

УДК 616.33/34-005.1-089-072.1

Лапароскопічні операції в лікуванні хворих із важкою поєднаною травмою з ушкодженням печінки

Ю.В. ГРУБНИК, А.О. ТЕЛИЧКО, В.Ю. ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет, Міський центр поєднаної травми на базі міської клінічної лікарні № 11

LAPAROSCOPIC OPERATION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SEVERE COMBINED TRAUMA AND LIVER INJURY

YU.V. HRUBNYK, A.O. TELYCHKO, V.YU. HRUBNYK

Odessa State Medical University, City Centre of Combined Trauma on Basis of City Clinical Hospital № 11

У клініці для лікування 1358 хворих із поєднаною травмою широко застосовувався лікувально-діагностичний алгоритм, що включає: ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію і відеолапароскопію. 524 хворим проведена відеолапароскопія. У 253 хворих виявлено розрив печінки і внутрішньочеревну кровотечу. У 93 хворих при відеолапароскопії було виявлено значне пошкодження внутрішньочеревних органів, що зумовило перехід на лапаротомію. У 160 хворих проведені лапароскопічні операції при пораненнях печінки. Лапароскопічні операції є високоефективними, малотравматичними і дозволяють знизити летальність у хворих із важкою поєднаною травмою.

Ultrasound examination, computer tomography and videolaparoscopy were widely used as therapeutic and diagnostic protocol in the treatment of 1358 patients with polytrauma. Videolaparoscopy was used in 524 cases. We diagnosed 253 patients with trauma of the liver and intraabdominal bleeding. In 93 cases of videolaparoscopy was made conversion to laparotomy because of serious trauma of liver and massive bleeding. In 160 cases with liver trauma were carried out laparoscopic operations. Laparoscopic operations are very effective and atraumatic and allow to decrease mortality in patients with severe polytrauma.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. В останній час різко збільшилась кількість хворих із важкою поєднаною травмою.

Летальність при важкій поєднаній травмі коливається від 12 до 50 %. Такі високі цифри обумовлені пізньою госпіталізацією хворих, сукупністю важких поєднаних ушкоджень, високою крововтратою, що їх супроводжує, значним відсотком осіб літнього і старечого віку з важкою супутньою патологією [1, 2, 3].

Метою роботи є зниження летальності на основі впровадження діагностико-лікувального алгоритму з використанням ультразвукової, комп'ютерної і відеолапароскопічної діагностики в поєднанні з малоінвазивними операціями.

Матеріали і методи. За останні 7 років у міський центр поєднаної травми госпіталізо-

вано 1358 хворих із важкою політравмою. Всім хворим виконували загальноприйняті методи діагностики: рентгенографію грудної і черевної порожнин, голови і кінцівок, лабораторні методи дослідження.

Ультразвукова діагностика була проведена 871 пацієнту. З них 561 виконували динамічне ультразвукове обстеження за станом внутрішніх органів впродовж 3-5 днів. Ультразвукове дослідження є найменш інвазивним і високоінформативним методом діагностики, особливо за наявності центральних розривів і підкапсульних гематом печінки, які важко діагностувати іншими методами. В більшості випадків вдається візуалізувати зону і характер пошкодження печінки. Безпосередньою ознакою пошкодження паренхіми печінки при ехолокації є наявність нерівномірних ехонегативних утворів у паренхімі із зміною контурів і розмірів печінки. Також визначаються ознаки порушення цілісності капсу-

ли печінки і субкапсулярні гематоми. Чітко визначається наявність вільної рідини в підпечінковому і піддіафрагмальному просторах. Можлива достатньо достовірна оцінка глибини і поширеності розривів печінки. Плюсом даного методу дослідження є також його достатньо низька собівартість. Крім того, у 521 хворого на додаток до ультразвукового дослідження нами виконана комп'ютерна томографія. В останні 2 роки виконувалася комп'ютерна томографія спіралеподібному томографі з внутрішньовенним введенням контрастної речовини, що дозволяє одержувати об'ємне зображення органів черевної порожнини і чітко диференціювати ділянку ушкодження. Даний метод дослідження має високу діагностичну цінність, проте не завжди застосований через високу вартість обстеження. У 410 хворих після ультразвукового дослідження виконувалася пункція черевної порожнини методом лапароцентезу, з подальшим дренажуванням черевної порожнини через троакар поліхлорвініловою трубкою і введенням до 400 мл асептичної рідини. Проте даний метод дослідження має великий відсоток помилок і ризику за наявності спайкового процесу в черевній порожнині та з інших причин.

Найбільш інформативним методом діагностики травм органів черевної порожнини є лапароскопія. Якісно новим етапом є відеолапароскопія з використанням додаткових 2-3 портів, через які в черевну порожнину вводять лапароскопічні інструменти, що дозволяють детально оглянути всі органи, встановити й оцінити характер пошкоджень, а також провести у ряді випадків малоінвазивні лапароскопічні втручання.

Нами проведено 524 лапароскопічних дослідження з використанням відеолапароскопа фірми "Olimpus". Всі лапароскопічні дослідження проводили з використанням загального знеболювання. При важкій поєднаній травмі ми обов'язково перед відеолапароскопічним обстеженням хворого проводили рентгенологічне обстеження грудної клітки. За наявності гемопневмотораксу ми проводили превентивну пункцію плевральної порожнини з подальшим дренажуванням пошкодженої половини грудної клітки за Бюллау. При щоді і коматозних станах ми проводили протишкочові заходи, інфузійну терапію, спрямовану на

відновлення об'єму циркулюючої плазми, штучну вентиляцію легенів.

Протипоказаннями до відеолапароскопічних операцій вважаємо наявність у черевній порожнині понад 700 мл крові, профузну кровотечу, неможливість повноцінної ревізії черевної порожнини через спайковий процес, наявність важкої кардіальної патології, що не дозволяє здійснювати необхідну інсуфляцію повітря в черевну порожнину на рівні 12-15 мм рт. ст., розрив діафрагми, значне пошкодження порожнистих органів, що вимагає резекції ділянки кишечника з подальшим накладанням анастомозу, а також локалізацію пошкоджень печінки у ділянці воріт і позапечінкових жовчних проток.

Результати досліджень та їх обговорення. З 524 проведених відеолапароскопій у 253 випадках вдалося чітко виявити травматичний розрив печінки з кровотечею, що триває. З 253 випадків травматичного розриву печінки в 93 випадках виявлено поєднання масивного розриву печінки з розривом селезінки, брижі тонкого кишечника, розривами тонкого і товстого кишечника і профузною внутрішньочеревною кровотечею. З причин значних ушкоджень органів черевної порожнини, масивної кровотечі, наявності у хворих важкого геморагічного шоку нами в цих випадках відеолапароскопія завершена переходом на лапаротомію з ушиванням внутрішньочеревних ушкоджень внутрішніх органів з автогемотрансфузією.

У 160 хворих вдалося лапароскопічно провести оперативні втручання. У 60 випадках проведена лапароскопічна електрокоагуляція ран печінки, санація і дренажування черевної порожнини. У 57 випадках проводили ушивання ран печінки з використанням інтракорпорального лапароскопічного шва. У 43 випадках проводили електрокоагуляцію ран печінки з фіксацією сальника до її поверхні. Після ретельної санації черевної порожнини проводили ревізію рани печінки з подальшою оцінкою глибини розриву за допомогою інструментальної "пальпації", видаляючи згустки крові з ранового каналу струменем рідини.

Нами було виявлено 18 підкапсульних гематом, що потребувало подальшого їх розтинку і проведення ревізії ушкоджень. У двох ви-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

падках при огляді невеликих гематом виявилися значні ушкодження печінки, що потребували лапароскопічного ушивання. У 16 випадках ми проводили лапароскопічне ушивання ран печінки з подальшим накладенням на лінію шва фібринового клею. Для контролю за якістю гемостазу через контрапертуру черевна порожнина дрениувалась в правому і лівому підребер'ях.

Летальність після лапароскопічних операцій спостерігалася в 8 випадках і була обумовлена важкою черепно-мозковою травмою. У 12 випадках спостерігалася жовчотеча.

У 9 випадках мали місце нагноєння троакарних проколів.

Висновки. Відеолапароскопічне обстеження органів черевної порожнини дозволяє уникнути необґрунтованих лапоротомій, що значно знижує летальність у хворих із важкою поєднаною травмою і супутньою соматичною патологією.

Лапароскопічні операції у хворих із політравмою з пошкодженням печінки є високоефективною малотравматичною хірургічною допомогою і значно знижують летальність у даної важкої категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и брюшинного пространства / Под ред. А.Е. Борисова. - С.Пб.: Предприятие ЭФА, "Янус", 2002. - 416 с.
2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоров'я, 1993. - 512 с.

3. Sancher H., Gagner M., Jenkins P.L., Lewis W.D., Munson J.L., Bruusch J.W. Surgical management of non-parasitic cystic liver disease // Am. Surg. - 1991. - 161. - P. 113-118.