

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗИНКИ

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

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

За період 2002-2012 рр. в ургентній клініці кафедри хірургії №2 з приводу закритих пошкоджень селезінки (ЗПС) прооперовано 124 пацієнта, середній вік склав 42,0 роки, працездатного віку — 92,7%, чоловіки — 86 (69%), жінки — 38 (31%), стан алкогольного сп'яніння — 34% (42). Серед причин ЗПС: ДТП — 86 (69,4%), побутова та кримінальна травма — 26 (20,9%), кататравма — 10 (8,1%), виробнича травма — 2 (1,6%). Протягом 30 хв. після травми госпіталізовано 21 (16,9%) хворого, до 1 години — 14 (11,2%), до 2 годин — 20 (16,1%), до 4 годин — 10 (8,1%), до 6 годин — 9 (7,3%), до 12 годин — 9 (7,3%), до 24 годин — 11 (8,9%), до 36 годин — 8 (6,5%), до 48 годин — 12 (9,7%), до 72 годин — 7 (5,6%), після 72 годин — 3 (2,4%), причому 11% (14) — у стані декомпенсованого шоку. Діагноз ЗПС був верифікований після лапаропункції у 14 (11%) пацієнтів, лапароцентезу та виконання перитонеального лаважу — у 50 (40%), діагностичної лапароскопії — у 27 (22%), динамічного УСГ моніторингу — у 33 (27%), що дозволило зменшити частоту діагностичних помилок на 18% (22 хворих). Клініка двохмоментного ЗПС відмічена у 14 (11%) пацієнтів. Для об'єктивної оцінки тяжкості травми застосовано шкалу Injury Severity Score (ISS): стан середньої тяжкості був 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). Ізольовані ЗПС діагностовано у 42 (33,9%) пацієнтів, у структурі поєднаних травм — у 82 (66,1%). ЧМТ поєднувалася із ЗПС у 23 (18,6%), тяжкість за шкалою Глазго (CGS): ≥10 балів — у 5 (22%) хворих, ≤7-9 балів — в 11 (47%), ≤6 балів — у 7 (31%). Поєд-

нання травми кісток таза із ЗПС спостерігалось у 8 (6,5%) хворих: за М. Tile (1987) тип А — у 3 (37,5%), тип В — у 3 (37,5%), тип С — у 2 (25%). У 25 (20%) пацієнтів ЗПС мали множинні переломи довгих трубчастих кісток: прості множинні типу А — у 12 (48%), осколкові типу В — у 8 (33%), багатоуламкові та сегментарні типу С — у 5 (19%). Торакальна травма з порушенням цілісності реберного каркасу діагностована у 10 (8% ЗПС), причому флотуючий перелом ребер — у 3 (2,4%), пошкодження легені з гемотораксом — у 4 (3,2%), травма діафрагми — у 2 (1,6%). Масивна заочеревинна гематома спостерігалась у 23 (18,5%) пацієнтів, з них з пошкодженням підшлункової залози — у 12 (9,7%) хворих: тіла — у 2 (1,6%), хвоста — у 10 (8,1%). При ревізії обсяг гемоперитонеума відповідав крововтраті легкого ступеня у 24 (19,4%) пацієнтів, середнього — у 28 (22,5%), тяжкого — у 72 (58,1%), у середньому 1460 мл. У 23 (18,6%) хворих здійснено реінфузію з обов'язковим додаванням антибіотиків (цефуроксім, цефоперазон) для профілактики септичних ускладнень.

У зв'язку із супутніми ушкодженнями зашивання ран печінки виконано у 55 (44,4%) пацієнтів, брижі тонкої та товстої кишки — у 25 (20%), діафрагми — у 2 (1,6%), тонкої кишки — у 9 (7,3%), ширки — в 1 (0,8%), нефректомію — у 2 (1,6%), торакотомію із зашиванням рани легені — у 2 (1,6%).

У ранньому післяопераційному періоді спостерігалися: спайкова кишкова непрохідність (1), лівобічний піддіафрагмальний (1), міжпетльовий (2) абсцеси, лівобічна емпієма плеври (1). Післяопераційна летальність склала 12% (16 хворих, з них: 9 чоловіків та 7 жінок: ЗПС в поєднанні з травмою таза за типом С — 5, тяжкою ЧМТ — 5, травмами органів черевної порожнини — 6 (у 3 з торакальною травмою), з них 11 (68,75%) пацієнтів госпіталізовані до 1 години після травми, до 12 годин — 3 (18,75%), після 24 годин — 2 (12,5%), протягом 24 годин після операції — 9 (56,25%), протягом 7 післяопераційних діб — 7 (43,75%), що стверджує доцільність максимально-го спрямування інтенсивної протишокової терапії протягом першої післяопераційної доби на корекцію гіповолемії, коагулопатії, профілактику СПОН.

Проведені нами ретроспективні біохімічні дослідження констатували, що спленектомія, окрім імунної дисфункції, супроводжується порушенням структурно-функціонального статусу печінки, наднирників та нирок, спонукали до розробки та широкого використання в клініці органозберігаючих втручань (46 хворих — 37,1%):

модифікація субтотальної резекції селезінки згідно з розробленим способом (патент №65156, А.І.Годлевський, С.І.Саволук) зі збереженням її верхнього полюса та коротких шлункових артерій — у 16, резидуалізація селезінкової тканини з її збереженням у ділянці шлунка та хвоста підшлункової залози — у 12, зашивання лінійних пошкоджень розробленим опорно-гемостатичним швом селезінки з використанням амортизаційної сітки, пасма великого сальника та аплікаційного гемостатичного матеріалу — у 18. Спленектомія виконана у 78 (62,9%) хвориз, у такому випадку для профілактики постспленектомічного синдрому 36 (29%) пацієнтам виконано аутоотрансплантацію тканини селезінки: у 16 (44,4%) випадках збережено функціонуючу тканину на куксах лігованих судин, у 16 (44,4%) — імплантація у великий сальник, у 4 (11,2%) — у прямиий м'яз живота; ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігалось. У віддаленому терміні (6, 12 місяців) підтверджена вірогідна різниця досліджуваних показників у 36 (29%) пацієнтів у порівнянні із 42 (33,9%) без аутоотрансплантації, після органозберігаючих втручань у 46 (37,1%) пацієнтів показники вірогідно не відрізнялися від значень групи здорових донорів.