

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ГЕМОБІЛОМ ПЕЧІНКИ

*М.І.Тутченко, С.П.Трофименко,
Е.В.Світлічний*

**Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
Українська військово-медична академія
Київ, Україна**

Наведені результати застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвукографічним контролем у лікуванні 26 хворих з посттравматичними гемобіломами. Отримані результати свідчать про ефективність та надійність даного методу, що в комплексі лікування дозволяє досягти одужання у 100% хворих та уникнути летальності.

***Ключові слова:* паренхіма печінки, посттравматична гемобілома, пункційно-дренуючі втручання.**

Вступ

Пошкодження печінки відносяться до тяжких травм. У мирний час частота їх складає 21-28%, причому закриті пошкодження спостерігаються у 26-51% постраждалих, колото-різані поранення — у 40-70%, вогнепальні — у 4-8%. Серед причин пошкоджень печінки мирного часу провідне місце займають транспортний та побутовий травматизм — 72-87%, 13-22% припадає на частку промислового травматизму. Летальність при пошкодженнях печінки коливається від 8,3% до 23%. Основною причиною летальних випадків при травмі печінки є кровотеча (9 випадків, або 48 %), рідше — перитоніт (16%) та інші причини (36%). Одним із тяжких ускладнень травматичних пошкоджень печінки є гемобілія. До інших ускладнень відносять білігемію, гемобіломи, утворення абсцесів або кіст у парен-

хімі печінки, посттравматичний гепатит. Лукування пошкоджень печінки в основному проводиться хірургічно. В останній час в хірургії стали застосовувати малоінвазивні методи лікування хірургічної патології та деяких травматичних пошкоджень у людини під контролем ультрасонографії, що дало можливість знизити летальність у пацієнтів, уникнути виконання у пацієнтів тяжких травматичних складних операцій та покращити результати лікування хворих.

Метою дослідження було показати можливість та ефективність пункційно-дренуючих втручань на печінці під ультразвуковим контролем у лікуванні хворих з травматичним пошкодженням печінки, яке ускладнилось утворенням посттравматичних гемобілом.

Матеріали та методи дослідження

На базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги нами проведено стаціонарне лікування 26 хворих з посттравматичними гемобіломами печінки. Усі потерпіли були доставлені в лікарню каретою «швидкої допомоги» та перебували в гострому періоді травматичної хвороби (7-14 доба), мали поєднану черепно-мозкову, торакоабдомінальну та скелетну травми. Діагностовано пошкодження паренхіматозних органів I ступеня при поєднаній абдомінальній травмі згідно класифікації пошкоджень паренхіматозних органів (E. Moore et al., 1998).

Причинами утворення посттравматичних гемобілом печінки були закрита травма живота з утворенням внутрішньопечінкової гематоми — у 4 хворих, розриви печінки — у 22 хворих, серед яких колото-різанні рани — у 14 хворих, закрита травма живота — у 8 пацієнтів. Серед хворих з пошкодженнями паренхіми печінки у 17 хворих спостерігалось пошкодження правої долі печінки, у 2 хворих — лівої долі. Хворим з розривами печінки виконано ургентне оперативне втручання з метою зупинки внутрішньочеревної кровотечі шляхом накладання швів на місце пошкодження паренхіми печінки у вигляді колото-різаної рани або крайового розриву паренхіми печінки (глибокого та неглибокого розриву). Гемобіломи розташовувались у 24 хворих у V-VII сегментах правої долі і лише у 2 хворих — у II-III сегментах. Розміри гемобілом коливались у межах від 4 см до 14,6 см у діаметрі. У 70% потерпілих у середньому гемобіломи в діаметрі складали 6-9 см. У 24 (100%) хворих спостерігалась t тіла 38-39 С, у 20 (83,3%) хворих — біль у правому підребер'ї, у 19 (79,2%) хворих відмічались зміни в лабораторних показниках (за-

гальний аналіз крові, біохімія крові), в 1 (4,2%) хворого відмічено підтікання жовчі з підпечінкового дренажа, у 4 (16,7%) хворих виявлена безсимптомна гемобілома.

Ультразвукову діагностику постраваматичних гемобілом печінки та оперативні втручання виконували за допомогою ультразвукового апарата «Алока-5000» (Японія) с конвексним датчиком 3,5 МГц. Ультразвуковими ознаками гемобілом печінки були наявність рідинного утворення в паренхімі печінки в місці дії пошкоджуючого фактора. Форма утворення округла чи овальна, без капсули. Зміст його — неоднорідна рідина, інколи наявність згустка крові, секвестрів паренхіми, фібринозних мас. При кольоровому доплерівському картируванні судини в порожнині гемобіломи не візуалізувались, в прилеглої паренхімі печінки спостерігали обрив судинного малюнка. Прилегла паренхіма печінки мала змінену структуру, яка проявлялася в гострому періоді у вигляді зони зниженої ехогенності внаслідок набряку. У подальшому ехогенність прилеглої паренхіми підвищувалась. При діагностичній пункції матеріал являв собою гемолізовану кров, незначні згустки крові, жовч, домішки фібрину. В усіх випадках гемолізована кров була з домішками жовчі, що давало підстави називати дане ускладнення гемобіломою. Для пункційно-дренуючих операцій застосовували голки Chiba 18-20G та катетери «Pig tail» F6 та F9. Усі малоінвазивні втручання виконували з урахуванням чутливості пацієнтів до анестетика в асептичних умовах. У більшості випадків застосовували після проведення премедикації місцеву анестезію з використанням 2% розчину лідокаїну.

Результати дослідження та їх обговорення

У 26 хворих при наявності ультрасонографічної картини гемобіломи виконували пункційно-дренуючі втручання під контролем УЗД з наступним щоденним моніторингом з метою спостереження за перебігом проходження патоморфологічних змін у паренхімі печінки і порожнини гемобіломи. Тактика лікування полягала в наступному. Під час ультразвукового обстеження і виявлення порожнинного утворення в паренхімі печінки всім пацієнтам виконували діагностичну пункцію для диференціальної діагностики та підтвердження діагнозу. Лікувальними компонентами була повна аспірація вмісту гемобіломи, санація порожнини антисептиками. На моніторі ультразвукового апарату спостерігали ліквідацію порожнинного утворення та відновлення нормальних анатомічних пропорцій печінки.

Під час моніторингу на 2-3 добу у випадках повторного накопичення рідини (переважно жовчі, іноді гемолізованої крові) виконували повторні пункції, кількість яких протягом 7-10 діб складала від 3 до 5. У пацієнтів з пошкодженнями великих за діаметром жовчних протоків та швидкому накопиченні жовчі в порожнині гемобіломи, виконували дренування з використанням катетерів «Pig tail» F6 або F9 у залежності від розмірів утворення та вмісту.

При наявності в порожнині гемобіломи під час первинного обстеження солідного компонента, представленого секвеструмами, згустками крові, після діагностичної пункції відразу виконували дренування, санацію порожнини гемобіломи та активну аспірацію вмісту з постійною підтримкою від'ємного тиску. У 7 постраждалих спостерігали реактивний плеврит, що було показанням для пункційної аспірації. У 5 хворих виконували пункційні санації, у 7 хворих — пункції, які були доповнені дренуванням, у 14 хворих виконано первинне дренування гемобілом.

Термін дренування гемобілом склав від 10 діб до 21 доби. За даний час відбувався лізис секвестрів, згустків та фібринозних мас. Спостерігали повну облітерацію порожнини та припинення ексудативного процесу. Усі пацієнти отримували комплексну інфузійну терапію, лікування поєднаної травми.

Аналіз безпосередніх результатів у лікуванні гемобілом показав, що в усіх пацієнтів було досягнуто одужання. Летальних наслідків та ускладнень не спостерігалось. Термін лікування хворих у стаціонарі склав від 10 діб до 3 місяців і залежав переважно від тяжкості поєднаної травми.

При динамічному спостереженні протягом трьох місяців після хірургічного лікування рецидивів захворювання, формування посттравматичних кіст та масивних зон фіброзу в ділянках пошкодження не спостерігали. Функціональні та біохімічні показники роботи печінки були в межах норми.

Література

1. Харнесса Дж. К., Вищера Д. Б. Ультразвуковая диагностика в хирургии. Пер. с англ. / Под ред. С. А. Панфилова. — Москва: БИНОН, Лаборатория знаний, 2007. — 567 с.
2. Владимірова Е. С. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени / Е. С. Владимірова, М. М. Абакумов // Хирургия. — 1997. — №3. — С. 53-57.

3. Бабур А.О. Сучасні методи діагностики та лікування травматичних ушкоджень печінки / А.О.Бабур, В.Л.Зимовський, О.В.Іванько // Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 16-17.
4. Абакумов М.М. Диагностика и лечение повреждений живота / М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Малярчук // Хирургия. — 2001. — №6. — С. 24-28.

М.И.Тутченко, С.П.Трофименко, Е.В.Свитличний. Применение малоинвазивных методов лечения посттравматических гемобилом печени. Киев, Украина.

Ключевые слова: паренхима печени, посттравматическая гемобилома, пункционно-дренирующие вмешательства.

Представлены результаты применения пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвукографическим контролем в лечении 26 больных с посттравматическими гемобиломами. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и надежности данного метода, что в комплексе лечения позволяет достичь выздоровления у 100% больных и избежать летальности.

M.I.Tutchenko, S.P.Trofimenko, Ye.V.Svitlichnyi. Application of low-invasive methods in the treatment of posttraumatic liver hemobilomas. Kyiv, Ukraine.

Key words: liver parenchyma, posttraumatic hemobiloma, puncture-draining interference.

The data on the results of puncture-drainage under ultrasonographic control interventions in the treatment of 26 patients with posttraumatic hemobilomas. The results demonstrate the efficiency and reliability of this method, in combination treatment to achieve recovery of 100% of patients and avoid mortality.