

НТК «Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона» НАН України  
STC «E.O. Paton Electric Welding Institute» NAS of Ukraine

Центр електрозварювальної хірургії та новітніх хірургічних технологій  
Київської міської клінічної лікарні № 1  
Center for Electric Welding Surgery and Modern Surgical Technologies  
at Kyiv Municipal Clinic Hospital № 1

ХІІІ Науково-практична конференція  
XIII Scientific-Practical Conference

ЗВАРЮВАННЯ ТА ТЕРМІЧНА ОБРОБКА ЖИВИХ ТКАНИН.  
ТЕОРІЯ. ПРАКТИКА. ПЕРСПЕКТИВИ

WELDING AND HEAT TREATMENT OF LIVE TISSUES.  
THEORY. PRACTICE. FUTURE PROSPECTS

*Присвячується 100-річчю Національної академії наук України*  
*Devoted to the 100-th anniversary of the National Academy of Science of Ukraine*

Матеріали конференції  
Conference Proceedings

30 листопада – 1 грудня 2018 р.  
November 30 – December 1, 2018

м. Київ, Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України  
Kyiv, E.O. Paton Electric Welding Institute, NAS of Ukraine

**Зварювання та термічна обробка живих тканин. Теорія. Практика. Перспективи:** Матеріали XIII науково-практичної конференції. Під ред. Г.С. Маринського. — Київ: Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України, 2018. — 120 с.

У збірнику представлені матеріали XIII науково-практичної конференції, в яких відображені наукові досягнення і практичні результати в області ВЧ-електрозварювання і термічної обробки живих м'яких тканин за останні роки.

Призначений для медичних працівників, лікарів хірургічного профілю, організаторів охорони здоров'я, фахівців в галузі медичної техніки, а також студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів.

Комп'ютерна верстка *Т.Ю. Снегірєва*

Дизайн обкладинки *Д.І. Серєда*

Свідоцтво серія ДК, № 166 від 6 вересня 2000 р.

© Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона, 2018

Доповіді та тези доповідей друкуються в авторській редакції

## МЕСТНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПУТЁМ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ РАЗРЫВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Капшитарь А.В., Капшитарь А.А.

*Запорожский государственный медицинский университет*

**Цель исследования:** определить возможности диатермокоагуляции у пострадавших с разрывами печени различных степеней при закрытой травме живота.

**Материал и методы.** В хирургических отделениях КП «Городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья» и «Городской клинической больницы № 2», баз кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, у 48 пациентов с закрытой травмой живота и разрывами различных сегментов печени с целью местного гемостаза выполнена диатермокоагуляция. Мужчин было 40 (83,3 %), женщин — 8 (16,7 %) в возрасте 24–46 лет. Разрывы печени у 25 (52,1 %) пострадавших получены в результате дорожно-транспортного происшествия, у 10 (20,8 %) — кататравмы, у 7 (14,6 %) — криминальных разборок и у 6 (12,5 %) — бытовой травмы. Машиной СМП в хирургические клиники доставлены в остром алкогольном отравлении 24 (50 %) пациента и в шоке I–IV степени — 20 (41,7 %). После госпитализации алгоритм обследования пострадавших включал клиническое обследование, изучение показателей общего анализа крови и мочи, диастазы мочи, биохимических исследований, коагулограммы, ЭКГ, рентгенографии (скопии) грудной и брюшной полостей, УЗИ, лапароцентеза, диагностического перитонеального лаважа, лапароскопии. Изолированная травма печени имела место у 15 (31,3 %) пострадавших, множественная — у 13 (27,1 %) и сочетанная — у 20 (41,7 %).

**Результаты исследования.** Все 48 пациентов экстренно оперированы. После срединной продольной лапаротомии разрывы правой доли печени обнаружены у 34 (70,8 %) пострадавших, левой доли — у 8 (16,7 %) и обеих долей — у 6 (12,5 %). Одиночные разрывы печени выявлены у 31 (64,6 %) пациента и множественные разрывы — у 17 (35,4 %). Согласно классификации В.С. Шапкина с соавторами (1977) повреждения печени I степени обнаружены у 23 (47,9 %) пострадавших, II степени — у 15 (31,3 %) и III степени — у 10

(20,8 %). Объём кровопотери в брюшную полость также был разнообразный. Кровопотеря I степени констатирована у 16 (33,3 %) пациентов, II степени — у 13 (27,1 %) и III степени — у 18 (37,5 %). Считая обязательным элементом реинфузию крови, она проведена у 30 (62,5 %) пострадавших.

Сгустки крови различного объёма и конфигурации тампонировали раневые дефекты в печени. Продолжающееся кровотечение в брюшную полость имело место у 16 (33,3 %) пациентов, а у 32 (66,7 %) — наступил спонтанный гемостаз.

С целью местного гемостаза разрывов печени мы использовали высокочастотный электрохирургический аппарат ЕХВА-350М/120Б «Надія-2», производства Национального технического университета Украины «Киевский политехнический институт». Эффективность диатермокоагуляции разрывов печени оценивали согласно классификации В.С. Шапкина с соавторами (1997).

При I степени разрывов печени (n=23) у 13 (56,5 %) пострадавших после тугой тампонады разрывов печени марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором в течение 5–7 мин, что значительно уменьшило площадь и интенсивность кровоточащей поверхности, выполнена диатермокоагуляция с её наименьшим агрессивным воздействием на кровоточащие сосуды и ткань печени. Наступил гемостаз. У оставшихся 7 (21,5 %) пациентов были дополнительно наложены узловые или П-образные швы и у 5 (21,7 %) — вследствие обширных по площади дефектов капсулы Глиссона и паренхимы печени либо множественных мелких разрывов печени после временной тугой тампонады разрывов печени и диатермокоагуляции выполнена передняя гепатопексия по Алферову–Хиари–Николаеву.

Наличие II степени разрывов печени (n=15) сопровождалось более интенсивным кровотечением после удаления из них сгустков крови. Диатермокоагуляция позволила у 4 (26,7 %) пострадавших достичь гемостаза, им также наложены швы, а у

остальных 11 (73,3 %) — остановка кровотечения наступила лишь после наложения швов.

Гемостаз из разрывов печени III степени (n=10) технически был наиболее трудным, что связано с глубиной и масштабом повреждений, наличием повреждённых сосудов большего диаметра. Наряду с временной тугой тампонадой разрывов печени марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, и диатермокоагуляцией у 7 (70 %) пациентов наступил частичный гемостаз. Оставшиеся кровоточить сосуды с большим диаметром, прошиты 8-образными швами с захватыванием паренхимы печени и лигированы — наступил гемостаз. Всем пострадавшим этой группы раны печени ушиты.

С целью профилактики желчной гипертензии у 8 (16,7 %) пациентов наложена временная холецистостома.

В послеоперационном периоде, при использовании диатермокоагуляции разрывов печени, осложнения развились у 5 (10,4 %) пострадавших (нагноившаяся поддиафрагмальная гематома-3, внутripечёночная гематома-2). Они коррегированы во время релапаротомии. Всего от различных причин умерли 15 (31,5 %) пациентов.

Таким образом, применение лишь диатермокоагуляции при I степени разрыва печени эффективно у 56,5 % пострадавших с закрытой травмой печени, у остальных — требует дополнительного наложения швов на печень либо является этапом гемостаза.