

Новые технологии в лечении повреждений печени

Приблизительная частота повреждений различных органов брюшной полости

- Селезенка – 25%
- Почки – 25%
- Печень – 20%
- Кишечник – 15%

Цель исследования

- Проанализировать эффективность ультразвукового скальпеля и гемостатической пластины «Тахокомб»

Опыт проводился на 115
пострадавших с травмами печени.

Из них:

- Колоторезанные ранения – 88 (70%)
- Изолированное ранение – 66 (52%)
- Множественные повреждения печени и других органов – 12 (9,6%)
- Сочетанные повреждения – 10 (8%)
- Огнестрельные ранения – 2 (1,6%)
- Тяжелая сочетанная травма – 22 (17,6%)

С шоком доставлено 49 пациентов.

Выполненные вмешательства

- Ушивание повреждений – 90 (71,3%)
- Обработка раны печени по типу «резекция-шов» - 30 (21,8%)
- Атипичная резекция печени при (обширных повреждениях и разможжениях) – 4 (3,2%)
- Тампонирование раны – 1 (0,8%)
- Диагностическая лапароскопия – 1 (0,8%)

УЗ-скальпель Ultracision применен у
22 больных (17,6%)

Гемостатическая пластина
«Тахокомб» - у 28 (22,2%)

Результаты лечения

- Продолжительность операции сократилась на 23,5%
- Объем интраоперационной кровопотери уменьшился на 37,8%
- Дебит отделяемого по дренажам в первые 3 суток сократился на 34%
- Доля органосохраняющих операций увеличилась на 12%

Осложнения послеоперационного периода

**Без применения «Тахокомба» и
УЗ-скальпеля – у 15
больных:**

- Внутрибрюшное кровотечение – 2 (1,6%)
- П/о перитонит – 2 (1,6%)
- Желчеистечение – 1 (0,8%)
- Ранняя спаечная непроходимость – 1 (0,8%)
- Правосторонняя пневмония, плеврит – 3 (2,4%)
- Нагноение п/о раны – 5 (4%)

**С применением «Тахокомба» и
УЗ-скальпеля – у 3 больных:**

- Правосторонняя пневмония – 1 (0,8%)
- Нагноение п/о раны – 2 (1,6%)

Выводы

На результаты лечения при повреждениях печени влияют:

1. Временной фактор и объем оперативного вмешательства
2. Совершенствование методов местного гемостаза и герметизации раны печени
3. Объем оперативного вмешательства должен носить максимально щадящий характер

Комплексное лечение тяжелой травмы печени

Материал исследования составили

- 36 пострадавших с открытой травмой печени (1 группа)
- 117 пострадавших с закрытой травмой печени (2 группа)

1 группа

средний уровень кровопотери на операционном столе – 3 л

сочетание повреждений органов брюшной полости выявлено в 18 случаях

в п/о периоде погибло 2 больных от пневмонии

осложнения у 12 больных:

- эвентрация -1**
- внутрипеченочная гематома – 1**
- пневмония – 4**
- нагноение раны - 6**

2 группа

Объем кровопотери 3,5 л

Травма печени часто сочеталась с

1. Повреждениями ребер – 39 (из них 16 – гемопневмотораксов, травма легких – 3)
2. Повреждения селезенки в 32 случаях
3. Повреждения почек – 6
4. Повреждения брыжейки – 6
5. Разрыв диафрагмы - 7

Всего умерло 27 (23,1%)

На операционном столе – 3

Причиной смерти в п/о периоде явились

Шок и кровопотеря – 4

Печеночная недостаточность – 2

Почечная недостаточность – 1

Пневмония на фоне

ГНОЙНОСЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ –

20

**При повреждениях печени 3 – 4 ст.тяж.
Проводили глубокое прошивание
паренхимы с удалением
нежизнеспособных участков.**

**При глубоких и узких раневых каналах
(10) выполняли расширение раны
паренхимы с прошиванием сосудов, с
последующим сведением краев
паренхимы.**

**Наружное сдавление печени с помощью
шины (3).**

**Пакетирование (с тампонированием и
введением тампонов на переднюю
брюшную стенку (6)**

**Как в I так и во II группах
реинфузию выполняли
аппаратом CATS**

**Ангиографически у всех
больных выявлена ложная
аневризма**

- у 1 сочеталась с
артериовенозной фистулой**
- у 2 с внутрипеченочной
гематомой**

Для окклюзии использовали

**микронизированный висмут
гидрогель различного диаметра
баллоны окклюдеры
окклюзирующие спирали**

Микроэмболы гидрогеля и висмут вводили шприцом в изотоническом растворе.

Спирали проводили в поврежденный сосуд через систему доставки – транзит.

Эффект достигнут у 7

В 1 случае потребовалась повторная эмболизация из-за развившихся коллатералей.

В 2 случае – произошла миграция спирали из правой печеночной артерии в левую – потребовавшая экстренного извлечения ее.

В 3 случае – возник рецидив кровотечения из-за неправильного выбора окклюдизирующего материала

**Таким образом использование приемов
временного и окончательного гемостаза с
учетом тяжести травмы печени в условиях
экстренной аппаратной реинфузии,
способствует адекватному восполнению
кровопотери и проведению эффективного
гемостаза.**

**Динамическое УЗИ и УЗДГ очаговых
посттравматических изменений на фоне
небольших гематом печени в ранние сроки
позволяют выявить наличие
посттравматических артериальных аневризм и
выполнить эффективный
рентгеноэндоваскулярный гемостаз.**

**СОСТОЯНИЯ И
ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИИ
ОЧАГОВЫХ И ДИФФУЗНЫХ
ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ**

Любой очаг в печени подлежит обязательной верификации

Диагностический алгоритм очаговых изменений печени

- УЗИ

- КТ

- Исследование крови на опухолевых маркерах (AFP, CEA, CA-89-9), выполняют в сложных диагностических ситуациях

- Биопсия печени

- Ангиография

- Видеолапароскопия с УЗИ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

- Гемангиома
- Гепатоцеллюлярная аденома (ГЦА)
- Фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ)
- Аденомы желчных протоков

- Липома, фиброма, нейрофиброма, лейомиома, гемартома, тератома

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ---

МИНИМИЗАЦИЯ ОБЪЕМА
РЕЗЕКЦИИ

Злокачественные

■ Первичные

- Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР)
- Холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) *
- Цистаденокарцинома
- Гепатобластома
- Эпителиоидная гемангиоэндотелиома

■ Вторичные

- Метастатические поражения различного генеза. MTS в печени выявляют у 36% больных, со злокачественными новообразованиями в последние годы резекция печени стала «золотым стандартом» в лечении MTS в печени.

**Резектабельность
метастазов в печени 25 –
30 %.**

**В большинстве случаев
показанием к резекции
печени являются
метастазы
колоректального рака.**

В последние годы оперативное лечение все шире комбинируют с региональной ХТ, внутрипортальной и внутричревной химиоэмболизацией, чрескожной алкоголизацией, криодиструкцией, СВЧ – и лазеродеструкцией метастатических и первичных опухолей печени, а также с иммуномодулирующей терапией.

Это позволило значительно расширить показания к активному циторедуктивному лечению.

Дальнейший прогресс связан с ранней диагностикой опухолей, а также разработкой эффективных протоколов комбинированного лечения.