

мия по Бурлуи — 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоюноанастомоз — 5 (3,7%), холедоходуоанастомоз — 3 (2,2%), холедохоюноанастомоз — 4 (2,9%), гепатикоеюноанастомоз — 4 (2,9%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту по методике клиники — 7 (5,2%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану — 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту — 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту — 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану — 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (авторское свидетельство №175046 от 22.04.85) — 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнено 4 больным (2,9%).

Трем больным из-за выраженного распространения опухолевого процесса и множественных метастазов в печень, канцероматоза брюшины ограничили диагностическую лапароскопией или лапаротомией.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 38 больных (28,3%): внутрибрюшное холемическое кровотечение у 6 (4,4%); желчный перитонит в связи с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза у 7 (5,2%); поддиафрагмальный абсцесс у 2 (1,5%); нагноение операционной раны у 2 (1,5%); гнойный холангит — у 7 (5,2%); острая печеночно-почечная недостаточность у 12 (8,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 пациентов (1,5%).

Из 134 больных со злокачественным новообразованием ВЖП, осложненных механической желтухой, в раннем послеоперационном периоде умерло 12 больных, что составило 8,9%.

Таким образом, хирургическое лечение больных с опухолями ВЖП, осложненными механической желтухой, остается актуальной проблемой. Это обусловлено поздней диагностикой, низким числом радикальных операций и высокой степенью операционного риска. Паллиативные оперативные вмешательства являются единственным способом оказать помощь больным с неоперабельным опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков, с сохранением удовлетворительного качества жизни.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Гарькавый Н.Г.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с травмой печени.

Представлен ретроспективный анализ опыта работы отделения торакоабдоминальной травмы Кировской областной клинической больницы № 3, за период с 2002 по 2007 гг. Наблюдали 165 больных с травматическими повреждениями печени в возрасте от 14 до 68 лет (36 женщин, 129 мужчин), из них у 75 (45,5%) закрытая травма живота, у 90 (54,5%) проникающая (в том числе у 40 торакоабдоминальных ранения). Сорок шесть пациентов поступили в состоянии травматического шока 3 степени. Трудностей в диагностике при открытых повреждениях не возникало. При закрытых особенно в сочетании с черепно-мозговой травмой клиника была стертой. В этих случаях проводили активную диагностику с использованием методики «шарящего катетера» и лапароскопии по показаниям. Наличие крови в брюшной полости являлось показанием к экстренной лапаротомии. При изолированной тупой травме живота в сомнительных случаях производили обзорную рентгенографию живота, УЗИ органов брюшной полости и КТ.

Интраоперационная тактика при повреждениях печени зависела от выявленных повреждений, а также от наличия сопутствующих травм. Как правило, пользовались верхнее-срединным доступом, при повреждении правой половины печени выполняли дополнительный разрез типа Рио-Бранко. Объем оперативного вмешательства зависит от степени повреждения органа. В условиях экстренной хирургии на фоне сочетанных повреждений,

как правило, выполняли минимальный объем направленный на остановку кровотечения и желчеистечения. Подавляющему большинству больных (138) выполнено ушивание раны печени с тампонадой прядью большого сальника на питающей ножке у 21. В связи обширностью повреждения органа 3 больным выполнена правосторонняя гемигепатэктомия и 2 атипичная резекция печени. Показаниями для резекции органа считаем наличие повреждения сосудистой ножки с омертвением части органа. При повреждении внутрипеченочных желчных протоков выполняем органосохраняющую операцию с обязательной холедохостомой, так как мы убедились в низкой эффективности холецистостомы. Во время операции проводится проба на желчестаз путем введения физиологического раствора окрашенного бриллиантовой зеленью или метиленовым синим в желчные пути через холедохостому. В случае формирования наружного желчного свища реконструктивную операцию на желчных путях выполняем через 4—6 мес. Из 165 оперированных больных умерло 33 (19,9%). Основной причиной смерти явилась тяжелая кровопотеря в сочетании с тяжелой скелетной и черепно-мозговой травмой.

Таким образом, проблема открытых и закрытых повреждений печени чрезвычайно актуальна. Причиной высокой летальности и большого числа осложнений при повреждениях печени является кровопотеря в сочетании с сопутствующими травмами. Своевременная диагностика и рациональная хирургическая тактика без завышения объема оперативного вмешательства позволяет снизить летальность у этой тяжелой категории больных.