ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ОБШИРНОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED EXTENSIVE LIVER TRAUMA

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевская Государственная Медицинская Академия, г.Ижевск

Горбунова Кристина Анатольевна, студентка 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской академии, г. Ижевск

Кондакова Юлиана Владиславовна, студентка 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г.Ижевск

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Gorbunova Kristina Anatolievna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Kondakova Yuliana Vladislavovna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Аннотация

Статья посвящена изучению вопроса, связанного с важностью своевременного лечения закрытых травм печени. В данной работе представлена информация о закрытой травме печени, этиологии и механизме ее возникновения, лечении, а также показан клинический случай.

Annotation

The article is devoted to the study of the issue related to the importance of timely treatment of closed liver injuries. This work provides information on closed

liver injury, etiology and mechanism of its occurrence, treatment, and also shows a clinical case.

Ключевые слова: травма печени, автодорожная травма, желчный перитонит, послеоперационные осложнения

Keywords: liver injury, road traffic injury, biliary peritonitis, postoperative complications

Рост числа автодорожных происшествий приводит к значительному увеличению абдоминальных травм, чаще всего закрытого характера. Повреждение паренхиматозных органов составляет 56-66,8% от числа всех автодорожных травм. Из-за частоты возникновения травм органов брюшной полости уровень инвалидности и смертности увеличивается. Повреждение печени находится на 2-ом месте после повреждения селезенки, а по летальности на 1-ом месте. Причиной смерти является острая кровопотеря, гипотермия, ацидоз. Быстрое и эффективное оказание медицинской помощи позволяет спасти человека.

Типичный механизм повреждения печени - сдавление ее между ребрами и позвоночником или задней брюшной стенкой. Резкое торможение туловища приводит к возникновению сил сдвига в области связочного аппарата печени, а внезапное повышение давления в системе нижней полой или воротной вены за счет передачи давления на внутриорганные вены — к «внутрипеченочному взрыву». Быстрое повышение давления в правой плевральной полости может приводить к повреждению диафрагмальной поверхности печени.

Частота послеоперационных осложнений и осложнений при консервативном лечении травмы печени зависит от тяжести травмы органа. Чем тяжелее травма, тем больше вероятность осложнений. Осложнения: повторное внутрибрюшное кровотечение, внутрипеченочная гематома, ложные артериальные и венозные аневризмы, гемобилия, желчный свищ, билома, внутрипеченочный абсцесс.

Лечение осложнений травмы печени на современном этапе развития медицины осуществляют с использованием ангиографии с эндоваскулярной эмболизацией или стентированием, пункции и дренирования под контролем

УЗИ, лапароскопии, эндоскопического стентирования. Проводить такое лечение лучше в соответствующем стационаре, куда может быть переведен пострадавший после оказания ему квалифицированной медицинской помощи и стабилизации состояния.

Клинический случай: В результате автодорожной травмы, полученной 21.11.2007 года, пациентка У. 18 лет, была доставлена в Игринскую ЦРБ. Она была экстренно оперирована по поводу закрытой травмы живота с обширным повреждением правой доли печени, разрыва правой почки. Во время операции было произведено ушивание раны печени с тампонированием большим сальником, нефрэктомия справа. Затем была повторно оперирована в Сарапульской ЦРБ 10.12.2007 г. по поводу разлитого желчного перитонита: санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде по дренажам из брюшной полости выделилось по 500 мл желчи за сутки. После 24.12.2007 г. началось ухудшение общего состояния – нарастала клиника интоксикации, прекратилось выделение желчи по дренажам, температура тела была выше 38º С. 07.01.2008 г. была переведена в Первую республиканскую клиническую больницу г. Ижевска. При поступлении: тяжелое состояние, кожные покровы бледно-желтой окраски, язык суховат, обложен белым налетом. Пульс 96 ударов минуту, АД 90/40 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Выслушиваются активные кишечные шумы. Один дренаж не функционирует, а через другой выделяется желчь. При УЗИ брюшной полости было выявлено: гепатомегалия, неоднородная тень правой доли печени, свободная жидкость в брюшной полости (до 1 литра), инфильтративные изменения в проекции ложа желчного пузыря, в области правой почки незначительное скопление жидкости в подпеченочном пространстве, посттравматические изменения в левой доле печени, спленомегалия.

Дооперационный диагноз: состояние после ушивания обширной раны печени, нефрэктомии, осложненное желчным перитонитом, поддиафрагмальным абсцессом, наружным желчным свищом.

09.01.2008 г. была проведена лапаротомия, при которой выявили наличие 1,5 литров асцитической жидкости в брюшной полости. К нижне-передней поверхности правой доли печени припаяна поперечно-ободочная кишка, от уровня V сегмента в кососагитальном направлении, продолжающемся о ворот печени в направлении в сторону диафрагмы имеется разрыв печени на всю толщину до вентральной поверхности, укрытый пластинами тахокомба (гемостатический препарат для местного применения), пропитанного желчью. От этой зоны с трудом отделена поперечно-ободочная кишки, 12-перстная кишка, элементы ее не дифференцируются, желчный пузырь отсутствует. В проксимальной проекции гепатикохоледоха при пункции – желчи не получено. Был проведен гемостаз кровоточащих мест прошиванием и лигированием. Вскрыты несколько подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов (желчь с гноем), проведена санация зоны абсцессов. Операцию пришлось закончить, так как ухудшилось состояние больной (падение АД до 70/40 мм рт. ст.), провели дренирование над- и подпеченочного пространства.

15.01.2008 г. была проведена релапаротомия. В брюшной полости выявлено наличие асцитической жидкости. Небольшой затек желчи под левой долей печени из-за смещения дренажной трубки. Провели санацию. Аппликация тахокомбом диафрагмальной и вентральной раневых зон правой доли печени с подведением двух дренажей в подпеченочное пространство.

В послеоперационном периоде: через дренажи ежедневно выделялось до 500 мл желчи. Проводилась пероральная реинфузия желчи при приеме пищи. Предварительно желчь сорбировали через гемосорбент и озонировали с целью ее детоксикации и оксигенации. Сформировался полный наружный свищ правого долевого протока вследствие травматического разрыва правой доли печени.

Пациентка была направлена в Кировский зональный центр РФ хирургии печени для решения вопроса о возможной реконструктивно-восстановительной операции на правом печеночном протоке.

С 18.03.2008 г. по 07.04.2008 г. она находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении зонального центра в Кировской областной больнице. 21.03.2008 г. была проведена операция: вскрытие поддиафрагмального абсцесса. После операции по дренажу справа ежедневно выделялось около 1200 мл желчи. Была проведена гепатотропная, противовоспалительная терапия, с пероральной реинфузией желчи по 500 мл в сутки.

Также продолжалось симптоматическое лечение желчного свища правого долевого протока печени, оно проходило в хирургическом отделении 1 РКБ г.Ижевска с 24.04.2008 по 23.05.2008 г.

С 24.06.2008 по 16.08.2008 г. находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении Кировской областной больницы по поводу неполного наружного желчного свища правого долевого протока печени.

Во время этого лечения, 02.07.2008 г. была произведена реконструктивно-восстановительная операция: лапаротомия, с формированием фистулоеюноанастомоза на транспеченочном дренаже по Прадери. После операции сформировался неполный наружный тонкокишечный свищ.

С 08.12.2008 г по 11.12.2008 г. была повторная плановая госпитализация в хирургическое отделение Кировской областной больницы. 10.12.2008 г. была проведена фистулография. После нее установлено хорошее функционирование билиодигестивного анастомоза, удален транспеченочный дренаж, свищи закрылись.

Пациентка была на повторной консультации через 4 года в 1 РКБ г.Ижевска, качество жизни хорошее, никаких жалоб не предъявляет. Затем была еще повторная консультация через 7 лет, женщина здорова.

На данном примере видно как важна своевременно оказанная правильная хирургическая помощь. Возникшие осложнения после первой операции, проведенной в ЦРБ, свидетельствуют о том, что своевременная современная диагностика и квалифицированное лечение позволили бы избежать осложнений.

Заключение: травма печени представляет собой большую опасность, необходимо проведение качественной диагностики и своевременного лечения. Также необходимо проводить дифференцированный подход к хирургическому пособию. Все эти мероприятия значительно снизят уровень возникновения осложнений.

Литература:

1. Альперович, Б. И. Хирургия печени [Текст] / Б. И. Альперович. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). - Библиогр.: с. 327-343. - Предм. указ.: с. 344-348.
2. Гоставтоинспекция. Показатели состояния безопасности дорожного движения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://stat.gibdd.ru/
3. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Настоящее и будущее клинической гепатологии // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики) : библиотека РМЖ. 2002. – Т. 4, №1. – С. 13-15.
4. Исаков В.Д. Автомобильная травма : лекция для слушателей VI факультета цикла "Судебная медицина". — СПб: ВМА, 1996.
5. Князева Л.Н., Князева Л.А., Внутренние болезни. Курск, 2013, 623 с.

Literature:

1. Alperovich, BI Liver surgery [Text] / BI Alperovich. - Moscow: GEOTAR-Media, 2013 .-- 352 p. : ill. - (B-ka specialist doctor). - Bibliography: p. 327-343. - Item decree .: p. 344-348.
2. State traffic inspectorate. Indicators of the state of road safety [Electronic resource]. - Access mode: http://stat.gibdd.ru/
3. Ivashkin V.T., Bueverov A.O. Present and future of clinical hepatology // Diseases of the digestive system (for specialists and general practitioners): breast cancer library. 2002. - T. 4, No. 1. - S. 13-15.
4. Isakov V.D. Automobile injury: a lecture for students of the VI faculty of the cycle "Forensic medicine". - SPb: VMA, 1996.
5. Knyazeva LN, Knyazeva LA, Internal diseases. Kursk, 2013, 623 p.