

2 випадках — виконати діа-термокоагуляцію невеликих розривів печінки. Лапароцентез «блукаючим» катетером, проведений у 92 випадках, дав 5 хибнопозитивних і 2 хибнонегативних результати. Хоча інформативність лапароскопії набагато вище інформативності лапароцентезу, при одночасному надходженні 2–3 і більше потерпілих останній є більш доступним.

Без додаткових досліджень, відразу ж після надходження, 44 хворим виконано лапаротомію, а 11 — торакотомію. Невиправданими виявилися 5 лапаротомій і 2 торакотомії, що зумовлено переоцінкою тяжкості стану потерпілих, які перебували в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. За даними літератури, у 24 % хворих діагностична лапаротомія є невиправданою, що обтяжує їх стан і погіршує прогноз [5].

Через 2–6 год з моменту надходження виконано 2 торакотомії і 10 лапаротомій. У терміни 7–12 год з моменту надходження виконано 3 лапаротомії, 1 торакотомія виконана протягом 13–24 год з моменту надходження. Після 24 год з моменту надходження виконано 7 лапаротомій, обумовлених 2-моментними розривами паренхіматозних органів.

Торакотомії у хворих з пораненнями в проекції серця, які

перебували в у край тяжкому стані виконані відразу ж після надходження, навіть якщо не виявлено ушкодження органів грудної клітки, не виправданими не вважалися.

Отже, причинами тактичних помилок були: організаційні порушення — огляд потерпілих спеціалістом одного профілю та *ex consilio* після 12–24 год з моменту надходження; недотримання правила «4 катетерів»; переоцінка тяжкості стану потерпілих при алкогольному або наркотичному сп'янінні; хибнонегативні або хибнопозитивні результати лапароцентезу «блукаючим» катетером, які відмічаються також і в інших лікувальних закладах.

До помилок, припущених при наданні допомоги потерпілим з торакоабдомінальною травмою, варто зарахувати виконання лапаротомії під ЕТН у хворих із «малим пневмотораксом» без попереднього дренажу плевральної порожнини. Це найчастіше призводить до збільшення пневмотораксу і переходу його в «напружений» під час операції (подібні помилки відзначено нами у 4 випадках).

Висновки

1. Потерпілих з політравмою потрібно госпіталізувати до багатопрофільних лікувальних установ, де їм відразу

ж можуть надати спеціалізовану допомогу.

2. Обов'язковим є огляд потерпілого з політравмою *ex consilio* і дотримання правила «4 катетерів».

3. Діагностична лапароскопія, що може перейти в лікувальну, безперечно є методом вибору, однак при масовому надходженні потерпілих виконання лапароцентезу дозволить значно скоротити час доопераційного обстеження.

4. Оскільки травма грудної клітки переважає при політравмі, відповідальний хірург має пройти стажування з торакальної хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Помилки і складності у діагностиці та наданні медичної допомоги потерпілим з закритою торакоабдомінальною травмою на догоспітальному етапі / Н. М. Барамія, М. Г. Антонюк, Я. Л. Заруцький та ін. // Клін. хірургія. — 2003. — № 7. — С. 44-46.

2. *Объективная оценка тяжести травм* / Е. К. Гуманенко, В. В. Бояринцев, Т. Ю. Супрун, П. П. Ляшедько. — СПб.: ВмедА, 1999. — 110 с.

3. *Мусалатов Х. А. Хирургия катастроф.* — М.: Медицина, 1998. — 592 с.

4. *Структура летальности при политравме и перспективы её снижения* / А. Д. Пугачёв, Н. Н. Барамія, Н. Е. Полищук и др. // Клин. хирургия. — 1990. — № 4. — С. 6-7.

5. *Sambiez L. P., Denimal F. A., Potre H. L. Retroperitoneal approach and endoscopic management of peripancreatic necrosis collection* // Arch. Surg. — 1998. — Vol. 133, N 1. — P. 66-72.

УДК 617.55-001-089:616-381-072.1

В. В. Крижанівський

ДІАГНОСТИКА І МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Ушкодження селезінки при травмі живота посідає третє місце після ушкоджень кишечника і печінки і становить від

18,5 до 30,0 % серед усіх органних ушкоджень. Інтраопераційні ушкодження трапляються в 0,5–4,6 % внутрішньоочеревинних операцій, які нерідко потребують виконання спленектомії [1].

У літературі час від часу публікуються роботи, в яких описано методи припинення кровотечі з ушкодженої селезінки зі збереженням органа [2]. Однак припинити кровотечу таки-



ми способами вдається досить рідко. До того ж хірургам, які оперують, відомо, що чим більше маніпулюєш на селезінці, тим інтенсивнішою стає кровотеча, та й гарантії надійного гемостазу в ранньому післяопераційному періоді ніхто дати не може. Тому спленектомія найчастіше є неминучою.

Останніми роками виявлено, що селезінка як частина ретикулоендотеліальної системи впливає на клітинні та гуморальні фактори імунітету і є могутнім бар'єром для мікроорганізмів. Клінічними й експериментальними дослідженнями встановлено, що після спленектомії знижується рівень IgA, IgM, IgG, кількість Т- і В-лімфоцитів, фагоцитарна активність, внаслідок чого підвищується чутливість організму в післяопераційному періоді до бактеріальних і вірусних інфекцій [3]. Це загрожує ризиком виникнення різних гнійно-септичних ускладнень, частота яких у хворих, які перенесли спленектомію, становить від 20,0 до 36,8 %, а летальність від ускладнень — 1,4–10,2 %. За даними літератури, ранні гнійні ускладнення виникають у 9 % хворих після спленектомії, летальність від цих ускладнень — 62 %. Пізні ускладнення розвиваються у 6,2 % хворих, сепсис — у 2,7 % у період від 3 днів до 3,5 років після операції [4].

Останнім часом при спленектомії широко розповсюджений метод автотрансплантації селезінкової тканини. Перевагою цього методу є його простота, мінімальний ризик ускладнень, висока регенераторна та імплантаційна здатність тканини селезінки [5; 6].

Матеріали та методи дослідження

У нашій клініці з 1990 по 2003 р. перебувало на лікуванні 96 хворих з розривом селезінки при закритій травмі живота. Чоловіків було 70 (73 %),

жінок 26 (27 %). Дев'яносто (94 %) хворих надійшли до 2 год з моменту травми, 2 хворих — через 12 год після травми (3 %) і 2 — через 24 год (3 %). Усі хворі оперовані в ургентному порядку. Під час операції в 63 хворих (66 %) виявлені супровідні ушкодження органів черевної порожнини і заочеревинного простору (відповідно 48 і 15).

Найчастіше одночасно із селезінкою ушкоджувалися печінка (15 %), шлунок і кишечник (12 %), нирка (6 %). У 58 хворих з розривом селезінки діагностовано поєднану травму: закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) — у 26 (27 %) хворих, відкрита черепно-мозкова травма (ВЧМТ) — у 16 (15 %) і переломи кісток — у 16 (15 %). Об'єм крововтрати від 1000 до 2000 мл відмічено у 31 хворого, що становило 33 %, від 700 до 1000 мл — у 14 (15 %). Усім хворим із крововтратою більше 200 мл виконувалася інтраопераційна реінфузія крові. За ступенем тяжкості шоку хворих з I ст. шоку було 14 (15 %), з II ст. — 20 хворих (21 %), з III ст. — 43 (45 %), з IV ст. — 17 (18 %). З усіх хворих видужало 56 осіб, що становило 58 %, померло 40 (42 %). Висока летальність обумовлена тяжкою сполученою травмою, а саме ЗЧМТ і ВЧМТ (42 %).

Гетеротопічна автотрансплантація селезінкової тканини була виконана 34 хворим за зміненою методикою В. В. Колесникова і співавторів [5]. Вилучену селезінку декапсулювали, висікали 3–5 фрагментів розміром 3×2×0,5 см, які відмивали від крові у фізіологічному розчині кімнатної температури і пересаджували в кишеню великого сальника, який формували кисетним швом. Результати зіставлені з клінічним перебігом післяопераційного періоду 27 хворих, яким виконано спленектомію без реімплантації тканини селезінки.

Результати дослідження та їх обговорення

Із клінічних ознак розриву селезінки нами відзначено симптоми шоку і внутрішньої кровотечі, притуплення у пологих місцях живота, симптом «іванця-киванця». Біль спочатку розлитий, потім локалізується в лівому підребер'ї з іррадіацією в ліву руку, лопатку; може відзначатися напруження м'язів передньої черевної стінки в лівому підребер'ї. При ректальному і вагінальному дослідженні відмічалася болючість, іноді нависання стінки прямої кишки або заднього склепіння піхви. Здуття живота і притуплення перкуторного звуку в пологих місцях у більшості випадків виявляється у порівняно більш пізні терміни з моменту травми.

Складніша діагностика двомоментних розривів, тому що внутрішньоселезінкова гематома, яка утворилася без вливу крові у вільну черевну порожнину, не викликає специфічної симптоматики. Загальний стан потерпілого після травми покращується, але небезпека для його життя зберігається. У багатьох хворих можна визначити збільшення селезінкової тупості, болючість у лівому підребер'ї при пальпації та постукуванні по лівій реберній дузі. У другий момент розриву селезінки, що може настати через кілька годин, днів і навіть тижнів, відбувається розрив капсули і спорожнювання гематоми у вільну черевну порожнину. Все це і визначає особливості клінічних проявів травми. У перший момент підкапсульний розрив дає досить невизначену симптоматику, часто замасковану іншими проявами поєднаної травми. Головним проявом другого моменту розриву капсули є колаптоїдний стан зі швидко наростаючою клінікою внутрішньочеревної кровотечі [6; 7].



Зважаючи на ймовірність пізньої діагностики масивної внутрішньочеревної кровотечі при двомоментному розриві у віддаленому періоді після травми, а також на високий ризик розвитку посттравматичних кіст і абсцесів селезінки, рекомендуємо при діагностованому субкапсулярному розриві без ознак внутрішньочеревної кровотечі виконувати спленектомію в ургентному порядку. За останні п'ять років ми спостерігали трьох хворих із розлитим гнійним перитонітом, що розвинувся внаслідок прориву абсцесу селезінки, в анамнезі яких була травма живота. Таке ускладнення у хворих виникло через 1–3 роки після травми.

У всіх випадках, коли при закритій травмі живота виникають діагностичні сумніви, негайно виконуємо лапароцентез або лапароскопію. При підозрі на ушкодження селезінки вважаємо обов'язковим методом УЗД, однак не в усіх випадках воно підтверджує або спростовує наявність розриву органа, та й при тяжкому стані хворого воно не завжди можливе.

У разі сумніву при визначенні діагнозу застосовуємо лапароскопію. Цей метод є високоінформативним і малотравматичним. Цінність його ще й у тому, що його можна використовувати у хворих у несвідомому стані та при поєднаній травмі. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням лапароскопії, не спостерігали [8; 9].

Вважаємо, що всім хворим із травмою селезінки показана спленектомія через верхньо-серединний лапаротомний доступ. Хоча цей метод і не зовсім зручний для маніпуляції на селезінці, проте він дає можливість більш повно провести ревізію черевної порожнини, а в разі необхідності і втручання на інших органах.

Між хворими з автотрансплантацією селезінкової тканини і контрольною групою відмінностей у клінічному перебігу післяопераційного періоду не було. До 30-ї доби після спленектомії відмічаються вірогідні відмінності у відносній кількості лімфоцитів, яких у хворих із трансплантованою тканиною селезінки вірогідно більше ($31 \pm 2 \%$), ніж у хворих, яким трансплантація не виконувалася ($20 \pm 1 \%$). Найбільш істотна відмінність відзначається у кількості Т-лімфоцитів, що до 30-ї доби у хворих із трансплантацією на 40 % більше ($65 \pm 3 \%$ порівняно з $40 \pm 3 \%$). Відносна кількість В-лімфоцитів у хворих із трансплантацією виявилася вірогідно більш високою на 14-ту і 30-ту добу після операції.

Автотрансплантація внесла корективи і в показники гуморального імунітету: на 7-му і 30-ту добу після спленектомії вміст IgG і IgM у хворих з автотрансплантацією виявився істотно вищим, ніж у хворих, яким автотрансплантація не виконувалася [10].

У клініці ми спостерігали хворого К., 28 років, якому була виконана автотрансплантація селезінкової тканини у великий сальник після спленектомії. Через 1 рік хворий був оперований з приводу спайкової кишкової непрохідності. Під час другої операції у місці трансплантації було виявлено утворення розмірами $6 \times 3 \times 2$ см, що макроскопічно мало вигляд селезінки з добре розвинутою судинною сіткою у суміжних ділянках великого сальника.

Висновки

1. Найбільш інформативним методом діагностики ушкоджень селезінки є лапароскопія.

2. Органозберігаючі операції у хворих із травмою селезінки не завжди можливі.

3. Недоліки спленектомії можуть бути усунені за допомогою гетеротопічної автотрансплантації селезінкової тканини.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Клиническая хирургия* / Под ред. Ю. М. Панцырева. — М.: Медицина, 1988. — С. 346.
2. Кошелев В. Н., Чалык Ю. В. CO₂ и АИГ-лазеры в хирургии травматических повреждений печени, селезенки, почки // *Вестн. хирургии*. — 1992. — № 7-8. — С. 52-56.
3. Шапкин В. С., Эсауленко В. П. Тактика при повреждении селезенки // *Хирургия*. — 1988. — № 8. — С. 71-72.
4. Incidence of septic and thromboembolic-related deaths after Splenectomy in adults / W. Pimpl, O. Dapunt, H. Kaindl, J. Thalhamer // *Brit. J. Surg.* — 1989. — Vol. 76, N 5. — P. 517-521.
5. Регенерація селезеночної ткани при її автотрансплантації после спленектомії / В. В. Колесников, А. С. Лескин, А. П. Федоров, А. В. Бориотов // *Вестн. хирургии*. — 1989. — № 4. — С. 94.
6. Black J. J., Sinow R. M. Wilson S. E. Subcapsular haematoma as a predictor of delayed splenic rupture // *Am. Surg.* — 1992. — Vol. 58, N 12. — P. 732-734.
7. Голобородько Н. Н. Особенности хирургического лечения закрытых повреждений селезенки у больных с политравмой // *Вісн. мор. медицини*. — 2001. — № 2. — С. 86-88.
8. Мищенко Н. В. Неотложная лапароскопия в диагностике травматических разрывов селезенки // *Одес. мед. журнал*. — 2000. — № 5. — С. 67-68.
9. Гешелин С. А., Мищенко Н. В. Показания и противопоказания к диагностической лапароскопии в неотложной хирургии // *Матер. науч.-практ. конф. «Актуальні проблеми лазерної медицини, ендоскопічної хірургії та гінекології»*. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 1999. — С. 37-40.
10. Гетеротопическая ауто-трансплантация селезеночной ткани у пациентов, перенесших спленектомию по поводу травмы / С. А. Гешелин, А. А. Бабур, В. И. Гирля, В. В. Крыжановский // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2000. — № 2. — С. 272.

