

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ

Евтихова Е.Ю., Гагуа А.К., Евтихов Р.М., Лебедев В.А., Гарасько А.Б.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра факультетской, госпитальной хирургии, стоматологии

РЕЗЮМЕ Представлены результаты лечения 51 больного с закрытыми травмами печени. Изолированное повреждение печени отмечалось у 23, сочетанное с травмами других органов брюшной полости — у 28 пациентов. У 17 человек кровотечение из поверхностных разрывов печени было остановлено лапароскопическим способом. Переход на лапаротомию произведен у 22 больных, при этом выполнялось ушивание ран печени и коррекция повреждений других органов. При ряде осложнений, таких как внутри- и внепеченочные абсцессы (в 4 случаях), отграниченное над- и подпеченочное скопление желчи (у 3 пациентов), с помощью чрескожных пункционных санационных манипуляций под контролем ультразвукового сканирования (УЗС) достигнуто выздоровление.

Ключевые слова: закрытая травма печени, лапароскопия, релапароскопия, ультразвуковая диапевтика.

Число травматических повреждений органов брюшной полости не имеет тенденции к снижению. Эта патология приобрела социальную значимость ввиду того, что в возрасте до 40 лет сочетанные повреждения занимают первое место среди причин смерти [5, 8]. Рост числа дорожно-транспортных происшествий, неблагоприятная криминогенная обстановка, непрекращающиеся войны и высотное строительство являются реалиями современного мира, обуславливающими, к сожалению, стабильно высокие цифры травм. Закрытые повреждения органов брюшной полости, как правило, являются следствием удара твердым предметом в живот, падения с высоты, сдавления живота, ударной волны при взрыве. Среди травм органов брюшной полости по частоте поражения печень занимает второе место (36%) после кишечника (47%) [1, 6]. Это обусловлено рядом топографоанатомических факторов: тесным прилеганием печени к

грудной и брюшной стенкам, незначительной её подвижностью и хрупкостью паренхимы. Характерными для травм печени осложнениями являются крово- и/или желчеистечение в брюшную полость и гемобилия, несвоевременное устранение которых способствует развитию тяжелых гнойно-септических осложнений. При этом летальность варьирует от 10 до 30% и выше и зависит от степени тяжести травмы, а также адекватности лечения. Многими авторами отмечены неоспоримые преимущества использования лапароскопии и УЗС не только в диагностике повреждений органов брюшной полости, но и в лечебных целях [4, 3].

Целью нашей работы было проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с закрытыми травмами печени с применением

Yevtikhova E.Yu., Gagua A.K., Yevtikhov R.M., Lebedev V.A., Garasko A.B.

TACTICS OF TREATMENT FOR CLOSED LIVER INJURIES

ABSTRACT Results of treatment for closed liver injuries in 51 patients are presented. Isolated liver injury was registered in 23, concomitant with other abdominal cavity organs — in 28. In 17 patients bleeding from liver surface ruptures was stopped by laparoscopic method. Transition to laparotomy was made in 22 patients and at the same time liver injuries suture and other organs lesions correction was fulfilled. In some complications such as intra- and extraliver abscesses — in 4 patients, delimited over- and subliver bile accumulation — in 3 patients, recovery was achieved by transcutaneous paracentetic sanative manipulations under ultrasonic scanning control.

Key words: closed liver injury, laparoscopy, relaparoscopy, ultrasonic diapευtics.

диапевтических ультразвуковых и лапароскопических манипуляций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1996 г. в хирургическом отделении 2-й городской клинической больницы г. Иванова в связи с внедрением ультразвуковой и видеолапароскопической техники стала использоваться новая лечебно-диагностическая тактика ведения больных с закрытыми травмами печени. Представлены результаты лечения 51 пациента с указанным диагнозом. Изолированное повреждение печени отмечалось у 23, сочетанное с травмами других органов брюшной полости — у 28 человек. Мужчин было 43 (84,3%), женщин — 8 (15,7%). Средний возраст больных составлял $32,7 \pm 4,8$ лет. В алкогольном опьянении находилось 68% госпитализированных. Диагностированы следующие повреждения печени: подкапсульная гематома без гемоперитонеума — у 7, внутривнутрипеченочная гематома без гемоперитонеума — у 5, разрыв паренхимы печени с гемоперитонеумом — у 11, глубокий разрыв печени с продолжающимся кровотечением — у 2 пациентов; сочетанные ранения печени: с переломами одного или нескольких ребер — у 9, с гематомой правой почки — у 4; с разрывом желчного пузыря — у 3, с разрывом двенадцатиперстной кишки — у 3, с разрывом брыжейки тонкой или толстой кишки — у 3, с различными повреждениями большого сальника — у 4 человек.

Скрининговым методом диагностики являлись обзорная рентгенография органов брюшной полости и УЗС аппаратом RT—X—200 фирмы «General electric» (США), которое в 93% случаев позволило выявить наличие жидкости (крови) в брюшной полости, а также подкапсульные или внутривнутрипеченочные гематомы. Компьютерная томография аппаратом «Sytec—2000» фирмы «General Electric» для уточнения диагноза производилась 5 пациентам. Консервативное лечение и динамическое ультразвуковое наблюдение успешно осуществлялось у 12 больных с подкапсульными и внутривнутрипеченочными гематомами печени без кровотечения и поражения других органов брюшной полости. При этом 4 пациентам потребовалось выполнение чрескожной чреспеченочной пункции под контролем УЗС в связи с нагноением гематом.

При подозрении на гемоперитонеум и/или повреждение других органов брюшной полости наряду с противошоковыми мероприятиями 39 больным выполняли диагностическую и лечебную лапароскопию. Лапароско-

пическим способом у 17 человек кровотечение из поверхностных разрывов печени (1—2 степень тяжести по В.С. Шапкину) было остановлено с помощью электрокоагуляции; дополнительно 3 пациентам проводилась электрокоагуляция или ушивание разрыва брыжейки кишки, у 3 — резекция пряди большого сальника с кровоточащей гематомой, у 2 — ревизия забрюшинной клетчатки и гематомы верхнего полюса правой почки, у 1 — холецистэктомия по поводу травмы желчного пузыря. Во всех случаях операция заканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. Показанием для выполнения лапароскопической операции считаем отсутствие признаков геморрагического шока и перфорации полого органа. Релапароскопии с целью динамического наблюдения проводились 6 больным, но показаний к лапаротомии не было. Необходимо отметить, что лапароскопический гемостаз осуществляли, когда объем кровопотери не превышал 500 мл, при прогрессирующем падении гемодинамических показателей, а также при признаках поражения полых органов незамедлительно выполняли лапаротомию. Летальных исходов не было.

Переход на лапаротомию произведен у 22 человек, из них у 15 выполнено ушивание глубокого разрыва печени, у 2 — ушивание дефекта печени и холецистэктомия, дренирование общего желчного протока по Вишневскому. В 1 случае после ушивания раны печени и ревизии забрюшинной гематомы справа была выполнена нефрэктомия, а в 1 — ушивание правой почки. Двоим больным наряду с ушиванием раны печени и разрыва двенадцатиперстной кишки (не более чем на 50%) выполняли разгрузочную холецистостомию. У одного пациента с разрывом двенадцатиперстной кишки более чем на половину после ушивания раны печени и холецистостомии произвели наложение гастроэнтероанастомоза с отключением двенадцатиперстной кишки и назобилиарным дренированием. Хотим отметить, что хороший гемостатический эффект достигался с помощью гемостатической губки «Тахокомб», фиксируемой к поверхности печени после ушивания её разрывов (у 9 оперированных).

Осложнения зарегистрированы у 8 (15,7%) больных. Летальных исходов не было. У 1 пациента на 13-е сутки после ушивания глубокого разрыва печени развилось профузное желудочно-кишечное кровотечение. Диагностирована гемобилия. Больной оперирован: успешно выполнена левосторонняя гемигепат-эктомия. Классической триадой симптомов гемобилии являются боли в правом

подреберье, желудочно-кишечное кровотечение и желтуха, однако нередко регистрируются только кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Как правило, консервативные гемостатические мероприятия мало успешны. Выявление гемобилии является показанием к оперативному лечению — резекции поврежденного участка печени или перевязке печеночной артерии. Однако традиционное хирургическое вмешательство не всегда позволяет ликвидировать данное осложнение, требует навыков операций на печени и сопровождается высокой летальностью (до 30%). Перспективным направлением в лечении гемобилии является метод эндоваскулярной окклюзии, отличающийся простотой выполнения, высокой эффективностью и малой травматичностью [2].

Комплексное лечение всех больных, наряду с дезинтоксикационной и симптоматической терапией, включало гепатопротекторы, антиоксиданты, антибиотики широкого спектра действия и иммунокорректирующие препараты.

У 3 пациентов на основании клинко-лабораторных данных и результатов УЗС диагностированы внутривисцеральные абсцессы, которые были пунктированы иглой «Chiba» № 18g под ультразвуковым наведением. В одном случае было эвакуировано 60 мл геморрагического содержимого, а у 2 пациентов после получения гнойного содержимого выполнено дренирование гнойника дренажом типа «pig tail». У одной больной, которой произведено ушивание раны печени, двена-

дцатиперстной кишки и наложение разгрузочной холецистостомии, сформировался поддиафрагмальный абсцесс справа, осложненный реактивным плевритом. Было выполнено дренирование абсцесса под ультразвуковым контролем, и дважды пунктирована плевральная полость справа. Еще у 3 больных зарегистрированы отграниченные над- и подпеченочные скопления серозно-геморрагической жидкости с примесью желчи, которые излечены с помощью чрескожных пункционных санационных манипуляций под контролем УЗС. Во всех случаях отмечено выздоровление.

ВЫВОДЫ

1. Алгоритм диагностики закрытых травм органов брюшной полости должен включать обзорную рентгенографию, ультразвуковое и лапароскопическое исследование.
2. Использование видеолапароскопической техники в диагностике и лечении данной группы больных значительно снижает число послеоперационных осложнений и сокращает сроки выздоровления.
3. При развитии осложнений закрытых травм печени в виде очаговых образований брюшной полости (внутри- и внепеченочных абсцессов, отграниченных гематом и скоплений желчи) возможно применение диапневтических ультразвуковых технологий, а также релапароскопии с осуществлением санации и дренирования жидкостного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю.В., Волков О.В., Травникова Н.Л. Повреждения печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 177—178.
2. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Непомнящая С.Л. Диагностика и лечение гемобилии // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 1. — С. 40—45.
3. Борисов А.Е., Глушков Н.И. Новые технологии в лечении пострадавших с травмой печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 81—82.
4. Вишневский В.А., Гаврилин А.В. Чрескожные вмешательства под ультразвуковым контролем при гематомах печени и брюшной полости // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 183—184.
5. Ермолов А.С. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Са-вельева. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 292—295.
6. Мариев А.И., Ревской А.К. Хирургия травм печени. — Томск, 1993. — 144 с.
7. Старков Ю.Г., Вишневский В.А., Шишин К.В., Солодинина Е.Н. Методы диссекции паренхимы, гемостаза и сосудистого контроля при лапароскопических операциях на печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 153.
8. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г. и др. Хирургия абдоминальных повреждений. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 256 с.
9. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Чалык Р.Ю. Некоторые актуальные вопросы хирургии повреждений печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 155.

Поступила 14.02.2006 г.