

Кострыкин Михаил Юрьевич, кандидат медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, д. 170, тел.: 8-918-554-16-28, e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

Коробка Роман Вячеславович, студент 5 курса лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, 346720, г. Аксай, пер. Ландышевый, д. 14, тел.: 8-918-555-18-64, e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

УДК 616.36-001-089.811

© Г.Д. Одишелашвили, Э.Х. Исмаилов, 2012

Г.Д. Одишелашвили, Э.Х. Исмаилов

ВЫБОР СПОСОБОВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В настоящее время повреждение печени занимает 2 место среди повреждений органов брюшной полости. Исход лечения зависит от степени, объема и локализации повреждений, а также от качества и своевременного оказания медицинской помощи. Печень имеет пять трубчатых структур, которые располагаются в различных плоскостях. Поэтому, если один способ остановки кровотечения является надежным в определенной плоскости, то в другой – надежного гемо- и желчестаз не достигается. В связи этим разработка способов остановки кровотечения, которые бы обеспечивали гемо- и желчестаз в различных локализациях печени является актуальной проблемой в хирургии травм печени.

Ключевые слова: *печень, повреждения, кровотечения, шов.*

G.D. Odishelashvili, E.H. Ismailov

THE CHOICE OF WAYS OF HEMORRHAGE STOPPAGE IN CASE OF LIVER DAMAGE

At present the liver trauma takes the second place among the traumas of abdominal cavity organs. The outcome of treatment depends on the degree, dimension and localisation, quality and proper medical aid. There are five tubular structures in the liver which are located in the different areas. According to this one method of hemostasis is safety in one area but it does not achieve hemobilestasis in another area. In connection with it the development of ways to provide hemo and bilestasis in different localizations is the actual problem of liver trauma surgery.

Key words: *liver, traumas, hemorrhage, suture.*

Введение. Благоприятный исход хирургических операций на печени обеспечивается надежным гемостазом, поэтому совершенствование способов остановки кровотечения имеет немаловажное значение [1, 3]. Между тем, подобные способы остановки кровотечения имеют недостатки: часто возникают кровотечения как во время операции, так и после нее, что связано с недостаточно хорошими гемостатическими свойствами [2, 4, 5].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с травматическими повреждениями печени.

Задачи исследования.

1. Провести сравнительную оценку способов остановки кровотечения при линейных ранах печени.
2. Провести сравнительную оценку способов остановки кровотечения при разможенных, скальпированных ранах печени.
3. Провести сравнительную оценку способов остановки кровотечения при сквозных ранах печени.
4. Изучить клинические особенности течения послеоперационного периода в основных и контрольных группах (использование дополнительных методов гемостаза, характер отделяемого из-под печеночного пространства по дренажным трубкам, сроки удаления дренажных трубок, послеоперационный койко-день).
5. Изучить клиническую эффективность применения разработанных способов остановки кровотечения при повреждениях печени.

6. Выработать показания к применению разработанных способов остановки кровотечения и дать практические рекомендации.

Методы исследования. Клинические, лабораторные, статистические, инструментальные. У больных в послеоперационном периоде на 1, 3, 5, 7 сутки проводились клинические, биохимические исследования показателей крови. Материалы исследований обработаны статистическими методами с использованием прикладного пакета программ Microsoft Excel XP, Statistica 7.0. В послеоперационном периоде инструментальные исследования проводились аппаратом УЗИ.

Результаты исследования. Проведен анализ 517 историй болезни пациентов, оперированных по поводу травматических повреждений печени. Систематизированы группы больных по полу, возрасту, времени поступления в стационар и выполнения операций. Учитывались характер повреждений (линейных, скальпельных, размозженных, сквозных ран) локализация, размеры ран и выбор способов остановки кровотечения.

Анализ применения разработанных швов при линейных ранах печени (перекрещивающегося узлового, петлевого П-образного и двойного 8-образного) позволил нам отказаться от использования марлевых тампонов и пластического материала. При линейных ранах до 1 см можно наложить перекрещивающийся узловой шов. П-образный шов можно наложить при ране до 4 см в длину независимо от глубины; двойной 8-образный шов – 9 см в длину независимо от глубины. При ушивании сквозных ран печени мы применяли двойной 8-образный шов. Наложение наших гемостатических швов менее травматично, чем других существующих швов, так как чтобы ушить рану до 4 см, для хорошей адаптации нужно наложить хотя бы три П-образных шва, при которых необходимо произвести 12 вколов и выколов, а для того чтобы наложить наши швы, нужно сделать 6 подобных манипуляций.

Наш опыт показывает, что разработанные нами гемостатические швы можно накладывать на раны, располагающиеся в различных поверхностях: передней, нижней, боковой, диафрагмальной. Осложнений, связанных с гемостазом и желчестазом, не было. Средний послеоперационный койко-день составил при ушивании линейных ран – 11,2, что меньше на 4,9, чем в контрольной, и при ушивании сквозных ран – 9, что меньше на 8,7 в контрольной группе.

При ушивании размозженных ран печени важны два момента: выбор надежного гемостатического шва и выбор пластического материала. Что касается известных тканей (сальник, круглая связка, диафрагма), которые применялись у наших больных, нужно отметить, что диафрагму можно использовать при ранах диафрагмальной поверхности печени (2, 7, 8 сегментов), но не всегда, поскольку раны могут быть обширными. Круглую связку можно применить при ранах в 4 сегменте, частично 3 и 5, но, учитывая строение круглой связки, нужно сказать, что она недостаточно герметична. Что касается сальника, то, по данным многих авторов, он не обладает достаточным гемостатическим эффектом, порист, под действием желчи некротизируется и может секвестрироваться.

По нашему мнению, в подобной ситуации подойдут пластические материалы, имеющие серозную поверхность. Мы применяли серозно-мышечно-подслизистый лоскут из большой кривизны желудка на сосудистой ножке. Он достаточно герметичный, за счет длины сосудистой ножки можно укрыть рану в любом сегменте печени, не склерозируется, реваскуляризирует раневую поверхность печени.

Таким образом, полученные данные показывают преимущество разработанных способов остановки кровотечения над известными и позволяют рекомендовать их в широкую клиническую практику.

Заключение.

1. Проведенная сравнительная оценка способов остановки кровотечения в зависимости от локализации и характера ран печени показала эффективность применения разработанных способов остановки кровотечения, обеспечивающих надежный гемостаз, желчестаз, исключая образование остаточной полости в глубине раны.

2. Предложенные способы технически просты, не требуют больших временных затрат на выполнение, могут быть применены в любом хирургическом стационаре.

3. Разработанные гемостатические швы (перекрещивающийся узловой, петлевой П-образный, двойной 8-образный) при ранах от 1 до 9 см обеспечивают надежный гемостаз, предотвращают образование внутриорганных гематом, обеспечивают хорошую адаптацию краев ран и герметичность независимо от их глубины.

4. Разработанный модифицированный двойной «8»-образный шов с пластическим укрытием серозно-мышечно-подслизистым лоскутом из большой кривизны желудка на сосудистой ножке при размозженных и скальпированных ранах обеспечивает надежный гемостаз и желчестаз как в глубине раны, так и на ее поверхности.

5. На основании анализа клинического материала сформулированы показания, выработаны критерии, необходимые условия к применению способов остановки кровотечения в зависимости от характера повреждений печени.

Список литературы

1. Абакумов, М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малярчук. – М. : Медицина, 2005. – 176 с.
2. Гусейнов, Б. Н. Повреждения печени : обзор / Б. Н. Гусейнов // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 1996. – Т. 155, № 6 – С. 64–66.
3. Ермолов, А. С. Травма печени / А. С. Ермолов, М. М. Абакумов, Е. С. Владимирова. – М. : Медицина, 2003. – 190 с.
4. Козлов, К. К. Применение современных технических средств в лечении травмы печени / К. К. Козлов, В. Г. Шанкин, Р. К. Валибов и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 147.
5. Нестеренко, Ю. А. Хирургическая тактика при травме печени / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлов, В. А. Черняков // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 153.

Одишелашвили Гиви Доментиевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Исмаилов Эльвин Худаверди оглы, аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 616.613-003.7-084

© М.А. Узденов, Э.К. Яненко, 2012

М.А. Узденов¹, Э.К. Яненко²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКИСЛЫМ НЕФРОЛИТИАЗОМ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВАТОРА ФИБРИНОЛИЗА – НИКОТИНАМИДА

¹РГ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», г. Черкесск

²ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», г. Москва
ФГБУ «НИИ урологии»
Минздравсоцразвития России, г. Москва

Проведена консервативная терапия 372 больных мочекислым нефролитиазом при включении в схему лечения активатора фибринолиза – никотинамида. В результате проведенного лечения полное растворение моче-вых камней почек получено у 350 (94,06 %) больных, у 22 (5,9 %) человек литолиз оказался неэффективным. В основной группе растворение мочекислых камней получено у 321 (96,5 %) пациента, в контрольной группе литолиз достигнут только у 29 (74,3) человек. Включение в схему литолитической терапии больных мочекислым нефролитиазом активатора фибринолиза никотинамида достоверно ($p < 0,01$) повысило эффективность литолитической терапии.

Ключевые слова: мочекислый нефролитиаз, активатор фибринолиза, растворение мочекислых камней, никотинамид.