

Ю.В. Грубник, А.И. Кравченко, А.В. Плотников, В.А. Фоменко, И.В. Московченко

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Национальный медицинский университет,
Центр сочетанной травмы, КУ «ГКБ №11», КУ «ГКБ №1», Одесса

Реферат. В клинике для лечения 978 больных с сочетанной травмой широко применялся лечебно-диагностический алгоритм, включающий в себя ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и видеолапароскопию. 335 больным произведена видеолапароскопия. У 187 больных выявлен разрыв печени и внутрибрюшное кровотечение. У 62 больных при видеолапароскопии было выявлено значительное повреждение внутрибрюшных органов, что обусловило переход на лапаротомию. 125 больным при ранениях печени выполнены лапароскопические операции, являющиеся высокоэффективными, малотравматичными и позволяющими снизить летальность у больных с тяжелой сочетанной травмой.

Ключевые слова: лапароскопические операции, сочетанная травма, травма печени

В последнее десятилетие отмечается значительный рост числа пострадавших с сочетанной травмой. Это обусловлено всеобщим ростом бытового и автомобильного травматизма. Главенствующее место среди повреждений органов брюшной полости занимают повреждения печени и селезенки, обусловленные большим объемом органов, низкой упругостью их паренхимы, тяжестью клинического течения связанного со значительной кровопотерей. Часто повреждение печени и селезенки сочетаются с травмой грудной клетки, переломами ребер, пневмогемотораксом. Это затрудняет диагностику повреждений как грудной, так и брюшной полостей и значительно увеличивает летальность. Летальность при тяжелой сочетанной травме колеблется от 22 до 53%. Столь высокие цифры обусловлены совокупностью тяжелых сочетанных повреждений, поздней госпитализацией больных, сопровождающей их высокой кровопотерей, а также значительным процентом лиц с тяжелой сопутствующей патологией [1,2,3].

Отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма в лечении этой категории больных приводит к значительному расширению показаний к диагностической лапаротомии, что в свою очередь повышает летальность. Внедрение в хирургическую практику диагностической и оперативной лапароскопии значительно расширило возможности точной диагностики и вмешательств на органах брюшной полости. Однако, на современном этапе не разработаны четкие методики лапароскопических пособий при травме печени.

Целью настоящей работы явилось снижение летальности на основе внедрения диагностико-лечебного алгоритма с использованием ультразвуковой, компьютерной и видеолапароскопической диагностики, а также разработка лапароскопических операций у больных с тяжелой сочетанной травмой с повреждениями печени.

Материал и методы

За последние 7 лет в городской Центр сочетанной травмы было доставлено 1345 больных с тяжелой по-

литравмой. Всем больным выполнялись общепринятые методы диагностики: рентгенография грудной и брюшной полостей, головы и конечностей, лабораторные методы исследования. Ультразвуковая диагностика брюшной и грудной полостей была произведена 1080 пациентам. Из них у 640 выполнялось динамическое ультразвуковое наблюдение за состоянием внутренних органов на протяжении 3-5 дней. Ультразвуковое исследование является наименее инвазивным и высоко информативным методом диагностики, особенно при наличии центральных разрывов подкапсульных гематом печени, которые трудно диагностировать другими методами. В большинстве случаев удается визуализировать зону и характер повреждения печени. Непосредственным признаком повреждения паренхимы органа при эхолокации является наличие неравномерных эхонегативных образований в паренхиме с изменением контуров и размеров печени. Также хорошо определяются признаки нарушения целостности капсулы печени и субкапсулярные гематомы. Четко определяется наличие свободной жидкости в подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах. Достаточно достоверна возможная оценка глубины и распространенности разрывов печени. Плюсом данного метода исследования является также его достаточно низкая себестоимость. Кроме того, у 540 больных в дополнение к ультразвуковому исследованию нами выполнена компьютерная томография с контрастированием на аппарате «Toshiba» последнего поколения, позволяющем получать объемное 3D изображение. Данный метод исследования имеет высокую диагностическую ценность, однако не всегда применим из-за высокой стоимости обследования.

У 280 больных после ультразвукового исследования выполнялись пункция брюшной полости методом «шарящего катетера» с последующим дренированием брюшной полости через троакары полихлорвиниловой трубкой и введением 400 мл асептической жидкости. Однако данный метод исследования имеет большой процент ошибок и риска повреждения

органов при наличии спаечного процесса в брюшной полости и других причин. Наиболее информативным методом диагностики травм органов брюшной полости является лапароскопия. Качественно новым этапом является видеолапароскопия с использованием дополнительных 2-3 портов, через которые в брюшную полость вводятся лапароскопические инструменты, позволяющие детально осмотреть все органы, установить и оценить характер повреждений, а также произвести в ряде случаев малоинвазивные лапароскопические вмешательства. Нами произведено 538 лапароскопических исследований с использованием видеолапароскопа фирмы «Olimpus». Все лапароскопические исследования проводились с использованием общего обезболивания. При тяжелой сочетанной травме нами обязательно перед видеолапароскопическим исследованием больного проводилось рентгенологическое обследование грудной клетки. При наличии гемопневмоторакса нами проводилась превентивная пункция плевральной полости с последующим дренированием поврежденной половины грудной клетки по Бюллау. При наличии множественных переломов ребер и гемопневмоторакса значительного объема нами выполнялась торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости. При шоке и коматозных состояниях нами проводились противошоковые мероприятия, инфузионная терапия, направленная на восстановление объема циркулирующей плазмы, искусственная вентиляция легких. Противопоказаниями к видеолапароскопическим операциям считаем: наличие в брюшной полости более 700 мл крови; профузное кровотечение; невозможность полноценной ревизии брюшной полости из-за спаечного процесса; наличие тяжелой кардиальной патологии, не позволяющей осуществлять необходимую инсуффляцию воздуха в брюшную полость на уровне 12-15 мм рт. ст.; разрыв диафрагмы; значительное повреждение полых органов, требующее резекции участка кишечника с последующим наложением анастомоза; а также локализация повреждений печени в области ворот и внепеченочных желчных протоков.

Результаты и обсуждение

Из 538 произведенных видеолапароскопий в 231 случаях удалось четко выявить травматический разрыв печени с продолжающимся кровотечением. Из 231 случая травматического разрыва печени в 92 случаях выявлено сочетание массивного разрыва печени с разрывом селезенки, брыжейки тонкого кишечника, разрывами тонкого и толстого кишечника и профузного внутрибрюшного кровотечения. Ввиду значительных повреждений органов брюшной полости, массивного кровотечения, наличия у больных тяжелого геморрагического шока видеолапароскопия завершена нами в этих случаях переходом на лапаротомию с ушиванием поврежденных внутренних органов. У 139 больных удалось лапароскопически произвести оперативные вмешательства. В 37 случаях произведена лапароскопическая электрокоагуляция, а в 34 – аргонная коагуляция ран печени, санация и

дренирование брюшной полости. В 45 случаях производилось ушивание ран печени с использованием интрокорпорального лапароскопического шва, в 43 случаях производилась электрокоагуляция ран печени с фиксацией сальника к её поверхности. После тщательной санации брюшной полости производили ревизию раны печени с последующей оценкой глубины разрыва при помощи инструментальной «пальпации», удаляя сгустки крови из раневого канала струей жидкости.

Нами было выявлено 23 подкапсульные гематомы, что потребовало последующего их рассечения и ревизии повреждений. В 4 случаях при осмотре небольшого гематом обнаружались значительные повреждения печени, потребовавшие лапароскопического ушивания. В 18 случаях нами проводилось лапароскопическое ушивание ран печени с последующим наложением на линию шва фибринового клея («Тахокомб»). Для контроля за качеством гемостаза через контрапертуры брюшная полость дренировалась в правом и левом подреберьях. Летальность после лапароскопических операций наблюдалась в 7 случаях и была обусловлена тяжелой черепно-мозговой травмой. В 15 случаях наблюдалось желчеистечение. В 7 случаях наблюдалось нагноение троакарных проколов.

Выводы

Видеолапароскопическое обследование органов брюшной полости позволяет избежать необоснованных лапаротомий, что значительно снижает летальность у больных с тяжелой сочетанной травмой и сопутствующей соматической патологией.

Лапароскопические операции у больных с политравмой и повреждением печени являются высокоэффективным малотравматичным хирургическим пособием и значительно снижают летальность у данной тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А.Е. Борисова – СПб.: Предприятие ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.*
2. *Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоровья, 1993. – 512 с.*
3. *Sancher H., Ganger M., Jenkins P. L. Lewis W.D., Munson J.L. Bruusch J.W. Surgical management of non-parasitic cystic liver disease // Am. J. Surg. – 1991. – Vol. 161. – P. 113-118.*

Ю.В.Грубнік, О.І.Кравченко, А.В.Плотніков, В.А.Фоменко, І.В.Московченко

Мініінвазивні операції в лікуванні хворих з важкою поєднаною травмою з ушкодженням печінки

У клініці для лікування 978 хворих із поєднаною травмою широко застосовувався лікувально-діагностичний алгоритм, що включає в себе ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію та видеолапароскопію. 335 хворим виконано видеолапароскопію. В 187 хворих виявлений розрив печінки й внутрішньочеревна кровотеча. У 62 хворих при видеолапароскопії було виявлено значне ушкодження

внутрішньочеревних органів, що обумовило перехід на лапаротомію. 125 хворим при пораненнях печінки виконано лапароскопічні операції, що є високоефективними, малотравматичними та дозволяють знизити летальність у хворих з важкою поєднаною травмою.

Y.V.Grubnik, A.I.Kravchenko, A.V.Plotnikov, V.A.Fomenko,
I.V.Moskovchenko

Miniinvasive surgery in treatment of patients with severe concomitant injury of liver

Ultrasound, computer tomography and videolaparoscopy were widely used

in clinic as diagnostic protocol in treatment of 978 patients with polytrauma. Videolaparoscopy was used in 335 cases. We diagnosed 187 patients with trauma of liver and bleeding. In 62 cases of videolaparoscopy we made conversion to laparotomy because of serious liver trauma and massive bleeding. In 125 cases of liver trauma we made laparoscopic operations. Laparoscopic operations are very effective and atraumatic and allowed decrease mortality in patients with polytrauma.

Key words: laparoscopic surgery, concomitant trauma, liver injury

Поступила в редакцію 20.06.2012