

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

*А.І.Годлевський, С.І.Саволюк, В.А.Кацал*

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

У представленій роботі аналізуються результати хірургічного лікування 48 хворих з пошкодженнями товстої кишки (ПТК), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ургентній хірургічній клініці кафедри хірургії №2 за період 2002-2012 рр. Травмованих чоловіків було 73% (35), жінок — 27% (13), середній вік склав 38,4 року, у стані алкогольного сп'яніння — 46% (22). Відкрита травма живота супроводжувалася ПТК у 23% (11): колото-різані — 16,7% (8) та вогнепальні поранення — 6,3% (3); внаслідок закритої травми — 77% (37): ДТП — 52% (25), кататравма — 18,75% (9), кримінальна травма — 6,25% (3). Протягом 1 години після травми госпіталізовано 6,25% (3), до 6 годин — 50% (24), до 12 годин — 25% (12), до 24 годин — 12,5% (6), після 24 годин — 6,25% (3). Тяжкість стану за шкалою Trauma Score (TS): у задовільному стані (TS 16 балів) — 12,5% (6), середнього ступеня (TS 11-15) — 25% (12), тяжкий (TS 8-10) — 41,7% (20), вкрай тяжкий (TS 3-7) — 18,7% (9), агональний (TS 0-2) — 2,1% (1). Протягом 1 години після госпіталізації оперовано 22,9% (11), від 1 до 2 годин — 39,6% (19), від 2 до 6 годин — 29,2% (14), від 6 до 12 годин — 8,3% (4). За локалізацією відповідно до відділу товстої кишки: поперековоободова — 14 (29,2%), низхідна — 12 (25%), висхідна — 10 (20,8%), сигмовидна — 8 (16,7%), сліпа — 4 (8,3%); пошкодження правої половини — 20 (41,6%), лівої половини — 28 (58,4%); поодинокі ПТК — у 83,3% (40), множинні ПТК — у 16,7% (8), паскрізні ПТК — у 18,75% (9). Ізольовані ПТК діагностовано у 8,3% (4) травмованих, у 91,7% (44) — поєднані з іншими травмами органів черевної порожнини та заочеревинного простору: паренхіматозних — 45,8% (селезінка — 45,8% (22), печінка — 37,5% (18), двохмоментний розрив — 12,5% (6); порожнистих — 50% (тонка кишка — 50% (24),

шлунок — 10,4% (5), очеревинний відділ ДПК — 4,2% (2); органів та магістральних судин заочеревинного простору — 8,4% (нирка — 8,4% (4), підшлункова залоза — 8,4% (4), інфраренальний відділ черевної аорти — 4,2% (2), позаочеревинний відділ ДПК — 2,1% (1); судини брижі тонкої та товстої кишки та великого сальника — 54,2% (26); діафрагми — 6,25% (3); множинні пошкодження органів черевної порожнини та заочеревинного простору — у 36% (17). ПТК поєднувалися: з пошкодженнями кісток кінцівок — у 64,6% (31) випадків (прості множинні типу А — 29,2% (14), осколкові типу В — 20,8% (10), багатоуламкові та сегментарні типу С — 14,6% (7); із ЧМТ — у 45,8% (22) (за Глазго (CGS):  $\geq 10$  балів — 25% (12),  $\leq 7-9$  балів — 12,5% (6),  $\leq 6$  балів — 8,3% (4); з травмою грудної клітини з порушенням цілісності реберного каркасу — 35,4% (17) (флотуючий перелом ребер — 10,4% (5), пневмоторакс — 12,5% (6), гемоторакс — 8,3% (4); з травмою хребта — 29,2% (14) (компресійний перелом I-III ступеня без порушення — 12, III-IV ступеня з порушенням функції спинного мозку — 2); з переломами кісток таза — 27,1% (13) (за M.Tile (1987) тип А 7 — 14,6%, тип В 4 — 8,3%, тип С 2 — 4,2%); з торакоабдомінальною травмою внаслідок колото-різаних пошкоджень діафрагми, органів грудної та черевної порожнин — 6,25% (3). У 64,6% (31) під час операції діагностований перитоніт, дронування заочеревинного простору здійснено у 45,8% (22). Обсяг гемоперитонеума відповідав легкій крововтраті у 14 (29,2%), середній — у 18 (37,5%), тяжкій — у 16 (33,3%), у середньому 1960 мл, реінфузія — у 12,5% (6), заочеревинна гематома — у 56,3% (27). Обсяг втручання на тлі багатовекторної протишокової терапії та профілактики прогнозованих післяопераційних септичних ускладнень визначався локалізацією ПТК (при правобічній — геміколектомія, превентивна ілеостома; при лівобічній — геміколектомія, обструктивна резекція за типом операції Гартмана, превентивна колостома; зашивання дефекту з екстеріоризацією, методи захисту лінії швів (перитонізація клаптом очеревини за методикою професора А.І.Годлевського (рац. проп. №121 від 02.12.1977, №158 від 11.12.1975), синтетичні опорні та аплікаційні матеріали), первинні та захищені анастомози (лігатурні з опорними швами професора А.І.Годлевського (патент №22354А від 04.04.1997, №22355А від 21.07.1997) та компресійні з імплантатами на основі металу з пам'яттю форми з протективними за типом Майдля стомами), трансанальна та назоінтестинальна інтубація з програмою регіонарної профілактики неспроможності

лінії швів анастомозу (інтраінтестинальний медикаментозний електрофорез — патент №5428 від 15.03.2005), контролем над супутніми пошкодженнями та джерелом кровотечі та перитонітом (дренування з відмежуванням (патент №60682А від 15.10.2003), інтубація, контейнерна сорбція), вихідною тяжкістю стану та можливістю виконання втручання в повному обсязі (ревізійні етапні релапаротомії — damage control (4-8,3%). Загальна післяопераційна летальність склала 14,6%, що пов'язано з множинністю поєднаних пошкоджень, масивною крововтратою та прогресуванням травматичної СПОН на тлі післяопераційних септичних ускладнень.