

И.А. Акперов, А.И. Мартыненко*, Ю.А. Бутенко, Р.В. Окушко

Кафедра хирургии с циклом онкологии (зав. – доц. И.А. Акперов) медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета имени Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь, Молдова

**Харьковский областной противотуберкулезный диспансер, г. Харьков*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ПЕЧІНКИ В ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 54 пацієнтів з травматичними пошкодженнями печінки за 2004-2014 роки. Потерпілі були госпіталізовані в ургентному порядку та прооперовані. Об'єм оперативного лікування містив широку лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, хірургічну обробку рани печінки або її резекцію, хірургічну обробку ран інших пошкоджених органів. Померло 7 пацієнтів.

Ключові слова: травма печінки, шов печінки.

Травма печени относится к тяжёлым и жизненно опасным поражениям органов живота. Топографо-анатомические особенности печени, в частности уникальное её кровоснабжение, а при травме частое развитие геморрагического шока обуславливают высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности. Смертность достигает 20-30% [1, 2]. В последние десятилетия в связи как с криминализацией общества, так и с учащением случаев тяжёлых и массовых дорожно-транспортных происшествий, отмечается устойчивый рост частоты травматических повреждений печени, как правило, сочетающихся с повреждением других органов и систем: травмой груди (27,5%), черепа (22,2%), таза (15,2%), верхних и нижних конечностей, позвоночника (4,5%) [3, 4]. Представляет сложность ряд тактических вопросов лечения травмы печени, и даже техника оперативного вмешательства у тяжёлых больных [5].

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения больных с травматическими повреждениями печени.

Материал и методы. За период с 2004 по 2014 в клинике находилось 410 пациентов с травмами органов брюшной полости, среди них 54 пострадавших (13%) имели повреждения печени: мужчин было 38, женщин 16. Основное количество пациентов 40 (70%) составили лица трудоспособного возраста от 17 до 60 лет. В состоянии алкогольного опьянения, различной степени тяжести, находились 12 (22,2%) человек. У 35 (70,3%) пациентов печень была повреждена при бытовой травме, в 10 (18,5%) случаях при ДТП.

Суицидальные попытки 3 (5,5%), спортивная травма 2 (3,7%), кататравма 4 (7,4%). Все больные прооперированы.

В течении первых дней после операции умерло 7 (12,9%), несмотря на проведение противошоковой терапии.

У 8 возникли послеоперационные осложнения в виде: послеоперационного перитонита – у 2, абсцесс печени у 1 пациента, нагноение раны – у 5. Для лечения перитонита применяли программные лапароскопии по оптимизированной нами программе. Продолжительность стационарного лечения пострадавших с повреждением печени составила $13 \pm 3,5$ дня.

Результаты исследования и их обсуждение. Известно, что согласно концепции «золотого часа» время поступления таких больных на операционный стол имеет первостепенное значение. В наших исследованиях 12 пострадавших (22,2%) доставлены в клинику в первый час после получения травмы, 18 (33,3%) в срок от 1 до 6 часов, 21 (38,8%) пациент был госпитализирован в период от 6 до 24 часов и 3 (5,5%) травмированных позднее 24 часов.

Диагностика травматического повреждения печени основывалась на данных традиционного клинического обследования пострадавших. У поступивших в клинику в первые 1-6 часов после травмы повреждения печени было выявлено у 30 (55,5%) пациентов. У пострадавших повреждения органов живота вообще, и травма печени в частности распознавались в течении 2-4 часов, у части пациентов, имевших преимущественно закрытую травму 12 (22,2%) выполнена диагностическая

пункция брюшной полости либо лапароскопия, использовали часто в “в динамике” лабораторные, рентгенологические и ультрасонографические исследования.

Тяжёлое общее состояние и частое преобладание симптомов черепно-мозговой травмы были основными причинами запоздалой диагностики при травматических повреждениях печени 20 (37%).

При диагностике повреждения печени, оценки степени их тяжести, при выборе хирургической тактики основывались на классификации Б.С.Шапкина (1977). Закрытые повреждения печени имели место у 23 (42,5%) пациентов, открытые – у 31 (57,4%) пациентов. В структуре открытых повреждений преобладали колото-резаные раны – 19 случаев, огнестрельное ранение печени были у 5 больных, среди последних у 2 – торакоабдоминальное повреждение.

Интраоперационно верифицировано изолированное повреждение печени только у 13 (24%) пострадавших, в 41 (76%) случаях травма печени сочеталась с повреждениями других органов (таблица).

Таблица

Сочетание травмы печени и других органов

Орган	Случаев (n – 41)
Лёгкое	3
Поджелудочная железа	5
Селезёнка	6
Почки	3
Желудок	4
Двенадцатиперстная кишка	4
Тонкая кишка	5
Толстая кишка	5
Желчный пузырь	3
Диафрагма	3

У 38 пациентов (70,3%) была повреждена ткань правой доли печени, у 10 (18,5%) – левой, травма обеих долей отмечена у 6 (11,1%).

Тяжесть состояния травмированных определялась как характером ранения печени и других органов, так и степенью кровопотери. Компенсированная кровопотеря (до 750 мл) наблюдалась у 23 (42,5%) пациентов, субкомпенсированная (750 - 1500 мл) – у 18 (33,3), декомпенсированная (более 1500 мл) – у 13 (24%).

При точно установленном диагнозе и оперативном состоянии травмированных, их оперировали в срочном порядке, предоперационная подготовка, включая противошоковую терапию, проводилась на операционном столе. Тяжёлое состо-

яние пациента, обусловленное продолжающимся внутрибрюшным кровотечением, не может быть причиной пролонгирования предоперационного периода.

Учитывая, что основным видом открытого повреждения живота есть колото-резаная рана, у большинства пострадавших операцию начинали с выполнения первичной хирургической обработки раневого канала под местной анестезией. Обнаружение проникновения раны в брюшную полость диктовало необходимость перехода на общее обезболивание и выполнение ревизии брюшной полости. В разработку не включено 4 случая проникающего ранения брюшной полости, когда мы не нашли убедительных показаний для ревизии брюшной полости и дальнейшее наблюдение пациентов подтвердило такую тактику.

Основной оперативный доступ для подхода к печени при её травме – верхняя срединная лапаротомия, которую при необходимости можно продлить до тотальной. В 5 случаях мы были вынуждены сделать продление доступа подреберным справа и в одном - слева. Торакофренолапаротомия (2 случая) и торакофренотомия (1 случай) – доступы при сочетании повреждении печени и органов грудной полости. Для подхода к правой доле печени, пересекали круглую и серповидную связки.

Разрывы печени при закрытой её травме располагались чаще всего (32 случая из 54) по ходу срединной и правой портальной щели и в межсегментарных зонах. При этом повреждаются сосуды (и протоки) высоких порядков и кровотечения при этом не столь тяжёлые, какие бывают при повреждении сосудов низких порядков.

При массивном разрушении печени с повреждением крупных втрурипечёчных сосудов как метод достижения временного гемостаза применили только тампонаду раны марлей (6 случаев) или же приём Барона – пережатия печёчно-двенадцатиперстной связки (5 случаев) с тампонадой.

Основная цель обработки раны печени – гемо и холестаза. Базовый хирургический приём – шов печени. При размозжении печёчной ткани удаляли обрывки ткани, детрит, сгустки крови. Видимые повреждённые сосуды, желчные протоки захватывали зажимами и прошивали или перевязывали.

Шов печени в чистом виде (23 случая; 42,5%) при простых ножевых ранениях, использовали кетгут или викрил на атравматической игле; виды швов самые простые – узловые. В ряде случаев для остановки кровотечения из мелких сосудов

печени была применена электрокоагуляция сосуда на срезе печени. Обработанную рану печени, особенно если она имеет желобоватую форму, дренировали, оставляя открытой. Если прошить рану на всю глубину невозможно или при этом в шов могут быть вовлечены сосуды или протоки или же будет изменена даже незначительно конфигурация печени, от шва печени следует отказаться (6 случаев; 11%). После обработки такие раны подлежат дренированию. Необходимо качественно дренировать и вскрыть внутривнутрипечёчные гематомы.

С целью гемостаза в 4 случаях была применена тампонада раны печени сальником с фиксацией сальника швами.

В 4 случаях, когда раненые находились в критическом состоянии из-за геморрагического шока, применили тампонаду марлей и первичную герметизацию тонкой кишки в нескольких местах как первый этап лечения.

В 6 случаях выполнена краевая резекция печени, в 4 из этих случаев для предварительного гемостаза применили по предложению профессора В.Н. Янова рантовидный шов аутодермальной полоской – “нитью” специальной иглой.

Симультанно поражённые паренхиматозные

и трубчатые органы и диафрагма были ушиты или удалены (спленэктомия – 4, холецистэктомия – 3, нефрэктомия – 1).

Для профилактики послеоперационного параэзофагического желудочно-кишечного тракта, особенно при сочетании травмы печени и кишечника, у 21 больного применили назогастральную аспирацию, у 11 пациентов – назогастроюнальную аспирацию.

Дренирование подпечёчного и поддиафрагмального пространства производили обязательно, другие пространства брюшной полости и забрюшинного пространства дренировали по показаниям.

Выводы. 1. Современная травма печени редко бывает изолированной, в 83,8% травма печени сочеталась с повреждением других органов. 2. Положительный результат лечения травмы печени определяется комплексом факторов, включающим организационные мероприятия: содружественную работу хирурга и анестезиолога-реаниматолога, адекватное хирургическое вмешательство, противошоковую терапию в до- и послеоперационном периоде.

Перспективы дальнейших исследований. Проводится разработка адекватного шва при травматическом повреждении печени.

Список использованной литературы

1. Анисимов А.Ю. Хирургическая тактика при травмах печени / А.Ю. Анисимов, Ю.В. Бондарев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 128-129.
2. Шапкин В.С. *Закрытые и открытые повреждения печени* / В.С. Шапкин, Ж.А. Гриненко. – М., 1977. – 176 с.
3. Кошелев В.Н. *Причины летальности при повреждении печени и селезёнки* / В.Н. Кошелев, Ю.В. Чалык // *Вестн. хирургии*. – 1996. – № 2. – С. 51-53.
4. Борисов А.Е. *Диагностика и лечение сочетанных и изолированных повреждений печени* / А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, Н.Д. Мухитаинов // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2006. – № 4. – С. 37-37.
5. Gao J.M. *Liver trauma: experience in 348 cases* / J.M. Gao, X.J. Zhao // *World J. Surg.* – 2003. – Vol. 27, № 6. – P. 703-708.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 54 пациентов с травматическим повреждением печени за 2004-2014 годы. Пострадавшие были госпитализированы и в срочном порядке прооперированы. Объём оперативного лечения включал широкую лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, хирургическую обработку раны печени, или её резекцию, хирургическую обработку ран других повреждённых органов. Умерло 7 пациентов.

Ключевые слова: травма печени, шов печени.

THE RESULTS OF TREATMENT OF LIVER INJURY IN SURGICAL CLINIC

Abstract. The results of surgical treatment of 54 patients with traumatic liver damage for 2004-2014 were analyzed. The victims were hospitalized and urgently operated on. The scope of surgical treatment included a wide laparotomy, revision of the abdominal cavity organs, surgical treatment of the liver injury, or its resection, surgical treatment of the wounds of other injured organs. Seven patients died.

Key words: liver injury, liver suture.

T.G. Shevchenko Transnistrian State University (Tiraspol);
Kharkiv Regional Antituberculous Dispensary (Kharkiv)

Надійшла 02.04.2017 р.

Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)