



В. В. Бойко, И. А. Тарабан,
П. Н. Замятин, К. Л. Гафт,
Н. С. Черняев

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КОЛОТО-РЕЗАНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Резюме. В работе представлены результаты хирургического лечения 39 пациентов с колото-резаными ранениями печени. Лапаротомия с ушиванием ран печени проведена 33 пациентам. У 12 больных была выполнена диагностическая видеолaparоскопия, из них 6 пострадавшим — видеолaparоскопические операции. Разработан алгоритм хирургической тактики у больных с ранениями печени с использованием видеолaparоскопических методик.

Ключевые слова: ранения печени, лапаротомия, видеолaparоскопия.

Введение

По сводным данным ряда авторов, повреждения печени занимают второе место, достигая 13,4—49,0% в структуре всей абдоминальной травмы, при этом частота колото-резаных ранений в общей структуре травм печени составляет 43% [1—4].

Анатомо-топографическое расположение печени, ее размеры, особенности связочного аппарата обуславливают частоту и тяжесть ранений органа, что является причиной высокой интра- и послеоперационной летальности, варьирующей от 8 до 47% и не имеющей тенденции к снижению [3].

В последнее время, все большее число операций при ранениях печени выполняют с применением малоинвазивных методик, где важную роль играют видеолaparоскопические вмешательства, что находит свое отражение в хирургической тактике при данной патологии [2, 5].

Цель: изучить причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с ранениями печени и разработать альтернативный алгоритм хирургической тактики с использованием видеолaparоскопических методик.

Материалы и методы

В период с 2000 по 2010 г. в отделении травматического шока ГУ «ИОНХ НАМНУ» были прооперированы 39 пациентов с изолированными колото-резаными ранениями печени. Все пациенты поступили ургентно, из них мужчин было 33 (84,6%), женщин — 6 (15,4%).

Одиночные ранения печени были выявлены у 24 (61,5%) пострадавших и имели следующую локализацию: I сегмент — 1 случай, II — 2, III — 6, IV — 3, V — 5, VI — 4, VII — 2, VIII — 1.

Множественные ранения наблюдались у 15 (38,5%) больных, из которых ранения двух сегментов наблюдались у 13 пациентов, трех сегментов — у 2 пострадавших.

Краевые ранения наблюдались у 13 (48,1%), слепые — у 9 (33,3%), сквозные — у 5 (18,5%) пострадавших.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагностика открытых повреждений печени в большинстве случаев не представляла значительных затруднений: характерная локализация ран, клиническая картина гемоперитонеума с соответствующими изменениями параметров гемодинамики позволяли быстро поставить правильный диагноз.

Контрольную группу составили 27 (69,2%) пациентов, которым производилась срединная лапаротомия, из них ушивание ран печени, санацию и дренирование брюшной полости выполняли 22 пациентам. У 5 (15,5%) пациентов гемостаз достигнут путем тампонады пластинами «Тахокомб».

Признаки продолжающегося кровотечения выявлены у 16 (59,2%) пострадавших, у 11 (40,8%) из них кровотечения из ран печени не наблюдали.

Основную группу составили 12 (30,8%) больных, которым вначале выполнялась диагностическая видеолaparоскопия. Из них у 6 (50%) пострадавших вследствие наличия активного продолжающегося кровотечения из обширных ран VI, VII, VIII сегментов печени, а также технических сложностей при выполнении лапароскопического гемостаза, осуществлялась конверсия.

У 6 (50%) пострадавших выполнены видеолaparоскопические операции, из которых 3 (50%) пациентам производилось лапароскопическое ушивание ран печени, в 2 (33,3%) случаях гемостаз достигнут путем тампонады пластинами «Тахокомб», 1 (16,7%) пациенту хирургической коррекции не производилось вследствие ранения только капсулы Глиссона.

Все лапароскопические операции завершались обязательной санацией и дренированием брюшной полости. Дренажи удаляли на 2—3-е сутки после операции. В послеоперационном периоде все больные получали комплексную инфузионно-трансфузионную, антибактериальную, гепатопротективную терапию.

В раннем послеоперационном периоде осложнения в контрольной группе пациентов возникли у



3 (7,7%) больных: поддиафрагмальный абсцесс — у 1 (2,56%), подпеченочный — у 1 (2,56%), ранняя спаечная непроходимость — у 1 (2,56%). Также в раннем послеоперационном периоде умерли 2 (5,1%) пациента пожилого возраста вследствие перенесенного геморрагического шока 3 ст. на фоне выраженной сопутствующей патологии. Больные контрольной группы были выписаны на 12—17-е сутки.

В основной группе в раннем послеоперационном периоде у 1 (8,3%) пациента возникла правосторонняя нижнедолевая пневмония, что потребовало проведения дополнительной интенсивной терапии. Летальных исходов в этой группе пострадавших не было.

Больные основной группы были выписаны на 7—8-е сутки, при этом их двигательная активность восстанавливалась на 1-е сутки, что, в свою очередь, не требовало назначения больших доз наркотических анальгетиков.

Анализируя полученные результаты лечения двух групп пациентов с ранениями печени, можно сделать вывод, что 11 (28,2%) больным контрольной группы, у которых не было признаков про-

должающегося кровотечения из ран печени, хирургическую коррекцию можно было выполнить лапароскопически, так как выявленные повреждения не оправдывали тяжести хирургической агрессии в виде лапаротомии, что, вероятно, позволило бы избежать осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Выводы

Применение видеолапароскопических вмешательств, сочетающих высокую эффективность с минимальной травматичностью, способствует уменьшению количества интра- и послеоперационных осложнений и показателя летальности при ранениях печени.

Всем больным с подозрением на ранение печени необходимо проведение диагностической видеолапароскопии, что позволяет объективизировать тяжесть ранения и, по возможности, выполнить лапароскопическую операцию. В свою очередь, это способствует снижению количества «напрасных лапаротомий», уменьшению койко-дня, а также количества вводимых наркотических анальгетиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Закрита травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. — Х., 2008. — 528 с.
2. Мининвазивные и органосберегающие операции при травмах печени / В.М. Тимурбулатов, А.Г. Хисанов, Р.Р. Фаязов [и др.] // Хирургия. — 2002. — №4. — С. 29—33.
3. Хирургия повреждений печени / В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Н.Н. Удербаяев [и др.] — Харьков, 2007. — 240 с.

4. Шапкин Ю.Г. Хирургическая тактика при ранениях печени / Ю.Г. Шапкин, Ю.В. Чалык, Р.Ю. Чалык // Анналы хирургии. — 2008. — №2. — С. 32—35.

5. *Nonoperative management of high degree hepatic trauma in the patient with risk factors for failure: have we gone too far?* / M. Beuran, I. Negoii, A.T. Ispas [et al.] // J Med Life. — 2010. — Vol. 15, №3(3). — P.289—296.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ З КОЛОТО-РІЗАНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ПЕЧІНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

**В. В. Бойко, І. А. Тарабан,
П. М. Замятін, К. Л. Гафт,
Н. С. Черняєв**

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH STAB WOUNDS OF THE LIVER USING VIDEOLAPAROSCOPIC TECHNOLOGY

**V. V. Boyko, I. A. Taraban,
P. N. Zamyatin, K. L. Gaft,
N. S. Chernyaev**

Резюме. У роботі подано результати хірургічного лікування 39 пацієнтів із колото-різаними пораненнями печінки. Лапаротомія з ушиванням ран печінки проведено 33 пацієнтам. У 12 хворих було виконано діагностичну відеолапароскопію, з них 6 потерпілим — відеолапароскопічні операції. Розроблено алгоритм хірургічної тактики у хворих із пораненнями печінки з використанням відеолапароскопічних методик.

Ключові слова: поранення печінки, лапаротомія, відеолапароскопія.

Summary. The results of surgical treatment of 39 patients with stab wounds of the liver are presented. Laparotomy with suturing the wound of the liver is made in 33 patients. Diagnostic videolaparoscopy was performed in 12 patients, to 6 of them videolaparoscopic operations were performed. An algorithm of surgical tactics in patients with wounds of the liver using videolaparoscopic techniques is worked out.

Key words: wounds of the liver, laparotomy, videolaparoscopy.