейному отделу пищевода является разрез по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (продольная колотомия по Разумовскому–Розанову). Сторона доступа определяется локализацией раны.

ВЫВОДЫ

1. Хирургическое вмешательство при ранении глотки и шейного отдела пищевода должно быть направлено на: устранение дефекта стенки повреждённой глотки или пищевода; адекватное дренирование парафарингеальной или параэзофагеальной клетчатки; выключение повреждённого участка из акта глотания для создания функционального покоя и адекватных условий заживления ран стенок глотки или пищевода.

2. Проведённый анализ позволил установить, что основными видами операций, выполняемых при огнестрельных ранениях в шею, были: типичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (26,3%); атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи (16,2%); шов гортани или трахеи с трахеостомией (13,1%); перевязка сосуда на протяжении (6,2%); тугая тампонада раны или давящая повязка (6,9%); сосудистый шов (3,8%); тугая (задняя и передняя) тампонада носа — (5,4%); дренирование плевральной полости — (9,3%); кроме

того, в 10,8% наблюдений была проведена торакотомия, при которой, чаще всего, выполнено ушивание ранений пищевода. Парные сравнения с поправкой Бонферрони показали, что типичная трахеостомия (26,3%) достоверно чаще проводилась по сравнению со всеми остальными видами вмешательств ($p < 0,05$). Наименее распространёнными оказались сосудистый шов (3,8%) и тампонада носа (5,4%) ($p < 0,05$).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абакумов М.М., Джаграев К.Р. Диагностика и лечение ранений шеи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 1998;(8):10–13.
2. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Леманев В.А., Иодик В.В. Ранения шеи: доклад Протоколов заседаний Хирургического общества Пирогова. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2005;164(2):105.
3. Гуманенко У.К., Самохвалов И.М. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
4. Коровкина Е.Н. Ранения шеи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2014;(11):92–94.
5. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Усков А.В. Некоторые сложные и нерешенные вопросы диагностики огнестрельных ранений шеи в условиях локального вооруженного конфликта. *Вестник молодого ученого*. 2017;3(17):19–21.
6. Буренков Г.И. Хирургическая обработка огнестрельных ран шеи. *Вестник оториноларингологии*. 2011;(3):20–23.
7. Завражнов А.А., Самохвалов И.М., Ерошенко А.В. Хирургическая тактика при ранениях шеи в условиях лечебного учреждения мирного времени. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2006;165(5):50–55.
8. Back MR, Baumgartner FJ, Klein SR. Detection and evaluation of aerodigestive tract injuries caused by cervical and transmediastinal

3. Анализ данных позволяет утверждать, что для создания функционального покоя тканям в зоне повреждения в большинстве наблюдений достаточно использовать установку тонкого назогастрального зонда.

- gunshot wounds. *J. Trauma*. 1997;42(4):680–686. PMID: 9137258 <https://doi.org/10.1097/00005373-199704000-00017>
9. Bladergroen MR, Lowe JE, Postlethwait MD. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation or rupture. *Ann Thorac Surg*. 1986;42(3):235–239. PMID: 3753071 [https://doi.org/10.1016/s0003-4975\(10\)62725-7](https://doi.org/10.1016/s0003-4975(10)62725-7)
10. Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Фахрутдинов А.М., Сычев М.И. Оказание хирургической помощи раненым в шею в вооруженном конфликте. *Военно-медицинский журнал*. 2001;322(10):32–40.
11. Трунин Е.М., Михайлов А.П. *Лечение ранений и поврежденных шеи*. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб; 2004.
12. Смирнов В.Ю., Шабанов А.А., Трунин Е.М. Рациональная тактика лечения ранений шеи в условиях многопрофильной клинической больницы скорой медицинской помощи. *Скорая медицинская помощь*. 2006;7(4):59–64.
13. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. *Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи*. Москва: Медицина; 2001.

REFERENCES

1. Abakumov MM, Dzhagraev KR. Diagnostika i lechenie raneniy shei. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1998;(8):10–13. (In Russ.)
2. Abakumov MM, Pogodina AN, Lemenev VA, Iofik VV. Raneniya shei: doklad Protokolov zasedaniy Khirurgicheskogo obshchestva Pirogova. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2005;164(2):105. (In Russ.)
3. Gumanenko UK, Samokhvalov IM. *Voенно-polevaya khirurgiya lokal'nykh voyn i vooruzhennykh konfliktov*. Moscow: GEOTAR-Media Publ.; 2011. (In Russ.)
4. Korovkina EN. Neck Injuries. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2014;(11):92–94. (In Russ.)
5. Maslyakov VV, Barsukov VG, Uskov AV. Some Complex and Unresolved Issues of Diagnosis of Gunshot Wounds to the Neck of the Civilian Population in the Context of Local Armed Conflicts. *Bulletin of the Young Scientist*. 2017;3(17):19–21. (In Russ.)
6. Burenkov GI. The Surgical Treatment of Gunshot Wounds on the Neck. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2011;(3):20–23. (In Russ.)
7. Zavrazhnov AA, Samokhvalov IM, Eroshenko AV. Surgical Strategy for Wound to the Neck Under Conditions of Medical Institutions in Peace Time. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2006;165(5):50–55. (In Russ.)

8. Back MR, Baumgartner FJ, Klein SR. Detection and evaluation of aerodigestive tract injuries caused by cervical and transmediastinal gunshot wounds. *J. Trauma*. 1997;42(4):680–686. PMID: 9137258 <https://doi.org/10.1097/00005373-199704000-00017>
9. Bladergroen MR, Lowe JE, Postlethwait MD. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation or rupture. *Ann Thorac Surg*. 1986;42(3):235–239. PMID: 3753071 [https://doi.org/10.1016/s0003-4975\(10\)62725-7](https://doi.org/10.1016/s0003-4975(10)62725-7)
10. Samokhvalov IM, Zavrazhnov AA, Fakhrutdinov AM, Sychev MI. Okazanie khirurgicheskoy pomoshchi ranennym v sheyu v vooruzhennom konflikte. *Military Medical Journal*. 2001;322(10):32–40. (In Russ.)
11. Trunin EM, Mikhaylov AP. *Lechenie raneniy i povrezhdeniy shei*. Saint Petersburg: ELBI-SPb Publ.; 2004. (In Russ.)
12. Smirnov VYu, Shabanov AA, Trunin EM. Ratsional'naya taktika lecheniya raneniy shei v usloviyakh mnogoprofil'noy klinicheskoy bol'nitsy skoroy meditsinskoy pomoshchi. *Emergency Medical Car*. 2006;7(4):59–64. (In Russ.)
13. Shvyrkov MB, Burenkov GI, Demenkov VR. *Ognestrel'nye raneniya litsa, LOR-organov i shei*. Moscow: Meditsina Publ.; 2001. (In Russ.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Масляков Владимир Владимирович

профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ; профессор кафедры хирургических болезней – филиал ЧУО ВО «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов;
<https://orcid.org/0000-0001-6652-9140>, maslyakov@inbox.ru;
20%: авторство идеи, сбор и обработка материала, написание текста, окончательное утверждение текста

Капралов Сергей Владимирович

доцент, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии и онкологии ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ;
<https://orcid.org/0000-0001-5859-7928>, sergejkapralov@yandex.ru;
18%: авторство идеи, сбор и обработка материала, написание текста, окончательное утверждение текста

Полиданов Максим Андреевич

специалист научно-исследовательского отдела, ассистент кафедры медико-биологических дисциплин, ЧУО ВО «Университет «Реавиз»; аспирант кафедры хирургических болезней ЧУО ВО «Медицинский университет «Реавиз»;
<https://orcid.org/0000-0001-7538-7412>, maksim.polidanoff@yandex.ru;
16%: концепция и дизайн исследования, редактирование текста, проверка принципиально важного интеллектуального содержания

- Урядов Сергей Евгеньевич** доцент, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней филиала ЧУО ВО «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов;
<https://orcid.org/0000-0001-8836-6311>, ouriadov@mail.ru;
 11%: концепция и дизайн исследования, редактирование текста, проверка принципиально важного интеллектуального содержания
- Куликов Сергей Александрович** аспирант кафедры хирургических болезней филиала ЧУО ВО «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов;
<https://orcid.org/0000-0001-8264-6689>, kulikov_sergey88@mail.ru;
 9%: концепция и дизайн исследования, редактирование текста, проверка принципиально важного интеллектуального содержания
- Волков Кирилл Андреевич** студент 4-го курса Института клинической медицины ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ;
<https://orcid.org/0000-0002-3803-2644>, kvolee@yandex.ru;
 8%: обработка материала, ответственность за целостность всех частей статьи
- Красиков Егор Владиславович** студент 6-го курса института клинической медицины ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ;
<https://orcid.org/0000-0003-0856-1235>, egorkr02@mail.ru;
 7%: обработка материала, ответственность за целостность всех частей статьи
- Гусев Роман Андреевич** студент 6-го курса института педиатрии ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ;
<https://orcid.org/0009-0008-9884-1110>, romka-gusev2011@yandex.ru;
 6%: обработка материала, ответственность за целостность всех частей статьи
- Андриянов Владимир Владимирович** студент 6-го курса института педиатрии ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ;
<https://orcid.org/0009-0005-0678-7718>, 20drago@mail.ru;
 5%: обработка материала, ответственность за целостность всех частей статьи
- Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

Types of Surgical Interventions Performed for Various Neck Injuries in Civilian Medical Facilities in the Context of a Localized Military Conflict

V.V. Maslyakov^{1,2}, S.V. Kapralov¹, M.A. Polidanov^{3,4} ✉, S.E. Uryadov², S.A. Kulikov², K.A. Volkov¹, E.V. Krasikov⁵, R.A. Gusev⁵, V.V. Andriyanov⁵

Department of Biomedical Disciplines

¹ Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky
 Bolshaya Kazachya Str. 112, Saratov, Russian Federation 410012

² Saratov Medical University «Reaviz»

Verkhny Rynok Str. 10, Saratov, Russian Federation 410012

³ University «Reaviz»

Kalinina Str. 8, bldg. 2, Saint Petersburg, Russian Federation 198099

⁴ Medical University «Reaviz»

Chapaevskaya Str. 227, Samara, Russian Federation 443001

⁵ Samara State Medical University

Chapaevskaya Str. 89, Samara, Russian Federation 443099

✉ **Contacts:** Maxim A. Polidanov, Research Department Specialist, Assistant, Department of Biomedical Disciplines, University "Reaviz"; Postgraduate Student, Department of Surgical Diseases, Medical University "Reaviz". Email: maksim.polidanov@yandex.ru

RELEVANCE Despite a sufficiently large number of works, the number of patients with neck wounds does not decrease due to unfavorable criminal situation and the presence of localized military conflicts.

THE AIM OF THE STUDY To analyze the main types of surgical interventions performed for various neck wounds in a civilian medical institution in the conditions of localized military conflicts.

MATERIALS AND METHODS The study is based on a retrospective analysis of the treatment of 214 patients with various neck injuries who were treated at the surgical ward of City Hospital № 9 in Grozny, Chechnya, from 1991 to 2000. All patients were divided into two groups: 129 were in the group with gunshot wounds and 112 were in the group with stab wounds to the neck. The mean age was 35 ± 5 years, with males predominating (78%).

RESULTS It was found that in 25 (19,3%) cases, operations were performed under local anesthesia, and in 45% of this number anesthesia was given. When anesthesia was performed, in the majority of cases - 84% - there was tracheal intubation, in the rest - intravenous anesthesia was used. The main types of operations performed on the wounded in the neck were typical tracheostomy without laryngeal and tracheal suture in 26,3%; atypical tracheostomy without laryngeal and tracheal suture in 16,2%; laryngeal and tracheal suture with tracheostomy in 13,1%; and diagnostic revision of the internal structures of the neck, which was performed in 12,4% of cases. In addition, thoracotomy was performed in 10.8% of observations, in which, most often, suturing of esophageal wounds was performed.

CONCLUSIONS The conducted study confirmed the list of the main types of operations that surgeons resort to in the treatment of patients with gunshot wounds to the neck, admitted to a medical institution in an emergency in the conditions of a localized military conflict. Those operations include typical tracheostomy without laryngeal and tracheal suture; atypical tracheostomy without laryngeal and tracheal suture; laryngeal or tracheal suture with tracheostomy; and diagnostic revision of the internal structures of the neck.

Keywords: neck wounds, types of surgical treatment, civilian medical facility, localized military conflict

For citation Maslyakov VV, Kapralov SV, Polidanov MA, Uryadov SE, Kulikov SA, Volkov KA, et al. Types of Surgical Interventions Performed for Various Neck Injuries in Civilian Medical Facilities in the Context of a Localized Military Conflict. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2025;14(3):541–546. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-3-541-546> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study had no sponsorship

Affiliations

Vladimir V. Maslyakov	Professor, Doctor of Medicine Sciences, Professor of the Department of Mobilization Preparation of Public Health and Disaster Medicine, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky; Professor of the Department of Surgical Diseases, Saratov Medical University "Reaviz"; https://orcid.org/0000-0001-6652-9140 , maslyakov@inbox.ru; 20%, authorship of the idea, collection and processing of material, text writing, final approval of the text
Sergey V. Kapralov	Associate Professor, Doctor of Medicine Sciences, Head of the Department of Faculty Surgery and Oncology, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky; https://orcid.org/0000-0001-5859-7928 , sergejkapralov@yandex.ru; 18%, authorship of the idea, collection and processing of material, text writing, final approval of the text
Maxim A. Polidanov	Research Department Specialist, Assistant, Department of Biomedical Disciplines, University "Reaviz"; Postgraduate Student, Department of Surgical Diseases, Medical University "Reaviz"; https://orcid.org/0000-0001-7538-7412 ; maksim.polidanoff@yandex.ru; 16%, research concept and design, text editing, proof of principle intellectual content
Sergey E. Uryadov	Associate Professor, Doctor of Medicine Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases, Saratov Medical University "Reaviz"; https://orcid.org/0000-0001-8836-6311 ; ouriadov@mail.ru; 11%, research concept and design, text editing, proof of principle intellectual content
Sergey A. Kulikov	Postgraduate Student, Department of Surgical Diseases, Saratov Medical University "Reaviz"; https://orcid.org/0000-0001-8264-6689 ; kulikov_sergey88@mail.ru; 9%, research concept and design, text editing, proof of principle intellectual content
Kirill A. Volkov	4-rd Year Student, Institute of Clinical Medicine, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky; https://orcid.org/0000-0002-3803-2644 , kvolee@yandex.ru; 8%, handling of material, responsibility for the integrity of all parts of the article
Egor V. Krasikov	6th Year Student, Institute of Clinical Medicine, Samara State Medical University; https://orcid.org/0000-0003-0856-1235 , egorkr02@mail.ru; 7%, handling of material, responsibility for the integrity of all parts of the article
Roman A. Gusev	6th Year Student, Institute of Pediatrics, Samara State Medical University; https://orcid.org/0009-0008-9884-1110 , romka-gusev2011@yandex.ru; 6%, handling of material, responsibility for the integrity of all parts of the article
Vladimir V. Andriyanov	6th Year Student, Institute of Pediatric, Samara State Medical University of the Ministry; https://orcid.org/0009-0005-0678-7718 , 20drago@mail.ru; 5%, handling of material, responsibility for the integrity of all parts of the article

Received on 29.05.2024

Review completed on 02.07.2024

Accepted on 09.06.2025

Поступила в редакцию 29.05.2024

Рецензирование завершено 02.07.2024

Принята к печати 09.06.2025