

ПЕРЕЖАТИЕ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Проф. В. С. Шапкин, М. Г. Маслова, Е. В. Якубовский

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. С. Шапкин) Владивостокского медицинского института

Мы наблюдали 88 больных с различными повреждениями печени (возраст — от 2 до 70 лет). Ножевые ранения были у 34, огнестрельные — у 8, закрытые травмы — у 46. Умерло 13 больных (14,7%), в том числе от закрытых повреждений — 11 (23,9%).

Как данные литературы, так и наш опыт показывают, что большинство больных поступает в тяжелом состоянии с выраженными признаками внутреннего кровотечения и шока. Количество крови в брюшной полости зависит от тяжести и обширности повреждения печени и комбинации с другими травмами.

Больных с выраженными признаками внутрибрюшного кровотечения было 62; у 27 из них было угрожающее кровотечение (от 1000 до 2500 мл крови). В группе с массивной кровопотерей было 10 летальных исходов. Таким образом, борьба с жизнеопасным кровотечением является важным мероприятием в снижении послеоперационной летальности при травмах печени. Одним из приемов, позволяющих уменьшить кровопотерю во время операции, является временное обескровливание печени путем пережатия (окклюзии) печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС).

Несмотря на большое число исследований, посвященных данному вопросу, в литературе почти нет указаний на использование этого метода при травматических разрывах печени. Хирургов сдерживают те патоморфологические изменения и резкие расстройства гемодинамики, которые наблюдаются при временной ишемии печени в эксперименте. Имеются отдельные высказывания о значительной опасности пережатия ПДС при острой анемии.

В течение последних 5 лет нами разрабатывается техника оперативных вмешательств на временно обескровленной печени. В эксперименте на 130 беспородных собаках изучены клинико-морфологические изменения, наступающие в организме после временной ишемии печени. В условиях нормотермии животные хорошо переносили пережатие связки в течение 20 мин., а при локальной гипотермии печени — до 40 мин. В патогенезе смерти животных и резких гемодинамических расстройств основное значение принадлежит перераспределению крови и портальному застою вследствие полной несостоятельности портокавальных шлюзов. Ишемия печени здесь имеет второстепенное значение и играет свою роль, когда значительно увеличивается время гипоксии печеночных клеток.

При травматических разрывах печени пережатие ПДС было применено у 15 больных. У 13 больных окклюзия связки произведена с целью остановки профузного кровотечения во время экстренной операции, а у 2 — во время технически трудных резекций печени по поводу посттравматических абсцессов.

На операции у всех пострадавших обнаружены обширные тяжелые разрывы органа с повреждением крупных глассоновых структур. Разрывы сегментарных и долевых сосудисто-секреторных ножек явились показанием к резекции печени у 6 чел. У 2 больных произведены лобэктомии, у 1 — правосторонняя гемигепатэктомия, у 2 — резекция двух сегментов и у 1 — сегментэктомия. 4 пострадавших были в возрасте от

6 до 11 лет с кровопотерей от 350 до 800 *мл*, что является жизнеопасным осложнением. Сроки пережатия связки во время операции составили у 8 человек 3—5 мин., у 4 — от 8 до 10 мин. и у 3 — от 12 до 22 мин. 2 больным связка была пережата дважды прерывисто.

Основным показанием к окклюзии ПДС являлась обширность повреждения органа с массивной кровопотерей (13 чел.). У 7 из них, у которых количество крови в брюшной полости равнялось 1400—2500 *мл* и были глубокие рваные раны печени, окклюзия связки представляла единственную возможность остановить кровотечение.

Как правило, если не были повреждены крупные сосуды кавальной системы, кровотечение из раны печени при пережатии связки значительно уменьшалось. Это позволяло быстро осушить брюшную полость, выяснить локализацию повреждения, произвести необходимые рентгенологические исследования и оперативное вмешательство. Нами не отмечено резких гемодинамических расстройств и признаков портального застоя во время сдавления ПДС, наблюдавшихся в эксперименте на собаках.

В послеоперационном периоде у 7 больных была подробно исследована функция печени после острой ишемии. Выявлено изменение уровня сахара крови и индикаторных ферментов. Сразу же после острой гипоксии печеночных клеток сахар крови значительно повышался (до 200—250 *мг%*) и держался на повышенных цифрах в течение 3—4 суток. Уровень глютаминоаланиновой и глютаминоаспарагиновой трансминаз возрастал до 140—170 ед. и держался на повышенных цифрах 5—6 суток. Механизм этих изменений можно объяснить следующим образом: в ответ на травму печени и кратковременную ишемию печеночных клеток происходит повышенное разрушение запасов гликогена с выбросом сахара в кровяное русло. Нарушение энергетических процессов приводит к повышению проницаемости клеточных мембран — отсюда индикаторная гиперферментемия. Подобные изменения наблюдались и в эксперименте. Каких-либо других нарушений функции печени, свидетельствующих о некротических процессах в печеночных клетках, нами не установлено.

Из 15 больных, у которых мы проводили обескровливание печени, погибли 2. Один умер во время операции от тяжелой комбинированной травмы с массивным разрывом печени, кровопотерей до 2500 *мл*, в состоянии тяжелого шока. Оперативное вмешательство у него было запоздалым. Второй больной погиб на 24-е сутки после операции от тяжелой гемобилии, вызванной нераспознанным центральным разрывом сосудисто-секреторных ножек 8 сегмента печени. Остальные 13 больных поправились и были выписаны в хорошем состоянии.

Метод гемостаза путем пережатия ПДС прост и легко выполним. Он позволяет достаточно эффективно остановить кровотечение и провести бескровно оперативное вмешательство на поврежденном органе. Опасности пережатия ПДС в условиях острой кровопотери, на наш взгляд, преувеличены. Наши результаты и наблюдения других хирургов подтверждают, что в условиях угрожающего кровотечения при анатомически не измененных соотношениях в брюшной полости нет необходимости в длительных сроках окклюзии ПДС. Достаточно 5—10 минут, чтобы произвести гемостаз, необходимые исследования и основные этапы хирургического вмешательства. При более длительных сроках окклюзии можно применить локальную гипотермию печени или прерывистое пережатие связки.