

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА В ХІРУРГІЇ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

*Я.С.Кукуруз, О.Ю.Шуригін,
І.О.Йосипенко*

**Український науково-практичний центр екстреної
медичної допомоги та медицини катастроф
Київ, Україна**

У даній роботі вивчено результати лікування у 131 постраждалого з проникаючою абдомінальною травмою та пошкодженнями печінки. Застосовуючи хірургічну тактику, основу на класифікації пошкоджень за В.Кремєр D Heenn-BruUs, та застосовуючи як традиційні, так і модифіковані методи гемостазу у тяжкотравмованих пацієнтів, досягли суттєвого зниження ускладнень та летальності.

Ключові слова: *проникаючі поранення, печінка, хірургічна тактика, «damage control».*

Вступ

Травматичні пошкодження печінки займають за частотою друге місце серед пошкоджень органів черевної порожнини і зустрічаються у 15,3-24,4% постраждалих з різними видами абдомінальної травми. Летальність сягає 6,1-12% у разі відкритих пошкоджень і 28-71,6% при закритих травмах (Альперович Б.И., 1983; Бірюков Ю.В. та ін., 1998; Ермолов А.С. та ін., 2003; Carmona R. et al., 1982; Ragsdale J. et al., 1993; Moore E.E. et al., 1995).

Незважаючи на зростаючу кількість наукових праць, присвячених проблемам травм печінки, досі залишаються невирішеними ціла низка питань та суперечливих положень щодо діагностики та хірургічної тактики при травматичних пошкодженнях печінки.

Метою дослідження було на підставі клінічного досвіду запропонувати оптимальний алгоритм екстреної медичної допомоги пост-

раждалим із закритими та відкритими пошкодженнями печінки на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали та методи дослідження

На базі центру політравми УНПЦЕМД та МК виконано ретроспективний аналіз лікування 131 постраждалого з проникаючими пораненнями та 289 постраждалих із закритими пошкодженнями печінки, які знаходились на лікуванні за період з 2004 до 2011 р. У масиві постраждалих з відкритими пошкодженнями печінки чоловіків було 126 (96,18%), жінок — 5 (3,82%). Середній вік постраждалих становив $30,64 \pm 8,39$ року і коливався від 17 до 72 років. У стані алкогольного сп'яніння надійшло 94 (71,75%). Усіх постраждалих були розподілені на дві основні групи за результатом перебігу травматичного процесу: 1 групу склали такі, що вижили, — 115 (87,78%) осіб та 2 групу — такі, що померли, — 16 (12,22%) осіб. Ізольоване пошкодження печінки серед органів черевної порожнини виявлено у 82 (62,60%) постраждалих. Пошкодження 2 і більше органів черевної порожнини виявлено у 49 (37,40%) постраждалих. Загальна летальність склала 16 (12,21%), додובהва — 9 (6,87%) осіб.

У приймальному відділенні для оцінки ступеня тяжкості загального стану пацієнта, окрім фізикального обстеження, застосовували TS, шкалу КОМ Глазго та індекс пошкодження органів черевної порожнини.

Пацієнтам, що перебували в стабільному стані, проводився весь комплекс лабораторних та інструментальних обстежень: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні показники крові, показники коагулограми, рентгенографія органів черевної та грудної порожнин, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, спіральна комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини.

Постраждалих, стан яких був нестабільний, направляли в операційну, де виконувались оперативні втручання одночасно з інтенсивною терапією чи реанімаційними заходами.

Обираючи хірургічну тактику, ми керувалися найбільш вдалою, на наш погляд, класифікацією пошкоджень печінки В.Kremer D Heenn-BruUs:

Ступінь тяжкості	Характер пошкоджень
I	- розриви капсули <3с м; - субкапсулярні і внутрішньопечінкові гематоми <10 см
II	- поодинокі периферійні розриви паренхіми глибиною <3 см; - наскрізні рани периферійних ділянок печінки з локалізацією на відстані не більше 1,5 см від краю; - субкапсулярні та внутрішньопечінкові гематоми >10 см
III	- масивні центральні гематоми; - центральний (повний або неповний) розрив паренхіми без пошкодження крупних кровоносних судин та жовчовивідних проток; - множинні розриви паренхіми глибиною > 3 см без пошкодження крупних кровоносних судин та жовчовивідних проток
IV	- центральні розриви паренхіми з пошкодженням крупних внутрішньопечінкових привідних і відвідних структур (судин, жовчовивідних проток), жовчного міхура; - розчавлення паренхіми або фрагментація органа; - розриви паренхіми дорзальних відділів печінки з пошкодженням v. cava. - позапечінкові розриви порталльної триади (a. hepatica, v. portae, d. choledochus)

- При пошкодженнях I ступеня застосовували консервативне лікування та спостереження за станом пацієнта.
- При пошкодженнях II ступеня розрив паренхіми, колото-різані рани після санації, видалення девіталізованих тканин та гемостазу зашивали П-подібними швами за допомогою кетгуту, субкапсулярні та внутрішньопечінкові гематоми після їх спорожнення, санації та гемостазу також зашивали П-подібними швами з дренаванням ПХВ-трубками Ø 6 см.
- При пошкодженні III-IV ступеня після видалення девіталізованих тканин і сторонніх тіл та санації рани зашивали за допомогою П-подібних швів чи швів Кузнецова-Пенського, для зміцнення лінії яких у разі необхідності використовували ауто- та синтетичні прокладні матеріали. Хірургічну обробку завершували дренаванням дна рани ПХВ-трубкою Ø 6 мм. Якщо джерело жовчотечі візуально помітити не вдалося, застосовували заходи, спрямовані на декомпресію жовчовивідної системи: холедохостомію (за Холсте-

дом-Піковським чи Робінсоном-Вишневським) або холецистостомію.

- При колото-різаних пошкодженнях діафрагмальної поверхні верхньозадніх та нижньозадніх відділів правої частки печінки з помірною кровотечею виконували відповідно верхню (за Хіарі-Ніколаєвим) або нижню (за Шапкіним) гепатопексію.
- Якщо спостерігалася масивна крово- та жовчотеча з рани печінки, застосовували тимчасове стиснення гепатодуоденальної зв'язки (прийом Прінгла). Якщо внаслідок вказаної маніпуляції кровотеча зменшувалась або цілком зупинялася, що вказувало на пошкодження судин v.porta чи a.hepaticae, після евакуації згустків крові виконували прошивання чи кліпування кінців розірваних крупних кровоносних судин та жовчовивідних проток.
- При глибоких колото-різаних пораненнях діафрагмальної поверхні верхньозадніх та нижньозадніх відділів правої частки з масивною кровотечею виконували компресійну вісцерогепатопексію відповідно за Хіарі-Ніколаєвим, Шапкіним, Альфьоровим у нашій модифікації з тампонадою рани (за допомогою великого чіпця на ніжці, пасма прямого м'яза живота або плівки «Тахокомб» (посвідчення на рацпропозицію №64/98).
- При наскрізних вогнепальних пораненнях обох часток печінки гемо- та біліостази досягали шляхом введення в рановий канал балонного катетера, який наповнювали стерильним розчином NaCl 0,9% для створення тиску на стінки каналу. Катетер залишали в рані протягом 3-9 діб.
- При пораненнях жовчного міхура виконували холецистектомію із зовнішнім дренажуванням холедоха за Холстедом-Піковським.
- При пораненні печінки III-IV ступеня, а також значних пошкодженнях суміжних органів черевної порожнини застосовували скорочені поетапні хірургічні втручання за методикою «damage control».

Усі операції обов'язково завершували дренажуванням черевної порожнини (над- та підпечінкового простору, порожнини малої миски).

Результати дослідження та їх обговорення

Із загального масиву постраждалих, зокрема з проникаючими пораненнями печінки, виписано 115 (87,78%) осіб у задовільному стані з компенсованою функцію гепатопанкреатодуоденальної зони.

У післяопераційному періоді виникли такі ускладнення: печінкова недостатність — 4 (3,8%) випадки, жовчний перитоніт — 1 (0,9%), жовчна нориця — 2 (1,9%), вторинна кровотеча — 1 (0,9%), абсцеси печінки та піддіафрагмального простору — 5 (4,8%), реактивний плеврит — 2 (1,9%) випадки.

Загальна летальність склала 16 (12,21%), добова — 9 (6,87%) осіб.

Висновки

1) Застосування хірургічної тактики в залежності від загального стану постраждалих та ступеня пошкодження печінки, удосконалення способів гемостазу різних видів гепатопексії із застосуванням синтетичних та аутотрансплантичних матеріалів сприяло зниженню летальності постраждалих.

2) Застосування прийому Прингла є не тільки способом тимчасового гемостазу, але і надійним способом діагностики джерела кровотечі.

Література

1. Абакумов М.М. Диагностика и лечение повреждения живота / М.М.Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // Хирургия. — 2001. — №6. — С. 24-28.
2. Цыбуляк Г.Н. Ранение и травма живота: современная диагностика и новые подходы в лечении // Г.Н.Цыбуляк, С.Д.Шеянов // Вестник хирургии. — 2001. — №5. — С. 81-88.
3. Шевчук М.Г. Діагностично-лікувальні критерії при травмах органів черевної порожнини // М.Г.Шевчук, І.М.Сорочинський, С.А.Кахно / Мат. науково-практ. конф. «Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії». — Львів, 2004. — С. 208-209.
4. Feliciano D.V. Hepatic trauma / D.V.Feliciano, G.S.Rozycki // Scandinavian J. Surgery. — 2002. — Vol 91. — P. 72-79.

Я.С.Кукуруз, О.Ю.Шурыгин, И.О.Иосипенко. Лечебная тактика в хирургии поврежденной печени. Киев, Украина.

Ключевые слова: проникающие ранения, печень, хирургическая тактика, «damage control».

В данной работе изучены результаты лечения у 131 пострадавшего с проникающей абдоминальной травмой и повреждениями печени. Применяя хирургическую тактику, основанную на классификации поврежденной печени В.Креммер D Heenn-BruUs, а также как

традиционные, так и модифицированные методы гемостаза у тяжело-травмированных пациентов, достигли значительного снижения осложнений и летальности.

Ya.S.Kukuruz, O.Yu.Shurygin, I.O.Yosypenko. Therapeutic tactics in surgery of liver damage. Kyiv, Ukraine.

Key words: penetrating injuries, liver, surgical approach, «damage control».

This paper studied the results of treatment in 131 patients with penetrating abdominal trauma and liver damage. Using surgical tactics based on the classification of damage by, and uses both traditional B.Kremer D Heenn-BruUs nal methods and modified hemostasis in severe damage patients produced significant to reduce complications and mortality.