

УДК 616-005.1-08

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_4_41

МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ РАНЫ ПЕЧЕНИ У ПОСТРАДАВШЕГО С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Г. Д. Одишелашвили^{1*}, доктор медицинских наук,
Д. В. Пахнов¹, кандидат медицинских наук,
Н. Г. Одишелашвили¹

¹ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000, Россия, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

РЕЗЮМЕ Описан случай хирургического лечения тяжелого закрытого травматического повреждения печени с благоприятным исходом. Представлены особенности хирургической тактики. Обосновывается необходимость при подобном повреждении печени использовать одновременно разные способы гемостаза.

Ключевые слова: разрыв печени; внутрибрюшное кровотечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): givi64@mail.ru

Повреждение печени является одной из лидирующих причин летального исхода при сочетанной травме живота. Это обусловлено анатомическим строением печени: хрупкостью самой паренхимы, множеством трубчатых структур в этом органе, массивным кровоснабжением, а также трудностями диагностики и лечения данного состояния [5–7]. Летальность при этой патологии составляет от 50 до 74 % [1–4], что напрямую зависит от сроков оказания специализированной помощи. Объем и последовательность оказания хирургической помощи зависят от тяжести разрыва печени.

В приведенном клиническом наблюдении представлены особенности хирургической тактики у пациента с тяжелым закрытым повреждением печени.

Исследование выполнено в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации и приказом Министерства здравоохранения РФ от 01 апреля 2016 г. № 200н «Об утверждении правил клинической практики». Пациент дал добровольное информированное согласие на публикацию клинического случая в открытой печати.

Мужчина, 18 лет, поступил в хирургическое отделение через 50 минут после того, как на него упала металлическая дверь весом около 500 кг. При поступлении состояние тяжелое, обусловленное болевым и геморрагическим шоком. Уровень сознания – 13 баллов по шкале Глазго (умеренное оглушение). Кожные покровы резко бледные, слизистые цианотичны. Пульс нитевидный, слабого наполнения, частота сердечных сокращений – 100 ударов в минуту, артериальное давление – 70/40 мм рт. ст. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. На передней

поверхности грудной клетки справа на уровне IV–VI межреберий по среднеключичной и переднеподмышечной линиям определяется подкожная гематома размерами 15 × 10 см с нечеткими границами; здесь же имеется крепитация костных фрагментов и подкожная эмфизема. При аускультации дыхание справа в нижних отделах – ослабленное, в остальных отделах – везикулярное. Живот напряжен, при пальпации болезненный в эпигастральной области больше в правом подреберье и эпигастрии. Симптом Куленкампа положительный. При перкуссии живота определяется притупление в отлогах местах справа и слева.

При УЗИ брюшной полости обнаружена свободная жидкость по всем флангам, на рентгенограмме органов грудной полости гемопневмоторакса не выявлено.

Больной взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено около двух литров свежей крови со сгустками; выполнена реинфузия крови с использованием аппарата Cell-saver. Печеночно-двенадцатиперстная связка взята на турникет и произведено ее сдавление. Операционная рана расширена вправо (по Рио Бранко). При дальнейшей ревизии обнаружен полный разрыв паренхимы печени от кавального треугольника до нижней поверхности, включающий VII и V сегменты. В образовавшейся ране имеются зияющие сосуды разного калибра от 1 до 5 мм на всем протяжении, слабо кровоточащие, произведено их клипирование. Клипированы поврежденные сегментарные вены и желчный проток VII сегмента. После послабления турникета с печеночно-двенад-

цатиперстной связки продолжалось кровотечение из V сегмента. Выделена артерия V сегмента печени. Видимой ишемии других сегментов правой доли не обнаружено. Артерия V сегмента клипирована. В 2-м, 3-м, 6-м и 8-м сегментах печени обнаружены множественные разрывы различных размеров и глубины. Кровотечение из этих разрывов остановлено применением разработанного нами двойного восьмиобразного шва (авторское свидетельство № 1491476 от 08.03.1989). Использована нить викрил 1/0. Переднюю и нижнюю поверхности раны в области V и VII сегментов печени удалось ушить несколькими двойными восьмиобразными швами. Раневой дефект на задней поверхности не ушит из-за невозможности наложить швы; паренхиматозное кровотечение из этой зоны продолжалось. Было принято решение использовать большое «операционное полотенце» для тампонады большой по размерам раны печени по задней ее поверхности. При этом был достигнут гемостаз.

При ревизии органов брюшной полости и забрюшинного пространства другой патологии не обнаружено. Через дополнительные разрезы установлены дренажи в малый таз, в подпеченочное и поддиафрагмальное пространства. Тампон выведен справа через операционный доступ. Брюшная полость санирована и ушита наглухо. Каждые 15 минут производилось ослабление турникета на печеночно-двенадцатиперстной связке.

Пациент переведен в палату реанимации с диагнозом: «Сочетанная травма. Поперечный, полный разрыв V, VII сегментов печени с повреждением печеночных вен и артерий, множественные разрывы II, III, VI, VIII сегментов печени, гемоперитонеум. Перелом VII, VIII, IX ребер. Травматический и геморрагический шок. Тяжесть травмы: 5-я степень повреждения».

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Проведена трансфузия 800 мл эритроцитарной массы. На контрольной рентгенограмме видно, что легкое расправлено. Дренажные трубки из брюшной полости удалены на третьи сутки. Удаление тампона решено было несколько отсрочить, учитывая большую раневую зону на задней поверхности, до 13-х суток после операции. Учитывая вероятность возобновления кровотечения, удаление тампона проводилось в условиях операционной под общей анестезией. «Операционное полотенце» было извлечено без особого труда. Крово- и желчеистечения не последовало. Дефект в месте стояния полотенца на коже составил 10 × 10 см; не ушивался. После удаления тампона выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости – свободной жидкости нет.

В V, VII сегментах печени по задней поверхности лоцируется неправильной формы образование с нечеткими контурами размером 3,0 × 1,0 см. Структура образования преимущественно паренхиматозная, жидкостный компонент отсутствует.

На 16-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с нормальными биохимическими и гематологическими показателями.

На 30-е сутки выполнена трехфазная МСКТ-ангиография: печень – с ровными контурами, в размерах не увеличена, неоднородной структуры. Остальные участки печеночной паренхимы после внутривенного усиления равномерно накапливают контраст.

Осмотрен через год, пять и семь лет после операции. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. При осмотре передней брюшной стенки послеоперационная грыжа не обнаружена. Трудоспособен.

Благоприятный исход в данном случае был обусловлен несколькими факторами. При поступлении пострадавшего с повреждением печени и нестабильными показателями гемодинамики диагностические и реанимационные мероприятия необходимо проводить в условиях специально оборудованной противошоковой операционной. При критическом низком систолическом артериальном давлении 70 мм рт. ст. время диагностических поисков и мероприятий должно быть сокращено до минимума, что позволит принять решение о необходимости хирургического вмешательства. У данного пациента УЗИ брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки были вполне информативными для принятия решения об операции. Применение дополнительных методов исследования, по нашему мнению, было нецелесообразно ввиду тяжести состояния пациента. Использование операционного метода по Рио Бранко обеспечило полный доступ как к анатомическим отделам, так и к трубчатым структурам печени. Важным явилась последовательность хирургических приемов, примененных хирургами при такой травме печени: прижатие печеночно-двенадцатиперстной связки, лигирование сегментарных сосудов воротной вены и печеночной артерии в паренхиме, ушивание ран печени на передней и нижней поверхностях, тампонада раны задней поверхности печени «операционным полотенцем». Такая последовательность хирургических приемов позволила эффективно достичь гемо- и желчестазы. Выбранная тактика лечения пострадавшего обеспечила хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смоляр А.Н., Джаграев К.Р. Одноэтапное хирургическое лечение тяжелой закрытой сочетанной травмы печени. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015;2:79-81.
2. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Дюков А.К. Закрытая травма живота с повреждением печени. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014;6(3):93-98.
3. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стекольников Н.Ю., Гусев К.А. Тампонада печени как первый этап тактики Damage Control. Анналы хирургической гепатологии. 2017;22(4):89-95.
4. Рогаль М.Л., Смоляр А.Н., Джаграев К.Р. Хирургическое лечение закрытой травмы печени. Оказание скорой медицинской и неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим при массовом поступлении: материалы Всероссийской конференции в рамках 3-го съезда врачей неотложной медицины. Москва: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. 2016:39-40.
5. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Нгуен Х.К., Халиков А.А. Хирургическая тактика при травматических повреждениях печени с позиций современных технологий (клинико-экспериментальное исследование). Медицинский вестник Башкортостана. 2012;7(6):64-69.
6. Базаев, А.В., Алейников А.В., Королёв С.К., Кокобелян А.Р., Родин А.Г., Ефременко В.А. Повреждения печени и селезёнки у пострадавших с сочетанной автодорожной травмой. Избранные вопросы лечения травмы груди и живота. 2014;11(1):17-19.
7. Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Воронцов К.Е., Безалтынных А.А. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травматическими повреждениями печени. Перспективы науки и образования. 2018;31(1):245-250.

MASSIVE BLEEDING FROM A LIVER WOUND IN A PATIENT WITH COMBINED INJURY**G. D. Odishelashvili, D. V. Pakhnov, N. G. Odishelashvili****ABSTRACT** A case of surgical treatment for severe closed traumatic liver injury with favorable outcome is described. Some peculiarities of surgical tactics are presented. The necessity of simultaneous application of various hemostasis methods is substantiated.**Key words:** liver rupture, intra-abdominal bleeding.