

АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

А.І.Годлевський, С.І.Саволук, В.А.Кацал, А.А.Жмур

**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, оперованих в ургентній клініці кафедри хірургії №2 за 2002-2012 рр. з приводу травм печінки (ТП). Серед травмованих чоловіків було 152 (70%), жінок — 65 (30%), працездатного віку — 166 (76,5%) пацієнтів, з них у стані алкогольного сп'яніння — 129 (59,5%). Відкрита травма живота була причиною пошкодження печінки у 87 (40,1%) хворих: проникаючі колото-різані поранення — у 86 (98,8%), вогнепальні поранення — в 1 (1,2%), закрита травма — у 130 (59,9%): ДТП — у 89 (68,5%), кататравма — у 21 (16,1%), кримінальна травма — у 13 (10%), стиснення — у 7 (5,4%). Протягом 1 години після травми госпіталізовано 15 (6,9%) пацієнтів, протягом 6 годин — 157 (72,4%), протягом 12 годин — 18 (8,4%), протягом 24 годин — 20 (9,1%), після 24 годин — 7 (3,2%). Здійснення діагностичного комплексу неінвазивного (УСГ) та інвазивного (лапаропункції, лапароцентезу з визначенням вмісту білірубину після перитонеального лаважу, лапароскопія) моніторингу дозволило зменшити частоту діагностичних помилок на 6,5% (14 пацієнтів). Об'єктивна оцінка тяжкості травмованих з ТП здійснена за шкалою ISS: стан середньої тяжкості — у 89 (41,2%) пацієнтів (за ISS \leq 25 балів), тяжкий — у 84 (38,6%) (за ISS \leq 26-39 балів), вкрай тяжкий — у 44 (20,2%) (за ISS \geq 40 балів). Оцінка за шкалою TS: у задовільному стані (TS 16 балів) — 12 (5,5%) пацієнтів, середнього ступеня (TS 11-15) — у 77 (35,5%), тяжкий (TS 8-10) — у 84 (38,7%), вкрай тяжкий (TS 3-7) — у 42 (19,4%), агональний (TS 0-2) — у 2 (0,9%). Протягом 1 години після госпіталізації прооперовано 98 (45,1%) пацієнтів, протягом 6 годин — 106 (49%), протягом 6-12 годин — 13

(5,9%). При ревізії черевної порожнини встановлено, що діафрагмальна поверхня печінки травмована у 139 (64%), вісцеральна — у 78 (36%); права доля — у 142 (65,4%), ліва доля — у 72 (33%), права та ліва долі — у 3 (1,6%): I сегмент — 20 (9%), II — 10 (5%), III — 24 (11%), IV — 17 (8%), V — 75 (34%), VI — 10 (5%), VII — 20 (9%), VIII — 41 (19%); травма зв'язкового апарату печінки відмічалася у 44 (20%); травма жовчного міхура діагностована у 6 (2,77%), гепатикохоледоха — у 2 (0,9%). Ізольовані ТП діагностовано у 88 (40,8%), поєднані та множинні ТП — у 129 (59,2%). Торакоабдомінальне поранення з пошкодженням діафрагми та гемо- і пневмотораксом діагностовано у 10 (4,6%), закрита травма грудної клітини — у 80 (36,9%), з пошкодженням діафрагми — у 7 (3,2%), гемотораксом — у 15 (6,9%), пневмотораксом — у 12 (5,5%), флотуючий перелом ребер — у 8 (3,7%); ТП у поєднанні зі скелетною травмою — у 90 (41,5%) (прості множинні типу А — у 57 (26,3%), осколкові типу В — у 22 (10,1%), багатоуламкові та сегментарні типу С — в 11 (5,1%), переломи кісток таза — у 30 (13,8%) (за М. Tile, 1987: типу А — у 18 (8,3%), типу В — у 4 (1,8%), типу С — у 8 (3,7%)), із черепно-мозковою травмою — у 73 (33,6%) (за шкалою Глазго (CGS): ≥ 10 балів — у 45 (20,7%), $\leq 7-9$ балів — у 20 (9,2%), ≤ 6 балів — у 8 (3,7%)), з пошкодженням дванадцятипалої кишки — у 3 (1,4%) (2 — очеревинний відділ, 1 — позаочеревинний відділ), з пошкодженням шлунка — у 10 (4,6%), тонкої кишки — у 38 (17,5%), товстої кишки — у 18 (8,3%), підшлункової залози — у 15 (6,9%), нирки — у 7 (3,2%), селезінки — у 46 (21,2%), пошкодження судин брижі та сальника — у 48 (22,1%), заочеревинна гематома — у 52 (23,9%). Обсяг ревізованого гемоперитонеума становив 980 ± 76 мл, крововтрата легкого ступеня — у 52 (24%), середнього — у 98 (45%), тяжкого — у 67 (31%), реінфузія виконана у 45 (21%). Обсяг втручання та доступ визначався характером і локалізацією пошкодження, вихідним станом і полягав у хірургічній обробці рани печінки, досягненні гемостазу (шви (вікрил та його аналоги, відмова від кетгуту), гепатооментофренопексія, тампонування, коагуляція), типові та атипові резекції — у 10 (4,6%), коригуючі релапаротомії (damage control) — у 9 (4,2%), адекватному дрениуванні, стапній корекції супутніх пошкоджень, інтенсивній терапії СПОН та профілактиці гнійно-септичних ускладнень (органний електрофорез).

Принциповим моментом втручання вважаємо обов'язкову зовнішню біліарну декомпресію, оскільки є незалежним фактором

зменшення кількості релапаротомій та діагностичних і тактичних післяопераційних помилок: при масивній ТП та в поєднанні з травмою жовчних протоків, ДПК, підшлункової залози, після резекцій печінки для профілактики (жовчний перитоніт, абсцеси) та зменшення тяжкості ускладнень (посттравматичний гепатит).

У післяопераційному періоді у 163 (75%) хворих спостерігалися ознаки гепатиту, релапаротомії з приводу гнійно-септичних ускладнень виконано у 31 (14,3%) хворого: піддіафрагмальні абсцеси діагностовано у 8 (3,7%), абсцеси печінки — у 5 (2,3%), жовчний перитоніт — у 10 (4,6%), виникнення евістерації — у 8 (3,7%); післяопераційна летальність склала 8,8% (19), основною причиною якої, поряд з масивними полісистемними пошкодженнями та крововтратою, було прогресування СПОН на тлі травматичної хвороби та ендогенної токсемії внаслідок гнійно-септичних ускладнень.