

Таблица 3.

Причины смерти от осложнений цирроза печени

Осложнения	Количество больных	% больных
ВРВП, осложненное кровотечением	7	31,8
Печеночная недостаточность	6	27,27
Асцит-перитонит	3	13,6
Пневмония	3	13,6
Сочетание осложнений	9	41

Выводы.

1. Основной причинной развития цирроза печени являются злоупотребление алкоголем и перенесенный вирусный гепатит С у пациентов не соблюдающих рекомендаций врача на образ жизни после лечения в стационаре.
2. Наиболее грозными осложнениями ЦП являются кровотечения из ВРВПиЖ, печеночная энцефалопатия и печёчно-почечная недостаточность.
3. Для повышения эффективности лечения ЦП и снижения летальности от него требуется создание специализированных стационаров в хирургических учреждениях.

Литература:

1. Лечение осложнений цирроза печени (Методические рекомендации для врачей) // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2009. - Т.19, №1. - С.78-86.
2. Стрижаков, А.Н. Современное состояние проблемы цирроза печени: Постановление бюро отделения клинической медицины РАМН от 25.09.2008 г./А.Н. Стрижаков, В.Н. Герадзе // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2009. - Т.19, №1. - С.87-88.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Ковалевский С.Ю., Климанская Т.Ю.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии до настоящего времени остается лечение открытых и закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ведущее место среди которых занимают разрывы селезенки. За последние десятилетия, по мере накопления опыта и увеличения количества исследований, посвященных технике спленэктомии, выполнение этой операции значительно упростилось. Многие хирурги прибегают к спленэктомии незави-

симо от степени повреждения селезенки, считая ее наиболее надежным и относительно простым способом достижения гемостаза.

Общеизвестно, что после спленэктомии выпавшие функции селезенки возмещаются деятельностью других органов ретикулоэндотелиальной системы, однако такая компенсация не всегда является полноценной и своевременной. Кроме того спленэктомия приводит к длительным функциональным расстройствам организма, повышению восприимчивости к инфекциям, ослаблению регенеративных способностей некоторых тканей, уменьшению массы тела. У больных после спленэктомии достоверно повышается заболеваемость вирусными, инфекционными и онкологическими заболеваниями.

Сохранение даже незначительной части органа препятствует возникновению постспленэктомического синдрома. Органосохраняющие операции на селезенке, как основном иммунокомпетентном органе, становятся крайне актуальны в период роста социальной напряженности, ухудшения экологической обстановки, увеличения частоты первичных и вторичных иммунодефицитов, инфекционных и онкологических заболеваний.

Цель исследования: проанализировать современные методы лечения пациентов с повреждениями селезенки.

Материал и методика исследования: проведен анализ 153 протоколов операций пациентов с повреждениями селезенки за 2008-2010 гг., проведенных на базе УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Числовой материал обработан методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Среди всех пациентов – мужчин было 107 (69,93%), женщин – 46 (30,07%). 23 (15,03%) пациента при поступлении пребывало в состоянии алкогольного опьянения.

Средний возраст больных составил 42,7 года (от 1 до 80 лет).

Изолированные повреждения селезенки встретились у 28 (18,30%) больных, в сочетании с повреждениями других органов брюшной полости и забрюшинного пространства – у 46 (30,07%), в сочетании с повреждениями костно-суставного аппарата – у 28 (18,30%), политравма встретилась у 51 (33,33%) пациента.

Травматический шок наблюдался у 39 (25,49%) пациентов. Геморрагический шок наблюдался у 12 (7,84%) пациентов.

Гемоперитонеум выявлен в 143 (93,46%) случаях. Средний объем кровопотери 1050 мл (от 100 до 3500 мл). Гнойный выпот в брюшной полости содержался в 5 (3,27%) случаях. Средний его объем 1500 мл (от 1300 до 1700 мл).

Аспирация крови для реинфузии проводилась в 27 случаях. Средний объем реинфузируемой крови составил 1144 мл. В 5 случаях реинфузия проводилась при помощи аппарата FRIZENIUS, в 5 случаях при помощи аппарата C.A.T.S.

Использование диагностической видеолапароскопии у 18 (11,76%) пациентов позволило точно диагностировать внутрибрюшное кровотечение и своевременно выбрать оптимальную тактику лечения, а в ряде слу-

чаев помогло избежать спленэктомии. Осложнений, связанных с лапароскопическим исследованием не наблюдалось.

Показания к применению диагностической видеолапароскопии: геморрагический шок, гипотензия, перитонеальная симптоматика неясной этиологии, нарушение сознания, тяжелая политравма, обширные повреждения передней брюшной стенки.

Локализация повреждений селезенки у больных варьируется: полное размождение и фрагментация (3,27%), двухмоментное (25,49%), повреждение верхнего полюса (6,53%), нижнего полюса (13,07%), области ворот (28,76%), диафрагмальной поверхности (13,73%), подкапсульные (9,15%).

Спленэктомия как окончательный способ гемостаза выполнена в 146 (95,42%) случаях.

Показания к удалению селезенки: размождение и фрагментация органа, двухмоментный разрыв с обширной отслойкой капсулы, единичные и множественные чрезкапсульные повреждения, неустойчивая гемодинамика, тяжелое состояние пациента, безуспешность гемостаза при попытке выполнения органосохраняющей операции.

С целью профилактики постспленэктомического синдрома в 77 (50,33%) случаях проводилась аутотрансплантация фрагментов удаленной селезенки в искусственно сформированный «карман» большого сальника.

Таблица 1 Вид оперативного вмешательства в зависимости от локализации и характер повреждения.

Локализация/ характер повреждения	Спленэктомия	Спленэктомия и аутолиентрансплантация	Органосохраняющие методы гемостаза	Всего
Размождение и фрагментация	3	2	-	5
Двухмоментное	16	22	1	39
Верхний полюс	3	3	4	10
Нижний полюс	8	10	2	20
Область ворот	20	24	-	44
Диафрагмальная поверхность	10	11	-	21
Подкапсульные	9	5	-	14
Всего	69	77	7	153

Противопоказания к проведению аутотрансплантации селезеночной ткани: полное разрушение селезенки или ее фрагментация, наличие добавочной селезенки, возраст старше 65 лет, распространенный перитонит, злокачественные заболевания крови, гнойно-деструктивный процесс пульпы, нестабильная гемодинамика, нарушения свертывающей системы.

Органосохраняющие лапароскопические операции при повреждении селезенки выполнены 7 (4,58%) пациентам путем биполярной коагуляцией кровоточащих участков с последующим тампонированием гемостатической губкой, гемостатической пластинкой «Тахокомб».

Таким образом, при повреждении селезенки необходимо стремиться к выполнению органосберегающих вмешательств, а при невозможности этого дополнять спленэктомия гетеротопической аутотрансплантацией ткани.

Заключение:

1. Основным методом лечения травм селезенки является спленэктомия (95,42%).
2. Успешные органосохраняющие операции при травме селезенки выполнены в 7 (4,58%) случаях.
3. Аутотрансплантация ткани селезенки после спленэктомии, в целях частичного сохранения функции органа, выполнена в 50,33% случаев.

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. У детей первичный перитонит встречается в 2-10% случаев всех видов перитонита. Наиболее характерно развитие заболевания у детей дошкольного и младшего школьного возраста, в подавляющем большинстве случаев у девочек [1]. Это свидетельствует о связи заболевания с состоянием гениталий [2]. Отличительной чертой первичного перитонита является схожесть клинических проявлений с клинической симптоматикой острого аппендицита, представляющее значительные затруднения в установлении диагноза и выбора метода лечения.

Материал и методы. В клинике детской хирургии за последние 5 лет (период с 2006 по 2010 гг.) находилось на лечении 38 детей (в 100,0% случаев - девочки). Все дети были оперированы. Возраст больных с первичным перитонитом составил от 3 до 14 лет.

Результаты. Клинические проявления заболевания у всех больных были схожими: острое начало, боль в животе, чаще неопределенной локализации, иногда внизу живота или в правой половине. Отмечалась тошнота с рвотой, подъем температуры тела до 38-39°C. Клиническая картина сопровождалась позывами на мочеиспускание и болью при мочеиспускании. У всех больных отмечались метеоризм и симптомы раздражения брюшины. Изменения в анализах крови: L от 12,0 до 26,0 x 10⁹ /л; СОЭ от 11 до 39 мм/ч.

Длительность периода от начала заболевания до поступления в стационар при первичном перитоните составила от 2 до 48 часов. 20 детей (52,6%) поступили в стационар через 4-6 часов от начала заболевания. С целью уточнения диагноза проводилось УЗИ брюшной полости. 7 девочек,