

СПОСОБ УШИВАНИЯ РАН ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Чарышкин А.Л., Гафиуллов М.Р., Демин В.П.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», (432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ), e-mail:charyshkin@yandex.ru

Актуальной проблемой при травмах печени является обеспечение надежного гемостаза. Работа посвящена улучшению хирургического лечения травматических повреждений печени. Исследовано 94 пострадавших с сочетанными травмами живота, в период 2006–2011 гг. Средний возраст пострадавших составил 39,2±4,5 лет. Все пострадавшие были рандомизированы на две группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. В первую группу вошли 74 пациента с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени. Вторую группу составили 20 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание предложенным способом (заявка №2011114631). Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Применение разработанного способа ушивания ран печени обеспечивает надежный гемостаз, что позволило значительно улучшить результаты операций и снизить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: способ ушивания, печень.

SPOSOB SEWING LIVER WOUNDS AT TRAUMATIC DAMAGES

Charyshkin A.L., Gafiullov M. R., Dyomin V.P.

Ulyanovsk State University (432970 Ulyanovsk, L.Tolstoy's street, 42, UlsU), e-mail:charyshkin@yandex.ru

Actual problem at traumas of a liver is maintenance of a reliable hemostasis. Work is devoted improvement of surgical treatment of traumatic damages of a liver. 94 patients with stomach traumas are investigated, in 2006–2011. Middle age of patients has made 39,2±4,5 years. All patients have been randomized on two groups. The first group included 74 patients with stomach traumas at which at liver damages are executed sewing wounds by the traditional P-shaped seams, an atypical resection of a liver. The second group was made by 20 patients with stomach traumas at which at damages of a liver are executed sewing in the offered way (the demand №2011114631). All patients gave the informed voluntary consent to medical intervention. Application of the developed way sewing wounds of a liver provides a reliable hemostasis that has allowed to improve considerably results of operations and to lower postoperative complications.

Key words: a way sewing, a liver.

При закрытых и открытых травмах живота повреждения паренхиматозных органов занимают второе место среди всех травм органов брюшной полости [2,4,5]. Из них повреждения печени занимают второе место по частоте и составляют 15–20 %, а летальность – 6–12 % при открытых повреждениях и 28–72 % при закрытых травмах [6,7,9]. Наиболее часто встречаются повреждения диафрагмальной (60,3 %) и висцеральной (39,7 %) поверхности печени [4,8,9]. Актуальной проблемой при травмах печени является обеспечение надежного гемостаза. Для достижения окончательного

гемостаза при ранениях печени применяют прошивание, биологические и синтетические пленки, клеевые композиции, методы неконтактного воздействия (лазерная, плазменная, аргоновая и электрокоагуляции) [1,3,6]. Нередко развиваются некрозы паренхимы печени в зоне швов, с развитием нагноений, вторичных кровотечений, желчных свищей, требующих повторных операций [4,8]. Поиск оптимальных вариантов технического усовершенствования способов органосохраняющих операций на паренхиматозных органах при их повреждении остаются актуальными. Целью нашего исследования явилось улучшение хирургического лечения травматических повреждений печени.

Материал и методы исследования

Клинические исследования проведены на базе МУЗ УГКБСМП г. Ульяновск. Под нашим наблюдением находилось 94 пострадавших с сочетанными травмами живота, в период 2006–2011 гг. Все пострадавшие были рандомизированы на две группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

В первую группу вошли 74 пациента с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени.

Вторую группу составили 20 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание предложенным способом (заявка на изобретение РФ №2011114631). Способ осуществляют следующим образом (рис.1).

Сначала на всю длину раны накладываются глубокие П-образные швы 1 под дно 2 раны. Для этого отступают от нижнего края 3 раны на 1–1,5 см и с помощью круглой атравматической иглы прокалывают паренхиму органа, проводя один из концов нити под дно 2 раны с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1–1,5 см от верхнего края 4 раны. Затем аналогичным образом проводят другой конец нити, отступив от первого вкола на расстояние 1–1,5 см. Отступив от первого глубокого П-образного шва 1 на расстояние 1–1,5 см, накладывают последующие аналогичные глубокие П-образные швы 1 под дно 2 раны на всю ее длину. Концы нитей между собой предварительно не связывают.

Затем накладывают поверхностные П-образные швы 5 на 1/3 глубины раны от поверхности в противоположном направлении. Отступая от верхнего края 4 раны на 0,5–0,8 см, со стороны выкола глубоких П-образных швов 1 на середине расстояния между выколами первого глубокого П-образного шва 1 с помощью круглой атравматической иглы прокалывают паренхиму органа, проводя один из концов нити на 1/3 глубины раны от поверхности с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1–1,5 см от нижнего края 3 раны под петлей 6 глубокого П-образного шва 1.

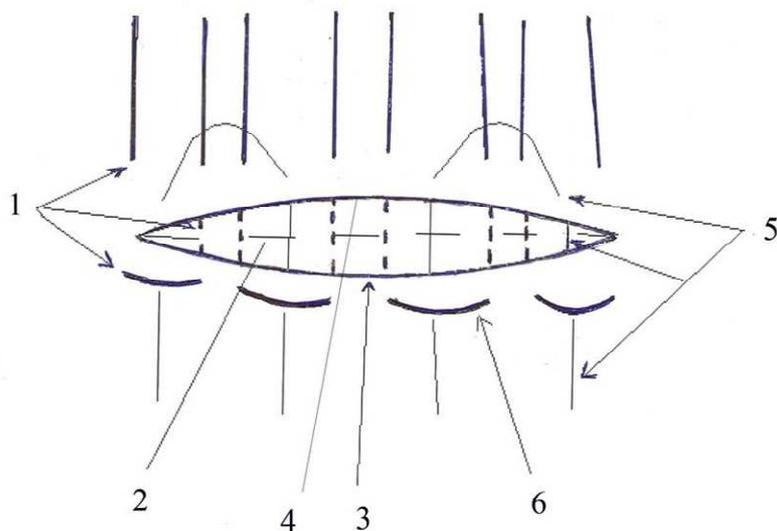


Рисунок 1. Ушивание раны печени (заявка №2011114631)

Затем другой конец нити проводят через середину расстояния между выколами второго глубокого П-образного шва 1, отступя от верхнего края 4 раны на 0,5–0,8 см с помощью круглой атравматической иглы прокалывают паренхиму органа, проводя нить на 1/3 глубины раны от поверхности с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1–1,5 см от нижнего края 3 раны, под петлей 6 глубокого П-образного шва 1. Через середины расстояний между выколами последующих глубоких П-образных швов 1 накладывают последующие поверхностные П-образные швы 5 на 1/3 глубины раны от поверхности на всю ее длину. После наложения всех швов, одновременно связывают между собой, с одной стороны, все концы нитей глубоких П-образных швов 1, а с другой стороны, все концы нитей поверхностных П-образных швов 5. В зависимости от длины раны накладывают несколько швов. Заключение этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 17.03.2010 г.: проведение клинических исследований по применению разработанного способа ушивания паренхиматозных органов, предполагаемая эффективность и безопасность научно обоснованы. Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. При сравнении полученных параметров нами использовался t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и χ^2 -тест. Статистически значимыми признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95 % с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пострадавших составил $39,2 \pm 4,5$ лет. Между группами исследования не было выявлено значимых различий по полу, возрасту.

В первой группе у 74 пациентов с закрытыми травмами живота, при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени. Разрывы печени у всех больных были представлены ранами длиной до 10,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени. Не во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз, у 14 больных линию швов печени укрывали прядью большого сальника с гемостатической целью.

Во второй группе использовали разработанный способ при ушивании разрыва печени у 20 больных с закрытой травмой живота.

Разрывы печени во второй группе у 20 больных с закрытой травмой живота представлены были ранами длиной до 8,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени, выполнено ушивание предложенным способом.

Во всех наблюдениях во второй группе удалось обеспечить надежный гемостаз.

Таблица 1

Длительность ушивания ран печени до полного гемостаза (в минутах)

Длительность ушивания ран печени до полного гемостаза (мин)	
1-группа традиционный способ n-74	2-группа предложенный способ n-20
16,2 \pm 3,3	11,3 \pm 4,1*

Примечание. * - межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$).

Мы провели сравнительный анализ между группами по продолжительности ушивания ран печени до полного гемостаза (таб.1), в первой группе полного гемостаза удалось достичь через 16,2 \pm 3,3 минут, во второй через 11,3 \pm 4,1 минут, что в среднем на 5 минут раньше.

С целью раннего выявления послеоперационных осложнений со стороны как поврежденной печени, так и других травмированных органов применяли динамическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости, начиная со вторых суток после операции. Наибольшее количество осложнений развилось у больных первой группы, представленных надпеченочными абсцессами у 8 (10,8 %) больных, желчными свищами у 4 (5,4 %), нагноение послеоперационной раны у 15 (20,3 %) больных. Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны у 3 (15 %) больных.

Проведенные клинические наблюдения показали эффективность предложенного способа гемостаза при хирургическом лечении повреждений печени, что позволило значительно улучшить результаты операций.

Таким образом, разработанный способ ушивания ран печени обеспечивает возможность ушивания ран разной длины и глубины, что предупреждает прорезывание швов, обеспечивает гемостаз и надежное сопоставление раневых поверхностей, сокращает время операции и улучшает процессы заживления в области шва.

Список литературы

1. Владимирова Е.С., Абакумов М.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени // Хирургия. – 1997. - №3. – С. 53-58.
2. Литвин А.А., Цыбуляк Г.И. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки // Хирургия. – 2000. - №4. – С. 74-76.
3. Рагимов Г.С. Дифференцированный выбор способа гемостаза и тактики хирургического лечения травматических повреждений печени и селезенки (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Махачкала, 2010. – 37 с.
4. Сабиров Ш.Р. Органосохраняющие принципы гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов (печени, селезенки и почек): Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 35 с.
5. Тимербулатов М.В. Совершенствование хирургического лечения повреждений и заболеваний селезенки с позиций профилактики постспленэктомического синдрома: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 43 с.
6. Фаязов Р.Р. Оптимизация методов диагностики, хирургического лечения и профилактики осложнений травм абдоминальных повреждений (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Уфа, 2000. – 43 с.
7. Feliciano D.V., Pachter L. Hepatic trauma revisited // Current probl. Surg. – 1989. – Vol. 266. N7. – P. 455-524.
8. Hanna S.S. Blunt live trauma and Sunnybrook medical centra a 13 year experirience // Surgery. – 1991. – Vol. 4 (1). – P. 49-58.
9. Mooney D.P. Multiple trauma: liver and spleen injury // Curr Opin Pediat. – 2002. – Vol. 14 (4). – P. 482-485.

Рецензенты:

Белый Лев Евгеньевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Смолькина Антонина Васильевна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.