

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРИТОНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет,
КП «Городская клиническая больница №2»
Запорожье, Украина

Травматический перитонит диагностирован у 13,2% пострадавших с закрытой травмой печени. Характерным было позднее поступление пациентов — в 1-12 сутки. Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы выявлены у 10 (50%) пациентов и распространенный перитонит — у 10 (50%). Точность клинической диагностики — 20%, рентгенографии брюшной полости и УЗИ — 10 и 66,7%. Лапароскопия у 100% пострадавших диагностировала разлитой перитонит. Все своевременно оперированы. Осложнения развились у 40% пациентов, умерли 20%.

Ключевые слова: закрытые повреждения печени, тяжелая сочетанная травма, осложнение, травматический перитонит.

Введение

Классическая клиническая картина закрытой травмы печени проявляется симптомами внутреннего кровотечения, анемии, шока [4, 6, 7, 9]. Однако у большинства больных своевременное распознавание разрывов печени представляет сложную задачу, связанную с тяжестью и локализацией повреждений печени, объемом кровопотери, наличием сочетанных интра- и экстраабдоминальных повреждений, степенью нарушения сознания, сопутствующих заболеваний, алкогольного и наркотического опьянения, временем прошедшим после травмы [1-4]. В связи с изложенным диагностические ошибки и определение показаний к хирургическим вмешательствам достигают 50% [8, 10]. Возникающие трудности увеличивают время диа-

гностического поиска, которое спустя 6–8 часов после травмы ведет к развитию травматического или желчного перитонита, резко ухудшая течение послеоперационного периода и исход травмы печени [2, 8].

Целью исследования было изучить причины возникновения, особенности травматического перитонита у пострадавших с тяжелой сочетанной закрытой травмой печени, оценить возможности дополнительных методов исследования для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования

В клинике общей хирургии ЗГМУ за последние 15 лет под нашим наблюдением находились 150 пострадавших с закрытой травмой печени, из которых у 20 (13,2%) пациентов с тяжелой сочетанной травмой на момент госпитализации имел место травматический перитонит. Мужчин было 18 (90%), женщин — 2 (10%) в возрасте от 24 до 72 лет. Преобладали пациенты от 20 до 40 лет — 15 (75%), являющиеся наиболее трудоспособными. Обращает на себя внимание, что 10 (50%) пострадавших скрыли факт травмы, вследствие чего стала невозможной ранняя диагностика травмы печени. Остальными причинами разрыва печени у 8 (40%) пациентов были бытовая травма (криминальный характер — 5, падения в быту — 3) как следствие прямого удара в область правого подреберья и подложечную область, у 2 (10%) — ДТП.

Интеркуррентные заболевания выявлены у 17 (85%) пострадавших. Из них у 7 пациентов имел место хронический алкоголизм, у 4 — хронический бронхит курильщика, у 3 — наркомания, у 2 — ИБС и у 1 — генерализованный атеросклероз.

В комплекс диагностического обследования входили, наряду с клиническим осмотром, использование лабораторно-биохимических показателей, рентгенологические методы, УЗИ, лапароскопия, а также консультации других специалистов при экстраабдоминальной травме.

У всех больных отмечен синдром системной воспалительной реакции организма (SIRS), обусловленный повреждением паренхимы печеночной ткани с последующей ее деструкцией, инфекционно-воспалительной реакцией и эндогенной интоксикацией. Степень тяжести эндотоксикоза оценивали по В.Н.Чернову и соавт. [3].

Тяжесть травматических повреждений печени оценивали согласно шкале LIS, усовершенствованной В.В.Бойко и соавт. [6].

Нами использована классификация перитонита по распространенности, предложенная В.Д.Федоровым в 1974 г., претерпевшая изменения в 1999 г. на совместных заседаниях проблемной комис-

сии РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» [3]. Было установлено, что различия между разлитым и общим перитонитом незначительны и практического значения не имеют, потому из классификации исключен общий перитонит [3]. По течению перитонита использовали классификацию, предложенную В.Н.Черновым и соавт. (1999 г.) и выделяющую три фазы: I — реактивная фаза; II — фаза острой энтеральной недостаточности; III — фаза полиорганной недостаточности [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Все пострадавшие с закрытой травмой печени, осложненной травматическим перитонитом, доставлены машиной СМП в поздние сроки после травмы. От 1 до 2-х суток госпитализированы в клинику 3 (15%) пациентов, на 3-и сутки — 3 (15%), 7-е сутки — 4 (20%), 10-12-е сутки — 10 (50%). На догоспитальном этапе диагноз закрытой травмы живота (ЗТЖ) с подозрением на повреждение абдоминальных органов без уточнения топического диагноза установлен у 10 (50%) пострадавших, у 6 (30%) — диагностированы острые хирургические заболевания (холецистит, панкреатит, холецистопанкреатит), а у 4 (20%) — перитонит неясной этиологии. Алкогольное опьянение зарегистрировано у 9 (45%) пациентов и шок — у 5 (25%). Эндотоксикоз легкой степени имел место у 2 (10%) пострадавших, средней степени — у 4 (20%) и тяжелой степени — у 14 (70%).

Во время рентгеноскопии грудной клетки у 6 (30%) пациентов определены переломы ребер справа, у 1 (5%) — слева, у 1 (5%) — двусторонние. Эти изменения сочетались с высоким стоянием правого купола диафрагмы, ограничением ее подвижности, дисковидными ателектазами в нижней доле у 5 (25%) пострадавших, левосторонним гемопневмотораксом — у 1 (5%). При рентгеноскопии брюшной полости у 2 (10%) пациентов заподозрен абсцесс брюшной полости.

Более информативным оказалось УЗИ брюшной полости, выполненное у 15 (75%) пострадавших, из которых у 5 (33,3%) установлен поддиафрагмальный абсцесс, у 4 (26,7%) — подпеченочный и у 1 (6,7%) — их сочетание, у 2 (13,3%) — чрескапсульный разрыв правой доли печени, гемоперитонеум, а у 3 (20%) определен «ложно-отрицательный» результат.

Наиболее информативной в диагностике закрытой травмы печени, осложненной травматическим перитонитом, оказалась лапароскопия, осуществленная у 7 (35%) пациентов. Если у 5 (71,4%) пострадавших визуализированы поврежденные сегменты печени, прикрытые фик-

сированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения ($S_3 - 1$, $S_4 - 1$, $S_5 - 3$), то у 2 (28,6%) больных во время лапароскопии диагностирован разрыв заднего ската правой доли печени по косвенным данным — превалирование жидкой крови в правом поддиафрагмальном пространстве и подпеченочном правом боковом канале и локально «плавающими» сгустками крови в ее жидкой части с перитонеальным экссудатом, т.к. эта зона является для лапароскопического исследования «слепой». У последних 2 пациентов на операции уточнено место разрыва печени — S_{7-8} . Дополнительно во время лапароскопии у 2 больных определен разрыв брыжейки тонкого кишечника с некрозом ее сегмента. У всех 7 пострадавших диагностирован разлитой гнойно-фибринозный перитонит с наличием крови.

После кратковременной интенсивной подготовки в течение 2-3 часов после поступления оперированы 4 (20%) пациента с диагнозом разлитого перитонита неясной этиологии. На операции у 2 (50%) пострадавших диагностирован разрыв S_5 печени, у 2 больных — отрыв дна желчного пузыря с разрывом паренхимы S_4 печени, осложненные разлитым желчно-гнойно-фибринозным перитонитом.

Остальным 16 (80%) пациентам применили выше приведенные дополнительные методы исследования, результаты которых явились показанием к лапаротомии. Из них в сроки 2-6 часов после госпитализации у 7 (35%) пострадавших выполнены диагностические лапароскопические вмешательства и 22-26 часов у 10 (50%) — УЗИ.

Абсцессы брюшной полости у 10 (50%) пациентов вскрыты внесерозным латеральным минилапаротомным доступом. Остальным 10 (50%) пострадавшим выполнена верхняя срединная лапаротомия с преобразованием раны методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала-Кабанова, что значительно улучшило условия доступа к подавляющему большинству не доступных или плохо доступных отделов печени. Для ушивания разрывов печени I-II степени тяжести у 2 (33,3%) пациентов использовали П-образные швы кетгутом или викрилом и у 4 (66,7%) — разработанным в клинике методом [5]. Наряду с ушиванием разрывов печени у 2 (33,3%) пострадавших выполнена холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду, у 2 (33,3%) — резекция тонкой кишки с энтеро-энтероанастомозом бок в бок и у 1 (16,7%) — ушивание разрыва тонкой кишки. Хирургическую обработку рвано-ушибленных ран III степени, особенно расположенных в проекции сосудисто-секреторных ножек, осуществили у 4 (20%) пациентов. Также были выполнены блокада брыжейки кишечника, санация и дренирование брюшной полости, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника.

Из всех 20 оперированных при бактериологическом исследовании перитонеального экссудата наиболее часто у пострадавших (17 — 85%) высевали кишечную палочку, стрептококк, стафилококк, у 3 (15%) больных экссудат оказался стерильным. Превалировала полимикробная флора у 13 (76,5%) пациентов, монофлора выявлена у 4 (23,5%).

В послеоперационном периоде у 8 (40%) пострадавших развились осложнения (госпитальная пневмония — 2, нагноение раны — 2, алкогольный делирий — 2, острая печеночно-почечная недостаточность — 1). Умерли 4 (20%) пациентов (шок — 2, гнойная интоксикация — 1, острая печеночно-почечная недостаточность — 1).

Выводы

1. Травматический перитонит осложняет течение тяжелой закрытой сочетанной травмы печени у 13,2% пострадавших.

2. Позднее обращение и запоздалая диагностика связаны с попыткой скрыть факт травмы, интеркуррентными заболеваниями, острым и хроническим алкогольным отравлением у пострадавших с быстрым наступлением местного гемостаза или ограничением зоны травмы от свободной брюшной полости.

3. Клиническая диагностика травматического перитонита крайне затруднительна. Из дополнительных методов исследования наиболее информативными являются УЗИ и лапароскопия. УЗИ у 66,7% пострадавших позволяет выявить абсцессы брюшной полости и у 13,3% — повреждение печени, гемоперитонеум. Лапароскопия у всех пациентов диагностирует распространенный травматический перитонит.

Литература

1. Курбонов К.М. Современные подходы диагностики и лечения повреждений печени / К.М.Курбонов, Н.М.Даминова, М.К.Гулов // Харківська хірургічна школа. — 2007. — №2. — С. 120-122.
2. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології / В.В.Бойко, Ю.Б.Григоров, В.Г.Дуденко [та ін.]. — Харків: Торнадо, 2002. — 174 с.
3. Неотложная хирургия: Диагностика и лечение острой хирургической патологии / В.Н.Чернов, В.Г.Химичев, И.И.Таранов [и др.]. — 4-е изд., перераб. и доп. — Элиста: АОр «НПП «Джингар», 2006. — 280 с.
4. Особенности хирургической тактики и коррекция развившихся осложнений у пострадавших с травмой печени / В.И.Перцов, Н.С.Кравець, А.И.Рылов, В.С.Прудюс // Харківська хірургічна школа. — 2005. — №2. — С. 18-20.

5. Патент на корисну модель №36944 Україна, А61В17/00. Спосіб накладання гемостатичного шва на рану печінки / О.О.Капшитар, О.В.Капшитар. — Заявл. 06.04.08; Опубл. 10.11.2008 // Промислова власність. — 2008. — №21.
6. Повреждения печени / В.В.Бойко, П.Н.Замятин, Н.Н.Удербаяев [и др.]. — Харьков: СПД ФЛ Степанов В.В., 2007. — 240 с.
7. Принципы диагностики закрытых повреждений печени / И.В.Мухин, В.В.Хачко, Н.Ю.Коваленко [и др.] // Буковинський медичний вісник. — 2001. — №3. — С. 52-54.
8. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Ничитайло, Б.В.Доманский. — К.: Здоровье, 1993. — 512 с.
9. Тактические подходы к лечению травмы живота / П.Г.Кондратенко, А.Г.Толмачов, Н.Л.Смирнов, Е.А.Койчев // Харківська хірургічна школа. — 2007. — №2. — С. 113-115.
10. Traumatic liver injuries: advances in diagnostic and therapeutic methods / G.Aragiousto, S.Giovine, M.Ansalone [et al.] // J. Chir. — 1999. — Vol. 20. — №8-9. — P. 367-371.

О.В.Капшитарь. Травматичний перитоніт як ускладнення тяжких сполучених закритих ушкоджень печінки. Запоріжжя, Україна.

Ключові слова: закриті ушкодження печінки, тяжка сполучена травма, ускладнення, травматичний перитоніт.

Травматичний перитоніт діагностований у 13,2% постраждалих від закритою травмою печінки. Характерним було пізнє надходження пацієнтів — у 1-12 добу. Підпечінковий та піддіафрагмальний абсцеси виявлені у 10 (50%) пацієнтів і поширений перитоніт — у 10 (50%). Точність клінічної діагностики — 20%, рентгенографії черевної порожнини та УЗД — 10% та 66,7% відповідно. Лапароскопія у 100% постраждалих діагностувала розлитий перитоніт. Усі своєчасно оперовані. Ускладнення розвинулись у 40% пацієнтів, померли — 20%.

O.V.Kapshitar. Traumatic peritonitis as complication of severe combined closed liver injuries. Zaporizhzhya, Ukraine.

Key words: closed liver injuries, severe combined injury, complication, traumatic peritonitis.

The traumatic peritonitis is diagnosed for 13,2% of patients with the closed trauma of a liver. The late patients admission in 1-12 days was a characteristic. Subhepatic and subdiaphragmatic abscesses were detected in 10 (50%) of patients and peritonitis — in 10 (50%). Clinical diagnostics accuracy is 20%, abdominal radiography and ultrasonic — 10 and 66,7%. The laparoscopy diagnosed diffuse peritonitis in 100% of victims. All of them are operated in due time. Complications developed in 40% of patients, and 20% died.