

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

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

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

У даній 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 1998-2010 рр.

Травмованих чоловічої статі було 73% (35), жіночої статі — 27% (13), середній вік яких становив 38,4 року, у стані алкогольного сп'яніння до клініки госпіталізовано 46% (22). Відкрита травма живота супроводжувалася ПТК в 23% (11), внаслідок закритої травми живота — 77% (37).

Причинами ПТК при відкритій травмі живота були колото-різані (16,7% — 8) та вогнепальні (6,3% — 3) поранення; причинами ПТК при закритій травмі живота: ДТП — 52% (25), кататравма — 18,75% (9), кримінальна травма — 6,25% (3). Протягом 1 години після отримання 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 при госпіталізації оцінювали за шкалою Trauma Score (TS): у задовільному стані (TS 16 балів) — 12,5% (6), середнього ступеня тяжкості (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 прооперовано 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 ушкодження відповідно до відділу товстої кишки розподіл пацієнтів був наступним: попереково-ободова кишка — 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 верифіковано у 83,3% (40), множинні ПТК — в 16,7% (8)

травмованих, наскрізні ПТК виявлені у 18,75% (9). Ізольовані ПТК діагностовано у 8,3% (4) травмованих, в 91,7% (44) — поєднані з іншими пошкодженнями органів черевної порожнини та заочеревинного простору: паренхіматозних органів (45,8%) (селезінка — 45,8% (22), печінка — 37,5% (18), двохмоментний розрив — 12,5% (6), порожнистих органів (50%) (тонка кишка — 50% (24), шлунок — 10,4% (5), очеревинний відділ дванадцятипалої кишки — 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 дванадцятипалої кишки — 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 спостерігалися в 36% (17). ПТК поєднувалися з пошкодженням кісток кінцівок у 64,6% (31) випадків (прості множинні типу А — 29,2% (14), осколкові типу В — 20,8% (10), багаточасткові та сегментарні типу С — 14,6% (7), з черепно-мозковою травмою — в 45,8% (22) (за шкалою Глазго (CGS): ≥ 10 балів — 25% (12), $\leq 7-9$ балів — 12,5% (6), ≤ 6 балів — 8,3% (4), 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), травмою хребта — 29,2% (14) (компресійний перелом I-III ст. без порушення функції спинного мозку (12), III-IV ст. з порушенням функції спинного мозку (2), переломи кісток таза — 27,1% (13) (за M. Tile (1987) тип А — 7 (14,6%), тип В — 4 (8,3%), тип С — 2 (4,2%), торакоабдомінальною травмою внаслідок колото-різаних пошкоджень діафрагми, органів грудної та черевної порожнин — 6,25% (3). У 31 (64,6%) травмованих під час оперативного лікування діагностований перитоніт, дренажування заочеревинного простору здійснено в 45,8% (22). При ревізії обсяг гемоперитонеума відповідав крововтраті легкого ступеня у 14 (29,2%), середнього — у 18 (37,5%), тяжкого — у 16 (33,3%) пацієнтів, середній обсяг якого становив 1960 мл. Реінфузія виконана 12,5% (6), заочеревинну гематому верифіковано у 56,3% (27) пацієнтів.

Обсяг оперативного втручання здійснювався на тлі інтенсивної багатовекторної протишокової терапії та профілактики прогнозованих післяопераційних гнійно-септичних ускладнень та визначався локалізацією ПТК (при правобічній — геміколектомія, превентивна ілеостома; при лівобічній — геміколектомія, обструктивна резекція

по типу операції Гартмана, превентивна колостома; зашивання дефекту з екстеріоризацією та методами захисту лінії швів (перитонізація, синтетичні матеріали), первинні анастомози, трансанальна інтубація), контролем над супутніми пошкодженнями та джерелом кровотечі та перитонітом (дренування, назоінтестинальна інтубація), 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 поліорганної дисфункції.