



7th International Scientific Conference

**Science progress in European countries:
new concepts and modern solutions**

Hosted by the ORT Publishing and

The Center for Scientific Research “Solution”

Conference papers

May 31, 2019

Stuttgart, Germany

**ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНИХ І
ПОЄДНАНИХ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ПЕЧІНКИ**

ГОНЧАРОВА Н.М.

доктор медичних наук, доцент,

професор кафедри хірургії №2

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

КОЛЕСНИК В.П.

асистент кафедри хірургії №2

Харківський національний університет

м. Харків, Україна

СОМКІНА Є.А.

студентка 4 курсу ІІ Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

БЕЛОУС О.В.

студентка 4 курсу ІІ Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

КОЛПАК Т.О.

студентка 4 курсу ІІ Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Насьогодні питання поєднаної травми досить широко висвітлені у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі, що свідчить про актуальність даної теми. За даними ВООЗ, травматизм займає третє місце в світі серед причин смерті. Травми є причиною 9% всіх випадків смерті в світі і загрожують здоров'ю населення в кожній країні [1]. Незважаючи на значні досягнення в хірургії пошкоджень печінки у постраждалих з тяжкою поєднаною абдомінальною травмою, число діагностичних помилок і летальність в даному виді патології залишаються надзвичайно високими [3]. У всьому світі щорічно збільшується кількість постраждалих з травмами різної локалізації. За даними ВООЗ, від травм органів черевної порожнини щорічно гинуть близько 500000 чоловік [5]. Перше місце по частоті пошкоджень органів черевної порожнини займають паренхіматозні органи – печінка і селезінка [2]. У структурі травматизму пошкодження печінки зустрічаються в 22-55% від кількості всіх закритих травм живота і 30-56% від кількості всіх проникаючих поранень [1,5,6]. За даними різних авторів післяопераційна летальність при травмах печінки досягає високих значень і становить від 8 до 35%, маючи тенденцію до зростання, а різні ускладнення у пацієнтів відзначаються в 18-36% випадків [1, 2, 5]. Проблема діагностики та лікування поєднаних ушкоджень печінки досить актуальна в сучасних умовах. Травматичні пошкодження печінки в зв'язку з високою частотою ускладнень, тяжкістю перебігу, летальністю, труднощами діагностики та лікування є найбільш складними серед абдомінальних травм. Це пов'язано з несприятливими супутніми чинниками, серед яких виділяють: власне поєднаний характер травми, шок, супутня черепно-мозкова травма і алкогольне сп'яніння [6]. Ситуація ускладнюється ще більшою мірою при наявності супутніх захворювань: хронічний гепатит, цироз печінки, жовчнокам'яна хвороба, тощо. В результаті чого печінка втрачає свої захисні функції і стає «вразливою» в момент травми [1,3,6].

Метою даного дослідження була оптимізація діагностики та хірургічної тактики у хворих з поєднаними травматичними ушкодженнями печінки для зменшення числа ускладнень і летальності.

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективне дослідження 450 історій хвороб хворих в віці від 17 до 78 років з поєднаними закритими травмами живота, які лікувалися за останні 15 років в відділеннях політравми клінік м. Харкова. Пошкодження печінки були виявлені у 320 пацієнтів, серед яких осіб чоловічої статі і працездатного віку 255 (79,7%) та осіб жіночої статі 65 (20,3%) відповідно. Серед них число постраждалих з ізольованою травмою печінки склало 244 (76,3%), і поєднаною (поранення живота у хворих поєднувалося з пошкодженням 2 і більше анатомічних ділянок) – 76 (23,8%). У 141 (44,1%) постраждалих пошкодження печінки було відкритим: колото-різані рани у 137, вогнепальні – у 4, закриті ушкодження відзначені у 179 (55,9%) хворих.

В основу діагностичного алгоритму були включені УЗД черевної порожнини, лапароцентез з «нишпорячим» катетером і перитонеальним лаважем, рентгенографія органів черевної порожнини і грудної клітини, лапароскопія, комп'ютерна томографія (за показаннями).

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні аналізу діагностичних даних було встановлено, що чутливість лапароцентезу при діагностиці ушкоджень органів черевної порожнини склала 93%, УЗД – 84%, лапароскопії: при закритій травмі – 95,2%, відкритій – 100%. Аналіз частоти ушкоджень різної локалізації показав, що найбільш часто були травмовані III, IV, V і VI сегменти печінки (75,9%). При цьому на одне поранення доводиться 1,1 пошкоджений сегмент, а при закритій травмі – 1,6 сегмента печінки. Разом з тим, в 85,3% випадків переважали поранення правої частки печінки, в той час як ліва частка ушкоджувалася в 14,7% випадків. Було відзначено, що при ножових пораненнях частіше ушкоджувалася діафрагмальна поверхня печінки, а при закритих травмах живота – вісцеральна. У постраждалих з вогнепальними пораненнями були виявлені пошкодження діафрагмальної і вісцеральної

поверхонь печінки з розтрощенням тканин. На діафрагмальній поверхні печінки різні види ушкоджень були виявлені в 73,5% випадків, на вісцеральній – в 15,6%, а на обох поверхнях органу – в 10,9%. Пошкодження печінки при закритій травмі частіше поєднувалися з травмою легень, селезінки, нирки, підшлункової залози; поранення – з порушенням цілісності діафрагми, легенів і шлунка.

Відповідно до класифікації пошкоджень печінки В.С. Шапкіна (1977) оцінювався ступінь тяжкості травми печінки. Пошкодження I ступеня встановлено у 224 (70%) постраждалих, II – у 58 (18,1%), III – у 33 (10,3%) і IV – у 5 (1,5%). В клініку доставлено протягом 1 години від моменту травми – 77 (24%) хворих, до 2 годин – 93 (29%), до 3 годин – 121 (37,8%), до 24 годин – 29 (9%). У 72% пацієнтів була клініка шоку II – III ступеня і у 28% – IV ступеня. Систолічний артеріальний тиск знижувався нижче 90 мм. рт. ст.

В ході діагностики відкритих пошкоджень печінки враховувалися локалізація ран в проекції органу, ступінь кровотечі і проникаючий характер поранення, виконувалася первинна хірургічна обробка ран. Дана ревізія дозволила визначити подальшу лікувальну тактику. В діагностиці закритих пошкоджень виникали деякі складності внаслідок виявлення ознак внутрішньочеревної кровотечі і супутніх ушкоджень порожнистих органів, що стало причиною діагностичних помилок на доопераційному етапі у 21 (11,7%) пацієнтів і призводило до затримки виконання хірургічного втручання.

Всі постраждали були оперовані в умовах інтубаційного ендотрахеального наркозу з використанням міорелаксантів. Вибір оперативного доступу визначався характером пошкодження. У 288 (90%) пацієнтів виконана лапаротомія, у 16 (5%) – лапаротомія і торакотомія з окремих доступів, у 7 (2,2%) – торакофренолапаротомія і у 4 (1,3%) – торакотомія і діафрагмотомія. Торакофренолапаротомію виробляли при наявності тотального руйнування тканин з втратою життєздатності правої частки печінки і у випадку пошкодження печінкових вен.

В умовах екстреної хірургії на тлі поєднаних ушкоджень прагнули до мінімізації обсягу втручання. Найчастіше у постраждалих виконували ушивання ран і розривів печінки з тампонадою пасмом великого сальника на судинній ніжці. Зазвичай застосовували прості вузлові, П - подібний або блокоподібний кетгутові шви, а у 22 (6,9%) – ушивання доповнювали гепатопексією. У 39 (12,2%) постраждалих поверхневі поранення і розриви не ушивали, а гемостаз здійснювали за допомогою коагуляції.

Різні види резекції печінки проведені у 12 (3,7%) постраждалих. Резекція сегменту проведена 5 (1,5%) хворим, атипова резекція – 4 (1,25%), крайова резекція виконана 3 (0,9%) постраждалим. Розрив або відрив жовчного міхура від ложа був показанням до холецистектомії, яка була виконана у 5 (1,5%) випадках. У 2 (0,6%) потерпілих було діагностовано поранення холедоха, дефект був вшитий на дренажі Кера. Пошкодження нижньої порожнистої вени зустрілися у трьох (0,9%) постраждалих, двоє з яких загинули після операції.

З метою профілактики жовчовиливу і розвитку жовчного перитоніту, а також при супутній травмі підшлункової залози, виконували дренажування позапечінкових жовчних шляхів. Така необхідність виникла в 12,1% випадків хворих з травмами печінки III - IV ступеня тяжкості (холецистостомія виконана у 32 (10%), холедохостомія – у 9 (2,8%).

Післяопераційні ускладнення були нами відзначені у 27 (21,2%) пацієнтів у зв'язку з несвоєчасним хірургічним втручанням і дефектами хірургічної техніки. Неспецифічні ускладнення виникли у 50 (15,6%) хворих, більшість яких була переважно з боку легеневої системи. Специфічні ускладнення склали 24 (7,5%) випадків. Найбільш частими були піддіафрагмальний і підпечінковий абсцеси.

Результат хірургічного лікування пошкоджень печінки залежав від таких факторів: часу, що пройшов з моменту травми до операції; ступеня тяжкості постраждалих; обсягу і тяжкості кровотечі; правильності тактики хірургічного лікування. З 320 хворих, що аналізувалися, померло 47 (14,7%) потерпілих з пошкодженням печінки. Серед них при закритих травмах печінки летальність

склала 10,2%, при пораненнях – 4,5%. При аналізі летальності після закритих і відкритих пошкоджень печінки встановлено, що у випадках ізольованих поранень печінки вона склала 2,3% випадків, множинних – 16,7%, поєднаних – 7,5%. Ізольована закрита травма печінки супроводжувалася летальністю в 12% випадків. У той час як при поєднаній травмі з пошкодженням двох анатомічних ділянок тіла летальність досягала 20%, при травмі трьох ділянок – 58%, а при травмі чотирьох ділянок – дорівнювала 100%. При цьому мало значення і ступінь пошкодження органу. При I ступеню пошкодження летальність склала 6,1%, II і III – 24%, IV – 100%, що було зумовлено масивністю розтрощення печінки. Дослідження показало, що найбільш частою причиною смерті був шок (27 постраждалих), обумовлений високим ступенем тяжкості ушкодження печінки і масивною крововтратою, травмою інших органів і ділянок тіла, що вказує на необхідність проведення комплексу протишокових заходів і заповнення крововтрати з метою корекції гомеостазу та порушених функцій організму.

Висновки. В ході дослідження було з'ясовано, що при травмі живота більш ніж в половині випадків пошкоджується печінка, з переважним ураженням сегментів правої частки. Причинами високої летальності і великого числа ускладнень при пошкодженні печінки виявилися кровотечі в поєднанні з супутніми травмами. Застосування диференційованої лікувально-діагностичної тактики з оптимізацією діагностичного алгоритму і використанням малоінвазивних технологій при травмі печінки, дозволило істотно зменшити ризик ускладнень і летальність.

Використана література:

1. Хирургическая тактика при травматических повреждениях печени / Р.Ш. Шаймарданов, Р.Ф. Губаев, С.З. Шарафиев [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Т. 8, прил. 1. – С.104-108.

2. Сигуа Б.В. Сочетанная и изолированная травма живота с повреждением печени / Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, А.К. Дюков // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2015. – Т. 174, №1. – С. 9-15.

3. Масляков В.В. Диагностические ошибки у пациентов с закрытыми травмами печени и селезенки, полученными в результате дорожно-транспортного происшествия / В.В. Масляков, В.Г. Барсуков, А.А. Чередник // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т. 4. – № 2 (14). – С. 62-64.

4. Ибрагимов Ф. И. Новые системные подходы при лечении сочетанных повреждений живота и конечностей / Ф.И. Ибрагимов // Клінічна хірургія. – 2018. – Т. 85, № 8. – С. 53-57.

5. Ибадильдин А.С. Диагностика и хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме печени / А.С. Ибадильдин, В.И. Кравцов // Практическая медицина. – 2013. – № 2 (67). – С. 49-51.

6. Белобородов В.А. Травма печени мирного времени / В.А. Белобородов, А.А. Белобородов, Е.А. Чихачев // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 95, № 4. – С. 45-47.