

Г.А. Ахмеджанова¹, Д.Т. Жуматаев¹, Б.К. Мукашев¹,
Т.Е. Конурбаев², У.К. Алматаев²

¹Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

²Городская клиническая больница №4 г. Алматы

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОБШИРНЫМ РАЗРЫВОМ ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Приводится случай успешного многоэтапного лечения больного с обширной травмой печени (IV по Moore).

Ключевые слова: разрыв печени, успешное лечение

Основной причиной повреждений печени мирного времени является дорожно-транспортное происшествие – 55,7% (1). Несмотря на достигнутые в последние десятилетия значительные успехи в хирургии печени, летальность при её повреждении остаётся высокой, особенно в случае тупой травмы: по данным НИИ им. Склифосовского в период 1980-1991 гг. она составляла 46,8%, а в 1992-2001 гг. – 31,6% (2). Летальность зависит от срока оперативного вмешательства, обширности повреждений и особенно возрастает при политравме, сочетанной травме (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, конечности). Основные причины смерти в первые сутки после травмы - травматический шок и кровопотеря; в последующие дни - политравма, печёчно-почечная недостаточность, сочетанные повреждения.

При травме печени особенно важен фактор времени. Диагностика и лечение должны быть проведены в минимальные сроки и с максимальной эффективностью, так как с первых же минут (иногда часов) после травмы при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении состояние пострадавшего прогрессивно ухудшается. Клиническая картина повреждения печени складывается из синдрома острой кровопотери, травматического шока (75%) и местного абдоминального синдрома. Наиболее простой и информативный современный метод экспресс-диагностики – FAST-УЗИ, которое может быть использовано при любом состоянии больного и доступно круглосуточно в многопрофильных клиниках Казахстана, оказывающих неотложную помощь. При отсутствии круглосуточного FAST-УЗИ выполняется лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж (DPL).

Для характеристики тяжести повреждения используют международную классификацию E. Moore (1986), детализированную с кодами МКБ и баллами тяжести состояния пациента по шкале AIS (от 2 до 6), принятую Американской ассоциацией хирургов-травматологов. В ней учитывается не только морфология закрытых повреждений и ранений печени, но и динамика развития повреждений, не нуждающихся в хирургическом лечении. Кроме того, автору удалось в одной классификации совместить признаки закрытой травмы и ранений печени.

Явные признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения (гипотония, +FAST-УЗИ или +DPL) у пострадавших с закрытой травмой живота - абсолютное показание к немедленной операции. Хирургическое вмешательство по неотложным показаниям при достаточном анестезиолого-реанимационном обеспечении (кровь, кровезаменители, инфузионные растворы, кардиотонические средства, реанимационная аппаратура) выполняют, не дожидаясь полной стабилизации гемодинамики. При определении объема операции необходимо помнить, что главной целью лечения в экстренной хирургии является спасение жизни больного, и соизмерять предполагаемый объем операции с функциональными возможностями пациента: при тяжелой абдоминальной травме и признаках «нестабильности» - выполнять минимальный «спасительный» объем операции с контролем повреждения (damage control - dcs) после стабилизации состояния (тактика многоэтапного хирургического лечения).

По данным Шапкина Ю.Г. и Чалык Р.Ю., 2008, летальность после операций по поводу закрытых повреждений печени зависит, в том числе и от используемого метода хирургического лечения, варьирует от 10 до 60%, а в группе больных с наиболее тяжелыми повреждениями печени (IV-V по Moore) достигает 65%.

Учитывая вышеизложенное, мы сочли интересным случай успешного лечения больного Н. с тяжелым повреждением печени (IV по Moore).

История болезни №3374

Больной Н., 1988 года рождения, госпитализирован в ОАРИТ ГКБ №4 в экстренном порядке в тяжелом состоянии 17.02.2009. После физикального исследования, УЗИ брюшной полости, лабораторных исследований, которые проводились на фоне интенсивной терапии выставлен диагноз: Закрытая травма живота. Внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени. Геморрагический, травматический шок 3-4 степени. Из анамнеза: ДТП, травма получена 1,5 часа назад за городом – больного переехал его служебный автомобиль (джип), установленный на склоне без ручного тормоза при попытке осмотреть днище.

17.02.2009 через 30 минут с момента поступления больной взят на операцию, произведена срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, реинфузия крови, ушивание ран печени, холецистэктомия, тампонирование, дренирование брюшной полости. При этом окончательный гемостаз достигнут не был, однако, учитывая нестабильность состояния больного, операция завершена тампонированием ран печени. Послеоперационный диагноз: Тупая травма живота. Множественные разрывы правой доли печени с отрывом желчного пузыря. Внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени. Геморрагический, травматический шок 3-4 степени. В послеоперационном периоде проводилась гемодинамическая терапия, гемотрансфузия, коррекция коагулопатии, через 12 часов после первичной операции появилось обильное геморрагическое отделяемое из дренажа брюшной полости, АД – 50/20, прогрессивное снижение показателей красной крови (гемоглобин – 50г/л, эр – $1,4 \times 10^{12}/л$). Принято решение произвести релапаротомию.

18.02.2009 произведена операция - Релапаротомия, ушивание разрывов печени, тампонирование, ушивание десерозированного участка слепой кишки, дренирование брюшной полости. При вскрытии брюшной полости обнаружено около 1,0 л крови с крупными сгустками. Тампоны удалены. На протяжении VI - VIII сегментов печени имеется ушитая рана длиной около 8,0 см, обильно кровоточит. С раны сняты швы, рана глубокая, обширная, с неровными рыхлыми краями, профузное кровотечение, остановлено приемом Прингла. Для адекватной экспозиции произведена мобилизация правой доли печени путем пересечения треугольной и венечной связок справа. При ушивании печени швы прорезываются. На края раны печени по периметру прикреплен Тахокомб (пластина размером: 9,5 x 4,8 x 0,5 см), в полость раны введены пластины Тахокомба на всю глубину. Рана ушита с проведением иглы на всю глубину 2 рядами П-образных швов, профузное кровотечение остановлено. При дальнейшей ревизии обнаружена зона звездчатых разрывов на диафрагмальной поверхности печени, которая умеренно кровоточит. Тахокомб, гемостатические швы, тугое тампонирование диафрагмальной поверхности (7 тампонов), дренирование поддиафрагмального пространства. При дальнейшей ревизии обнаружен десерозированный участок слепой кишки, ушит серо-серозными швами. Дренирование подпеченочного пространства и малого таза.

3.03.2009 в связи с появлением обильного отделяемого (тонкокишечное содержимое) по дренажной трубке и признаков раздражения брюшины произведена релапаротомия, обнаружена перфорация подвздошной кишки, выполнена резекция кишки с анастомозом по типу «бок в бок», интубация тонкой кишки зондом Шалькова, санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась комплексная интенсивная, консервативная терапия: респираторная поддержка, гемодинамическая терапия, гемотрансфузия, средства, улучшающие микроциркуляцию, антибиотики, противогрибковые препараты, гепатопротекторы. Послеоперационный период протекал тяжело с развитием синдрома полиорганной недостаточности. Тампоны поэтапно удалены. Имело место желчеистечение из дренажа поддиафрагмальной области, которое прекратилось на 34 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 37 сутки с момента поступления в клинику, трудоспособность сохранена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шапкин Ю.Г., Чалык Р.Ю. Актуальные проблемы хирургии повреждений печени // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 5 – С. 40-44
- 2 Ермолов А. С., Абакумов М. М., Владимирова В. С. Травма печени. – М.: Медицина, 2003. – 192 с.

Г.А. Ахмеджанова¹, Д.Т. Жұматаев¹, Б.Қ. Мұқашев¹,

Т.Е. Қоңырбаев², У.Қ. Алматаев²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

²Алматы қ. №4 Қалалық клиникалық ауруханасы

БАУЫРДЫҢ АУҚЫМДЫ ЖЫРТЫЛУЫ ОРЫН АЛҒАН НАУҚАСТЫ СӘТТІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ (ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ)

Түйін: Бауырдың ауыр жарақаты бар науқастың көп сатылы сәтті емделу жағдайы (IV Мооре бойынша) келтірілген.

Түйінді сөздер: бауырдың жыртылуы, табысты емдеу

G.A. Akhmedzhanova¹, D.T. Zhmataev¹, B.K. Mukashev¹,

T.E. Konurbaev², U.K. Almataev²

¹Asfendiyarov Kazakh National medical university

²Almaty city hospital No. 4

SUCCESSFUL TREATMENT OF THE PATIENT WITH AN EXTENSIVE LOSS OF THE LIVER (CASE FROM PRACTICE)

Resume: A case of successful multi-stage treatment of a patient with extensive liver trauma (IV according to Moore) is given.

Keywords: liver rupture, successful treatment