

А. О. Бабур, В. Л. Зимовський, О. В. Іванько

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Одеський державний медичний університет

Кількість поєднаних травм печінки останніми роками збільшується, залишається високою летальність. За даними деяких авторів [1; 3–9], летальність при ізольованих ушкодженнях печінки становить від 2,8 до 46,7 %, а при поєднаних ушкодженнях печінки та інших органів — до 84,6 %.

Матеріали та методи дослідження

При аналізі 349 спостережень за потерпілими з травмами печінки, які надійшли до клініки протягом 1980–2003 рр., у 168 пацієнтів виявлені поєднані ушкодження печінки та інших органів (48,1 %). Клініка поєднаних ушкоджень залежала від характеру та тяжкості травми, особливостей ушкодження інших органів, об'єму крововтрати та ступеня шоку. Своєчасність діагностики травм печінки, особливо поєднаних, утруднювалася поліморфністю клінічної картини. Для уточнення діагнозу у 101 хворого було виконано лапароцентез, результати якого у 96 обстежених виявилися вірогідними. У 56 хворих було виконано комбіновану лапароскопію. В інших обстежених діагностика базувалася на клінічних ознаках та результатах рентгенологічного й ультразвукового досліджень. Діагностика травм печінки значно ускладнювалася при поєднаній черепно-мозковій травмі.

Результати дослідження та їх обговорення

Із 349 потерпілих з ушкодженнями печінки прооперовано 334. Їм були проведені такі операції: ушивання та пластика ран печінки з використан-

ням неізолюваного сальника — у 188 хворих, поєднана шовна оментопластика із застосуванням гемостатичної губки — у 62, шовно-клеєва оментопластика з застосуванням гемостатичної губки — у 33, ушивання ран печінки з пластикою круглою зв'язкою печінки — у 19, тільки ушивання рани — у 26. У 6 оперованих рани печінки не ушивались у зв'язку з їх малими розмірами та відсутністю кровотечі. П'ятнадцять потерпілих, які були доставлені в агональному стані, не були прооперовані. При поєднаних ушкодженнях печінки одночасно були виконані такі операції: 17 холецистектомій; 12 спленектомій; 5 нефректомій; 8 резекцій тонкої кишки. В інших потерпілих було виконано ушивання ран відповідного органа. При значних ушкодженнях печінки разом із гемостазом у 6 хворих з метою подолання жовчної гіпертензії було виконано холецистостомію, а в одного — дренажування загальної жовчної протоки. Для доступу до діафрагмальної поверхні печінки у 38 оперованих виконали мобілізацію печінки шляхом розтинку круглої та серпоподібної зв'язок за методикою С. О. Гешеліна [2]. Після операцій помер 41 хворий (12,3 %), з них 5 — з ізольованими травмами печінки та 33 із поєднаними ушкодженнями. Причини летального кінця: шок та крововтрата — у 33, перитоніт — у 8 осіб.

Слід окремо розглянути принципи гемостазу при ушкодженнях печінки. З практичної точки зору важливо розрізнити тимчасове та остаточне припинення кровотечі, а, характери-

зуючи остаточний гемостаз, слід визначити основні, вкрай необхідні додаткові засоби. Тимчасове припинення кровотечі — суттєвий, іноді вирішальний етап операції, який дозволяє виграти час, необхідний для того, щоб аспірувати кров, яка вилілась, оцінити об'єм крововтрати, одержати інформацію про характер ушкоджень та джерело кровотечі, прийняти рішення про метод операції і частково компенсувати крововтрату. У тих потерпілих, в яких глибокі рани розміщені на опуклій, піддіафрагмальній поверхні печінки, стискування тканини пальцем технічно неможливе, тимчасовий гемостаз виконується шляхом стиснення печінково-дванадцятипалої зв'язки з печінковою артерією та ворітною веною. Тимчасовий гемостаз досягається ціною знекровлення та гіпоксії усієї печінки. Припинення артеріального та портального кровотоку протягом 5–25 хв переноситься, як правило, без ускладнень.

Для остаточного припинення кровотечі слід застосувати гемостатичні шви та ізольоване перев'язування судин у рані. Якщо калібр судини, яка кровоточить, більше 3 мм, надійний гемостаз може бути забезпечений тільки гемостатичними швами або лігатурою судини. Конструкція гемостатичних швів Кузнецова і Пенського, Оппеля, Жордано, Брегадзе, Варламова, Бабура, Телкова, Альперовича, Робінсона — Батчера та інших забезпечує рівномірне стиснення тканини печінки та запобігає прорізуванню ниток. Прорізуванню швів перешкоджають «підкладки» з синтетичних тканин, серпоподібної та круг-



лої зв'язок, сальника, шматка діафрагми, широкої фасції стегна. Якщо рана глибока і джерелом кровотечі є судина, що розташовується у глибині, прошивання тканин не забезпечує надійного гемостазу. Найнадійнішим засобом у цьому разі є ізольоване перев'язування кровоносної судини за Тон-Тхат-Тунгом.

У тих випадках, коли виявлено ділянки печінкової тканини, позбавлені живлення, показана резекція сегментів, які секвеструють. Найбільш простим та найменш травматичним варіантом є атипова «резекція-обробка» за В. С. Шапкіним. Тампонада рани марлею та гепатопексія за Хіарі — Алфьоровим — Ніколаєвим належить до вимушених компромісних і недостатньо надійних засобів гемостазу. Додатковими засобами гемостазу є тампонада рани сальником, м'язом, круглою зв'язкою, в якій механічні фактори посилюються біологічними — виділенням тромбокінази. Зміцнення лінії швів біологічними та синтетичними тканинами запобігає прорізуванню швів тоді, коли вони зв'язані більш туго. Діатермокоагуляція, коагуляція променем лазера сприяють припи-

ненню кровотечі із судин, діаметр яких не перевищує 2 мм. Застосування ціанакрилатного клею, гемостатичної губки, епісилонамінокапронової кислоти можуть розглядатися лише як допоміжні засоби припинення паренхіматозної кровотечі. Жоден із додаткових засобів гемостазу не може застосовуватись як основний спосіб припинення профузної кровотечі.

При поєднаних ушкодженнях печінки та інших органів послідовність термінових заходів індивідуалізується. Гемотрансфузія з метою компенсування крововтрати повинна починатися негайно й одночасно з хірургічною операцією, яка спрямована на припинення крововтрати. При ушкодженні внутрішньопечінкових жовчних проток, яке може спричинити значний вилив жовчі, слід виконати перев'язування проток і зовнішнє дренирування жовчовивідних шляхів (холецисто- або холедохостомія), яка спрямована на подолання жовчної гіпертензії.

Висновки

1. Для уточнення діагнозу при травмах печінки, особливо поєднаних, необхідно виконувати комбіновану лапароскопію.

2. Найбільш надійним методом гемостазу при ушкодженнях печінки є ізольоване перев'язування судин у рані.

3. Мобілізація печінки шляхом розтину круглої та серпоподібної зв'язок за С. О. Гешеліним забезпечує адекватний доступ до піддіафрагмальної поверхні печінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И., Цхай В. Ф. Лечение травм печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3, № 3. — С. 174.
2. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия. — К.: Здоров'я, 1988. — 200 с.
3. Земсков В. С., Радзиховский А. П., Панченко С. Н. Хирургия печени. — К., 1985. — 152 с.
4. Петровский Б. В. Хирургическая гепатология. — М.: Медицина, 1972. — 352 с.
5. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Нечитайло, Б. В. Доманский. — К.: Здоров'я, 1993. — 512 с.
6. Шанкин В. С., Гриненко Ж. А. Закрытые и открытые повреждения печени. — М.: Медицина, 1997. — 183 с.
7. Durnal L. C., Delgado V. B. Hepatic trauma // *Rev. Gastroenterol Peru*. — 2001. — Vol. 21, N 2. — P. 115-122.
8. Lin Q. Analysis of 133 patients with severe blunt liver injury // *Chin. J. Traumatol*. — 2001. — Vol. 4, N 2. — P. 120-122.
9. Mooney D. P. Multiple trauma: liver and spleen injury // *Curr. Opin. Pediatr*. — 2002. — Vol. 14, N 4. — P. 482-485.

УДК 616.12.-001.06

В. І. Байдан, С. Є. Вербецький, С. В. Агєєв, С. Д. Поляк,
В. В. Байдан, В. Є. Севергін

ПРОНИКНІ ПОРАНЕННЯ СЕРЦЯ І ПЕРИКАРДА

Одеська обласна клінічна лікарня

Вступ

Проблема поранень серця має багатовікову історію. Амбруаз Паре (1509–1590) вперше описав випадок проникного поранення серця, коли поранений на дуелі шпагою, перш ніж упастися як мертвий, переслідував свого супротивника ще на відстані 200 м. Вперше зашив рану правого шлуночка, нанесену

ножем, німецький хірург Rehn (1886). На XXVI з'їзді хірургів у Берліні він продемонстрував першого хворого, що одужав після зашивання рани серця.

Ушкодження серця і перикарда при проникних пораненнях грудної клітки — вельми часте явище, яке не має тенденції до зменшення. Статистичні дані про кількість і наслідки лікування відкритих уш-

коджень серця далеко не завжди однорідні, тому що відображують досвід різних періодів часу, різноманітних за профілем лікувальних установ, значною мірою залежать від оснащення і науково-практичного напрямку клінік, а також від контингенту хворих. Сьогодні питома вага ушкоджень серця і перикарда серед хворих, що надходять до ста-

