

ID: 2015-05-24-T-5249

Тезис

Халеев И.А.

Хирургическая тактика при закрытой травме печени

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей хирургии

Научный руководитель: проф. Чалык Ю.В.

До настоящего времени повреждения печени относятся к числу наиболее опасных по прогнозу и трудных для хирургов. Летальность при закрытой травме печени в ведущих мировых центрах составляет 25-45%.

В последние годы происходит очень медленное, по признанию самих авторов метода, внедрение в экстренную хирургию, в хирургию тяжелых сочетанных повреждений тактики Damage control, главный принцип которой - этапность лечения.

В основу работы положен опыт хирургического лечения 208 пациентов с закрытой травмой печени, оперированных в клинике в 1976 - 2014 гг.

При анализе интраоперационных методов гемостаза и исходов операций у 208 больных с закрытой травмой были выделены две группы пострадавших. Большая группа (81%) была представлена повреждениями I - III степеней .

Применены следующие виды гемостаза: узловый шов (53), П-образный шов (9), ушивание с тампонадой сальником (27), лазеркоагуляция ран (74) и электрокоагуляция (5).

Вторая группа была представлена повреждениями IV - V степеней. Всего оперировали 40 пациентов (19%). В анализируемом тридцатилетнем периоде работы были выделены два этапа. В 1976 - 1992 гг., активно используя лазерный гемостаз, мы стремились к радикальности выполняемых операций, выполнив у 14 из 16 пациентов резекционные методы обработки. Неудовлетворенность полученными результатами лечения, а также ряд объективных факторов привели в последующие годы к отказу от широкого использования резекционных методов операций. Было отмечено, что 40 пациентов поступило в клинику за 33 года работы. До 70% таких операций выполняется в вечернее и ночное время, что в совокупности не способствует формированию четких практических навыков у хирургов. Наиболее часто в качестве средства временного гемостаза у данной группы пациентов использовали марлевую тампонаду ран (35%), которая еще в 27% наблюдений дополнялась пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки. Операции у этой категории больных протекают на фоне большой дооперационной кровопотери и продолжающегося кровотечения. Отмечено, что у 80% больных с IV - V степенями повреждения раны и зоны разможжения включают задне-диафрагмальную и дорсальную часть правой доли. Обязательным этапом операции в таких случаях являются мобилизация правой доли печени с возможным расширением разреза.

Таким образом более чем у 50% пострадавших тампонада ран печени, расположенных на задне-диафрагмальной области закрытыми повреждениями печени марлевая тампонада применена в качестве средства окончательного гемостаза а тактика этапного подхода к лечению позволяет добиться наилучших результатов лечения данной категории пострадавших

Ключевые слова: травма печени, кровотечение, этапное лечение