

## ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ПЕЧІНКИ

*А.І.Годлевський, С.І.Саволюк*

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

У роботі аналізуються результати хірургічного лікування 217 пацієнтів, прооперованих в ургентній клініці кафедри хірургії №2 за 1992-2009 рр. з приводу травм печінки (ТП). Серед травмованих осіб чоловічої статі — 152 (70%), жіночої — 65 (30%), причому особи працездатного віку становили 76,5% (166), з них у стані алкогольного сп'яніння доставлено 59,5% (129). Відкрита травма живота була причиною пошкодження печінки у 40,1% (87), закрита тупа травма живота призвела до ТП у 59,9% (130) пацієнтів.

Серед причин ТП внаслідок відкритої травми живота: проникаючі колото-різані поранення — 98,8% (86), вогнепальні поранення — 1,2% (1). Серед причин ТП внаслідок закритої травми живота: ДТП — 68,5% (89), кагаатрава — 16,1% (21), кримінальна травма — 10% (13), стиснення — 5,4% (7). Протягом 1 години після травми в клініку госпіталізовано 6,9% (15), протягом 6 — 72,4% (157), протягом 12 — 8,4% (18), протягом 24 — 9,1% (20), після 24 — 3,2% (7).

Здійснення діагностичного комплексу неінвазивного (УСГ) та інвазивного (лапаропункції, лапароцентез та діагностичний перитонсальний лаваж, лапароскопія) моніторингу дозволило зменшити частоту діагностичних помилок на 6,5% (14). Об'єктивна оцінка тяжкості травмованих з ТП здійснена за шкалою ISS, відповідно до якої стан середньої тяжкості визначався у 89 (41,2%) (за ISS ≤ 25 балів), тяжкий — у 84 (38,6%) (за ISS ≤ 26-39 балів), вкрай тяжкий — у 44 (20,2%) (за ISS ≥ 40 балів) пацієнтів. Оцінка за шкалою TS: у задовільному стані (TS 16 балів) — 12 (5,5%), середнього ступеня (TS 11-15) — 77 (35,5%), тяжкий (TS 8-10) — 84 (38,7%), вкрай тяжкий (TS 3-7) — 42 (19,4%), агональний (TS 0-2) — 2 (0,9%) пацієнти. Протягом 1 години після госпіталізації прооперовано 45,1%

(98) травмованих, протягом 6 — 49% (106), протягом 6-12 — 5,9% (13). При ревізії черевної порожнини встановлено, що діафрагмальна поверхня печінки травмована в 64% (139) випадків, вісцеральна — 36% (78); права доля — 65,4% (142), ліва доля — 33% (72), права та ліва долі — 1,6% (3): I сегмент — 9% (20), II — 5% (10), III — 11% (24), IV — 8% (17), V — 34% (75), VI — 5% (10), VII — 9% (20), VIII — 19% (41); травма зв'язкового апарату печінки відмічалася у 20% (44); травма жовчного міхура діагностована у 2,77% (6), гепатикохоледоха — у 0,9% (2) пацієнтів. Ізольовані ТП діагностовано у 40,8% (88), поєднані та множинні ТП — у 59,2% (129) пацієнтів. Торакоабдомінальне поранення з пошкодженням діафрагми та гемота пневмотораксом діагностовано у 4,6% (10) пацієнтів, закрита травма грудної клітини — в 36,9% (80), з пошкодженням діафрагми — 3,2% (7), гемотораксом — 6,9% (15), пневмотораксом — 5,5% (12), флотуючий перелом ребер — 3,7% (8); ТП в поєднанні зі скелетною травмою — 41,5% (90) (прості множинні типу А — 26,3% (57), осколкові типу В — 10,1% (22), багатоуламкові та сегментарні типу С — 5,1% (11), з переломами кісток таза — 13,8% (30) (за М. Tile (1987) тип А — 18 (8,3%), тип В — 4 (1,8%), тип С — 8 (3,7%), з черепно-мозковою травмою — 33,6% (73) (за шкалою Глазго (CGS):  $\geq 10$  балів — 20,7% (45),  $\leq 7-9$  балів — 9,2% (20),  $\leq 6$  балів — 3,7% (8), з пошкодженням дванадцятипалої кишки — 3 (1,4%) (2 — очеревинний відділ, 1 — позаочеревинний відділ), з пошкодженням шлунка — 4,6% (10), тонкої кишки — 17,5% (38), товстої кишки — 8,3% (18), підшлункової залози — 6,9% (15), нирки — 3,2% (7), селезінки — 21,2% (46), судин брижі та сальника — 22,1% (48), заочеревинна гематома — 23,9% (52). Обсяг ревізованого гемоперитонеума становив  $980 \pm 76$  мл, відповідав крововтраті легкого ступеня у 52 (24%), середнього — у 98 (45%), тяжкого — у 67 (31%) пацієнтів, реінфузія виконана 21% (45).

Обсяг оперативного втручання визначався характером і локалізацією пошкодження, вихідним станом травмованого, полягав у хірургічній обробці рани печінки, досягненні гемостаза (шви, гепатооментопексія, тампонування, атипіві резекції — 4,6% (10), коригуючі релапаратомії (damage control) — 4,2% (9), зашиванні країв рани та адекватному дренируванні, обов'язковій біліарній декомпресії при масивній ТП (54 — 24,9%), ліквідації та корекції супутніх пошкоджень, інтенсивній протишоковій терапії, профілактиці поліорганної дисфункції та гнійно-септичних ускладнень.

У післяопераційному періоді в 75% (163) випадків спостерігалися клініко-лабораторні ознаки посттравматичного гепатиту. Повторні оперативні втручання з приводу гнійно-септичних ускладнень виконано 14,3% (31): піддіафрагмальні абсцеси діагностовано у 3,7% (8), абсцеси печінки — у 2,3% (5), післяопераційний жовчний перитоніт — у 4,6% (10), виникнення евістерації — у 3,7% (8) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 8,8% (19), основними причинами якої поряд з масивними поєднаними полісистемними ушкодженнями та крововтратою були прогресування поліорганної недостатності на тлі проявів травматичної хвороби та ендогенної токсемії внаслідок виникнення гнійно-септичних ускладнень.