

УДК 616.36 - 001:617-89

© И.А. Акперов, И.С. Каленич, А.А. Игнатенко, 2011.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

**И.А. Акперов, И.С. Каленич, А.А. Игнатенко**

*Приднестровский Государственный Университет им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет, кафедра хирургии, Приднестровье, Молдова; Российский Окружной Военно-клинический Госпиталь МО РФ, филиал №10, г. Тирасполь.*

### EXPERIENCE OF TREATMENT OF LIVER TRAUMATIC DAMAGES AT THE SURGICAL HOSPITAL I.A. Akperov, I.S. Kalenich, A.A. Ignatenko

#### SUMMARY

Results of surgical treatment of 30 patients with traumatic damages of the liver are studied, were on treatment in Republican Hospital of Tiraspol during 2001-2006. All patients have been urgently operated. The volume of operative treatment included a wide laparotomy, audit of organs of a stomach, ушивание or a liver resection, operative treatment of other damaged organs of a stomach. 5 patients have died. Complications after operation were observed in 4 cases.

### ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ В ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ І.А. Акперов, І.С. Каленіч, А.А. Ігнатенко

#### РЕЗЮМЕ

Проаналізовано результати хірургічного лікування 31 пацієнтів із травматичними ушкодженнями печінки, що перебували на лікуванні в Республіканській клінічній лікарні м. Тирасполя в 2001 – 2006 р. Всі пацієнти були негайно оперовані. Обсяг оперативного лікування включав широку лапаротомію, ревізію органів, ушивання або резекцію печінки, оперативне лікування інших ушкоджених органів черевної порожнини. Вмерло 5 пацієнтів. Ускладнення після операцій спостерігалися в 4 випадках.

**Ключевые слова:** травма печени, шов печени.

Травма печени относится к наиболее частым, тяжелым и опасным поражениям органов брюшной полости. Топографо-анатомические особенности печени, в частности уникальное ее кровоснабжение, а при травме – частое развитие геморрагического шока, обуславливают высокую частоту послеоперационных осложнений и летальность, достигающую по данным различных авторов 20-30% [1, 4]. В последние десятилетия в связи с криминализацией общества и учащением случаев дорожно-транспортных происшествий, отмечается устойчивый рост частоты травматических повреждений печени, как правило, сочетающихся с повреждениями других органов и систем: травмой груди (67 – 27,5%), черепа (54 – 22,2%), таза (37 – 15,2%), верхних и нижних конечностей (82 – 33,7% и 5 – 2,0%, соответственно), позвоночника I (11 – 4,5%) [1, 2, 4, 5]. Представляют сложность ряд тактических вопросов лечения травмы печени и даже техника оперативного вмешательства у тяжелых больных [3, 4, 5].

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения больных с травматическими повреждениями печени.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2001 г. по 2006 г. в нашей клинике находилось 243 пациента с травматическими повреж-

дениями органов брюшной полости, среди них у 31 пострадавшего (12,7±5,9%) имело место повреждение печени: мужчин было 25 (80,6%), женщин – 6 (19,4%). Большинство пациентов (22 – 70,9%) составляли лица трудоспособного возраста от 17 до 60 лет. В состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести находилось 7 человек. У 20 пациентов травма печени была в результате бытовой травмы, в 7 случаях при дорожно-транспортном происшествии, суицидальная попытка, спортивная травма, кататравма были причиной травмы печени – по 1 случаю.

Четверо (12,9±6,0%) пострадавших доставлены в клинику в первый час после получения травмы, 17 (54,8±8,9%) в срок от 1 до 6 часов, 6 (19,3±7,1%) пациентов были – госпитализированы в период от 6 до 24 часов, и 4 (12,9±6,02%) травмированных спустя 24 часа.

Диагностика травматического повреждения печени основывалась на данных традиционного клинического обследования пострадавших. У поступивших в отделение в первые 1-6 часов после травмы повреждение печени было выявлено у 18 (58,0±8,85%) пациентов. У пострадавших повреждение органов живота вообще и травма печени в частности распознавались после динамического наблюдения в течение 2-4 часов. 8 пациентам, имевшим преимущественно закрытую травму (25,8±7,85%) выполнена

диагностическая пункция брюшной полости либо лапароскопия. В динамическом наблюдении использовали лабораторные, рентгенологические и ультразвукографические исследования.

Тяжелое общее состояние и частое преобладание симптомов черепно-мозговой травмы были основными причинами запоздалой диагностики при травматических повреждениях печени у 16 больных (51,6±8,97%).

При диагностике повреждений печени, оценке степени их тяжести и выборе хирургической тактики основывались на классификации В.С. Шапкина (1977 г). Закрытые повреждения печени имели место у 7 пациентов (22,6±7,5%), открытые – у 24 пациентов (77,4±7,5%). В структуре открытых повреждений преобладали колото-резанные раны – 19 случаев. Огнестрельное ранение печени было у 5 больных, из них у 2 – торакоабдоминальное повреждение.

Во время операции верифицировано изолированное повреждение печени только у 5 пострадавших (16,1±6,6%), в 26 случаях (83,8±6,6%) травма печени сочеталась с повреждениями других органов.

У 17 пациентов (54,8±8,9%) была повреждена правая доля печени, у 9 – левая (29,0±8,15%); травма обеих долей в 5 случаях (16,1±6,6%).

Тяжесть состояния пациентов определялась как характером ранения печени и других органов, так и степенью кровопотери. Компенсированная кровопотеря (до 750 мл) наблюдалась у 14 пациентов (45,2±8,9%), субкомпенсированная (750-1250 мл) – у 11 (35,5±8,6%), декомпенсированная (более 1250 мл) – у 6 (19,3±7,1%).

При точно установленном диагнозе и операбельном состоянии пострадавших, их оперировали в срочном порядке, предоперационная подготовка, включая противошоковую терапию, проводилась на операционном столе. Тяжелое состояние пациента, обусловленное продолжающимся внутрибрюшным кровотечением, не может быть причиной пролонгирования предоперационного периода.

Учитывая, что основным видом открытого повреждения живота есть колото-резанная рана, у большинства пострадавших операцию начинали с выполнения первичной хирургической обработки раневого канала под местной анестезией. Обнаружение проникновения раны в брюшную полость диктовало необходимость перехода на общее обезболивание и выполнения ревизии брюшной полости. В разработку не включены 2 случая проникающего ранения брюшной полости, когда мы не нашли убедительных показаний для ревизии брюшной полости и дальнейшее наблюдение пациентов подтвердило такую тактику.

Основной оперативный доступ для подхода к печени при ее травме – верхняя срединная лапаротомия, которую при необходимости можно продлить до тотальной. В трех случаях мы были вынуждены

сделать продление доступа подреберным справа и в одном – слева. Торакофренолапаротомия (1 случай) и торакофренотомия (1 случай) – доступы при сочетании повреждений печени и органов грудной полости. Для подхода к правой доли печени, пересекали круглую и серповидную связки.

Разрывы печени при закрытой ее травме располагались чаще всего (24 случая из 31) по ходу срединной и правой портальной щели и в межсегментарных зонах. При этом повреждаются сосуды (и протоки) высоких порядков и кровотечение при этом не столь тяжелые, какие бывают при повреждении сосудов низких порядков.

При массивном разрушении печени с повреждением крупных внутривенных сосудов как метод достижения временного гемостаза применили только тампонаду раны марлей (4 случая) или же прием Барона – пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки (3 случая) с тампонадой. Основная цель обработки раны печени – гемо- и холестаза. Базовый хирургический прием – шов печени. При разрыве печеночной ткани удаляли обрывки ткани, детрит, сгустки крови. Видимые поврежденные сосуды и желчные протоки захватывали зажимами и прошивали или перевязывали. Шов печени в чистом виде применяли в 16 случаях (51,6±8,9%) при простых ножевых ранениях, использовали кетгут или викрил в атравматической игле; виды швов самые простые – узловые и блоковидные. В ряде случаев для остановки кровотечения из мелких сосудов печени была применена электрокоагуляция сосуда на срезе печени. Обработанную рану печени, особенно если она имеет желобоватую форму дренировали, оставляя открытой.

Если прошить рану на всю глубину невозможно или при этом в шов могут быть вовлечены сосуды или протоки или же будет изменена даже незначительно конфигурация печени, от шва печени следует отказаться (4 случая, 12,9±6,0%). После обработки такие раны подлежат дренированию. Качественно необходимо дренировать и вскрытые внутривенные гематомы. С целью гемостаза в 2 случаях была применена тампонада раны печени сальником с фиксацией сальника швами.

В 2 случаях, когда раненые находились в критическом состоянии из-за геморрагического шока, применили тампонаду марлей и первичную герметизацию тонкой кишки в нескольких местах как первый этап лечения.

В 4 случаях выполнена краевая резекция печени, в 2 из этих случаев для предварительного гемостаза применили рантовидный шов аутодермальной полоской «нитью» специальной иглой по способу В.Н. Янова.

Симультанно пораженные органы паренхиматозные и трубчатые органы и диафрагма были ушиты или удалены (спленэктомия – 4, холецистэктомия – 2, нефрэктомия – 1).

Для профилактики послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта, особенно при сочетании травмы печени и кишечника, у 15 больных применили назогастральную аспирацию, у 6 пациентов – нозогастроеюнальную аспирацию.

Дренирование подпеченочного и поддиафрагмального пространства производили обязательно, другие пространства брюшной полости и забрюшинного пространства дренировали по показаниям.

Профилактику и лечение послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта особенно при интраабдоминальном повреждении 13 пострадавших провели путем назогастральной аспирации, 5 пациентам проксимальной назогастральноюнальной аспирацией.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение первых дней после операции умерло 5 (16,1±6,6%), несмотря на проведение противошоковой терапии. У 6 пациентов возникли послеоперационные осложнения в виде послеоперационного перитонита – у 1, абсцесс печени у 1 пациента, нагноение раны – у 4. Для лечения перитонита применяли программированные лапаросанации по оптимизированной нами программе. Продолжительность стационарного лечения пострадавших с повреждением печени 13±3,5 дня.

#### ВЫВОДЫ

1. Как правило, современная травма печени редко бывает изолированной. В 83,8±6,6% травма печени сочеталась с повреждением других органов.

2. Положительный результат лечения травмы печени определяется комплексом факторов, включающим организационные мероприятия, содружественную работу хирурга и анестезиолога-реаниматолога, адекватное хирургическое вмешательство, противошоковую терапию в до- и в послеоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю., Бондарев Ю.В., и др. Хирургическая тактика при травмах печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т.3, №3. – С. 128-129.

2. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Мухитаинов Н.Д. и др. Диагностика и лечение сочетанных и изолированных повреждений печени. // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2006. – №4. – С. 34-37.

3. Кошелев В.Н., Чалык Ю.В. Причины летальности при повреждениях печени и селезенки // *Вестник хирургии*. – 1996. – №2. – С. 51-53.

4. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Закрытые и открытые повреждения печени. – М., 1977. – 176 с.

5. Gao J.M., Zhao X.J. et al. Liver trauma: experience in 348 cases // *World J. Surg.* – 2003. – Vol.27, №6. – P. 703-708.