

ного та коагуляційного гемостазу, рідше виконувалось кліпування судин. Рецидив, серед хворих яким виконаний успішний первинний ендоскопічний гемостаз, виник у 6,5 % хворих. Проведено аналіз померлих хворих з шлунково – кишковою кровотечею виразкової етіології. 77 % померлих хворих були старечого та похилого віку. 81 % хворих мали декомпенсовану супутню патологію (24 % – цироз печінки, 42 % – тяжку серцеву патологію, 29% – цукровий діабет, 24% – пневмонію, 14 % – новоутворення). Серед відкритих хірургічних втручань переважали органозберігаючі операції: висічення або екстеріоризація виразки дванадцятипалої кишки, висічення виразки шлунку або резекція шлунку (при стабільному стані хворого).

Висновки. Кількість хворих з шлунково – кишковими кровотечами щорічно не зменшується. Основним методом лікування залишається комбінований ендоскопічний гемостаз. Головними факторами, що впливають на летальність та ускладнення є вік хворого, стан при надходженні, морфологія виразки, наявність супутньої патології (цироз печінки, серцева патологія, цукровий діабет, новоутворення та ін).

Удосконалення методів профілактики та лікування післяопераційного гіпоспленізму при травматичних ушкодженнях селезінки

Колосович І.В., Ганоль І.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Лікування травматичних ушкоджень селезінки залишається однією з нагальних проблем сучасної хірургії, що обумовлено високою частотою даної патології (15,5–30% від загальної кількості травм органів черевної порожнини), летальністю (7–26%) та ризиком розвитку ускладнень у післяопераційному періоді (5–60%). Тактика та спосіб ведення хворого з травмою селезінки визначається ступенем ушкодження, станом пацієнта під час операції, супутньою патологією та порушеннями гемокоагуляції при масивній крововтраті. При цьому, виконання спленектомії у пацієнтів з масивними ушкодженнями селезінки асоціюється з ризиком виникнення синдрому післяопераційного гіпоспленізму.

Мета. Удосконалення методів профілактики та лікування післяопераційного гіпоспленізму при травматичних ушкодженнях селезінки.

Матеріали та методи. Дослідження виконувалась згідно з оригінальним протоколом та складалась з двох етапів. На першому етапі вивчались особливості кровопостачання воріт селезінки на секційному матеріалі. Селезінку препарували зі збереженням її воріт, жирової клітковини, судин, проксимального відділу зв'язок та їх структур. Гістологічне дослідження починали з висічення макропрепарату, що складався з капсули селезінки, жирової тканини її воріт на відстані від місця входження селезінкових судин в паренхіму селезінки, розміром 1×1,5 см, з наступним фіксуванням його 10% нейтральним формаліном та забарвленням гематоксиліном і еозином. З огляду на отримані результати, було удосконалено способи лікування травматичних ушкоджень селезінки III–V ступенів та профілактики післяопераційного гіпоспленізму. Перша методика, атипова резекція селезінки з укриванням площини зрізу клейовою гемостатичною пластиною, застосовувалась у разі ушкодження III–IV сту-

пенів (видалення до 1/2 органу). За даною методикою було прооперовано 17 хворих. Друга методика, яка використовувалась при травматичних ушкодженнях селезінки IV–V ступенів (видалення понад 3/4 органу), полягала у субтотальній резекції селезінки з викроюванням паренхіми у вигляді муфт навколо артерій другого порядку. За даною методикою було прооперовано 18 хворих.

На другому етапі дослідження був проведений аналіз результатів обстеження та лікування 68 пацієнтів з травматичними ушкодженнями селезінки III–V ступенів. В залежності від обраної лікувальної тактики хворі були розділені на основну групу (n=35, застосовувались удосконалені способи лікування) та групу порівняння (n=33, виконувалась спленектомія).

Результати. На першому етапі було виявлено, що середня довжина артерій селезінки другого порядку становить $1,3 \pm 0,2$ см, від них відходять дрібні судини діаметром $120,83 \pm 29,14$ мкм, які беруть участь в утворенні розташованих під капсулою органу артеріовенозних комплексів. На другому етапі були удосконалені та впроваджені способи профілактики післяопераційного гіпоспленізму у разі травматичних ушкоджень органа III–V ступенів у хворих основної групи. Встановлено, що наявність тканини селезінки з магістральним кровотоком забезпечує стабільність фільтруючої функції органа. Водночас спленектомія супроводжувалася серйозними порушеннями у вигляді появи в периферичній крові зруйнованих та патологічно змінених еритроцитів. Також за результатами сонографічного обстеження був виявлений приріст площі залишеної паренхіми селезінки у разі застосування субтотальної резекції органа з формуванням муфт паренхіми навколо артерій другого порядку через два міс на 21,4%, через рік – 40,2%. У разі застосування субтотальної резекції селезінки з укриванням площини зрізу клейовою гемостатичною пластиною приріст площі через 2 міс становив 27,3%, через рік – 49,1%.

Водночас, аналіз раннього та віддаленого післяопераційних періодів виявив залежність частоти виникнення ускладнень та летальних випадків як від виду застосованого оперативного втручання, так і від характеру ушкоджень. Разом з тим впровадження удосконалених способів лікування дало змогу вірогідно знизити частоту розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді у хворих основної групи з ізолюваними ушкодженнями на 24,4% ($\chi^2=3,91, 95\%$ ДІ 0,22 – 48,47, $p=0,04$), намітити тенденцію до зниження у хворих з множинними ускладненнями на 24,2% ($p>0,05$) та зменшення летальних випадків на 9,1% ($p=0,07$). Також спостерігалась вірогідне зменшення частоти виникнення ускладнень у пізньому післяопераційному періоді на 27,1% ($\chi^2=8,96, 95\%$ ДІ 9,36 – 45,13, $p=0,002$).

Висновки. Середня довжина артерій селезінки другого порядку складає $1,3 \pm 0,2$ см, від них відходять дрібні судини діаметром $120,83 \pm 29,14$ мкм, які приймають участь в утворенні розташованих під капсулою артеріовенозних комплексів. Отримані дані щодо особливостей кровообігу селезінки пояснюють можливості регенерації її тканини за рахунок елементів білої та червоної пульпи при збереженні паренхіми в ділянці воріт. Впровадження розроблених способів профілактики післяопераційного гіпоспленізму у хворих на травматичне ушкодження селезінки III – V ступеня дозволяє вірогідно знизити частоту розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді у разі ізолюваної травми з 29,4% до 5% ($p=0,04$) та у віддаленому післяопераційному періоді з 30% до 2,9% ($p=0,002$).