

ХІРУРГІЯ

УДК [161.36-006-02:617.55-001-06]089

В.В. Бойко, А.В. Кузнецов, А.В. Лелица, П.Б. Лебедь**ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»,
г. Харьков****Харьковский национальный медицинский университет****ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БИЛОМ ПЕЧЕНИ**

Проанализированы результаты лечения 286 пострадавших с ранениями и закрытой травмой печени. Сорок четыре пациента с билотомами были комплексно обследованы в динамике. Установлено, что обнаруженные билотомы в раннем послеоперационном периоде в большинстве случаев не требуют специальной хирургической коррекции.

Ключевые слова: абдоминальная травма, послеоперационные внутрибрюшинные осложнения, билотомы печени.

В последние годы в связи с ростом травматизма отмечается увеличение частоты повреждений печени. Наблюдается тенденция к увеличению числа посттравматических осложнений, связанных с повреждениями внутрипеченочных желчных протоков с образованием так называемых билотом и билиогематом [1–3].

Частота возникновения билотом варьирует, по данным разных авторов, от 0,5 до 11,0 % [4].

До недавнего времени посттравматические внутрипеченочные билотомы считались сравнительно редким образованием и частота их прижизненной диагностики не превышала 0,8 % [5].

Повсеместное внедрение в клиническую практику современных неинвазивных методов диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ, позволило значительно повысить выявляемость полостных образований печени [5].

Анализ литературы показал, что до настоящего времени нет единой сформированной концепции в тактическом подходе к лечению посттравматических внутрипеченочных билотом печени, диагностированных как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периоде [1, 6].

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 286 пострадавших с ранениями и закрытой травмой печени, находившихся на лечении в отделении политрав-

мы ХГКБСНМП им. проф. А.И. Мещанинова с 2008 по 2014 г. У 44 (15,4 %) пациентов были диагностированы внутрипеченочные билотомы печени. Мужчин было 39, женщин – 5; возраст пострадавших варьировал от 17 до 68 лет.

Повреждения печени после ДТП возникли у 18 пациентов, кататравмы – у 13, прямого удара в живот – у пяти, сдавления – у пяти, колото-резаные ранения – у трех пациентов.

У 11 пострадавших имелись изолированные повреждения печени, у остальных 33 травма носила сочетанный или множественный характер: черепно-мозговая травма – у 16, травма грудной клетки – у 11, травма опорно-двигательного аппарата – у шести. Наряду с повреждением печени имелись ранения других органов брюшной полости: селезенки – у семи, кишечника – у четырех, поджелудочной железы – у двух, почки – у двух, диафрагмы – у одного.

Локализация повреждения была следующей: V, VI, VII сегменты печени – у 16 пациентов; VI, VII – у десяти; IV, V – у восьми; VII – у четырех, V – у двух.

Для оценки степени повреждения печени использована классификация В.С. Шапкина [7]: II степень повреждения отмечена у десяти пострадавших, III – у 27, VI – у семи, что подтверждено интраоперационно.

Объем оперативных вмешательств включал ушивание разрывов печени с наложением

© В.В. Бойко, А.В. Кузнецов, А.В. Лелица, П.Б. Лебедь, 2016

разгрузочной холецистостомы – у 35 пострадавших, частичное ушивание разрыва печени с последующей тампонадой места разрыва марлевыми салфетками – у девяти.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводились как рутинные лабораторные исследования крови, так и специальные дополнительные методы исследования: ультразвуковое (УЗИ), компьютерная томография (КТ) в динамике.

Результаты и их обсуждение. Образование билом чаще происходило в сроки от 12 до 26 дней с момента проведения операции. Интраоперационно повреждения внутрипеченочных желчных протоков не были диагностированы ни у одного пострадавшего. Патологические образования диагностировали, как правило, во время контрольного УЗИ печени. У 37 (84,1 %) больных образование билом сопровождалось появлением умеренных болей в правом подреберье, повышением температуры от 37,5 до 38,0 °С, которая держалась от пяти до семи дней, несмотря на интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию, у восьми (15,9 %) больных формирование билом не сопровождалось какими-либо выраженными клиническими проявлениями.

Эхографическая картина формирования билом имеет ряд особенностей, зависящих от времени их образования с момента операции. В начальном периоде образования в зоне повреждения печени и проведенной операции можно выявить области пониженной эхогенности с неоднородной структурой, с неровными, нечеткими, переходящими в нормальную ткань контурами с небольшими включениями жидкостного характера. В дальнейшем происходит формирование полостного образования различной формы с нечеткими контурами с анэхогенными включениями в нем с нарастанием объема жидкости. На последнем этапе формирования биломы образуется полостное образование различной формы с однородным жидкостным содержимым и образованием ложной капсулы в виде гиперэхогенного ободка.

На последнем этапе формирования биломы печени клинические проявления обычно регрессировали. Температура нормализовалась, боли в правом подреберье значительно уменьшались или исчезали, биохимические показатели не превышали нормальных цифр.

При КТ билому определяли как зону неправильной формы, с четкими, неровными

контурами, однородной структуры, жидкостной плотности.

Что касается лечения посттравматических внутрипеченочных билом, то мы, как и ряд других авторов, считаем, что хирургическая агрессия, в том числе и в виде пункций, у больных с политравмой, перенесших тяжелое оперативное вмешательство на печени, не оправдано, поскольку может привести к возникновению дополнительных осложнений. Показания к хирургическому вмешательству возникают только при наличии гигантских билом, имеющих выраженную симптоматику, и билом, сопровождающихся различными осложнениями [3, 4].

Все пациенты были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии, без хирургической коррекции образовавшихся внутрипеченочных билом.

В отдаленном периоде, в сроки от 3 до 14 месяцев с момента произведенной операции, нами обследовано 11 (25 %) из 44 пострадавших, выписанных из клиники с внутрипеченочными посттравматическими биломами.

У шести обследованных в сроки 4, 7 и 9 месяцев с момента произведенной операции при контрольном УЗИ печени полостных образований в печеночной паренхиме не было найдено. В зоне повреждения была выявлена очаговая узловая гиперплазия печени.

У четырех обследованных в сроки 3, 8 и 14 месяцев с момента произведенной операции в зоне травмы на фоне узловой гиперплазии различной степени выраженности отмечалось уменьшение размеров полостных жидкостных образований с изменением их первоначальной формы. У одного больного, обследованного через 10 месяцев после операции, не отмечено динамики в сторону уменьшения размеров полости: ее размеры не изменились с момента выписки из стационара.

Выводы

Повреждение внутрипеченочных желчных протоков при травме печени с образованием билом не является редкой патологией, их частота составляет 15,4 %. Биломы не имеют специфической клинической картины, и для их обнаружения необходимо проведение комплексного обследования, включающего УЗИ печени, компьютерную томографию в динамике. Образовавшиеся биломы в большинстве случаев не требуют специальной хирургической коррекции, поскольку имеют тенденцию к регрессу в отдаленном периоде.

Литература

1. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук. – Москва: Медицина, 2005. – 176 с.
2. Laparoscopic management of benign cystic lesions of the liver / N. Kharkhouda, E. Mavor, J. Gugenheim, J. Mouiel // *Hepatobiliary Pancreat Surg.* – 2010. – Vol. 7, № 2. – P. 212–217.
3. Ильин Д.Ф. Образование рубца печени / Д.Ф. Ильин, И.В. Майборода // *Хирургия.* – 2002. – № 11. – С. 70–72.
4. Kaperna T. Nonparasitic cysts of the liver: results and opinions of surgical treatment / Т. Каперна, S. Vogl, U. Satzing // *World J. Surg.* – 1977. – № 8. – С. 850–854.
5. Владимирова Е.С. Миниинвазивные методы диагностики и лечения при посттравматических образованиях печени / Е.С. Владимирова, Э.Я. Дубров, Н.Р. Черная // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2014. – № 4. – С. 32–39.
6. Лечение непаразитарных кист печени / А.С. Пышкин, Д.Л. Борисова, Е.В. Ефремова и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2002. – № 8. – С. 33–36.
7. Шапкин В.С. Закрытые и открытые повреждения печени / В.С. Шапкин, Ж.А. Гриненко. – Москва: Медицина, 1977. – 176 с.
8. Цурова Д.Х. Диагностика и лечение повреждений внутрипеченочных желчных протоков при травме живота: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Х. Цурова. – Москва, 2008. – 16 с.
4. Pilgrim C.H.C. Role of laparoscopy in blunt liver trauma / C.H.C. Pilgrim, V. Usatoff // *ANZ J. Surg.* – 2006. – Vol. 76, № 5. – P. 403–406.

**В.В. Бойко, А.В. Кузнецов, А.В. Лелиця, П.Б. Лебідь
ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ БІЛОМ ПЕЧІНКИ**

Проаналізовано результати лікування 286 постраждалих з пораненням і закритою травмою печінки. Сорок чотири пацієнти з біломами були комплексно обстежені в динаміці. Встановлено, що виявлені біломи у ранньому післяопераційному періоді в більшості випадків не потребують спеціального хірургічного лікування.

Ключові слова: абдомінальна травма, післяопераційні внутрішньочеревні ускладнення, біломи печінки.

**V.V. Boyko, A.V. Kuznetsov, A.V. Lelitsa, P.B. Lebed
TREATMENT OF THE POSTTRAUMATIC BILOMS OF LIVER**

Results of management of 286 abdominal wounds and blunt trauma patients are analyzed. 44 liver bile collection patients underwent different diagnostic intervention in dynamic. Detected biloms in early period after operation, which not required special operative correction.

Key words: abdominal trauma, postoperative intraperitoneal complications, biloms of liver.

Поступила 21.12.15