

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

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

Институт медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, кафедра факультетской хирургии

Чарышкин Алексей Леонидович,
зав. кафедрой факультетской хирургии,
д-р мед. наук, профессор,
432700, Россия, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, д. 42,
тел. 8 (842) 262-51-22,
e-mail: charyshkin@yandex.ru

Разработан способ ушивания паренхиматозных органов. Предложенный шов применен в клинической практике. Во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз, что позволило значительно улучшить результаты операций на паренхиматозных органах.

Ключевые слова: способ ушивания, паренхиматозные органы.

SURGICAL TREATMENT OF TRAUMATIC DAMAGES OF PARENCHYMATOUS BODIES OF AN ABDOMINAL CAVITY

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

Chair of Faculty Surgery, Institute of Medicine,
Ecology and Physical Training of the Ulyanovsk State University

In work ways of a stop of a bleeding are estimated at damages of a liver, a spleen. The way sewing parenchymatous bodies is developed. The offered seam is applied in clinical practice. In all supervision it was possible to provide a reliable hemostasis that has allowed to improve considerably results of operations on parenchymatous bodies.

The key words: a way sewing, parenchymatous bodies.

Несмотря на современный уровень достижений в диагностике и реанимационных мероприятиях, летальность при травмах паренхиматозных органов брюшной полости остается высокой, достигая 26,0% [1,3,4]. 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%) поверхностей печени [4,8,10]. Степень тяжести пострадавших определяется множественностью и сочетанностью повреждений паренхиматозных органов, а также объемом и интенсивностью кровопотери [4,11]. Тактика лечения при разрывах печени включает первичную хирургическую обработку (ПХО) раны, ушивание повреждений [3,12]. Ведущей проблемой при травмах печени и селезенки является

обеспечение надежного гемостаза. Для достижения окончательного гемостаза при ранениях печени и селезенки применяют прошивание, биологические и синтетические пленки, клеевые композиции, методы неконтактного воздействия (лазерная, плазменная, аргонная и электрокоагуляции). Нередко развиваются некрозы паренхимы печени, селезенки в зоне швов с развитием нагноений, вторичных кровотечений, желчных свищей, требующих повторных операций [4,8]. В настоящее время не в полном объеме решены вопросы тактики хирургического лечения травм селезенки и печени. Поиск оптимальных вариантов технического усовершенствования способов органосохраняющих операций на паренхиматозных органах при их повреждениях остается актуальным.

Цель исследования

Целью исследования явилось улучшение хирургического лечения травматических повреждений паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы и методы

Клинические исследования проведены на базе МУЗ УГКБСМП г.Ульяновск. Под наблюдением находилось 96 пострадавших с сочетанными травмами живота в период с 2009 - 2010 гг. Средний возраст пострадавших составил $39,8 \pm 4,8$ 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 86 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнено ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени, спленэктомия при повреждениях селезенки.

Вторую группу составили 10 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени, селезенки выполнено ушивание предложенным способом (заявка № 2011114631). Особенностью является то, что сначала накладывают глубокие П-образные швы на расстоянии 1-1,5 см друг от друга на всю длину раны, отступая от нижнего края раны на 1-1,5 см и проводя один из концов нити под дно раны с выколом на противоположную сторону на расстоянии 1-1,5 см от верхнего края раны, аналогичным образом проводят другой конец нити; затем накладывают поверхностные П-образные швы на всю длину раны в противоположном направлении через середины расстояний между выколами глубоких П-образных швов на $1/3$ глубины раны от поверхности, отступая от верхнего края раны на 0,5-0,8 см и 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 раны под петлями глубоких П-образных швов, аналогичным образом проводят другой конец нити; после наложения всех швов связывают между собой одновременно с одной стороны все концы нитей глубоких П-образных швов, с другой стороны - все концы нитей поверхностных П-образных 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. Применялся t-тест для связанных и несвязанных случаев. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Клиническое исследование. В первой группе у 86 пациентов с закрытыми травмами живота при повреждениях печени выполнено ушивание ран традиционными П-образными швами, атипичная резекция печени, спленэктомия при повреждениях селезенки. 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 уда-

лось обеспечить надежный гемостаз, у 14 больных линию швов печени укрывали пряжью большого сальника с гемостатической целью. Разрывы селезенки у 12 больных первой группы были представлены ранами диафрагмальной поверхности и ворот селезенки длиной до 5,0 см, глубиной до 3,0 см. Выполнялась спленэктомия.

Во второй группе у 10 больных использовали разработанный способ при ушивании разрыва правой доли печени у 10 больных с закрытой травмой живота, из них у 2 больных – при ушивании разрыва диафрагмальной поверхности селезенки.

Разрывы печени во второй группе у 10 больных с закрытой травмой живота были представлены ранами длиной до 8,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени, выполнено ушивание предложенным способом.

Разрывы селезенки у 2 больных второй группы были представлены ранами диафрагмальной поверхности селезенки длиной до 3,0 см, глубиной до 2,0 см, выполнено ушивание предложенным способом, линия швов укрыта париетальной брюшиной. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз.

В послеоперационном периоде у 65 больных (76,6 %) в первой группе и у 2 больных (20%) второй группы отмечалось развитие посттравматического гепатита.

Показатель билирубина (таблица 1) у больных второй группы ($32,5 \pm 1,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$) был достоверно ниже, чем в первой группе ($68,1 \pm 3,3$ мкмоль/л). Уровень билирубина приходил в норму на 6-е сутки.

Таблица 1
Результаты исследования уровня общего билирубина (мкмоль/л)

Сроки наблюдения	1 группа (n=86)	2 группа (n=10)
После хирургического лечения 2-е сутки	$68,1 \pm 3,3$	$32,5 \pm 1,4^*$

Примечание: * – межгрупповые различия показателей достоверны ($p < 0,05$ по t-тесту для связанных случаев)

Уровень активности АлАТ и АсАТ (табл. 2) после хирургического лечения во второй группе был достоверно ниже ($84,2 \pm 4,2$ и $35,5 \pm 2,2$ ед./л соответственно), чем в группе сравнения ($103,4 \pm 13,4$ и $58,1 \pm 11,6$ ед./л, соответственно $p < 0,05$). Уровень активности АлАТ и АсАТ в первой группе приходил в норму на 6-е сутки.

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 (9,3%) больных, желчными свищами – у 4 (4,6%), нагноение послеоперационной раны – у 15 (17,4%)

Таблица 2
Результаты исследования уровня активности АлАТ и АсАТ (ед./л)

Сроки наблюдения	1 группа		2 группа	
	n=86		n=10	
	АлАТ	АсАТ	АлАТ	АсАТ
После хирургического лечения 2-е сутки	103,4±13,4	58,1±11,6	84,2±4,2*	35,5±2,2 ⁰

Примечание: * – межгрупповые различия показателей АлАТ достоверны ($p < 0,05$ по *t*-тесту для несвязанных случаев), 0 – межгрупповые различия показателей АсАТ достоверны ($p < 0,05$ по *t*-тесту для несвязанных случаев)

больных. Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны – у 1 (10%) больного.

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

Выводы

1. Предложенный способ ушивания ран при хирургическом лечении повреждений печени и селезенки обеспечивает надежный гемостаз.
2. Разработанный способ ушивания ран паренхиматозных органов способствует снижению послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени: Руководство для хирургов. – М., 2003. – С. 86–90.
2. Владимирова Е.С., Абакумов М.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени. – Хирургия. – 1997. - №3. – С. 53–58.
3. Литвин А.А., Цыбуляк Г.И. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки. – Хирургия. – 2000. - №4. – С. 74–76.
4. Шапкин В.С., Гриненко Ж.Ф. Закрытые и открытые повреждения печени. – М., 1977. – С. 176.
5. Feliciano D.V., Pachter L. Hepatic trauma revisited // Current probl surg 1989. – Vol. 266. - №7. – P. 455–524.
6. Hanna S.S. Blunt live trauma and Sunnybrook medical centra a 13 year experirience // Surgery. – 1991. – Vol. 4. - №1. – P. 49–58.
7. Mischinger H.L., Bacher H., Werkgartuer Ct. et al. Liver Trauma // Acta Chir Austr. – 1999. - Vol. 2. – P. 80–84.
8. Mooney D.P. Multiple trauma: liver and spleen injury // Curr Opin Pediat. - 2002. - Vol. 14. - №4. - P. 482–485.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА С УЧЕТОМ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ

С.В. Чуйкин, Т.В. Баширова

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Чуйкин Сергей Васильевич, зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии БГМУ, декан стоматологического факультета, д-р мед. наук, профессор,
450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (347) 267-21-49,
e-mail: chuykin-sv@mail.ru

Проведено обследование пациентов с язвенной болезнью желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* инфекцией. Анализ стоматологических индексов – КПУ, РМА, ОНІ-5, РDI, а также проведение диагностических методов обследования – уреазного теста, микробиологического, серологического, молекулярно-генетического методов обследования до и после лечения достоверно подтверждает улучшение пародонтологического статуса больных как важного аспекта профилактики рака желудка. Выполнено комплексное лечение язвенной болезни желудка и воспалительных заболеваний пародонта в качестве метода профилактики рака желудка местно в полости рта кумьсо- и висмутсодержащими препаратами.

Ключевые слова: профилактика, рак, заболевания пародонта, язвенная болезнь желудка.