

ТРАВМА ПЕЧІНКИ. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

*Я.С.Кукуруз, В.А.Яловенко,
І.Й.Сличко, О.Ю.Шуригін*

**Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Ірпінський військовий госпіталь
Київ, Ірпінськ, Україна**

Вступ

Мета дослідження — удосконалити діагностику і хірургічне лікування пошкоджень печінки та її привідної і відвідної систем в умовах екстреної хірургії.

Матеріали та методи дослідження

На клінічних базах хірургічних відділень виконано ретроспективний аналіз лікування 289 потерпілих з травматичними пошкодженнями печінки, які знаходились на лікуванні за останні 10 років. Середній вік потерпілих склав 35 років і коливався в діапазоні від 17 до 73 років. З них 234 пацієнти (81%) — чоловіки, 55 пацієнтів (19%) — жінки.

Результати дослідження та їх обговорення

У 44 (15,3%) пацієнтів (близько 15%) мала місце ізольована травма печінки, у 245 (84,7%; майже 85%) випадках — поєднана травма. Розрив печінки внаслідок закритої травми черевної порожнини діагностовано у 235 (81,2%) пацієнтів; відкрита травма печінки спостерігалася у 54 (18,8%) пацієнтів, з них: у 42 (14,5%) постраждалих — колото-різані, у 12 (4,2%) — вогнепальні поранення.

При сортуванні в приймальному відділенні ми розподіляли постраждалих за ступенем тяжкості загального стану. Для оцінки ступеня тяжкості використовували шкалу PTS-Hanover, ISS та шкалу Глазго (для оцінки рівня свідомості), а також індекс пошкоджень

органів черевної порожнини (ОЧП). У залежності від тяжкості стану визначили подальшу лікувальну тактику. Для діагностики пошкодження ОЧП при закритій травмі використовували стандартні критерії інтерпретації даних лапароцентезу. Концентрацію білірубину в рідині черевної порожнини визначали за допомогою експрес-смужок «Hepta PHAN» чеської фірми «Lachema», а також за допомогою методу Ендрашика-Грофа. У залежності від даних лапароцентезу та на основі оцінки тяжкості загального стану визначили подальшу тактику: при ревізії органів черевної порожнини встановлювався характер пошкоджень печінки і відповідно класифікації обирався об'єм хірургічного втручання.

1. при пошкодженнях I ступеня застосували консервативне лікування та спостереження за станом пацієнта (застосування УЗО ОЧП, КТ ОЧП з контрастуванням жовчовивідних структур);

2. при пошкодженнях II ступеня: рани зашивали П-подібними швами; розриви Глісонової капсули зашивали вузловими швами; субкапсулярні та внутрішньопечінкові гематоми після їх спороження через розтин, санації та гемостазу також зашивали П-подібними швами з дронуванням їх у разі потреби ПХВ-трубкою.

3. при пошкодженнях III-IV ступеня, коли спостерігалася масивна крово- та жовчотеча з рани печінки, застосовували прийом Прінгла. Якщо внаслідок вказаної маніпуляції кровотеча зменшувалася або цілком зупинялася, що вказувало на пошкодження судин інтрагепатичних розгладжувачів *v. portae* чи *a. hepaticae*, після попередньої евакуації крові, згустків, девіталізованих тканин і сторонніх тіл та санації, для зміцнення лінії швів у разі необхідності використовували аутопластичні та синтетичні матеріали: круглу чи серповидну зв'язку печінки, клаптик парієтальної очеревини чи діафрагми клаптиком прямого м'яза стінки живота, пасмом великого чіпця «на ніжці», пластиною «Тахокомб», аплікацію гемостатиків (гемостатична губка, марля). З метою гемо- та холестазу використовували перев'язку або кліпування кровоносних судин і видимих жовчовивідних проток (пошуки кінців розірваних жовчовивідних проток велися цілеспрямовано, якщо концентрація білірубину в рідині черевної порожнини перевищувала 17 ммоль/л).

Якщо дозволяв стан пацієнта, виконували інтраопераційну холангіограію.

Якщо джерела жовчотечі візуально помітити не вдалося, а рівень білірубину в рідині черевної порожнини перевищував 17 ммоль/л,

застосовували заходи, спрямовані на декомпресію жовчовивідної системи: холедохостомію (за Холстедом-Піковським чи за Вишневським) або холецистостомію.

При локалізації розлеглих глибоких пошкоджень діафрагмальної поверхні верхньозадніх та нижньозадніх відділів правої частки з масивною кровотечею виконували компресійну вісцерогепатопексію відповідно за методикою Хіарі, Шапкіна із тампонадою рани за допомогою аутопластичних та синтетичних матеріалів, що розсмоктуються (великого чіпця «на ніжці», клаптика прямого м'яза живота або плівки «Тахокомб»).

При розчавленні паренхіми печінки або фрагментації органа виконували атипичну резекцію з прикриттям ранової поверхні аутопластичними або розсмоктуючими синтетичними матеріалами.

При наскрізних вогнепальних пораненнях обох часток печінки гемо- та біліостазу досягали шляхом введення в рановий канал балонного катетера, який наповнювали стерильним розчином (Рінгера-Локка, 0,9% розчину натрію хлориду тощо) для створення тиску на стінки каналу. Катетер залишали в рані протягом 3-7 діб.

Якщо внаслідок прийому Прінгла (перетискання lig. Hepatoduodenalae) послаблення чи зупинки кровотечі не настає, причиною кровотечі вважається пошкодження крупних печінкових вен у ділянці їх з'єднання з v. cava inferior або проникаюче пошкодження самої порожнистої вени.

У цих випадках застосовували таку послідовність дій:

1. Тимчасова марлева або ручна тампонада.
2. Заходи, що розширюють доступ до ретрогепатичного простору, такі як:
 - мобілізація печінки шляхом перетинання зв'язкового апарату;
 - доповнення серединного доступу розтином, паралельним правій реберній дузі;
 - трансстернальний розтин;
 - додатковий трансплевральний доступ.
3. Інтравенозне тимчасове шунтування нижньої порожнистої вени з використанням турнікетів (за Петровським, Hanna).
4. Завершальний етап:
 - 1 при ушкодженні печінкових вен — анастомозування їх з v. cava inferior з використанням м'язових та очеревинних клаптиків;

2 при ушкодженні v. cava inferior — бічний судинний шов її стінки.

При розривах та пораненнях жовчного міхура виконували холецистектомію із зовнішнім дренаванням холедоха за Піковським-Холстедом.

Усі операції обов'язково завершували дренаванням черевної порожнини (над- та підпечінкового простору, малої миски).

У післяопераційному періоді відмічалися такі ускладнення, пов'язані з травмою печінки: післяопераційна внутрішньопечінкова гематома — 9; післяопераційна кровотеча — 8; післяопераційний холангіоперитоніт — 2; підпечінковий абсцес — 7; абсцес правого піддіафрагмального простору — 1; внутрішньопечінковий абсцес — 2; післяопераційна зовнішня біліарна фістула — 9; підпечінковий абсцес + зовнішня біліарна фістула — 1; явища холециститу та холангіту — 2; нагноєння операційних ран — 11.

Висновки

1. Застосування тимчасової зупинки кровотечі шляхом перетискання гепатодуоденальної зв'язки є не тільки способом гемостазу, а й способом діагностики, що дозволив цілеспрямовано виконувати ревізію черевної порожнини і обирати належну інтраопераційну тактику.

2. Застосування удосконалених способів гепатопексії з тампонадою рани за допомогою великого чіпця, м'язових клаптиків, синтетичних прокладних матеріалів, а також належне дренавання сприяли зниженню кількості післяопераційних ускладнень та летальності на 6,3%.