

УДК 616.36-008.46-036.11-02:616.36-001-089

© А. В. Капшитарь, 2011.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет, КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья.

TREATMENT OF ACUTE LIVER FAILURE IN PATIENTS WITH CLOSED LIVER TRAUMA IN PEACETIME A. V. Kapshitar

SUMMARY

Results of treatment acute liver failure in 18 patients operated on, representing 22% of all patients with closed liver trauma. The reasons for developing the complications in 7 (38,9%) patients was severe liver injury in 4 (22,2%) - toxemia, 7 (38,9%) - hypovolemia and not timely compensated massive blood loss. Therapy program consisted of an active body detoxification, normalization of pathological processes, stimulation of oxidative phosphorylation, the introduction of hepatoprotectors, antibiotics, improvement of microcirculation. In the period from 1 to 5 days died 8 (44,4%) victims.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПОСТРАЖДАЛИХ НА ЗАКРИТУ ТРАВМУ ПЕЧІНКИ МИРНОГО ЧАСУ

О. В. Капшитар

РЕЗЮМЕ

Проаналізовані результати лікування гострої печінкової недостатності у 18 оперованих, що склало 22% від усіх постраждалих на закриту травму печінки. Причинами розвитку ускладнення у 7 (38,9%) пацієнтів стала тяжка травма печінки, у 4 (22,2%) – токсемія, у 7 (38,9%) – гіповолемія та своєчасно не компенсована масивна крововтрата. Терапевтична програма складалася з активної детоксикації організму, нормалізації патологічних процесів, стимуляції процесів закислювального фосфорелювання, введення гепатопротекторів, антибіотиків, покращення мікроциркуляції. У терміні від 1 до 5 діб померли 8 (44,4%) постраждалих.

Ключевые слова: закрытая травма печени, осложнение, острая печёночная недостаточность, лечение.

В последние годы отмечается чёткая тенденция к увеличению числа пострадавших с закрытой травмой печени (ЗТЖ) мирного времени [7]. В структуре видов травм преобладают дорожно-транспортные происшествия, падения с высоты и криминальная травма [5, 7]. По данным некоторых авторов травма печени вышла на 1-е место в структуре абдоминальных повреждений [5, 6]. Из всех повреждений органов брюшной полости травма печени являются наиболее сложной для диагностики и лечения [5, 6, 14, 15]. Удельный вес травм печени у пациентов с ЗТЖ составляет 7,2–59,0% [3, 10, 14, 15].

Несмотря на многочисленные разработки исследователей, продолжает оставаться высокая летальность, достигая 50,0–80,0%, а при наличии разрывов воротной вены, кавальных вен – 100,0% [14, 15]. Остаётся трудным выбор рациональной лечебной тактики и прогноз повреждений печени при ЗТЖ [1, 3, 5, 7-9, 12-14]. Острая печёночная недостаточность (ОПН) – это частичная или полная неспособность печени выполнять свои функции по обеспечению гомеостаза [11]. Она является одним из наиболее грозных

осложнений послеоперационного периода [11, 12, 14, 15]. Её причинами являются сама травма печени, токсемия, гиповолемия и своевременно не восполненная массивная внутрибрюшная кровопотеря. Дополнительная агрессия проводимого оперативного и анестезиологического пособия нередко способствует усугублению ОПН и у большинства пострадавших приводит к летальному исходу.

В структуре послеоперационных осложнений ОПН составляет 2,0–7,7% [1, 10, 14]. Летальность продолжает оставаться высокой и колеблется в довольно широких пределах, от 7,1 до 18,1% [2, 12]. Другие же авторы сообщают о наступлении летальных исходов у всех оперированных ими пациентов, течение послеоперационного периода у которых осложнилось развитием ОПН [11].

Цель исследования: оценить возможности лечения острой печёночной недостаточности, осложнившей течение послеоперационного периода, у пострадавших с закрытой травмой печени согласно разработанной программе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии с уходом за больными Запорожского государственного медицинского университета проведен анализ диагностики и лечения у 82 пациентов с различным объемом травматических повреждений печени вследствие закрытой травмы живота, из которых у 18 (22%) пострадавших развилась острая печёночная недостаточность. Мужчин было 12 (66,7%), женщин – 6 (33,3%). Возраст от 17 до 72 лет. Изолированные повреждения печени отмечены у 6 (33,3%) пациентов, множественные – у 5 (27,8%) и сочетанные – у 7 (38,9%). Из видов травм наиболее частой была автодорожная травма у 10 (55,6%) пострадавших и падение с высоты – у 4 (22,2%), редко встречалась бытовая травма – у 2 (11,1%) и железнодорожная – у 2 (11,1%). В состоянии острого алкогольного отравления и шока доставлены 10 (55,6%) пациентов, наркотического опьянения – 3 (16,7%).

В диагностике повреждений печени, наряду с изучением клинической картины и травматогенеза, использованы дополнительные методы исследования (лабораторно-биохимические, ультразвуковое исследование, обзорная рентгеноскопия или графия органов грудной и брюшной полостей, лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж, лапароскопия).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В неотложном порядке у 10 (55,6%) пострадавших выполнено ушивание разрывов печени кетгутыми или викриловыми швами, в том числе у 5 по методике, разработанной в клинике, у 4 (22,2%) – резекция III, V, VI сегментов печени, у 3 (16,7%) – атипичная резекция печени, у 1 (5,5%) – гемигепатэктомия. По показаниям операции дополнены передней гепатопексией по Хиари-Алферову-Николаеву, холецистостомией. При наличии множественных абдоминальных повреждений, наряду с хирургической коррекцией повреждений печени, у 3 (60,0%) пациентов дополнительно выполнена спленэктомия, у 2 (40,0%) – дистальная резекция поджелудочной железы, сочетающаяся у 1 с операцией Гартмана. При сочетанных повреждениях печени после осуществления гемостаза печени у 3 (42,9%) пострадавших произведена нефрэктомия, у 2 (28,6%) – торакотомия с ушиванием разрыва легкого, у 1 (14,3%) – ушивание мочевого пузыря, эпицистостомия.

Причинами развития печёночной недостаточности у 7 (38,9%) пациентов явились тяжелая травма печени, у 4 (22,2%) – токсемия, у 7 (38,9%) – гиповолемия и своевременно не компенсированная массивная кровопотеря в брюшную полость. Значительно более тяжелое течение острой печёночной недостаточности отмечено у 4 (22,2%) пострадавших, страдающих циррозом печени и хронической наркоманией.

Проявлениями острой печёночной недостаточности были нарастающая желтуха, гипертермия, коагулопатия, гипо- и диспротеинемия, дисбаланс элек-

тролитов, повышение цитолитических маркеров и маркеров холестаза, ацидоз, энцефалопатия, олигоанурия.

После операции всех пострадавших лечили в отделении анестезиологии и реанимации, придерживаясь следующих основополагающих принципов: 1. Проведение активной детоксикации организма, начиная с форсированного диуреза, ведущее к выведению эндотоксинов из организма, предупреждению и подавлению процессов, ведущих к образованию токсических метаболитов, раннему восстановлению функции кишечника, нормализации выделительной функции почек, а затем и ее стимуляции. Особо эффективными были плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ, энтеросорбция (сорбогель, энтеросгель), гипербарическая оксигенация. 2. Нормализация патологических процессов, стимуляция процессов окислительного фосфорилирования. 3. Введение гепатопротекторов (тиотриазолин, эссенциале, гептрал). 4. Нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы. 5. Улучшение микроциркуляции. 6. Антибактериальная терапия.

Средние сроки лечения в клинике составили 25±0,6 дня. После операции в сроки от 1 до 5 суток умерли 8 (44,4%) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Острая печёночная недостаточность осложняет течение послеоперационного периода у 22,0% пострадавших с закрытой травмой печени.

2. Её диагностика является многокомпонентной и представляет довольно трудную задачу.

3. Летальность пациентов с закрытой травмой печени, осложненной острой печёночной недостаточностью, остается высокой – 44,4%, что диктует необходимость проведения дальнейших научных изысканий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин В. А. особенности хирургической тактики у больных с тяжелой сочетанной травмой печени в условиях ЦРБ Кировской области /В. А. Бахтин, В. А. Янченко, С. Л. Чикишев //Анналы хирургической гепатологии. – 2008. - № 3. – С. 210.

2. Жусупов А. И. Хирургическое лечение повреждений печени в условиях районной больницы /А. И. Жусупов, М. Е. Каримаев //Анналы хирургической гепатологии. – 2007. - № 3. – С. 256–257.

3. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /В. В. Бойко, Ю. Б. Григоров, В. Г. Дуденко та ін.. – Харків: Торнадо, 2002. – 174 с.

4. Магомедов М. М. Выбор метода гемостаза при повреждениях печени /М. М. Магомедов, Г. С. Рагимов //Хирург. – 2009. - № 7. – С. 8–12.

5. Опыт лечения травматических повреждений печени /И. А. Асперов, А. П. Мартыненко, М. В. Гончарук [и др.] //Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Том 9, Випуск 1. – С. 195–197.

6. Особенности хирургической тактики и коррекции развившихся осложнений у пострадавших с травмой печени /В. И. Перцов, Н. С. Кравец, А. И. Рылов, В. С. Прудиус //Харківська хірургічна школа. – 2005. - № 2. – С. 18 – 19.
7. Первый опыт применения малоинвазивных технологий в хирургии травматических повреждений грудной и брюшной полости /И. В. Хапатьяков, Г. В. Ходос, А. А. Панкратов [и др.] //Эндоскопическая хирургия. – 2009. - № 3. – С. 50 – 53.
8. Роцін Г. Г. Стандартизовані протокольні схеми лікування потерпілих із тяжкою поєднаною травмою /Г. Г. Роцін, В. О. Крилюк //Трамотологія. – 2007. - № 4. – С. 42 – 44.
9. Светухин А. М. Системы объективной оценки тяжести состояния больных /А. М. Светухин, А. А. Звягин, С. Ю. Слепнев //Хирургия. – 2002. - № 10. – С. 60 – 69.
10. Травма печени в неотложной хирургии /С. И. Филиппов, Г. И. Селезнев, В. А. Буданов [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. – 2003. - № 2. – С. 159 – 160.
11. Травматическая болезнь и ее осложнения /Под ред. С. С. Селезнева, С. Ф. Багненко, Ю. Б. Шапота, А. А. Курыгина. – СПб.: Политехника, 2004. – 414 с.
12. Удербает Н. Н. DAMAGE CONTROL при хирургическом лечении повреждений печени / Н. Н. Удербает, В. В. Бойко, Т. А. Джаркенов // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 3. – С. 153.
13. Урман М. Г. Хирургическая тактика при травме печени и развившихся внутрибрюшных осложнениях /М. Г. Урман, А. В. Субботин //Вестник хирургии. – 2009. - № 3. – С. 72 – 75.
14. Хирургия абдоминальных повреждений /[В. М. Тимербулатов, Р. Р. Фаязов, А. Г. Хасанов и др.]: под ред. В. М. Тимербулатова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 256 с.
15. Хирургия повреждений печени /В. В. Бойко, П. Н. Замятин, Н. Н. Удербает, Д. И. Скорый, Е. В. Наконечный. – Харків: СПД ФЛ Степанов В. В., 2007. – 240 с.