

МАТЕРІАЛИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО - ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

"ПРОБЛЕМИ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ"

м. Чернівці

11 – 12 листопада 1999 року

Проблеми поєднаної патології в хірургії

УДК: 616.23-089.843-032

О.В. Алексеєнко, В.Ю. Соколов, А.О. Лусте, О.В. Білик

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. О.В. Алексеєнко)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У статті узагальнено досвід хірургічного лікування пошкоджень печінки протягом 1983-1999 р.р. Наведені результати лікування 126 хворих: 87 із відкритими пошкодженнями і 39 із закритою тупою травмою живота. Всі хворі оперовані: у 69 випадках виконана реінфузія автокрові, об'єм крововтрати в середньому становив 2,1 л, об'єм реінфузованої крові - близько 1,2 л. В основному виконувалось ушивання ран печінки, у деяких випадках із використанням шовних матеріалів типу DEXON на атравматичних голках. Автори відмовились від тампонади ран печінки пасмом великого чепця, вважаючи за необхідне альтернативне дренивання глибоких ран печінки латексними дренажами. Доцільно використання гіпербаричної оксигенації в ранньому післяопераційному періоді з внутрішньопортальним введенням антибіотиків та гепатопротекторів.

Ключові слова: травма печінки, хірургічне лікування.

Вступ. Травми печінки займають важливе місце в невідкладній хірургії пошкоджень органів черевної порожнини. Це обумовлено високою частотою (8,2% - 21,8%) в загальній структурі постраждалих із пошкодженнями живота, а також високою летальністю (до 80%) при поєднаних пошкодженнях.

У більшості пошкодження печінки супроводжуються травматичними пошкодженнями інших органів черевної та грудної порожнин, кісткового скелету, голови. Післяопераційний період у цієї групи хворих характеризується високою частотою ускладнень, до 69,7%.

Мета дослідження. Покращити хірургічне лікування поєднаних пошкоджень печінки.

Матеріал та методи. У клініці госпітальної хірургії Буковинської державної медичної академії за період із 1983 по 1999 рік лікувалося 126 постраждалих із травмами печінки. Під спостереженням перебувало 102 (80,9%) чоловіки та 24 (19,1%) жінки, у віці до 20 років – 17 (13,5%) хворих, від 21 до 50 – 101 (80,2%), від 51 до 70 років – 8 (6,3%).

У 87 хворих пошкодження печінки були відкритими, у 39 – закритими.

Результати дослідження та їх обговорення. Із 87 пацієнтів з відкритими пошкодженнями колото-різані рани мали місце у 84 випадках, вогнепальні – 3. Поєднані пошкодження спостерігались у 58 випадках: легені – 5, діафрагми – 10, шлунка – 6, ДПК – 1, підшлункової залози – 6, селезінки – 3, жовчного міхура – 3, правої нирки – 3, лівої нирки – 1, тонкої кишки – 17, товстої кишки – 9, аорти – 1, нижньої порожнистої вени – 1.

Всім хворим із відкритими пошкодженнями печінки була виконана термінова лапаротомія верхньо-серединним доступом. Кількість крові в черевній порожнині складала від 0,8 до 3,7 л, у середньому 2,2 л. Реінфузія крові виконана 42 постраждалим, об'єм повернутої крові в середньому складав 1,4 л. Ушивання ран печінки виконано у 81 випадку, у 6 випадках у постраждалих із поверхневими та непроникаючими пошкодженнями печінки ми обмежились дренажуванням черевної порожнини. У період 1983-1994 р.р. рани печінки ушивали атравматичним кетгуттом № 4-5 одним із загальноприйнятих способів шва. З 1995 року використовували атравматичні шовні матеріали на основі полігліколевої кислоти типу Dexon, Polisorb ETHICON Ltd. фірми Джонсон і Джонсон DG, (Davis+Geck), та Хірургічної Корпорації Сполучених Штатів – USSC.

При глибоких ранах печінки операція полягала в дренажуванні порожнини або дна рани латексною багатоканальною дренажною трубкою, над якою виконувалося зашивання рани традиційними швами. Поряд з оперативним втручанням при пошкодженні печінки виконували відповідні оперативні втручання на інших пошкоджених органах черевної та грудної порожнин. При ранах, локалізованих на діафрагмальній поверхні печінки операцію завершували передньою або задньою гепатопексією, з наступним широким дренажуванням під- і надпечінкового просторів.

Із 87 оперованих постраждалих із відкритими пошкодженнями печінки в ранньому післяопераційному періоді померли 6 хворих. У всіх померлих спостерігались поєднані пошкодження органів грудної та черевної порожнин, при судово-медичному дослідженні в 5 випадках травма була не сумісна з життям.

Причини закритих пошкоджень були наступними: автодорожна травма – 18, падіння з висоти – 11, прямий удар в ділянку живота – 10. Ізольовані пошкодження печінки були у 9 хворих, пошкодження печінки та інших органів живота – у 8, черепно-мозкова травма (ЧМТ) та пошкодження живота – в 11, ЧМТ, травма живота та грудей – у 5, ЧМТ, живіт, груди, опорно-руховий апарат – у 6 хворих.

Велике значення у своєчасній постановці діагнозу відіграло раннє використання інструментальних методів обстежень – рентгенографії, лапароцентезу, лапароскопія, ультразвукової діагностики, особливо при субкапсульних та двоментних пошкодженнях.

Лапароцентез виконаний 21 раз із позитивним результатом у 17 випадках, лапароскопія – 18 з абсолютною достовірністю, ультразвукове обстеження – 6 з позитивним результатом у 5 випадках.

Всі хворі оперовані в термін до 6 год з моменту госпіталізації із застосуванням серединної лапаротомії.

Кількість крові в черевній порожнині складала від 0,6 до 3,5л, у середньому 2 л. Реінфузія крові виконана 27 постраждалим, об'єм повернутої крові в середньому склав 1,2 л. Під час операції забійні рани знайдені у 28 хворих, розтрощені у 7, відрив частин органа – 4.

У більшості випадків виконано ушивання розривів печінки – 31, у 8 випадках з гепатопексією. Хірургічна обробка виконана 8 разів. Оперативні втручання з приводу поєднаних пошкоджень виконані 24 хворим. У ранньому післяопераційному періоді померло 13 чоловік (33,3%), що обумовлено множинністю важких пошкоджень.

У післяопераційному періоді виникли наступні ускладнення: печінкова недостатність – 2 випадки, жовчний перитоніт – 1, жовчна нориця – 1, вторинна кровотеча – 1, абсцеси печінки та піддіафрагмального простору – 6, травматична гемобілія – 1, остеомієліт ребер – 1, реактивний плеврит – 4 випадки.

Із 126 випадків пошкоджень печінки ми спостерігали 6 випадків пошкоджень магістральних жовчних шляхів. У 4-х – внутрішньопечінкових сегментарних, у 2-х – пошкодження холедоха. Внутрішньопечінкові пошкодження окремо не зашивались. Пошкодження холедоха ушиті первинним швом атравматичним *prolen 4/0 ETHICON Ltd.* фірми Джонсон і Джонсон з наступним дренажуванням холедоха за Кером без ускладнень у післяопераційному періоді.

У 16 випадках у комплекс інтенсивної післяопераційної терапії була включена гіпербарична оксигенація (5-8 сеансів). При цьому спостерігали прискорення стабілізації стану постраждалих, нормалізацію гемодинаміки, відсутність гнійних ускладнень у черевній порожнині. Всі хворі, яким проводилась гіпербарична оксигенація, вижили.

У 7 випадках була використана катетеризація пупкової вени для внутрішньопортального введення антибіотиків та гепатопротекторів.

Висновки.

1. Зменшенню кількості ускладнень сприяла відмова від тампонади ран печінки великим чепцем та іншими автотканинами.

2. Дренажування глибоких ран печінки латексними дренажами з подальшим ушиванням дозволяє уникнути формування залишкових порожнин та внутрішньопечінкових абсцесів.

3. Використання атравматичних шовних матеріалів на основі полігліколевої кислоти не викликає реакцій в тканині печінки та сприяє кращому загоєнню, ніж при використанні кетгута.

4. Важливо своєчасне розпізнавання та активне лікування ранніх післяопераційних ускладнень із застосуванням у комплексі інтенсивної терапії гіпербаричної оксигенації та катетеризації пупкової вени.

Література. 1. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота - К.: Здоров'я, 1985.- 208 с. 2. Королёв М.П., Кутушев Ф.Х., Уракчеев Ш.Х. Хирургическое лечение повреждений печени // Вестник хирургии.- 1996.- №5.- С. 53-55. 3. Мариев А.И. Хирургическое лечение закрытых повреждений и ренний печени.- Петрозаводск, 1983.- 69 с. 4. Урман М.Г. Лечебная тактика при травме печени / Критические состояния в хирургии. - Пермь, 1985.- С. 51-59.

SURGICAL MANAGEMENT OF COMBINED HEPATIC INJURIES

A.V. Alekseenko, V.U. Sokolov, A.O. Luste, O.V. Biluk

Abstract: The experience of the surgical treatment of hepatic injuries over a period from 1983 through 1999 has been generalised. The results of the treatment of 126 patients are presented. Out of the overall number 87 were with open injuries and 37 were with close blunt injury of the abdomen. All the patients were operated, reinfusion of autologous blood having been performed in 69 cases, the blood loss being 2:1 l on the average, the volume of reinfused blood being 1:2 on the average. In the main we performed suturing of the hepatic wounds, in some cases using the suture material DEXON type on atraumatic needles. The authors refused from hepatic wound tamponade by means of a flap of large omentum and considered it necessary to carry out alternative drainage of deep hepatic wounds using latex drains. The use of hyperbaric oxygenation is considered to be expedient at an early stage of the postoperative period with intraportal administration of antibiotics and hepatoprotectors.

Key words: damages of a liver, surgical treatment.

Bukovonian State Medical Academy (Chernivtsi)
