

В.В. МАСЛЯКОВ, В.Г. БАРСУКОВ, К.Г. КУРКИН

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
РАНЕНИЙ ГРУДИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ**

Филиал ЧОУУ ВО «Медицинский университет «Реавиз», г. Саратов,
Российская Федерация

Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов с огнестрельными ранениями груди из числа мирного населения в условиях локального военного конфликта.

Материал и методы. Проведен анализ результатов оказания помощи 106 пациентам. Пострадавшие были разделены на две группы: А – 62 (58,5%) раненных, поступивших в сроки до 1 ч после ранения груди, Б – 44 (41,5%) раненных, поступивших в сроки более 1 ч после ранения груди.

Результаты. Проникающие ранения в группе А выявлены у 38 (61,3%) человек, непроникающие – 0 у 24 (38,7%). Повреждения внутренних органов были выявлены в 39 (62,9%) случаях. В группе Б проникающие ранения были в 21 (44,7%) случае, непроникающие – в 23 (52,3%) наблюдениях. Повреждения внутренних органов были выявлены в 21 (44,7%) случае.

Пациентам группы А были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны – 50 (80,6%) пострадавшим, 12 (19,4%) раненным сразу была проведена экстренная торакотомия. При ПХО у 24 (38,7%) раненных установлено непроникающее ранение груди. Остальным 26 (41,9%) после проведения ПХО была выполнена торакотомия. Раненым группы Б были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 39 (88,6%), 5 (11,4%) раненным была проведена сразу экстренная торакотомия. При проведении ПХО у 23 (52,3%) раненных выявлено, что ранение носит непроникающий характер. Остальным 16 (36,4%) после проведения ПХО была выполнена торакотомия.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов группы А отмечено 30 осложнений, у пациентов группы Б – 21. Общая летальность в группе А составила 12 (19,4%), в группе Б – 20 (45,5%).

Заключение. Огнестрельные ранения груди у пациентов из числа гражданского населения, полученные в условиях локальных военных конфликтов, характеризуются высоким количеством осложнений и летальностью, количество которых зависит от времени доставки раненных.

Ключевые слова: огнестрельные ранения груди, пострадавшие, экстренная торакотомия, ближайший послеоперационный период, гражданское население, осложнения, летальные исходы

Objectives. To analyze the treatment results of the chest gunshot wounds among the civilian trauma patients under the local military conflict.

Methods. The results of medical aid rendering to 106 patients were analyzed. The victims were divided into two groups: group A – 62 (58,5%) of wounded patients evacuated to hospitals within 1 hour after the chest injured, group B – 44 (41,5%) – admitted within more than 1 hour after chest injury.

Results. Penetrating wounds in the group A were diagnosed in 38 (61,3%) patients; non-penetrating – in 24 (38,7%). Visceral injuries were revealed in 39 (62,9%) cases. Penetrating wounds in the group B occurred in 21 patients (44,7%), non-penetrating – in 23 (52,3%) cases. Injuries of the internal organs were detected in 21 (44,7%) cases.

The patients (group A) were subjected to the following operative interventions: the primary surgical procedure (PSP) of wound of the chest in 50 (80,6%) victims, the emergency thoracotomy was carried out at once in 12 (19,4%) cases. Non-penetrating chest wound was diagnosed during PSP in 24 (38,7%) cases. The rest 26 (41,9%) patients were performed thoracotomy after PST. The patients (group B) underwent the following interventions: PSP of the wound was performed in 39 (88,6%) cases; the emergency thoracotomy was carried out at once in 5 (11,4%) victims. The wound was found out to be non-penetrating during PSP in 23 (52,3%). Thoracotomy was carried out after PSP in the rest 16 (36,4%) patients.

In the immediate postoperative period, 30 complications were registered in the group A, 21 complications – in group B. Total mortality in the group A was 12 (19,4%), in the group B – 20 (45,5%).

Conclusion. The breast gunshot wounds of patients among the civilian population, resulting in a local military conflicts, characterized by high morbidity and mortality, the number of which depends on the time of delivery of the injured patients.

Keywords: chest gunshot wounds, victims, emergency thoracotomy, immediate postoperative period, civilian population, complications, lethal outcomes

Novosti Khirurgii. 2016 Jul-Aug; Vol 24 (4): 379-384

Direct Treatment Results of Chest Gunshot Wounds in Civilian Trauma Patients under Conditions of Local Military Conflicts

V.V. Maslyakov, V.G. Barsukov, K.G. Kurkin

Введение

Проблема локальных военных конфликтов в настоящее время не утратила своей актуальности. Несомненно, в данных конфликтах страдают не только военнослужащие, но и мирные граждане. При этом если система оказания медицинской помощи среди военнослужащих отработана достаточно хорошо, то при оказании медицинской помощи раненым из числа гражданского населения имеются определенные проблемы [1, 2, 3, 4, 5]. Данные проблемы связаны в первую очередь с отсутствием этапности оказания помощи, зачастую раненные доставляются попутным транспортом, при этом не оказывается никакая первая медицинская помощь, не говоря уже о квалифицированной. Все это не может не влиять на течение ближайшего послеоперационного периода, развитие осложнений и летального исхода [6, 7]. В связи с этим целью нашего исследования явилось совершенствование организации и оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локальных военных действий на примере Чеченской кампании.

Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов с огнестрельными ранениями груди из числа мирного населения в условиях локального военного конфликта.

Материал и методы

Проведен анализ лечения и характера возникших осложнений у 106 раненных из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями груди. Все пациенты находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы №9 г. Грозного Чеченской Республики.

Особенности организации помощи раненым с огнестрельными ранениями груди в Чеченской Республике во многом определялись условиями антитеррористической операции, нехваткой медицинских кадров и лечебных учреждений, нарушенной инфраструктурой, вследствие чего большинство пострадавших доставлялись в больницу попутным транспортом (родственниками или посторонними) — 95%. При этом необходимо учитывать следующие факторы:

1. Помощь пострадавшим оказывалась общими хирургами, не имеющими специальных знаний по торакальной хирургии и по военно-полевой хирургии.

2. Оказание помощи проводилось в условиях боевых действий, при нехватке как медикаментов, так и диагностического оборудования.

3. Отсутствовала этапность в лечении пациентов с огнестрельными ранениями груди.

В таких условиях тактику лечения пострадавших приходилось определять при минимальном объеме диагностических манипуляций, технического и медикаментозного оснащения больницы, прекрасно понимая, что эффективность лечения тяжелой травмы во многом зависит от своевременности диагностики и выполненных лечебных мероприятий в первые часы с момента травмы.

Большинство раненных имели изолированные повреждения — 70 (66,2%), множественные повреждения в груди выявлены у 27 (25,4%) раненных, сочетанные (торакоабдоминальные) — в 9 (8,4%) наблюдениях.

Известно, что на характер течения послеоперационного периода и развитие летального исхода оказывает влияние фактор времени, т.е. время от момента получения ранения до доставки в лечебное учреждение, поэтому все раненные были разделены на две подгруппы: А — 62 (58,5%) раненных, поступивших в сроки до 1 ч после ранения груди, Б — 44 (41,5%) раненных, поступивших в сроки более 1 ч после ранения груди. В группе А средний возраст составил $35,4 \pm 2,1$ (M \pm m) года, преобладали лица мужского пола, в группе Б также преобладали лица мужского пола (96%), средний возраст составил $31,6 \pm 2,6$ (M \pm m) года. При этом проникающие ранения в группе А выявлены у 41 (66,1%) человека, непроникающие — у 24 (38,7%) раненных. В 43 (69,4%) наблюдениях ранения имели левостороннюю локализацию, правосторонняя локализация отмечена у 19 (30,6%) раненных. Преобладали пулевые ранения — 53 (85,5%), осколочные отмечены в 9 (14,5%) наблюдениях. В 47 (75,8%) случаях ранения были одиночные, в остальных 15 (24,2%) — множественные. Повреждения внутренних органов были выявлены в 39 (62,9%) случаях, не было повреждений внутренних органов у 23 (37,1%) раненных. Среди пациентов с проникающими ранениями груди в момент поступления осложнения выявлены у 35 (56,5%), при этом наиболее частыми были: открытый гемопневмоторакс — у 30 (48,4%), гемоторакс у 3 (4,8%) и пневмоторакс — у 2 (3,2%). Среди раненных с пневмотораксом напряженный клапанный пневмоторакс развивался у 6. В случае открытого гемопневмоторакса огнестрельный дефект грудной стенки возникал в результате ранения крупными осколками или выстрела с близкого расстояния в пределах действия дополнительных повреждающих факторов. У 7 (11,3%) раненных крови и воздуха из плевральной полости при плевральной пункции и дренировании не

было получено. На догоспитальном этапе пациентам данной группы оказывались следующие лечебные мероприятия: перевязка раны — 23 (37,1%) раненным, наложение окклюзионной повязки — 2 (3,2%), обезболивание наркотическими анальгетиками — 1 (1,6%), наложение транспортной иммобилизации — 3 (4,8%). Не выполнялись никакие лечебные мероприятия 30 (48,4%) раненным.

В группе Б проникающие ранения были в 21 (44,7%) случае, непроникающие — в 23 (52,3%) наблюдениях. Преобладали пулевые ранения — 38 (86,4%), осколочные отмечены в 6 (13,6%) наблюдениях. В 28 (63,6%) случаях ранения были одиночные, в остальных 15 (34,1%) — множественные. Повреждения внутренних органов были выявлены в 21 (44,7%) случае, не было повреждений внутренних органов у 23 (52,3%) раненных. Среди пациентов с проникающими ранениями груди в момент поступления осложнения выявлены у 12 (27,3%), при этом наиболее частыми были: открытый гемоторакс — у 8 (18,2%), гемоторакс — у 2 (4,5%) и пневмоторакс — у 2 (4,5%). На догоспитальном этапе раненным данной группы оказывались следующие лечебные мероприятия: перевязка раны — 12 (27,2%) раненным, наложение окклюзионной повязки — 1 (2,2%), наложение транспортной иммобилизации — 3 (6,8%). Не выполнялись никакие лечебные мероприятия у 31 (70,5%) раненному.

Тяжелое состояние пострадавших и продолжающееся кровотечение предъявляли жесткие требования к определению хирургической тактики, в которой решающая роль принадлежала правильному выбору доступов, их очередности и объема операций. Учитывая сложность обстановки, в которой приходилось работать, ориентировались на данные простейших методов оценки: краткий опрос пациента (сопровождающих лиц), время доставки, состояние сознания, общее состояние, показатели дыхания (частота, ритм и характер), состояние гемодинамики (АД, ЧСС), локальный статус, данные аускультации. Так, при наличии признаков продолжающегося кровотечения, проявляющегося нестабильной гемодинамикой, спутанностью сознания, выполнялась экстренная торакотомия без выполнения плевральной пункции и ПХО раны. В случаях стабильной гемодинамики, ясного сознания лечебные мероприятия начинались с выполнения плевральной пункции, ПХО раны, дренирования плевральной полости. Объем оперативного вмешательства зависел от характера повреждения внутренних органов и определялся оперирующим хирургом в каждом случае индивидуально.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов однофакторного дисперсного и корреляционного анализа. Вычисляли средние величины количественных показателей, стандартные ошибки и критерий согласия χ^2 Пирсона. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$. Существенность различий средних величин оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

При проведении анализа лечения и характера возникших осложнений установлено, что пациентам группы А были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 50 (80,6%) пострадавшим, 12 (19,4%) раненным ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. В процессе проведения ПХО у 24 (38,7%) раненных установлено непроникающее ранение груди, таким пострадавшим выполнено ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 26 (41,9%) после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого — 8 (12,9%); атипичная резекция легкого — 1 (1,6%); перевязка артерии — 5 (8,1%); ушивание раны сердца — 10 (16,1%); ушивание раны пищевода — 2 (3,2%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 42 (67,7%) раненным. Реинфузия крови выполнена 13 раненным.

Структура осложнений и количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, пневмония развилась в 10 (16,1%) наблюдениях у раненных с проникающими ранениями. Развитие этого осложнения зарегистрировано на 3 сутки и в большинстве наблюдений на противоположной ранению стороне. В группе раненных с непроникающими ранениями это осложнение отмечено в 1 (1,6%) наблюдении. Нагноение послеоперационной раны выявлено в 9 (14,5%) наблюдениях среди раненных с проникающими ранениями груди и в 5 (8,0%) — среди раненных с непроникающими ранениями груди. Перикардит развился в 3 (4,8%) наблюдениях среди пациентов с ранениями сердца. Во всех наблюдениях перикардит носил серозно-фибринозный характер и на

Таблица 1

Структура осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у раненных группы А

Название осложнения	Проникающие ранения		Непроникающие ранения	
	абс. число	%	абс. число	%
Пневмония	10	16,1	1	1,6
Нагноение послеоперационной раны	9	14,5	5	8,1
Перикардит	3	4,8	—	—
Медиастинит	2	3,2	—	—

фоне консервативной терапии отмечены положительная динамика течения патологического процесса, постепенное стихание как системных, так и локальных воспалительных изменений. Медиастинит развился у 2 (3,2%) пострадавших с ранениями пищевода, при этом раны были ушиты, однако адекватно не были дренированы, что могло послужить причиной несостоятельности и развития данного осложнения. Следует отметить, что в 12 (19,3%) наблюдениях было зарегистрировано развитие нескольких осложнений одновременно.

Раненным группы Б были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено у 39 (88,6%) раненных, в 5 (11,4%) раненных ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. При проведении ПХО у 23 (52,3%) раненных выявлено, что ранение носит непроникающий характер, в таких случаях производились ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 16 (36,4%) после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого – 4 (9,1%); атипичная резекция легкого – 5 (11,4%); перевязка внутригрудной артерии – 2 (4,5%); ушивание раны сердца – 2 (4,5%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 38 (86,4%) раненным. Реинфузия крови выполнена 3 раненным. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов этой группы отмечено развитие 21 (47,7%) осложнения, структура которых представлена в таблице 2.

Как видно из данных, представленных в таблице 2, пневмония развилась у 6 (13,6%) раненных с проникающими ранениями, при этом в подавляющем большинстве случаев развитие пневмонии отмечено на противоположной стороне ранения, и у 1 (2,2%) раненного с непроникающим ранением. Нагноение послеоперационной раны – в 2 (4,5%) наблюдениях при проникающих ранениями и у 9 (20,5%) при непроникающих ранениях. Перикардит развился у 1 (2,3%) раненного с проникающим ранением груди и сопутствующим ранением сердца, он носил также серозно-фибринозный характер и был купирован на фоне проведения консервативной терапии. Сепсис отмечен у 2 (4,5%) раненных с проникающими ранениями.

При проведении математического анализа статистически достоверной разницы в обеих группах по количеству осложнений получено не было ($p > 0,05$). Из этого можно сделать заключение, что на развитие осложнений в данном случае оказывает влияние не только время доставки пострадавшего, но и другие факторы, анализ которых будет представлен ниже.

Общая летальность составила 32 (30,2%), при этом в группе А она составила 12 (19,4%), в группе Б – 20 (45,5%).

В результате анализа протоколов судебно-медицинских вскрытий установлено, что в группе А причинами летальных исходов явились травматический шок в 4 (6,5%) случаях при проникающих и в 1 (1,6%) случае при непроникающих ранениях. Геморрагический шок стал причиной летального исхода у 2 (3,2%) раненных с проникающими ранениями груди. Следует отметить, что из 7 (11,3%) раненных с шоком в первые часы с момента поступления погибло 4 (6,5%). Пневмония привела к летальному

Таблица 2

Структура осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у раненных группы Б

Название осложнения	Проникающие ранения		Непроникающие ранения	
	абс. число	%	абс. число	%
Пневмония	6	13,6	1	2,2
Нагноение послеоперационной раны	2	4,5	9	20,5
Перикардит	1	2,3	-	-
Сепсис	2	4,5	-	-

исходу в — 3 наблюдениях, с проникающими ранениями — в 1 (1,6%) и с непроникающими — в 2 (3,2%) наблюдениях. В большинстве наблюдений летальный исход наступил на 7-8 сутки. Медиастинит стал причиной смерти у 2 (3,2%) пострадавших с ранениями пищевода, развитие данного осложнения было связано с несостоятельностью анастомоза.

В группе Б в ближайшем послеоперационном периоде погибло 20 (45,5%) раненных. Основной причиной летальных исходов у пациентов данной группы была пневмония, развитие которой отмечено у 13 (29,5%) пострадавших с проникающими ранениями груди и у 3 (6,8%) раненных с непроникающими ранениями. Сепсис стал причиной летального исхода у 2 (4,5%) раненных с проникающими ранениями груди. Травматический шок — у 2 (4,5%) раненных с проникающими ранениями груди.

Обсуждение

В результате исследования детально изучены особенности структуры огнестрельных проникающих изолированных ранений груди у гражданского населения в экстремальных условиях локального конфликта. По данным литературы, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с огнестрельными ранениями груди развиваются в 12-15%, а летальность составляет 8% [5]. Нами проведен анализ лечения и характера возникших осложнений у пациентов с огнестрельными ранениями груди из числа мирного населения в условиях локального военного конфликта. При этом следует отметить, что из общего числа раненных преобладали лица мужского пола, молодого возраста. Все пациенты ранения получили случайно, в вооруженных формированиях не участвовали. Все раненные были разделены на две группы в зависимости от времени получения ранения. В процессе проведения анализа установлено, что у раненных обеих групп преобладали пулевые ранения — 89,3% наблюдений в обеих группах. При этом при анализе объема оказания первой медицинской помощи, выявлено, что раненным в обеих группах не была оказана специализированная помощь в 50,8% и 65,9% наблюдений соответственно. Это может быть объяснено тем, что большинство раненных было доставлено попутным транспортом в сопровождении родственников, не обладающих достаточными знаниями и навыками оказания первой медицинской помощи, что не могло не отразиться на результатах лечения этих больных.

При проведении анализа лечения и характе-

ра возникших осложнений установлено, что пациентам группы А были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 50 (80,6%) раненным, 12 (19,4%) раненным ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. Пациентам группы Б были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 39 (88,6%) раненным, 5 (11,4%) раненным ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. При проведении ПХО у 23 (52,3%) раненных выявлено, что ранение носит непроникающий характер, в таких случаях производилось ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 16 (36,4%) после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого — 4 (9,1%); атипичная резекция легкого — 5 (11,4%); перевязка внутригрудной артерии — 2 (4,5%); ушивание раны сердца — 2 (4,5%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Отсюда следует, что пациентам с огнестрельными ранениями груди экстренная торакотомия была выполнена в 55,7% наблюдений в обеих группах, что выше по сравнению с данными литературы [5].

Таким образом, проведенное исследование показывает, что огнестрельные ранения груди у пациентов из числа гражданского населения, полученные в условиях локальных военных конфликтов, характеризуются высоким количеством осложнений и летальностью.

Выводы

1. Установлено, что у раненных обеих групп преобладали пулевые ранения — 85,8% наблюдений в обеих группах. При этом при анализе объема оказания первой медицинской помощи, выявлено, что раненным в обеих группах не была оказана специализированная помощь в 48,4% и 70,5% наблюдений соответственно. Это может быть объяснено тем, что большинство раненных было доставлено попутным транспортом в сопровождении родственников, не обладающих достаточными знаниями и навыками в оказании первой медицинской помощи, что не могло не отразиться на результатах лечения этих пациентов.

2. Пациентам с огнестрельными ранениями груди экстренная торакотомия была выполнена

в 55,7% наблюдений в обеих группах, что выше по сравнению с данными литературы, однако применение данной тактики оправдано более частыми повреждениями внутренних органов груди.

3. Исходя из представленных данных о высоком количестве осложнений и летальных исходов, у пациентов из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями, полученных в условиях локальных военных конфликтов, считаем необходимым проведение специализированной подготовки по торакальной хирургии для врачей-хирургов, работающих в таких зонах и оказывающих помощь раненым с огнестрельными ранениями груди.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедин ВВ, Радионов ИА. Современные подходы к хирургическому лечению травматических повреждений печени. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2007;12(3):248-49.
2. Гайдаров ГМ, Алексеева НЮ, Кузьмина ВВ. Концептуальные подходы к организации деятельности отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации в современных условиях. *Зам Гл Врача*. 2008;(3):22-30.
3. Керимов АЗ, Громов МС. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота в условиях регионального конфликта. *Сарат Науч-Мед Журн*.

Масляков В.В., д.м.н., профессор, проректор по научной работе и связям с общественностью ЧОУ ВО «Саратовский Медицинский университет «Реавиз». Барсуков В.Г., к.м.н., доцент кафедры хирургиче-

2010;6(2):460-62.

4. Борисов АЕ, Куюачев КЕ, Мускудинов НД, Турдыев МС. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2007;12(3):250.
5. Брюсов ПГ, Уразовский НЮ. Новые технологии при хирургическом лечении огнестрельных проникающих ранений груди. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 2001;(3):46-51.
6. Гуманенко ЕК, Самохвалов ИМ, Трусов АА, Бадалов ВИ. Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе (Сообщ 5). *Воен-Мед Журн*. 2006;327(3):7-18.
7. Масляков ВВ, Войновский АЕ, Лысов НА, Громов МС, Дадаев АЯ, Керимов АЗ, и др. Результаты лечения ранений груди среди гражданского населения в локальном военном конфликте. *Мед Наука и Образование Урала*. 2014;(2):96-100.

Адрес для корреспонденции

410012, Российская Федерация,
г. Саратов, ул. Верхний рынок, корпус, д.10,
Филиал ЧОУ ВО «Медицинский университет
«Реавиз», г. Саратов,
кафедра хирургических болезней,
тел. раб.: 8 (8452) 74-27-21,
e-mail: maslyakov@inbox.ru,
Масляков Владимир Владимирович

Сведения об авторах

ских болезней ЧОУ ВО «Саратовский Медицинский университет «Реавиз».
Куркин К.Г., аспирант кафедры хирургических болезней ЧОУ ВО «Саратовский Медицинский университет «Реавиз».

Поступила 14.12.2015 г.