

М. І. Покидько, В. А. Кацал,
В. В. Балабуєва, В. В. Бондар

Міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги,
м. Вінниця

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

ОБҐРУНТУВАННЯ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА

Резюме. У статті проаналізовано результати лікування хворих з пошкодженнями печінки та позапечінкових жовчних шляхів при закритій травмі живота (ЗТЖ). Метою дослідження було визначення діагностичних предикторів ураження органів гепатобіліарної зони при ЗТЖ та ефективності лікування в залежності від об'єму пошкодження та локалізації. Визначено діагностично-лікувальну «карту пацієнта» з використанням візуальних методів діагностики для покращення результатів лікування.

Ключові слова: *закрита травма живота, травма печінки, сполучна травма черевної порожнини, діагностично-лікувальна «карта пацієнта», ускладнення, лікування.*

Вступ

З кожним роком проблема травматизму набуває найбільшої актуальності. Про тенденцію до його неухильного зростання свідчать дані як світової, так і вітчизняної статистики. Щороку через травматичні пошкодження в Україні гине 31-44 тис. чоловік, а за останні 10 років летальність зросла на 38,7 %. Закрита травма живота (ЗТЖ) є однією з найважчих напрямів у невідкладній хірургії, що пов'язано зі складністю діагностики пошкоджень внутрішніх органів та визначення вибору тактики лікування. Остання в більше ніж 50 % випадків є оперативною, вирішується в екстреному порядку та вимагає одночасної роботи багатьох фахівців. Пошкодження печінки діагностується в 15-20 % уражень органів черевної порожнини [1, 2]. Сполучені та множинні пошкодження печінки характеризуються стертою та важкою для діагностики клінічною картиною, що призводить з часом до розвитку різноманітних ускладнень. Дані літератури щодо частоти пошкоджень печінки при ЗТЖ досить суперечливі [1, 2, 3] і варіюють від 7,2 [2] до 59 % [1]. У вітчизняній спеціалізованій літературі [1, 2, 5] показник пошкоджень також знаходиться в межах від 8,2 до 59,2 %. Вибір тактики лікування пацієнтів з ЗТЖ за останні десятиліття зазнав певних змін — від абсолютних показів до оперативного лікування при всіх видах пошкодження [3, 4] до стриманої тактики з наданням переваги консервативній терапії більш ніж у 50 % випадках [5, 6].

Матеріали та методи досліджень

В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування хворих із ЗТЖ у клініці хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова, яка розташована на базі відділення хірургії та ендоскопії МКЛ ШМД м. Вінниці за період з 2014 по 2016 р., де на лікуванні перебувало

188 хворих; чоловіків — 105 (56 %), жінок — 83 (44 %), середній вік яких склав $(43,8 \pm 3,4)$ року. У структурі пошкоджень переважали травми, отримані внаслідок ДТП — 133 (71 %), побутові травми — 55 (29 %). У 14,1 % постраждалих діагностовано — пошкодження печінки та у 0,6 % — жовчного міхура. В стані алкогольного сп'яніння різного ступеня госпіталізовано 26,5 % травмованих. Для визначення ступеня пошкодження печінки використовується класифікація Мірвіса (5 ст.), враховуючи результати УЗД та КТ.

Результати досліджень та їх обговорень

Ізольованих пошкоджень печінки діагностовано у 31 пацієнта (16,4 %). Серед них пошкоджень 1 ст. за Мірвісом — 22,8 %, 2 ст. — 15,1 %, 3 ст. — 40,5 %, 4 ст. — 18,0 %, 5 ст. — 3,6 %. У переважній більшості пацієнтів з 1—2 ст. травма була побутова (прямий удар), що призвело до пошкодження вісцеральної поверхні правої частки печінки у вигляді розривів до 3—5 см та субкапсулярних гематом. При постановці «пошукового катетеру» у 82 % було діагностовано ненапружений гемоперітонеум. Хірургічне лікування проведено у 57 % пацієнтів цієї групи. Такий відсоток втручань зумовлений відсутністю незаперечних доказів ізолюваності пошкодження печінки на тлі нестабільної гемодинаміки в ранньому посттравматичному періоді. У більшості цих пацієнтів паралельно проводились реанімаційні заходи, спрямовані на відновлення ОЦК, а також корекцію порушення функцій серцево-судинної та дихальної системи. Окрім того, важкість стану оцінювали за шкалою ISS (Injury Severity Score), яка широко застосовується в травматологічних клініках Європи [6]. До 6 год з моменту травми госпіталізовано 82 % постраждалих. При надходженні стан пацієнтів був середньої тяжкості (46 %), важким (39 %) та вкрай важ-



ким (15 %). У 77 % спостережень пошкодження печінки були множинними і сполучними. Згідно стандартів в діагностиці травм печінки застосовували клінічний і біохімічний аналізи крові. У клінічному аналізі була зафіксована анемія середнього та тяжкого ступенів. При поєднаному пошкодженні печінки та підшлункової залози в біохімічному аналізі крові відзначалась гіперамілаземія. Ранній діагностиці та скороченню доопераційного періоду сприяло застосування ультразвукового та ендовідеохірургічного дослідження — у 46 % спостережень відповідно. При проведенні УЗД ОЧП звертали увагу на розміри, топографію, контури, стан поверхні печінки, селезінки, підшлункової залози, наявність та кількість вільної рідини в черевній порожнині. Динамічне спостереження за станом печінки за допомогою УЗД з одночасною пункцією правої плевральної порожнини та проведення оглядової Rō-графії ОГК дає змогу повноцінно провести диференційну діагностику. Визначення анехогенних ліній і їх розташування до поверхні печінки (лінійні, дугоподібні, зірчасті) трактувалось як сонографічна картина розриву печінки. У складних діагностичних випадках проводили лапароскопію. У 8 % спостережень лапароскопічно була діагностована травма жовчевидільної системи, яка супроводжувалась значним виділенням жовчі в черевну порожнину. Крім того, огляд інших органів дозволив виявити пошкодження стінки кишки (25,6 %), селезінки (39,3 %). У 12,5 % спостережень відзначалось утворення масивної заочеревинної гематоми, яка свідчила про пошкодження великих судин, нирок або підшлункової залози. При діагностиці поверхневих пошкоджень печінки з повним та надійним гемостазом (1-2 ст. за Мірвісом) лікувальна тактика була консервативною, зі збереженням «пошукового катетеру» протягом трьох діб з метою динамічного спостереження. Усі травмовані з 4-5 ст. і частково 3 ст. було виконано хірургічне лікування. Оперативним доступом у всіх випадках була середньо-серединна лапаротомія, в 33,6 % продовжена вверх, в 3,8 % — переведена в торакофренолапаротомію (при пошкодженні VII і VIII сегментів печінки, правої печінкової вени). Травма III—VI сегментів було діагностовано в 61,2 % випадків, I і II сегмент — 9,5 та 2,2 % відповідно, VII і VIII — 11,3 та 15,8 % випадків. Локалізація пошкоджень у VII та VIII сегментах найбільш складна для адекватного хірургічного втручання, що вимагало застосування зручного та повноцінного доступу до цієї ділянки печінки. У 5,2 % спостережень використаний комбінований доступ, який виключав пересічення діафрагми — лапаротомія з торакотомією в VII міжребер'ї справа. Таке втручання, на наш

погляд, є важливим моментом у профілактиці плевролегеневих ускладнень. При розкритті черевної порожнини в 71,5 % спостережень визначався гемоперитонеум об'ємом (1100 ± 10) мл, що свідчило про масивне пошкодження печінки або на одномоментне пошкодження крупної судини черевної порожнини. Реінфузію проводили в 16,8 % випадків. Структура травми згідно за класифікацією Мірвіса: субкапсулярну гематому печінки (1–2 ст. за Мірвісом) було виявлено в 57,5 %, тріщина (2 ст.) — 41,2 %, розриви до 10 см (3 ст.) — 35,1 %, відрив і розчавлення — 22,6 %. У 54,7 % випадках було діагностовано декілька пошкоджень печінки, що, ймовірно, пояснюється морфофункціональним її станом і механізмом травми. Об'єм оперативного втручання визначався локалізацією та характером пошкодження і полягав у первинній хірургічній обробці рани печінки, здійсненні гемостазу з наступним виконанням адекватного дренивання. При субкапсулярній гематомі визначали розмір, ступінь напруженості та швидкість її наростання в динаміці. У випадках значного напруження гематоми або її швидкого розповсюдження на сусідні сегменти печінки проводили розсічення капсули Гліссона з ревізією, здійснювали гемостаз і дренивали субкапсулярний простір. Важливим чинником, що попереджує виникнення абсцесу печінки, є момент прошивання дна рани, — це дозволяє запобігти утворенню «сліпої кишені». При зашиванні ран використовували різні види швів, але при великих пошкодженнях надавали перевагу ушиванню опірним швом Авреїя або Брегадзе. При пошкодженні великих внутрішньопечінкових жовчних проток проводили зовнішнє дренивання після ушивання стінки структури. У 5,6 % при ушиванні печінкової рани місце розриву додатково перитонезували пасмом великого чепця. У 14,4 % чепець був занурений в рану на судинній ніжці. Розрив ушивали наглухо, при масивній травмі маніпуляцію на печінці завершували дрениванням як рани печінки (до місця ушивання жовчної протоки або крупної судини), так і навколпечінкового простору. Особливої уваги заслуговує застосування тампонів, яких було використано у 12,3 % випадках при 4 та 5 ст. травм печінки. Їх видаляли в середньому на 4-7 добу після операції, тому що більш тривале перебування в черевній порожнині збільшувало ймовірність виникнення арозивних кровотеч та гнійно-септичних ускладнень. Показами до постановки тампону була наявність профузної кровотечі з рани печінки при її масивному розриві й розчавленні. При поєднаному пошкодженні також було діагностовано травми селезінки (32,5 %), підшлункової залози (17,1 %), кишечника (44,7 %),



позапечінкових жовчних шляхів (13,4 %), великих судин (8,3 %), нирок (25,8 %), легень (20,1 %) й серця (1,2 %). Важкість діагностики була обумовлена поєднаною травмою, яка призвела в подальшому до розвитку ПОН. У післяопераційному періоді в 72,3 % спостережень відзначено розвиток посттравматичного гепатиту. Найбільша кількість ускладнень виникла при разривах печінки 4–5 ст. (16 %), рідше — при її лінійних пошкодженнях і субкапсулярних гематомах. З метою раннього виявлення післяопераційних ускладнень з боку як пошкодженої печінки, так і інших травмованих органів, застосовували УЗД в динаміці та КТ. У цілому, в 13,6 % випадків діагностовано розвиток гнійно-септичних ускладнень, з яких над- та печінкові абсцеси склали 8,9 %, жовчні нориці — 4,6 %, жовчний перитоніт — 13,5 %, а заочеревинна флегмона розвинулась у 2,6 % пацієнтів. Найчастіше ускладнення виникали у постраждалих з одномоментною травмою печінки 4–5 ст., поєднаною з травмою селезінки і підшлункової залози, що відповідали більш ніж 22,5 балам за шкалою ISS. Не зважаючи на значні досягнення сучасної хірургії, летальність при травмі печінки склала 12,2 %,

що було зумовлено тяжкістю поєданого пошкодження та розвитком посттравматичних ускладнень (>36 балів за шкалою ISS).

Висновки

Пошкодження печінки та позапечінкових жовчних протоків при ЗТЖ у структурі травм за даними клініки складають 14,1 %. Проте важкість стану пацієнтів, що зумовлена множиною поєднаною травмою, та високі показники летальності, як в ранній післятравматичний, так і в післяопераційний період, зумовлюють подальші дослідження щодо удосконалення діагностично-лікувальної тактики. Упровадження візуалізованих неінвазивних методів діагностики масштабності пошкодження дає змогу звузити покази до невідкладного оперативного втручання, що є безсумнівно позитивним моментом надання допомоги, зменшуючи травматичне навантаження. В діагностиці травм печінки, а також їх ускладнень при ЗТЖ вирішальне значення мають данні УЗД та КТ. В складних випадках показано проведення діагностичної лапароскопії. З метою об'єктивної оцінки важкості травматичної хвороби доцільно використовувати шкалу ISS.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Закрита травма живота / В. В. Бойко, М. Г. Кононенко. — Харків. — 2008. — 528 с.
2. Ковальчук Л. Я. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський. — Тернопіль. — Укр.мед.книга. — 2004. — 286с.
3. Невідкладна медична допомога: навч. посібник / К. М. Амосова, Б. Г. Безродний, О. А. Бур'янов [та ін.]; за ред. Ф. С. Глумчера, В. Ф. Москаленка. — К.: Медицина, 2006. — 632 с.
4. Современный взгляд на интенсивную терапию политравмы и место перфторана в комплексной терапии: метод. рекомендации / Л. А. Мальцева, Л. В. Усенко, Г. В. Панченко, С. А. Алексюк. — Днепропетровск, 2005. — 48 с.
5. Трутяк І. Р. Damage control в хірургії ушкоджень органів черевної порожнини / І. Р. Трутяк // Хірургія України. — 2008. — № 4. — С. 77-81.
6. Sugrue M. Damage control surgery and the abdomen / M. Sugrue, S. K. D'Amours, M. Joshipura // Injury. — 2004. — Vol. 35, № 7. — P. 642-648.



ОБОСНОВАНИЕ
ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ
ЗОНЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ
ТРАВМЕ ЖИВОТА

*М. И. Покидько, В. А. Кацал,
В. В. Балабуева, В. В. Бондарь*

Резюме. В статье проанализированы результаты лечения больных с повреждениями печени и внепеченочных желчных путей при закрытой травме живота (ЗТЖ). Целью исследования было определение диагностических предикторов поражения органов пищеварительной зоны при ЗТЖ и эффективности лечения в зависимости от объема повреждения и локализации. Определена лечебно-диагностическая «карта пациента» с использованием визуальных методов диагностики для улучшения результатов лечения. **Ключевые слова:** закрытая травма живота, травма печени, сочетанная травма брюшной полости, лечебно-диагностическая «карта пациента», осложнения, лечение.

RATIONALE FOR THE
TACTICS OF TREATMENT
OF DAMAGED ORGANS
OF HEPATOBILIARY ZONE
IN CLOSED ABDOMINAL
TRAUMA

*М. I. Pokydko, V. A. Katsal,
V. V. Balabueva, V. V. Bondar*

Summary. The article analyzes the results of treating patients with damaged liver and extrahepatic bile ducts in closed abdominal trauma (ACT). Aim of the study was to determine the diagnostic predictors lesions of hepatobiliary zone at ACT and effectiveness of treatment depending on the amount and location of damage. The diagnostic-therapeutic «patient card» using visual diagnostic methods for improving outcomes.

Key words: closed abdominal trauma, liver trauma, combined trauma of abdominal cavity, diagnostic-therapeutic «patient card», complications, treatment.