

(3), и тромбоэмболии легочной артерии (2).

## ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Е.Л. Шальков, Л.Г. Кащенко, С.Л. Петренко,  
студент V курса Д.В. Панченко.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

В 5-ой городской больнице г. Сумы в период с 1990 по 1995 гг. по поводу травм органов брюшной полости (ТОБП) выполнено 265 хирургических вмешательств. 185 пострадавших имели открытые ранения (колото-резаные - у 177 (69,1%), огнестрельные - у 8 (3,1%)) и 71 - закрытые ТОБП. В первые 6 часов от момента травмы поступило 173 (67,5%), от 6 до 12 часов 64 (25%) и свыше 24 часов - 19 (7,4%) травмированных. Жители города составили 80%. Лечение-диагностическая тактика была следующей: исследование крови и мочи, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, лапароцентез, торакоцентез, по показаниям применялась методика "шарящего катетера" в случаях закрытой травмы брюшной полости. Показаниями к лапаротомии служили: клинические признаки перитонита (10,1%), гемоперитонеума (45%) и получение при лапароцентезе и с помощью "шарящего катетера" патологического содержимого из брюшной полости при сомнительной клинической картине. Повреждение органов брюшной полости оказались следующими: тонкая кишка в 66 (22,8%), печень в 40 (13,8%), сальник в 28 (9,6%), селезенка 24 (8,3%), толстая кишка 23 (7,9%), брыжейка кишечника в 22 (7,6%), желудок в 9 (6,5%), диафрагма в 8 (2,7%), 12-п. кишка в 7 (2,6%) случаях. Все больные оперированы в течении 1 часа с момента поступления. Характер операции при ТОБП был следующим: ревизия органов брюшной полости у 41 (16%), ушивание ран органов у 169 (62%), спленэктомия с аутооттрансплантацией ткани селезенки в большой сальник у 24

2,0%), резекція сальника у 21 (8,2%), резекція кишки у 15 (5,8%), епіцистостомія у 8 (2,7%), колостомія у 5 (2,3%), нефрэктомія у 2 (0,7%), колекцистентомія у 1 (0,3%). Післяопераційні ускладнення були у 84 (24,5%), нагноєння ран у 46 (17,9%), рання опаячна непроходимость кишечника у 7 (2,7%), абвентрація у 4 (1,5%), кишечний і панкреатический свищ по 1 (0,3%), тромбоемболия легочной артерії у 4 (1,5%). Післяопераційна летальность - 3,2%.

## СЕЛЕКТИВНА МЕЗЕНТЕРИКОГРАФІЯ В КЛІНІЦІ ПЕРІТОНІТУ

Є. Л. Шальков

Кафедра хірургічних хвороб СумДУ

Мезентерикографія виконана у 48 хворих за методом Сельдінгера-Едмана. Показниками були випадки абдомінальних захворювань з підозрою на обструкцію брижових судин та перитоніт, коли проводилась лікувальна інфузія в брижову артерію. Оцінювали стан регіонарної гемодинаміки по тривалості фаз кровотоку, діаметрах верхньої брижової артерії та воротньої вени, часу початку венозної фази. Лінійна швидкість кровотоку визначалась як частка від відношення довжини судин до часу, за який по ньому пройде контрастна речовина. Об'ємний кровотік визначувався за формулою  $Arctgal Q = 0,06 \text{ лг}^2 \times l \setminus t$ . Перитоніт характеризувався збільшенням тривалості артеріальної (на 70,1%) та венозної (в два рази) фаз кровотоку, зменшенням діаметру верхньої брижової артерії та воротньої вени. В реактивній стадії спостерігалось деяке збільшення судин. Артеріо-венозне шунтування підтверджувалось більш раннім початком венозної фази. Об'ємний кровотік по верхній брижовій артерії, після деякого збільшення в реактивній стадії, зменшувався в термінальній на 28,4%. В усіх стадіях фаза капілярного кровотоку