

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗИНКИ

А.І.Годлевський, С.І.Саволук, О.В.Гончаренко

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Вінниця, Україна**

За період 2000-2010 рр. в ургентній клініці кафедри хірургії №2 з приводу закритих пошкоджень селезінки (ЗПС) прооперовано 124 пацієнтів, середній вік яких становив 42,0 роки, працездатного віку — 92,7%, чоловічої статі — 86 (69%), жіночої — 38 (31%), стан алкогольного сп'яніння визначався в 34% (42). Причини ЗПС: ДТП — 86 (69,4%), побутова та кримінальна травма — 26 (20,9%), кататравма — 10 (8,1%), виробнича травма — 2 (1,6%). Протягом 30 хвилин після травми госпіталізовано 21 (16,9%) пацієнта, до 1 години — 14 (11,2%), до 2 годин — 20 (16,1%), до 4 — 10 (8,1%), до 6 — 9 (7,3%), до 12 — 9 (7,3%), до 24 — 11 (8,9%), до 36 — 8 (6,5%), до 48 — 12 (9,7%), до 72 — 7 (5,6%), після 72 — 3 (2,4%); причому 11% (14) були госпіталізовані в стані декомпенсованого шоку. Діагноз ЗПС був верифікований після здійснення лапаропункції (14 — 11%), лапароцентезу та виконання перитонеального лаважу (50 — 40%), діагностичної лапароскопії (27 — 22%), динамічного ультрасонографічного моніторингу (33 — 27%), здійснення діагностичного комплексу неінвазивного та інвазивного моніторингу дозволило зменшити частоту діагностичних помилок на 5% (6). Клініка двохмоментного ЗПС відмічена в 11% (14). Для об'єктивної оцінки тяжкості травми застосовано шкалу Injury Severity Score (ISS), відповідно до якої стан середньої тяжкості визначався у 38 (30,6%) пацієнтів (за ISS ≤ 25 балів), тяжкий стан — у 54 (43,6%) (за ISS ≤ 26-39 балів), вкрай тяжкий — у 32 (25,8%) (за ISS ≥ 40 балів). Ізольована ЗПС діагностована в 33,9% (42), у структурі поєднаних травм — 66,1% (82). Черепно-мозкова травма поєднувалася із ЗПС у 23 (18,6%) пацієнтів, тяжкість якої оцінена за коматозною шкалою Глазго (CGS): ≥10 балів — 22% (5), ≤7-9 балів — 47% (11), ≤6 балів — 31% (7) травмова-

них. Поєднання травми кісток таза із ЗПС спостерігалось у 8 (6,5%) пацієнтів, за M.Tile (1987) тип А — у 3 (37,5%), тип В — у 3 (37,5%), тип С — у 2 (25%). У 20% (25) ЗПС мали множинні переломи довгих трубчастих кісток: прості множинні типу А — 48% (12), осколкові типу В — 33% (8), багатоуламкові та сегментарні типу С — 19% (5). Торакальна травма з порушенням цілісності реберного каркасу діагностована у 8% (10) ЗПС, причому флотуючий перелом ребер — у 3 (2,4%), пошкодження легені з гемотораксом — у 4 (3,2%), травма діафрагми — у 2 (1,6%) пацієнтів. Масивна заочеревинна гематома спостерігалась у 18,5% (23), з них з пошкодженням підшлункової залози — у 12 (9,7%): тіла — 2 (1,6%), хвоста — 10 (8,1%).

Оперативні втручання здійснювали під багатокомпонентною тотальною інтравенозною анестезією із застосуванням міорелаксантів та ШВЛ через серединний лапаротомний доступ, який в 11 (9%) пацієнтів був подовжений до лівої реберної дуги. При ревізії черевної порожнини обсяг гемоперитонеума відповідав крововтраті легкого ступеня у 24 (19,4%), середнього — у 28 (22,5%), тяжкого — у 72 (58,1%) пацієнтів. Середній обсяг гемоперитонеума становив 1460 мл. В 18,6% (23) ЗПС відновлення крововтрати здійснено реінфузією з додаванням антибіотиків широкого спектра (цефуроксим, зінацеф) для профілактики післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, максимальний обсяг реінфузованої крові становив 1600 мл, посттрансфузійних ускладнень не спостерігалось. При лінійному характері ушкодження в 6% (7) виконано органозберігаючі втручання, в 94% (117) — спленектомія. Для профілактики постспленектомічного синдрому 29% (34) виконано аутотрансплантацію тканини селезінки: в 16 (47%) випадках збережено функціонуючу тканину на куксах лігованих судин, в 16 (47%) — імплантація у великий сальник, в 2 (6%) — в прямий м'яз живота. Ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігалось, в 6-місячний термін доплерографічно та імунологічно обстежено 8 пацієнтів, у яких підтверджено функціонування імплантованої тканини селезінки. У зв'язку із супутніми ушкодженнями зашивання ран печінки виконано 55 (44,4%), брижі тонкої та товстої кишки — 25 (20%), діафрагми — 2 (1,6%), тонкої кишки — 9 (7,3%), нирки — 1 (0,8%), нефректомію — 2 (1,6%), торакотомію із зашиванням рани легені — 2 (1,6%) пацієнтів.

У ранньому післяопераційному періоді спостерігалися: гостра злукова кишкова непрохідність (1), лівобічний піддіафрагмальний (1) та міжпелтьовий (2) абсцеси, лівобічна емпієма плеври (1). Піс-

ляопераційна летальність склала 12%, (9 чоловіків, 7 жінок; середній вік склав 45,6 року), з них 11 (68,75%) пацієнтів госпіталізовані до 1 години після травми, до 12 — 3 (18,75%), після 24 — 2 (12,5%), протягом 24 годин після операції — 9 (56,25%), протягом 7 післяопераційних діб — 7 (43,75%), що дозволяє стверджувати доцільність максимального спрямування інтенсивної протишокової консервативної терапії протягом першої післяопераційної доби на корекцію гіповолемії, коагулопатії, профілактику поліорганної дисфункції та гнійно-септичних ускладнень. Тяжкість стану цієї категорії травмованих засвідчує поєднання травми кісток таза по типу С (5), тяжкої черепно-мозкової травми (5) та множинні травми органів черевної порожнини (6), причому в 3 випадках ці пошкодження поєднувалися з торакальною травмою.