

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Носиров Уктамхон Ахтамович., Махмудов Сайдинжон Ботиржон угли

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самарканд, Узбекистан

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2012-2021 г у 40 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 13 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных.

Из 40 пострадавших 18 (43,2%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы поступило 24 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек.

Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клиничко-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия

Результаты. При поступлении из 40 человек у 13 (29,7%) пострадавших клиническое проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 21 (62,2%) и вторая степень выявлена у 6 (8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера)

У 27 больных (48,6%) повреждения печени сочеталось с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь).

Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве.

Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 15 (35,2%);

- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 13 (29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 9 (32,4%);
- конверсия у 3 (2,7%)

Лапароскопический вмешательства производит при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 23 больных) и частично 7-8 сегментов (у 3 больных). По Moore I-II и III степени. Основным условиям выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонируют прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подводили 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция.

Выводы. По нашим данным удалось избежать напрасных лапаротомий в 13 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 250-500 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.