

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Мы сочли целесообразным рассмотреть группу больных с СТЖ с разных позиций.

При оценке заинтересованных (поврежденных) полостей (трехполостная травма + скелетная, двухполостная травма + скелетная, однополостная травма (живот) + скелетная) самой многочисленной оказалась группа больных с сочетанием двухполостной травмы и повреждений ОДС — 12 чел. (40 %) за 1999 г., 15 чел. (46,8 %) за 2000 г., 19 чел. (52,7 %) за 2001 г. Однополостная СТЖ отмечена у 11 чел. (36,6 %) за 1999 г., 7 чел. (21,8 %) за 2000 г., в 2001 г. — 4 чел. (11,1 %). За 1999–2001 гг. наблюдается тенденция к снижению однополостной СТЖ. Бесспорно, что наиболее тяжелой травмой является сочетание повреждений органов всех трех полостей организма: 5 больных (71,4 %) за 1999 г., 6 больных (60 %) за 2000 г. и 6 больных (46,1 %) за 2001 г., а также высокой летальностью в этой клинической группе — 57,1, 50 и 61,1 % за 1999, 2000 и 2001 гг. соответственно. При анализе данных, характеризующих СТЖ в зависимости от повреждений полых и паренхиматозных органов за 1999–2001 гг., в 1999 и 2000 гг. превалирует группа больных с повреждениями только паренхиматозных органов — 43,3 и 48 % соответственно; за 2001 г. группа больных с повреждением только паренхиматозных органов составляет 31,8 %. Прогностичес-

ки самым неблагоприятным является сочетание повреждений полых и паренхиматозных органов, летальность в этой группе составила 50,0 % в 1999 г. и 71,4 % в 2000 г. По повреждениям отдельных органов при СТЖ доминирует травма почки — 12 (40,0 %), 14 (38,8 %), 6 (23 %) больных, мочевого пузыря — 8 (26,6 %), 9 (25 %), 8 (30,7 %) больных, и печени — 7 (23,3 %), 5 (13,8 %), 2 (7,6 %) больных за 1999, 2000 и 2001 гг. соответственно. В группе оперированных больных по частоте на первом месте находится травма тонкой, толстой кишки и печени.

По данным за 1999–2001 гг. предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям, а именно: ушивание поврежденных органов — у 20 (57,2 %), 6 (46 %), 6 (43 %) больных, и резекции — у 2 (5,7 %), 1 (8 %) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. В прогностическом плане наиболее значимой является трехполостная травма, сочетанная с повреждением ОДС (летальность в этой группе больных составила 53,3 %);

2. Наиболее часто повреждаемыми органами при СТЖ являются: печень, почка, селезенка (у 33,3, 21,2 и 15,2 % больных соответственно);

3. Из оперативных вмешательств при СТЖ доминировали органосохраняющие операции (у 61,5 % больных).

Е.Е. Чепурных, Е.Г. Григорьев

СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Повреждения органов брюшной полости занимают значительное место среди других травм — 10 %. При закрытой торакоабдоминальной и абдоминальной травме, проникающих ранениях печень — один из наиболее часто страдающих органов. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, повреждения печени до сих пор сопровождаются высокой летальностью, достигающей при сочетанной травме 50–60 %. Высокие показатели летальности связаны с сочетанностью повреждений, шоком, кровопотерей, а в последующем — с развитием гнойно-септических осложнений.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать хирургическое лечение сочетанных повреждений печени с учетом характера травмы и тяжести состояния пострадавшего.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на основе результатов обследования и лечения 294 пациентов, госпи-

тализированных с сочетанными повреждениями печени различного генеза в госпитальную хирургическую клинику ИГМУ в интервале 1995–2000 гг. Из них мужчин — 248 (84,4 %), женщин — 46 (15,6 %). Средний возраст пострадавших составил $33,1 \pm 10,8$ года.

По характеру повреждений доминировали колото-резаные ранения — 192 (65,3 %), тупая травма составила 86 (29,3 %) случаев, огнестрельные ранения — 16 (5,4 %). Повреждения печени сочетались с черепно-мозговой травмой у 56 (19,3 %) пострадавших, груди — у 38 (12,9 %), таза и конечностей — у 23 (7,8 %) пациентов. Кроме того, в 26,9 % случаев повреждения печени сочетались с травмой других паренхиматозных (почки, селезенка, поджелудочная железа) и полых (25,9 %) органов, магистральных сосудов живота (7,2 %).

Средний балл тяжести состояния пострадавших по шкале «ВПХ-СП» на момент поступления в клинику составил 19,4 (12,0–57,0), по шкале «ВПХ-СГ» — 21,0 (23,0–25,4). Тяжесть поврежде-

ний у пострадавших, рассчитанная по шкале «ВПХ-П», составила 1,05 (0,05 – 3,03).

Для оценки тяжести органных повреждений использовали шкалу тяжести повреждений (Injury Severity Score), которая наиболее полно описывает анатомические нарушения у пострадавших с сочетанной травмой. Средний балл тяжести органных повреждений – 18,1 (13,0 – 22,0).

Диагностическая и лечебная тактика при сочетанной травме живота зависела от гемодинамических показателей пострадавшего. При стабильном состоянии пациента использовались обзорная рентгенография грудной клетки – 32 (6,3 %), рентгенография черепа в двух проекциях (при необходимости выполняли КТ головного мозга), ультразвуковое исследование брюшной полости – 38 (7,4 %). Среди инвазивных процедур наиболее часто прибегали к лапароцентезу по методике шарящего катетера – 86 (29,3 %). При нестабильной гемодинамике диагностика осуществлялась в условиях операционной. Протившоковая терапия проводилась наряду с оперативным вмешательством.

Оперативное вмешательство у пострадавших выполняли по общепринятым принципам этапности и характеру хирургических манипуляций, применяемых при травме органов живота.

Выбор способа гемостаза зависел от степени повреждения печени. Использовали следующие хирургические манипуляции на поврежденной печени: ушивание с тампонированием раны – 133 (45,2 %), ушивание раны – 126 (42,9 %), в том числе с использованием сальника на ножке – 13 (10,3 %), круглой и серповидной связок печени – 16 (12,7 %); тампонирование раны печени как способ окончательного гемостаза – 27 (9,2 %), атипичная резекция печени – 8 (2,7 %).

В 14 (4,8 %) наблюдениях выполнена этапная хирургическая коррекция (ЭХК) по поводу сочетанных повреждений печени.

Критерии включения пациентов в исследование: повреждения печени III – V классов по классификации Е. Moore et al. (1994), вследствие закрытой или проникающей травмы, декомпенсированный геморрагический шок.

Для оценки эффективности ЭХК повреждений печени и ее влияния на результаты лечения тяжелых повреждений печени, пациенты распределялись в зависимости от примененной технологии лечения на 2 группы, как показано в таблице 1.

В основной группе (ОГ) мужчин было 11 (78,6 %), женщин – 3 (21,4 %). Средний возраст составил 30,7 (25,0 – 31,0) лет. В группе клиническо-

го сравнения мужчин – 11 (73,3 %), женщин – 4 (26,7 %); средний возраст – 33,5 (27,5 – 40,0) лет.

Преобладали закрытые повреждения живота – у 12 (41,4 %), колото-резаные ранения наблюдали у 11 (37,9 %) пациентов. Торакоабдоминальные ранения встретились в 6 (20,7 %) наблюдениях.

Пациентам первой группы, получавшим лечение по разработанной методике, проводили остановку струйного кровотечения, резекцию-обработку печени с удалением нежизнеспособных фрагментов поврежденной паренхимы, герметизацию полых органов живота однорядными швами. Затем зону массивной диффузной геморрагии (раневая поверхность печени) туго тампонируют марлевыми салфетками в количестве, необходимом и достаточном для создания плотной компрессии. Тампоны полностью погружали в брюшную полость. К области тампонирования устанавливали дренажную трубку для контроля гемостаза. После завершения операции проводили стабилизацию состояния пациента на операционном столе, а затем в ПИТиР, где проводили нормализацию сердечной деятельности, коррекцию коагулопатии, гипотермии, ацидоза и анемии. Параллельно с этим осуществляли дополнительную диагностику повреждений. После стабилизации состояния (через 24 – 72 часа) пострадавшему выполняли раннюю запланированную релапаротомию, удаляли тампоны, оценивали качество гемостаза, выполняли окончательную хирургическую коррекцию повреждения печени (резекцию некротизированных участков паренхимы по демаркационной зоне, дополнительные гемостатические швы, гепатооментопексию), проводили повторную ревизию живота, осуществляли санацию брюшной полости, подвели дренажные композиции к поврежденной печени. Операционную рану брюшной стенки ушивали отдельными брюшинно-апоневротическими, подкожными и кожными швами.

У пациентов второй группы выполняли стандартный объем хирургического пособия при обширных повреждениях печени.

Расчет параметров клинической эффективности этапной хирургической коррекции повреждений печени проводили в соответствии с рекомендациями CONSORT (1996).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей структуре абдоминальной травмы сочетанные повреждения печени встречаются в $15,6 \pm 1,35$ % наблюдений.

При распределении по классам повреждения печени (табл. 2) преобладают повреждения I – III классов.

Таблица 1

Распределение пациентов по группам

Группы	Технология лечения	Число пациентов
Основная (1 группа)	ЭХК	14 (48,3 %)
Клинического сравнения (2 группа)	Стандартное лечение	15 (51,7 %)

Для выявления факторов риска неблагоприятного исхода травмы проведено ретроспективное исследование корреляций параметрических показателей с исходом (табл. 3). При этом традиционно учитывали такие характеристики, как пол и возраст пациентов, время с момента получения травмы до поступления в клинику, гемодинамические параметры тяжести состояния и интраоперационные данные (продолжительность операции, величина кровопотери и реинфузии).

Анализ материала показал, что выявлена умеренная корреляция неблагоприятного исхода (смерти) с тяжестью состояния госпитализированного, тяжестью повреждений, оцененной по шкале ВПХ-СП и ISS, наличием послеоперационных осложнений и повторных операций. Кроме того, установлена слабая корреляция летальности со временем с момента получения травмы, продолжительностью диагностического этапа и тяжестью состояния пострадавшего по шкале ВПХ-П.

Расчет степени воздействия выбранных факторов (табл. 3) на исход (летальность) проведен с применением многофакторного регрессионного

анализа. Результаты проведенного исследования представлены в таблице 4.

Для пациентов с сочетанной травмой печени факторами риска смерти являлись тяжесть состояния пациента, оцененная по шкале ВПХ-СГ, тяжесть сочетанных органных повреждений по шкале ISS и послеоперационные осложнения (табл. 4).

На основании полученных данных был предложен дифференцированный подход к лечению сочетанных повреждений печени, который зависел от тяжести состояния пострадавшего.

При повреждении I – II классов использовали локальные методы гемостаза и гемостатическое тампонирование. При повреждениях II – III классов применяли ушивание раны печени с использованием сальника на ножке или дополняли ушивание гемостатическим тампонированием. При повреждениях III – IV классов при активном кровотечении выполняли анатомическую или атипичную резекцию печени. В случае нестабильных показателей гемодинамики, при наличии декомпенсированного геморрагического шока использовали этапную хирургическую коррекцию повреждений печени.

Таблица 2

Распределение повреждений печени по классам (шкала AAST)

	Класс повреждения печени					Всего
	I	II	III	IV	V	
Сочетанные	99 (33,7 %)	126 (42,9 %)	56 (19,0 %)	8 (2,7 %)	5 (1,7 %)	294 (100 %)

Таблица 3

Зависимость исхода от анализируемых факторов

Параметры	Корреляции
Время с момента травмы	0,19
Время диагностики	0,22
Длительность операции	–
ВПХ-СП	0,24
ВПХ-СГ	0,37
ВПХ-П	0,28
ISS	0,48
Повторные операции	0,37
Послеоперационные осложнения	0,54

Примечание: указаны только статистически значимые корреляционные зависимости ($p < 0,05$).

Таблица 4

Регрессионный анализ факторов исхода при сочетанном повреждении печени
($R = 0,736291$, $p < 0,00000$)

Факторы	Beta	SE of Beta	B	SE of B	t (93)	p
ВПХ-СП	–0,39	0,160	–0,016	0,006	–2,448	0,015
ВПХ-СГ	0,47	0,156	0,016	0,005	2,974	0,003
ISS	0,37	0,084	0,009	0,002	4,338	0,0000
Послеоперационные осложнения	0,25	0,069	0,034	0,009	3,614	0,000

Послеоперационные осложнения и летальность в клинических группах

Клинические группы	Послеоперационные осложнения	Послеоперационные кровотечения	Гнойные осложнения	Летальность
ОГ	50 % (7)	26,8 % (4)	21,4 % (3)	7,1 % (1)
ГКС	66,7 % (10)	46,7 % (7)	20 % (3)	26,7 % (4)
p^*	0,26	0,26	0,63	0,18

Примечание: p^* – значимость различий определена с использованием двустороннего метода Фишера.

Анализ результатов лечения ЭХК поврежденной печени и стандартного хирургического лечения представлен в таблице 5.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений в ОГ и ГКС существенных различий в снижении их частоты не выявил. Также не отмечена тенденция к различию в частотах рецидива кровотечения. При оценке параметров клинической эффективности этапной хирургической коррекции, согласно рекомендациям CONSORT, метод этапной коррекции поврежденных обеспечил снижение относительного риска смерти (COP) – 73,4 %, снижение абсолютного риска (CAP) – 19,6 %, а число больных, которых нужно лечить разработанным методом, чтобы

предотвратить один неблагоприятный исход (NNT⁶) – 5,1.

ВЫВОДЫ

Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях печени в первую очередь должна дифференцироваться в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, а в последующем – от тяжести повреждения самой печени, других органов и систем. Объем и вид оперативного вмешательства зависит от степени тяжести травмы печени. Использование этапной хирургической коррекции при тяжелых повреждениях печени III – V классов в условиях декомпенсированного шока позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

В.А. Омельченко, Д.А. Пикуль, Е.Ю. Брегадзе

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

Хирургическое лечение повреждений внепеченочных желчных протоков (ПЖП) – один из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Это связано со сложностью выбора хирургической тактики, множеством технических проблем, длительностью реабилитационного периода, значительным снижением качества жизни оперированных, и самое главное сомнительными отдаленными результатами.

Наиболее частой причиной повреждений является ятрогения: при холецистэктомии – 0,1 – 0,8 %, резекция желудка – 0,14 %. Количество повреждений внепеченочных желчных протоков в последние годы увеличилось практически вдвое, что, без сомнения, связано с внедрением и широким распространением лапароскопической холецистэктомии – до 3 %.

До недавнего времени наиболее распространенной стратегией хирургии при ПЖП являлось использование каркасных, съёмных, кольцевых транспеченочных протезов. Данная стратегия также использовалась нами до 2004 года. Использо-

вание данной методики имеет определенные недостатки: используемые дренажи инкрустируются солями желчных кислот и приходят в негодность, требуют регулярной замены, значительно снижают качество жизни и трудоспособность пациентов, несут угрозу развития дислокации дренажа, дренажного холангита – далеко неполный список отрицательных качеств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет в отделении абдоминальной хирургии АОКБ по поводу травмы внепеченочных желчных протоков оперировано 20 пациентов – большинство из них (17; 85 %) – ятрогенные повреждения, 3 (15 %) – проникающие ранения общих желчных протоков. 14 больным проводилась традиционная постановка съёмных транспеченочных дренажей.

С 2004 года нами применяется методика билиарного эндопротезирования. С этой целью мы используем предложенные ООО «МИТ» билиарные эндопротезы, ряд технологических качеств кото-