

Министерство здравоохранения РСФСР
Свердловский государственный ордена Трудового
Красного Знамени медицинский институт
Тобольская городская больница

АЛЕМИН

Сергей Павлович

Травма печени и изолированные повреждения
желчного пузыря у больных олисторхозом
(140027 - хирургия)

диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель профессор
В.М.Дюженко

Научный консультант по морфологии
профессор Н.А.Зубов

Тобольск - 1988

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ	стр. 3-10
ГЛАВА I. Обзор литературы	стр. 11-30
ГЛАВА II. Материал и методы исследования	стр. 31-35
ГЛАВА III. Патологическая анатомия печени при хроническом описторхозе человека	стр. 36-62
ГЛАВА IV. Причины, клиника, диагностика, лечение больных с травмой печени, не поражённой патологическим процессом в эндемическом очаге описторхоза	стр. 63-77
ГЛАВА V. Причины, клиника, диагностика, осложнения, лечение больных с травмой печени, поражённой описторхозом	стр. 73-110
ГЛАВА VI. Изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом	стр. 111-120
ГЛАВА VII. Обсуждение полученных результатов	стр. 121-137
ВЫВОДЫ	стр. 138
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	стр. 139-140
СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ	стр. 141
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	стр. 142-165
ПРИЛОЖЕНИЯ	стр. 166-170

В В Е Д Е Н И Е

Повреждения органов брюшной полости в мирное и военное время занимают значительное место среди других повреждений. Как при закрытой травме, проникающих ранениях живота, так и торакоабдоминальных повреждениях, печень — один из наиболее часто страдающих органов. Повреждения печени, вследствие функциональных и анатомических особенностей, очень сложны и трудны для хирургической коррекции и до настоящего времени сопровождаются многочисленными осложнениями и летальностью от 8,8% до 55%. (В.С.Шапкин и М.А. Гриненко, 1977; *M. Balasegaram*, 1984). Хрупкость паренхимы печени, относительная эластичность глиссоновой капсулы и связок органа, значительный объем и близость к плотным образованиям грудной клетки (ребра, позвоночник) ведут к тому, что даже при сравнительно небольшой силе воздействия наступает повреждение печеночной ткани в виде трещин, разрывов ткани с нарушением целостности капсулы или без таковой, внутрипеченочных кровоизлияний. Чаще наблюдаются ранения и закрытые повреждения печени с нарушением целостности глиссоновой капсулы и кровотечением в брюшную полость, которое и представляет основную угрозу для жизни пострадавших (Б.Н.Альперович, 1983; А.А.Бураков и соавт., 1986; С.А.Шалимов и соавт., 1987). В ранние сроки после травмы повреждения печени в основном манифестируются явлениями шока и кровотечения, выраженность которых зависит от степени и локализации повреждения, вовлечения в процесс крупных сосудов и желчных протоков органа. В поздние сроки клинические проявления зависят от величины участков некроза органа, интенсивности развития гнойно-септических осложнений, закономерно наступающих вследствие первичного или вторичного инфицирования поврежденной печеночной ткани, а также излияния крови и желчи в брюшную полость (З.С.Горшков, В.С.Волк-

ов, 1978; В.С.Олейник и соавт., 1982; *J. Selny*, 1984).

Информативным методом диагностики при повреждении печени считается определение объема эритроцитов и гематокрита. Специфической ответной реакцией на травму печени является повышение в крови уровня аминотрансфераз (С.А.Боровков, 1975; В.С.Шапкин и Ж.А.Гриненко, 1977, 1982). В последние годы при неясном диагнозе широко применяется лапароцентез и лапароскопия, селективная ангиография и прямая портография. Все большее применение находят неинвазивные методы исследования, такие как: радионуклидные изображения, компьютерная томография, применение которых позволяет поставить правильный диагноз, когда традиционные методы не дают достаточной информации (И.А.Плескачев и соавт., 1979; Ю.Г.Шапошников и соавт., 1984; *D.S. Thompson et al.*, 1985).

При операции на поврежденной печени особую важность приобретают быстрота, радикальность, атравматичность манипуляций, что во многом зависит от правильно выбранного оперативного доступа, способа гемостаза. У многих пострадавших с обширными повреждениями органа хирургическая обработка ран переходит в расширенное вмешательство — резекцию печени.

Частота и тяжесть осложнений зависит от тяжести и вида травмы печени, состояния больного, наличия сочетанных повреждений и качества проведенного лечения. В профилактике осложнений после обширных и огнестрельных повреждений печени патогенетическую роль приобретают мероприятия по декомпрессии желчных путей. Подтекание желчи из раны, инфицирование брюшной полости приводят к развитию желчного перитонита, чему способствуют массивные разрушения печени, недостаточная обработка раны, гнойно-некротические осложнения, неадекватное дренирование брюшной полости и желчная гипертензия с плохим опорожнением желчных путей. Изолированные повреж-

дения желчного пузыря встречаются редко вследствие его топографоанатомического расположения и описаны, в основном, как случаи из практики, характерных симптомов при повреждении желчного пузыря нет, поэтому распознавание этого вида травмы представляет определенные трудности (В.Л.Васютков, Э.М.Мурашева, 1985).

Если ведущими причинами летальных исходов и неудовлетворительных результатов лечения травм печени и желчного пузыря, не пораженных каким-либо патологическим процессом, по данным как отечественных, так и иностранных авторов, являются шок и кровотечение, то при травматических повреждениях печени и изолированных повреждениях желчного пузыря у больных описторхозом причиной осложнений и летальности является желчеистечение с последующим развитием перитонита (А.М.Третьяков и соавт., 1976; С.П.Амелин, 1986, 1987).

Описторхоз – гельминтоз печени, желчного пузыря и поджелудочной железы человека и ряда животных (кошка, собака, лисица и др.) вызывается паразитированием гельминта *opistorchis felineu s.*. Проблема описторхоза относится к числу актуальных в практической медицине, так как в Советском Союзе имеется ряд описторхозных очагов, крупнейшим из которых является территория Обь-Иртышского бассейна.

В настоящее время значение борьбы с описторхозом и его осложнениями особенно возросло в связи с социально-экономическими изменениями в нашей стране, интенсивным освоением природных богатств и связанной с этим значительной миграцией населения, в частности, из эндемических очагов описторхоза в другие регионы страны.

Больные с осложненным описторхозом, требующие хирургического лечения, могут встретиться в любом населенном пункте страны, о чем свидетельствуют публикации о больных, оперированных по поводу

описторхозных стриктур в г.Москве (Б.В.Петровский и соавт.,1980; А.А.Мовчун, Л.А.Помелова,1981). Вероятно, людей, страдающих описторхозом, в местах благополучных по этому заболеванию значительно больше, нежели они выявляются, в связи с недостаточным знанием этой патологии.

В ряде районов нашей страны (Украина, Урал, Западная Сибирь) показатель заболеваемости достигает 82,8 – 86,5%. (В.Д.Завойкин и соавт.,1978; В.Г.Филатов, П.И.Скарещнов,1985). Длительное паразитирование печеночной двуустки в печени, желчном пузыре и поджелудочной железе вызывает грубые патоморфологические изменения, которые в ряде случаев приводят к осложнениям, требующим хирургического вмешательства, таким как острый описторхозный холецистохолангит, гнойный холангит и холангиогенные абсцессы печени, желчный перитонит, осложняющий течение этих заболеваний. Желчный перитонит у больных описторхозом может возникнуть при повреждении субкапсулярных, интралигаментарных холангиозектазов во время выполнения операций на желчном пузыре, желудке и других органах верхнего этажа брюшной полости, после биопсии печени (И.А.Крафт, 1956; Н.А.Зубов, 1963; П.И.Коломиец, 1982; Б.И.Альперович и соавт., 1983).

В связи с миграцией населения в любом регионе нашей страны могут встретиться больные с травмой печени и желчного пузыря, пораженных описторхозом, но особенно в эндемических очагах этого заболевания. До настоящего времени не изучены частота и характер механической травмы печени и желчного пузыря у больных описторхозом в эндемическом очаге заболевания, причины желчеистечения и желчного перитонита при травме этих органов. Не разработана хирургическая тактика для профилактики желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде у этой категории постра-

давших, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выяснение основных причин желчеистечения и желчного перитонита при травматических повреждениях печени и желчного пузыря при описторхозе. Разработка хирургической тактики, направленной на предупреждение желчеистечения и развитие желчного перитонита в послеоперационном периоде у больных с травмой печени и изолированными повреждениями желчного пузыря, поражённых описторхозом.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Для выяснения причины желчеистечения при повреждении печени и желчного пузыря у больных описторхозом на секционном материале изучить хирургическую и патологическую анатомию печени и желчного пузыря при различной степени описторхозной инвазии.
2. Выявить частоту и характер механической травмы печени и изолированных повреждений желчного пузыря у больных описторхозом в эндемическом очаге заболевания, особенности клинических проявлений развивающихся осложнений у этой категории пострадавших.
3. Разработать хирургическую тактику для предупреждения желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде при травматических повреждениях печени и желчного пузыря у больных описторхозом, предложить оптимальные варианты хирургического лечения.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ определяется малой изученностью особенностей травматических повреждений печени и желчного пузыря у больных описторхозом. Впервые на секционном материале, кроме внутрипечёночных желчных протоков, изучена артериальная и портальная сосудистая системы при различной степени описторхозной инвазии. По данным собственных исследований, клинических наблюдений, описаны характерные морфологические признаки, позволяющие диа-

гностировать поражение печени и желчного пузыря описторхозом во время операции на органах брюшной полости до гельминтологического исследования в лаборатории. Выявлено, что при наличии макроскопических проявлений описторхоза, даже при незначительном повреждении печени, опасность для жизни пострадавших представляет желчеистечение с последующим развитием желчного перитонита, в клиническом проявлении которого двухфазное течение затрудняет своевременную диагностику и приводит к запоздалому оперативному вмешательству. Доказана необходимость декомпрессии билиарного тракта и дренирования брюшной полости для профилактики желчеистечения и развития желчного перитонита в послеоперационном периоде, даже при незначительных повреждениях печени у больных описторхозом.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ. На основании проведенного исследования определены критерии поражения описторхозом печени и желчного пузыря, позволяющие диагностировать глистную инвазию при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости до получения данных лабораторного исследования. Особенности клинического течения желчного перитонита при травмах печени и изолированных повреждениях желчного пузыря позволяют рекомендовать лапароцентез и лапароскопию для своевременной диагностики. Предложены декомпрессия билиарного тракта и дренирование брюшной полости с целью профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде при травматических повреждениях печени и желчного пузыря у больных описторхозом. Результаты исследования внедрены в практику больниц города Тобольска и Тобольского района и предлагаются для использования в органах практического здравоохранения, где встречается рассматриваемая патология.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Длительное паразитирование печеночной двуустки в печени и желч-

ном пузыре вызывает грубые гистоструктурные изменения, в результате происходит расширение билиарного тракта, обеднение артериальной и портальной сосудистой систем, особенно на периферии органа.

2. При макроскопических проявлениях описторхозной инвазии даже незначительные повреждения печени опасны возникновением желчеистечения и желчного перитонита, двухфазное течение которого затрудняет своевременную диагностику, приводит к запоздалому оперативному вмешательству и высокой летальности.

3. Декомпрессия билиарного тракта при повреждениях печени у больных описторхозом патогенетически обоснована для профилактики желчеистечения и развития разлитого желчного перитонита в послеоперационном периоде.

4. При изолированных повреждениях желчного пузыря у больных описторхозом, вследствие развивающихся деструктивных изменений в органе показана холецистэктомия.

Анализировано лечение 107 больных с травмой печени, пораженной и не пораженной описторхозом, 10 больных с изолированными повреждениями желчного пузыря при описторхозе. Все больные оперированы под интубационным наркозом с мышечными релаксантами. Отдаленные результаты лечения проверены у 69 человек. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту на ЭВМ. На 60 макропрепаратах трупной печени, пораженной описторхозом, выполнены холангио-, артерио-, портограммы. Гистологическое исследование печени при хроническом описторхозе проведено на секционном материале, взятом от 43 трупов людей, умерших от причин, не связанных с патологией печени, по обычным гистологическим методикам.

Работа выполнена в Тобольской городской больнице и в Свердловском государственном Ордена Трудового Красного Знамени медицин-

ском институте.

По теме диссертации опубликовано 4 печатных работы. Основные положения работы доложены:

1. Областное научное хирургическое общество, Тюмень, 1978, 1987 г.
2. Юбилейная научно-практическая конференция, посвящённая XXV-летию НИИКИШа, Тюмень, 1981 г.
3. Межобластная научно-практическая конференция хирургов, Нефтеганск, 1983 г.
4. Научное хирургическое общество, Тобольск, 1987, 1988 г.

Диссертация изложена на 170 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 117 случаев собственных наблюдений (всего VII глав). Указатель литературы включает 190 отечественных и 56 иностранных авторов. Диссертация иллюстрирована 43 таблицами, 30 фотографиями, приведено 8 клинических примеров.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1. КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О БИОЛОГИИ, ЦИКЛЕ РАЗВИТИЯ ОПИСТОРХА, ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ.

ОПИСТОРХОЗ — гельминтоз печени, желчного пузыря и поджелудочной железы человека и некоторых животных (кошка, собака, лиса и др.) вызывается паразитированием гельминта *opistorchis felineus*. В 1884 году Ривольт обнаружил его у кошки и назвал кошачьей двуусткой (*Distomum felineus*). Впервые у человека — в 1891 году профессором Томского университета К.Н.Виноградовым выделен и описан гельминт печени, который получил название "Сибирская двуустка" (*Distomum sibiricum*). Жизненный цикл описторха совершается со сменой двух промежуточных хозяев: моллюска *Bithynia inflata* и карповых рыб. Яйца описторхов попадают в водоемы из кишечника больных людей и животных. Дальнейшее развитие яиц может осуществляться только в промежуточном хозяине — пресноводном моллюске вида — *Bithynia inflata*. Развитие личинок описторха в моллюске происходит после заглатывания яиц. В его кишечнике личинка-мерацидий покидает яйцевые оболочки, проникнув в полость тела, превращается в спороцисту. Из спороцист затем образуются редии и церкарии. Из одной спороцисты образуются сотни редий, которые, размножаясь, дают десятки тысяч церкариев. Около месяца уходит на превращение яйца в редию. Последняя, проникнув в ткань битиний, созревает, на что требуется также около месяца.

Таким образом, примерно через два месяца после заражения моллюска яйцами описторхов формируются церкарии, покидающие организм промежуточного хозяина. Церкарии обладают избирательной способностью к инвазированию определенного вида карповых рыб, что связа-

но с хемотаксисом их к секрету кожи этих рыб. Дополнительным хозяином описторхоза в Западной Сибири являются язь, елец, плотва сибирская, лещ, линь, сазан, пескарь и другие. Окончательным хозяином являются человек и звери: лисица, волк, песец, норка, кошка, собака (Н.Н.Плотников, 1953; Б.Р.Брускин, 1954; В.Н.Дроздов, 1964). Заражение человека описторхами происходит при употреблении в пищу сырой, малосолёной, вяленой рыбы, а также во время проб её при кулинарной обработке. В организме окончательного хозяина нарастание инвазии происходит только при повторных заражениях, при этом с каждой суперинвазией уменьшается число развивающихся описторхов (В.У.Митрохин, 1957).

Одним из крупнейших эндемических очагов описторхоза является территория Обь-Иртышского бассейна, где в 1929 г. по данным К.Н.Скрябина, среди населения насчитывалось до 89,4% больных описторхозом, а в 1961-1980 годах, как показало обследование, проведённое Тюменским НИИ краевой и инфекционной патологии, инвазирование населения составило 56-82%. Крупные очаги описторхоза выявлены в бассейне рек Урал, Южный Буг, Волга, Кама. У человека описторхов выявляется во многих областях РСФСР, в Татарской АССР, в Казахстане, на Украине. Это заболевание встречается и в ряде стран Европейского и Азиатского континентов: в ФРГ, ГДР, Франции, Голландии, ПНР, Швеции, СРР, Индии, Японии.

Паразитирование описторхов в печени, желчном пузыре и поджелудочной железе вызывает грубые патоморфологические изменения. Большинство исследователей отмечают, что степень гистоструктурных нарушений в этих органах зависит от интенсивности и длительности описторхозной инвазии. Незначительная степень инвазии наблюдается при паразитировании до 500, средняя - от 500 до 5000, а массивная - более 5000 описторхов (Н.Н.Плотников, 1953; Д.К.Бойко, 1954-1957; Н.А.

Зубов, 1962–1982). Печень при описторхозе в большинстве случаев увеличена в объеме, несколько уплотнена, поверхность гладкая, реже – мелкобугристая. При средней степени инвазии под капсулой видны расширенные желчные протоки в виде белесоватых звездочек или извитых взбухающих туннелей, достигающих 0,5–0,8 см. в диаметре (Н.Н. Плотников, 1953; Н.А. Крафт, 1956; Н.А. Зубов, 1962, 1964 и др.). Субкапсулярные холангиоэктазы локализуются по переднему краю печени, замечено более частое поражение левой доли. На разрезе печени видны расширенные желчные протоки. При интенсивном поражении расширения желчных протоков могут быть кистовидными. Просвет протоков заполнен живыми и погибшими описторхами, густыми крошковидными массами буро-зеленого цвета (Н.Н. Плотников, 1953; Э.К. Бойко, 1954–1957; В.И. Дроздов, Н.А. Зубов, Е.Г. Варман, 1969).

Н.А. Зубов (1973) на секционном материале выявил различные формы хронического гепатита, причем хронический персистирующий гепатит наблюдается чаще хронического активного. Соответственно развитию гепатита, нарастающему перидуктальному и перипортальному склерозу выявлена гемодинамическая перестройка в системе ветвей воротной вены и печеночной артерии: гипертрофия меди, миоэластофиброз, склероз, сужение или обтурация их просвета (Г.В. Ковалевский, 1963; Г.А. Шмырева, 1966; Н.А. Зубов, О.Л. Кауфман, 1967; В.А. Махнев, В.В. Петриченко, 1967; Э.А. Кошуба, М.Д. Орлов, В.И. Крылов, Б.П. Маников, 1984). Эти изменения в сосудистой системе печени подтверждены результатами реогепаатографии. Изменению гемодинамики всегда предшествуют нарушения пигментного обмена. Степень нарушения кровообращения находится в прямой зависимости от тяжести морфологических изменений (Б.И. Альперович, А.Ю. Ревский, 1980; А.Ю. Ревский, 1982; Е.С. Белозеров, Е.И. Щубалова, 1983).

Желчный пузырь значительно увеличен в размере, часто вмещает

до 400—600 мл. и более желчи. Застойный желчный пузырь обычно наблюдается у лиц со средней и высокой степенью инвазии (Р. В. Зиганьшин, С. Д. Кошуков, 1964; Н. А. Зубов, 1973). При контрастировании внутрипеченочных желчных протоков на секционном материале, на рентгенограммах определялось усиление рисунка желчного дерева, протоки принимают цилиндрическую форму, достигают капсулы печени, появляются мелкие холангиоэктазы. При массивной инвазии внутрипеченочные желчные протоки становятся извитыми, широкими, с множественными холангиоэктазами, вплоть до образования полостей (А. М. Третьяков, 1973; Р. В. Зиганьшин, 1977).

Микрофлора желчевыводящих путей при описторхозе изучена В. С. Любиной (1968) у 126 больных описторхозом. В 92,9% выделена разнообразная микрофлора с преимуществом бактерий кишечной группы, стафилококка и их сочетаний. При бактериологическом исследовании желчи, взятой во время операций непосредственно из желчных путей, последняя была инфицированной, чаще высеивалась кишечная палочка (Р. В. Зиганьшин, 1973; А. М. Третьяков и соавт., 1985). Патоморфологические изменения в печени, желчном пузыре и поджелудочной железе при описторхозе, бактериальная загрязненность желчи лежат в основе патогенеза его хирургических осложнений.

П. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА.

Одним из наиболее часто встречающихся хирургических осложнений описторхоза является острый паразитарный холецистохолангит. В основе его развития находятся нарушение проходимости терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, бактериальная загрязненность желчи (А. М. Третьяков и соавт., 1972, 1974, 1977, 1985; Р. В. Зиганьшин и соавт., 1974).

Клиническая картина острого описторхозного холецистохолангита характеризуется возникновением резких болей в правом подреберье и

эпигастрии, увеличением печени и желчного пузыря, гипертермией, появлением желтухи, наличием печеночно-почечной недостаточности. В случае неэффективности консервативного лечения острого описторхозного холецистохолангита показано оперативное лечение. Операцией выбора при этом является билиодигестивный анастомоз, а в условиях желчного перитонита или тяжелого общего состояния больных — холецистостомия. При деструктивных изменениях стенки желчного пузыря и сочетании описторхоза с желчно-каменной болезнью проводится холецистэктомия. Послеоперационная летальность при остром описторхозном холецистохолангите составляет 11–12% (Р.В.Зиганьшин, 1977; А.М.Третьяков и соавт., 1985).

Следующим по частоте хирургических осложнений описторхоза является желчный перитонит. При наличии желчной гипертензии, в деструктивно измененной стенке желчного пузыря или субкапсулярного холангиозктаза, появляется перфорация, либо микроперфорация с пропотеванием желчи и развитием желчного перитонита (А.И.Крафт, 1956; Н.А.Зубов, 1970; А.М.Третьяков, 1972; Р.В.Зиганьшин, В.И.Щепочкин, 1973).

Желчный перитонит у больных описторхозом разделяют на три разновидности (Р.В.Зиганьшин, В.И.Щепочкин, 1973):

1. пропотной;
2. перфоративный, возникающий в результате перфорации субкапсулярных желчных протоков или желчного пузыря;
3. послеоперационный.

Диагностика желчного перитонита затруднена на всех этапах и объясняется тем, что он возникает на фоне выраженной клинической картины затянувшегося приступа острого описторхозного холецистохолангита, общие и местные симптомы которого маскируют начальные признаки перитонита. При появлении такого комплекса симптомов, как общее тяжелое состояние больного, нарастание признаков интоксикации,

тахикардия, вздутие живота, разлитое раздражение брюшины, наличие свободной жидкости в брюшной полости, гиперлейкоцитоз, показания к операции становятся очевидными. Посттравматический желчный перитонит у больных описторхозом может возникнуть при повреждении субкапсулярных, супрахолецистных, интралигаментарных желчных протоков во время операций на желудке и других органах верхнего этажа брюшной полости (И.А.Крафт, 1956; Н.А.Зубов, 1962, 1964, 1970; Л.П.Некрасов, 1970, 1977; Р.В.Зиганьшин и соавт., 1970; А.М.Третьяков, 1971; Р.В.Зиганьшин, 1977; М.П.Кириленко и соавт., 1977; П.И.Коломиец, И.С.Молов, 1979; Б.И.Альперович, 1979; Н.А.Зубов, Р.В.Зиганьшин, 1980). При выполнении диагностических пункций и биопсии возможно в последующем развитие желчного перитонита (Н.А.Зубов, 1964; Р.В.Зиганьшин и соавт., 1968).

Одним из наиболее тяжелых осложнений описторхоза является гнойный холангит с холангитическими абсцессами печени. В клинической картине этого заболевания выявляются острое начало, гектическая лихорадка с ознобом, желтуха, гепатомегалия, гиперлейкоцитоз с выраженным нейтрофильным сдвигом. Консервативное лечение при этом заболевании дает незначительный эффект. Своевременное оперативное вмешательство у этой категории больных, включающее резекцию пораженных сегментов печени, позволяют добиться хороших результатов (Б.И.Альперович, И.А.Бражникова, 1985).

У ряда больных описторхозные гепатохолангиохолециститы приводят к образованию стриктур по ходу билиарного тракта, требующих хирургической коррекции для беспрепятственного пассажа желчи (Б.И.Альперович и А.Ю.Ревский, 1980; Б.В.Петровский и соавт., 1980). К хирургическим осложнениям описторхоза также следует отнести желчеистечение и развитие желчного перитонита при травматических повреждениях печени у больных описторхозом (А.М.Третьяков и соавт., 1976).

III. МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА ПЕЧЕНИ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ.

Повреждения печени вследствие ее функциональных и анатомических особенностей очень сложны и трудны для хирургической коррекции. Механизм повреждения печени различен при проникающих ранениях и закрытой травме. В.С.Шапкин и М.А.Гриненко (1977) на основании анализа литературы и собственных клинических наблюдений предложили следующую классификацию повреждений печени:

1. Закрытые повреждения.

1. непосредственный удар;
2. падение с высоты;
3. сдавливание между двумя предметами;
4. дорожная травма;
5. разрыв при напряжении брюшного пресса;
6. разрывы у новорожденных;
7. разрывы патологически измененной печени;

2. Ранения.

1. колото-резаные;
2. огнестрельные;
 - а) пулевые; б) осколочные; в) дробовые.

Кроме этого повреждения печени бывают единичные и множественные, сочетанные и комбинированные.

Величина и расположение печени, наличие крепкого связочного аппарата, превосходящего по прочности паренхиму, воздействие таких факторов, как непосредственный удар, контрудар печени о ребра, позвоночник, диафрагму, а также инерция массивного органа приводят к отрыву его от связок и разрывам прилегающей к связкам паренхимы. Прочность печени меньше там, где мало соединительно-тканной основы, поэтому разрывы часто проходят в области порталных щелей

или вблизи их между основными пучками и ветвлениями крупных сосудов. Чаще всего страдают не основные сосудисто-секреторные элементы печени, а сосуды IV-VI порядка деления и более мелкие. Однако, при большей силе воздействия и больших разрывах, возможно повреждение крупных сосудов.

Подкапсульные гематомы возникают при небольших, поверхностно расположенных разрывах и сохранности целостности капсулы. Центральные гематомы печени наблюдаются в результате разрыва паренхимы в толще органа. Размер центрального разрыва и объем внутриорганных гематом бывают различными — от очень небольших, до громадных полостей (В.С.Шапкин и Ж.А.Гриненко, 1977; *M. Ernesten et al.*, 1983).

Клиническая картина повреждений печени зависит от тяжести общей травмы, величины и вида разрыва, степени шока и кровопотери, наличия или отсутствия сопутствующих повреждений, состояния пострадавшего к моменту травмы и времени прошедшего с момента её получения. Отсюда и разнообразие клинической картины. Симптоматика выражена тем ярче, чем больше разрыв печени, выраженнее шок и кровопотеря, но сопутствующие повреждения могут значительно изменить клинику заболевания.

В первые часы после травмы клиника повреждений печени обусловлена картиной шока и кровопотери: бледность, тахикардия, снижение артериального давления, симптомы раздражения брюшины (Г.Ф.Николаев, 1953; В.С.Дурнев и Г.А.Покровский, 1971; И.И.Мороз, И.М.Кобыльчак, 1972; В.С.Шапкин и Ж.А.Гриненко, 1977; Б.И.Альперович, 1983; *M. Balasegaram et al.*, 1981).

Боль—наиболее характерный и важный симптом повреждения печени. Локализованные боли в правом подреберье отмечаются чаще всего в первые часы после травмы у больных с изолированным повреждением органа. Боли по всему животу появляются в случаях раздражения

брюшины излившейся кровью и желчью, интенсивность их различная. В ряде случаев появляется иррадиация болей в правое плечо и шею справа (Г.Ф.Николаев, 1963; Б.И.Альперович, 1983). Важное значение для распознавания закрытых травм печени приобретают обнаружениессадин кожи и подкожных гематом различной формы и протяженности, свидетельствующих о месте приложения сил, вызвавших травму (Г.Ф. Николаев, 1953; В.С.Шапкин и М.А.Гриненко, 1977; С.А.Боровков и С.Д.Атаев, 1978 и др.). Артериальное давление у многих пострадавших, даже с довольно тяжелым повреждением печени, остается в пределах нормальных величин (В.С.Шапкин и М.А.Гриненко, 1982; И.И.Мороз и И.А.Кобыльчак, 1983), но при шоке, массивных повреждениях и большой кровопотере артериальное давление снижается и может не определяться.

Напряжение брюшной стенки при изолированных повреждениях печени умеренное и локализуется в правом подреберье. При сочетанной травме оно более отчетливое и определяется по всему животу. У части больных определяется симптом Щеткина-Блюмберга, при перкуссии живота — наличие жидкости. Некоторое значение имеет определение симптомов *Mercy*, Куленкамфа. При подкапсульных гематомах, если нет других повреждений, состояние больных вначале удовлетворительное, гемодинамические показатели близки к норме. В последующем появляется субфебрильная температура, легкая желтуха. При нарастающем кровотечении напряжение гематомы возрастает, что может привести к разрыву капсулы и опорожнению ее в брюшную полость, при этом появляется выраженная одышка, снижение артериального давления (Б.М.Браташ, 1976; В.С.Шапкин и М.А.Гриненко, 1977; А.В.Романенко, 1978; А.Г.Кутечев и соавт., 1984; Н.П.Райкевич, 1984; *M. Carmona et al.*, 1982; *R.V. Calne et al.*, 1982).

Небольшие внутрипеченочные гематомы могут клинически не прояв-

латься и заканчиваться выздоровлением. При значительных размерах центральных гематом к концу первой недели нарастает боль в печени, отмечается ее увеличение. Возникает лихорадка, потливость, анемия, потеря массы тела. Одним из наиболее характерных симптомов этого вида повреждения является гемобилия (А.М.Худайбергенов, А.Ф.Коваленко, 1970; Б.И.Мацкевич и соавт., 1973; Л.В.Авдей, В.И.Комачев, 1973; С.И.Белов, 1978; В.И.Петлах и соавт., 1982; В.С.Олейник и соавт., 1982; В.И.Тарабрин, 1984; *W.P. Geis et al.*, 1981; *G.N. Atkey et al.*, 1982; *K. Nakakuma et al.*, 1984; *F.F. Haeften et al.*, 1984).

Поскольку в подавляющем большинстве случаев повреждения печени сопровождаются кровопотерей, для установления диагноза должно быть проведено исследование крови. Информативным методом является определение гематокрита, так как уменьшение объема эритроцитов и падение относительной плотности крови наступает быстро, а уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина выявляется не сразу, а через 3–4 часа и более продолжительный срок. Лейкоцитоз с незначительным нейтрофильным сдвигом появляется довольно быстро и более постоянен, чем падение гемоглобина (Г.Ф.Николаев, 1953; А.Стоянов и М.Аристов, 1968; В.С.Горшков, В.С.Болков, 1978; И.С.Белый и соавт., 1981 и др.).

С.А.Боровков и соавт., (1973) в опытах на собаках установили, что печень является органом весьма чувствительным к различного рода повреждениям и степень изменения активности ферментов находится в прямой зависимости от степени тяжести травмы. Установлено, что ответная реакция печени на различные виды повреждения происходит мгновенно. Уже через 1–3 минуты активность ферментов значительно возрастает и достигает максимума на 2–3 сутки. Это подтверждено в клинической практике многими хирургами (С.А.Боровков, 1975; В.С.Шапкин, Л.Н.Фелицин, 1977; Г.Н.Гагаркин, 1980; Н.М.Бонда-

ренко, Г.Н. Гагаркин, 1980; Ж.А. Гриненко, 1977; И.С. Белый и соавт., 1981).

При рентгенологическом обследовании у больных с повреждением верхней поверхности печени определяется ограниченная подвижность диафрагмы. При сочетанных повреждениях грудных и брюшных органов выявляется гемоторакс, нарушение целостности ребер, наличие газа и уровней жидкости в брюшной полости. Целесообразны повторные рентгенологические исследования, так как признаки повреждения могут появляться только спустя значительное время после травмы (М.К. Щербатенко, Э.А. Береснева, В.Н. Евдокимов, 1973; Л.Д. Линденбротен, 1980; В.И. Зиневич, А.Н. Пересторонин, 1984).

При неясном диагнозе широко применяется лапароцентез. При выполнении этого метода исследования, если имеется повреждение печени, обнаруживают кровь в брюшной полости (Б.И. Никифоров, 1974; Г.Н. Гагаркин, 1978; И.А. Плескачев и соавт., 1979; Б.Е. Шахов и соавт., 1982; Ф.Х. Кутушев и соавт., 1984; Ю.Г. Шапошников и соавт., 1982; *P.O. Hasselgren et al.*, 1981; *D.S. Thompson et al.*, 1985).

Применение лапароскопии почти всегда позволяет решить проблему диагностики закрытого повреждения печени, включая диагностику субкапсулярных гематом, расположенных на передней и нижней поверхности печени (Б.М. Браташ, 1976; С.З. Горшков, В.С. Волков, 1978; И.М. Мамедов и соавт., 1986; В.В. Тищенко, 1987). В трудных для диагностики случаях большое значение имеют специальные методы исследования, такие, как прямая портотомия через пупочную вену (Б.К. Щуркалин, 1969; И. Серпина, 1972), или левую желудочно-сальниковую вену (В.С. Шапкин и Ж.А. Гриненко, 1972), селективная ангиография (И.В. Полуэктов, 1970, 1971; В.С. Шапкин и соавт., 1982; Л.С. Зингерман, соавт., 1984; С.А. Шалимов и соавт., 1987; *W.P. Geis et al.*, 1981; *A. Rossi et al.*, 1982; *G. Sturniolo et al.*, 1984).

В последние годы все большее применение находят неинвазивные

методы исследования при подозрении на повреждение печени такие как радионуклидные изображения (Ю.Г. Лапошников и соавт., 1982; T. Sugimoto *et al.*, 1982; R.L. Karlsen *et al.*, 1981; L.G. Lutzker *et al.*, 1982), компьютерная томография (R. Schöpf *et al.*, 1982; H.S. Weissman *et al.*, 1983; A.A. Meyer *et al.*, 1985; D.L. Miller *et al.*, 1985; и др). Применение этих методов обследования позволяют поставить правильный диагноз, когда традиционные методы обследования не дают достаточной информации. Во время операции для выяснения характера повреждения внутриорганных сосудов и желчных ходов с успехом применяется портография или холангиография (П.И. Лукьянов, 1968; С.Д. Попов и соавт., 1975; В.С. Лапкин и М.А. Гриненко, 1979).

При операциях на повреждённой печени особую важность приобретают быстрота, радикальность, атравматичность манипуляций. Это во многом зависит от правильно выбранного оперативного доступа, которые принято разделять на трансабдоминальные, внеполостные и комбинированные. К внеполостным доступам относятся параректальные и параплевральные, а к комбинированным — тораколапаротомия и торакофреноабдоминальный доступ (М.А. Толчибашев, А.А. Ахмедов, 1982). В хирургии печени из трансабдоминальных доступов чаще применяется срединный разрез. Кроме этого находят применение параректальный, трансректальный, поперечный разрезы, Рио-Бранко, Рёдорова, Керра. При торакоабдоминальных повреждениях многие авторы с успехом используют торакофренолапаротомию (С.А. Боровков, 1968; В.С. Лапкин и М.А. Гриненко, 1977; С.А. Боровков, С.Д. Атаев, 1978; Г.Ф. Воротынец, 1980; Ж.А. Гриненко, 1981; Б.А. Иванов, 1982; С.В. Лохвицкий и соавт., 1982). Некоторые авторы рекомендуют выполнять отдельно торакотомию и лапаротомию (Э.А. Вагнер и соавт., 1980; К.П. Вдовин, Н.Н. Яшин, 1980; Д.Ф. Скрипченко, Д.И. Кривицкий, 1982).

достижению успехов в хирургии печени способствовала экспериментальная работа М.М.Кузнецова и Ю.М.Пенского (1894) по разработке гемостатического шва этого органа. В последующем были предложены различные модификации гемостатических швов: подковообразный, непрерывный (В.В.Иванов, 1968), восьмиобразный П.А.Телковым (1974), двойной петлистый (А.И.Маринов, 1975), блоковидный и другие (Б.И.Альперович, 1978; В.И.Петров и соавт., 1971; В.И.Мащевич, 1972; О.Б.Милонов и соавт., 1984). Для прикрытия раневой поверхности, тампонады раны, а также в качестве подкладки под швы для предупреждения прорезывания паренхимы печени часто используется большой сальник (Л.М.Суник, 1964; С.И.Бабичев и Н.В.Дементьева, 1968; А.Г.Караванов и А.Г.Гущин, 1968; И.А.Петухов, А.К.Зеньков, 1971). П.Г.Корнев и В.А.Шаак (1958) предложили применять в качестве подкладки под швы лоскут свободно пересеженной фасции бедра, М.А.Рубанова (1940) – серповидную связку печени. Б.В.Петровский (1945) для закрытия раневой поверхности предложил использовать лоскут диафрагмы на ножке, В.И.Гудков (1961) – подшивание органов. По этой же аналогии с появлением синтетических материалов стали применять капроновую ткань, лавсан, поролон, целлофан, нейлон, те-рилен, летилян и другие подобные ткани (Н.А.Пестерович, 1967; Г.А. Тимофеев, Р.Н.Лохлова, 1970; Н.Н.Куликовский, А.Л.Ионов, 1975; А.Н. Кабанов и соавт., 1978; В.Л.Москвичев, 1973). Тампонада ран марлей в настоящее время оставлена, но иногда в критических ситуациях находит применение (Р.Н. Carmona *et al.*, 1984). С целью повышения надежности гемостатических П-образных швов А.А.Асланян, С.А.Асланян (1981) предложили использовать сконструированную или малогабаритную лигатурную иглу. М.О.Махнев (1981) сконструировал гемостатический жом для проведения атипичных резекций печени, с этой же целью П.А.Телков (1974) применяет гепатоклеммы. В клинической практике

для остановки кровотечения находят применение различные лекарственные средства: вивокол, желатиновая губка, коллагеновая губка, кровоостанавливающая марля, гемостатическая вискоза, оксифодекс и другие (И.Васильев и соавт., 1983). Разработан способ остановки кровотечения из печени с помощью безыгольного струйного инъектора с использованием биологического клея МК-6, МК-7 или других полимеризирующих материалов (Б.В.Потровский и соавт., 1973; О.Б.Милонов и соавт., 1976; Э.И.Гальперин и соавт., 1978; Р.В.Микуляк и соавт., 1985; *R. Bavajan et al.*, 1982). Для достижения гемостаза во время операций на печени перспективно применение лучей лазеров непрерывного действия (А.А.Вишневский, 1973; О.К.Скобелкин и соавт., 1979, 1987; М.В.Шоляховский, В.С.Гигаури, 1984; Е.И.Брехов и соавт., 1984; *R. Orda*, 1981; *J. Vogel et al.*, 1981), криодеструкции (Б.И. Альперович, 1983).

Для временного гемостаза, особенно при повреждениях крупных внутрипеченочных сосудов, применяют выключение печени из общего круга кровообращения пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки или окклюзией нижней полой вены. Кратковременное выключение печени из кровообращения не оказывает отрицательного влияния на состояние органа. Допустимо сдавливание печеночно-двенадцатиперстной связки от 10 до 30 минут в условиях нормотермии (В.С.Шапкин, 1967; Тон Тхат Тунг, 1967; С.А.Боровков, 1968; В.С.Шапкин и соавт., 1970, 1971; Е.В.Якубовский, 1971; Э.И.Гальперин, Ю.М.Дедерер, 1987; С.А.Шалимов и соавт., 1987; *P.O. Hasselgren*, 1981; *J. Cerny*, 1984). В последние годы находит применение рентгеноэндоваскулярная окклюзия как метод гемостаза при травме печени (В.С.Шапкин и соавт., 1987; *M. Muefarlane et al.*, 1985). При массивных кровотечениях некоторые авторы рекомендуют перевязку печеночной артерии (Е.В. Мельникова, 1970; Тон Тхат Тунг, 1972; М.Р.Урман, 1981; *D.R. Cooney*, 1981;

W. P. Geis et al., 1931; *R. J. Calne et al.*, 1932; *P. M. Danham et al.*, 1932). При небольших ранах или разрывах, не проецирующихся на расположение основных сосудов и желчных протоков долей и сегментов печени, с успехом применяется простой шов кетгутовой нитью (И.И. Третьяков, 1972; М. Треде, 1972; Н.А. Талков и соавт., 1974; Ж.А. Гриненко, 1975; Г.Н. Гагаркин, 1977; В.С. Шапкин и Ж.А. Гриненко, 1981).

Если сосудисто-секреторные ножки долей и сегментов печени целы, некоторые глубокие и сквозные раны, не сопровождающиеся обильным кровотечением, заливает частично, но обязательно дренирует (Ж.А. Гриненко, 1982; А.А. Бураков и соавт., 1986).

Большие разрывы печени, рваношибленные раны, особенно расположенные в области сосудисто-секреторных ножек, подлежат хирургической обработке (Г.Ф. Николаев, 1963; В.С. Шапкин, 1963; С.М. Сунин, 1964; В.С. Шапкин и Ж.А. Гриненко, 1977; *P. M. Danham*, 1932; *R. Calne*, 1932).

Все лишённые кровоснабжения и нежизнеспособные участки печени необходимо удалять. Для этого руководствуются данными гепатоангиографии и изменением окраски лишённых притока крови частей печени. У многих пострадавших с разрывами печени при закрытой травме и огнестрельных ранениях хирургическая обработка переходит в обширное вмешательство, так как паренхима повреждённых частей органа из-за сотрясения и разможнения, а также вследствие повреждения сосудов, часто некротизируется и отторгается. Поэтому при обработке такой раны удаляются все участки ткани печени сомнительной жизнеспособности. Операция переходит в предельно упрощённую атипичную "резекцию-обработку" печени (В.С. Шапкин, 1967; В.С. Шапкин и Ж.А. Гриненко, 1977). Оставшуюся после обработки раневую поверхность покрывают сальником, а при расположении раны на диафрагмальной поверхности органа производят гепатоплексию. К печени под сальник

и диафрагму подводятся дренажи.

Резекция печени показана при рвано-ушибленных ранах и разрывах с большой зоной повреждения, при разрывах или ранениях сосудов долей и сегментов, выявленных при ангио- или холангиографии, либо найденных при ревизии ран. Если рана или разрыв проходят в проекции сосудисто-секреторных ножек, поврежденные сосуды видны в ране, а состояние печеночной ткани таково, что сомнений в нарушении кровоснабжения нет, то показания к резекции печени ясны и без ангиографических исследований (Г.Ф.Николаев, 1953; Н.С.Рамазанов, 1972; В.С.Шапкин, М.А.Гриненко, 1972, 1973; М.А.Гриненко, 1979; Т.Клуш и соавт., 1983; Б.И.Альперович, 1983; В.С.Земсков и соавт., 1985; И.И.Ген, Х.Ф.Гербер, 1985; А.А.Асланян, 1985; Д.В.Усов и соавторы, 1985; А.А.Бураков и соавт., 1986; С.А.Шалимов и соавт., 1987г. *C. Smadja et al.*, 1982; *M. Balasegaram et al.*, 1981; *R. Bourgeon*, 1984; *D.M. Balasegaram*, 1984; *M. Prochazka et al.*, 1984).

Все большую популярность в арсенале хирургов находит гепатопексия, которая преследует цель создания замкнутого изолированного поддиафрагмального пространства. Она показана в случаях, когда раны или разрывы расположены на диафрагмальной или нижнедорзальной поверхности печени, если нет повреждения крупных внутриорганных трубчатых структур, после обработки печени (Г.Ф.Николаев, 1953; В.С.Шапкин, 1967; С.Д.Атаев и М.Р.Рамазанов, 1980; Ш.Н.Каримов и соавт., 1981; Р.Ш.Байбулатов и соавт., 1982).

Определенному успеху в лечении поврежденной печени способствует применение во время оперативных вмешательств реинфузии излившейся крови (Л.Ф.Рачинский, Ю.В.Коломиец, 1977; А.И.Доценко, В.В.Грубник, 1980; В.С.Суворин, Б.Л.Емельянов и соавт., 1980; *R.V. Calne*, 1982; *J. Muc et al.*, 1984). Хотя кровь, излившаяся в полость брюшины может содержать примесь желчи, накопленный опыт свидетельствует

о целесообразности обратных переливаний подобной крови в максимально полном объеме.

Частота и тяжесть осложнений зависит от тяжести и вида травмы печени, состояния больного наличия сочетанных повреждений и качества проведенного лечения. В.С.Шапкин и Л.А.Гриненко (1977) выделяют следующие группы осложнений:

1. Осложнения непосредственно связанные с травмой.
Шок и кровотечение.
2. Осложнения общего характера, которые встречаются при любых операциях (нагноение ран, пневмония и др.).
3. Осложнения связанные с повреждением других органов, например напряженный пневмоторакс, перитонит или кишечные свищи, вследствие повреждения полых органов живота и т.п..
4. Осложнения вследствие повреждения самой печени или специфические осложнения:
 - а) воздушная эмболия; б) вторичные внутрибрюшные кровотечения; в) поддиафрагмальный абсцесс; г) некроз краев и нагноение ран печени; е) травматические кисты; д) гемобилия; ж) желчный перитонит; з) желчные свищи; и) посттравматические гепатиты; к) осложнения в связи с наличием инородных тел; другие специфические осложнения.

По времени появления осложнения могут быть ранними и поздними. Ранние осложнения наступают в послеоперационном периоде на протяжении первых четырех недель, а поздние через 1-2 месяца и более долгий срок.

Довольно высокий процент послеоперационных осложнений отмечается многими авторами от 21,6% до 45,1% (Ф.М.Данович, А.И.Мариев,

1971; Г.А.Покровский и соавт., 1971; В.С.Шапкин и И.А.Грипенко, 1972; А.П.Доценко и В.В.Грубник, 1980; С.В.Лохвицкий, соавт., 1982; А.И.Маршев, 1984; И.П.Райкевич и соавт., 1984; R. M. Carmona *et al.*, 1982; W. R. Olsen, 1982; G. Vadala *et al.*, 1983). При этом отмечено, что специфические осложнения чаще встречались после закрытых повреждений печени.

Своеобразной реакцией на травму печени у оперированных больных является развитие посттравматического гепатита. Он связан с анемизацией ткани печени, с зоной сотрясения при огнестрельных ранениях и ушибах при закрытой травме, и желчной гипертензией. (Г.Ф.Николаев, 1953; С.А.Боровков, 1968; А.И.Чалганов, 1978; M. Dan chem *et al.*, 1981).

Гемобилия возникает вследствие формирования полости заполненной кровью и желчью при центральных и подкапсулярных гематомах печени. Внутрипеченочная гематома может образоваться у оперированных больных в глубине раны под швами, а также в тампонированной ране печени. При достаточном напряжении гематома опорожняется через поврежденные желчные протоки в 12-перстную кишку. Клиническая картина травматической гемобилии, кроме указания на перенесенное повреждение печени, характеризуется триадой симптомов: боли в правом подреберье, желудочно-кишечное кровотечение и желтуха (Л.В.Авдей, В.М.Космачев, 1973; В.С.Шапкин и И.А.Грипенко, 1974; 1977; С.И.Белов, 1978; S. S. Shenoy *et al.*, 1981; J. P. Chamber *et al.*, 1983).

Подтекание желчи из раны и инфицирование брюшной полости приводят к развитию желчного перитонита. Этому способствуют массивные разрушения печени, неадекватная обработка раны, гнойно-некротические осложнения, несовершенное дренирование брюшной полости и желчная гипертензия с плохим опорожнением желчных путей. Изли-

яние желчи даже в стерильном состоянии вызывает развитие токсического желчного перитонита (Д. Лазария, 1970; Г. А. Покровский и соавт., 1971; В. В. Виноградов и соавт., 1972; Г. А. Малыгина, 1972; А. А. Далимов и соавт., 1981; В. П. Зиневич и соавт., 1985). Желчные свищи травматического происхождения могут быть наружными и внутренними, временными или постоянными. Они возникают вследствие некроза и секвестрации ткани печени, гнояника печени и поддиафрагмального пространства, недостаточного дренирования брюшной полости, нарушения желчеоттока и билиарной гипертензии. Частота желчных свищей зависит от тяжести повреждения и адекватности оперативного вмешательства (Л. А. Клименко, 1968; В. А. Журавлёв, Ю. А. Головченко, 1972; А. И. Чалганов, 1976; В. П. Зиневич и соавт., 1985).

В профилактике осложнений после обширных и огнестрельных повреждений печени патогенетическую роль приобретают мероприятия по декомпрессии желчных путей. Декомпрессионный дренаж, устраняя желчную гипертензию приводит к нормализации микроциркуляции крови в печени, предохраняет печёночные клетки от повреждающего действия холестаза и способствует лучшей регенерации ткани органа (Ю. Н. Макаренко, 1976; М. В. Гринев и А. И. Мариев, 1977; О. Б. Порембский, А. И. Чалганов, 1977; С. Д. Попов и Г. И. Таруашвили, 1976, 1977; *P. O. Hasselgren et al.*, 1981).

Травматические повреждения желчного пузыря, вследствие его анатомического расположения, встречаются редко и составляют 0,3–0,5% от всех видов повреждений органов брюшной полости (В. С. Лашкин и Ж. А. Гриненко, 1977; А. С. Раренко, 1978; Г. Г. Кондратенко, 1984; И. П. Райкевич, 1984; В. Я. Васютков, В. М. Муралева, 1985). Повреждению желчного пузыря способствуют наличие патологических изменений в органе. Травмы в быту занимают первое место, на втором месте стоят производственные травмы и на третьем месте — транспортные. Чаще пов-

реждения желчного пузыря встречаются у мужчин. Характерных симптомов при повреждении желчного пузыря нет, поэтому распознавание этого вида травмы представляет большие трудности. В момент травмы появляются боли в животе, которые постепенно уменьшаются или исчезают, что приводит к поздней госпитализации или длительному наблюдению в стационаре (С.И.Белов, 1978; С.В.Лохвицкий и соавт., 1985; Д.В.Усов, И.В.Литвиненко, 1985). Методом выбора при лечении повреждений желчного пузыря многие авторы считают холецистэктомию. Зашивание желчного пузыря допускают при небольших изолированных повреждениях и неизменной стенке желчного пузыря. Дренирование брюшной полости, как правило, обязательно (Г.И.Дряженков, 1977; С.д.Атаев, М.Р.Рамазанов, 1980; С.Одрабеков, Ю.В.Пьянов, 1981; Ш.Н.Каримов и соавт., 1981; Р.Ш.Байбулатов и соавт., 1982; Е.С.Баймышев, М.Е.Кужукеев, 1982). Послеоперационная летальность при изолированных повреждениях желчного пузыря составляет 3,4% (А.С.Раренко, 1978; Н.П.Райкевич, 1984; Г.Г.Кондратенко, 1984; *J. Pezepior ski et al*, 1981).

Таким образом, работы как отечественных, так и иностранных авторов, достаточно полно отражают причины, клинические проявления, методы диагностики и лечения, хирургическую тактику при механической травме печени и желчного пузыря, не пораженных каким-либо патологическим процессом.

Только работа А.М.Третьякова и соавт., (1976) освещает особенности травмы печени при описторхозе, но до настоящего времени не изучены частота и характер травматических повреждений печени и желчного пузыря у больных описторхозом в эндемическом очаге заболевания, причины и особенности клинического течения возникающих специфических осложнений у этой категории пострадавших, не разработана хирургическая тактика для профилактики желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Г Л А В А II

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выясняя причину желчеистечения и развития разлитого желчного перитонита при травматических повреждениях печени и желчного пузыря у больных описторхозом, изучая возможности улучшения лечения этой категории пострадавших, мы воспользовались следующим материалом и методами исследования:

I. Для представления полной картины хирургической анатомии печени, поражённой описторхозом, проведено рентгеноконтрастное исследование внутрипечёчных желчных протоков, артериальной и портальной сосудистой систем при различной степени паразитарной инвазии на 60 макропрепаратах трупной печени. Контрольные исследования выполнены на 15 препаратах трупной печени, не поражённой патологическим процессом. Материал использовали при судебно-медицинских вскрытиях трупов людей, умерших от причин, не связанных с патологией печени. Для контрастирования применяли кардиотраст или "бариевое" молоко, которое вводили через полиэтиленовый катетер при помощи аппарата Боброва под давлением 90–130 мм.рт.ст.

Холангиографию проводили после введения контрастного вещества в общий желчный проток. Артерио- и портограммы получали после введения контраста в печёчную артерию и ствол воротной вены соответственно. Если для наполнения внутрипечёчных желчных протоков печени, не поражённой патологическим процессом достаточно было 20–40 мл. контрастного вещества, то при заполнении желчевыводящей системы печени при описторхозе требовалось от 80 до 200 мл. контрастного вещества, в зависимости от степени глистной инвазии. Для наполнения артериального русла печени требовалось 20–40 мл. контраста, а для портальной системы—от 60 до 100 мл. Рентгенография выполнена на аппарате РУМ-20 при режиме работы 40 квт, 60 ма, 0,25 сек.

Гистологическое исследование печени, поражённой описторхозом, проведено на секционном материале, взятом от 43 трупов людей, умерших от причин не связанных с заболеванием печени. Кусочки печени фиксировали в 10% растворе формалина и жидкости Корнуа, после чего по обычным гистологическим методикам заливали в целлоидин или парафин. Целлоидиновые и парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и нитрофуксином по Ван-Гизону, подвергались микроскопическому исследованию и фотографированию.

2. Анализировано лечение 51 больного с травмой печени и 10 больных с изолированным повреждением желчного пузыря, поражённых описторхозом, за период с 1963 по 1987 годы. Все пострадавшие являются жителями г. Тобольска или прилегающих к нему районов. Многие из них, по укorenившейся в Сибири привычке, часто употребляли в пищу свежемороженую или слабоосолёную рыбу, что способствовало заражению их описторхозом. Для сравнения анализировано лечение 56 больных с травмой печени, не поражённой патологическим процессом. Возраст больных колебался от 14 до 76 лет. В большинстве случаев преобладала бытовая травма. У больных описторхозом, глистная инвазия выявлена в 2 случаях из анамнеза, у 23 пострадавших при коп-рологическом исследовании, у 26 - по характерным морфологическим признакам во время операции. Всем больным выполнено клиническое исследование крови и мочи, в 27 случаях определили аминотрансферазы. У больных с травмой печени, поражённой описторхозом, для диагностики в 4 случаях применили лапароцентез и в 2-лапаротомию. В сравнительной группе больных лапароцентез применили 4 раза. Все пострадавшие оперированы под интубационным наркозом с мышечными релаксантами после предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию гемодинамических показателей, нормализацию водно-солевого обмена, включающей в себя инфузионную терапию.

В подавляющем большинстве случаев операцию начинали с выполнения верхней срединной лапаротомии. В зависимости от операционной находки при необходимости операционный доступ расширяли пересечением прямых мышц живота справа. Размеры ран на печени определяли при помощи маточного зонда, выпускаемого отечественной промышленностью, на котором имеются сантиметровые отметки. При определении степени повреждения придерживались классификации травм печени В.С. Шапкина и М.А.Гриненко (1977). Поверхностные трещины и разрывы глубиной до 2 см. относили к повреждениям I степени. Раны глубиной от 2-3 см. до половины толщи органа - II степени, разрывы более половины толщи органа и сквозные раны - III степени, разможнение частей печени и расчленение на отдельные фрагменты - IV степени. Величину кровопотери и желчеистечения определяли доступными нам методами: электроотсосом аспирировали содержимое брюшной полости в градуированную стеклянную емкость и после операции взвешивали марлевые салфетки, применявшиеся для осушивания брюшной полости. Поскольку в большинстве случаев повреждения печени были незначительными, применяли П-образные или 8-образные швы с предварительной тампонадой ран участком неизолированного большого сальника. В 3 случаях выполнена резекция органа, у 3 больных гепатопекония по Хиари-Алферову-Николаеву. В группе больных с изолированными повреждениями желчного пузыря вследствие его нежизнеспособности в 7 случаях выполнена холецистэктомия. Во время операции обращали внимание на наличие характерных для описторхозной инвазии морфологических изменений в печени и желчном пузыре, таких, как увеличение размеров органов, наличие плоскостных или нитевидных спаек между печенью и диафрагмой, перивезикальный спаечный процесс, наличие субкапсулярных, интралигаментарных, супрахолецистных холангиоэктазов. После

ушивания ран печени при выраженных макроскопических проявлениях описторхоза и желчеистечения из ран в 5 случаях применили наружное дренирование желчных путей для профилактики желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде. У большинства больных операцию завершали дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионная терапия, направленная на нормализацию ОЦК и водно-солевого баланса, купирование воспалительного процесса.

Отдалённые результаты лечения изучены в сроки от I года до 12 лет анкетным методом при осмотре в поликлинике или на дому у 69 человек. Хорошими отдалёнными результатами лечения считали те случаи, когда бывшие пациенты жалоб не предъявляли, выполняли физическую работу, не было послеоперационной грыжи, спаечной болезни брюшной полости. Удовлетворительными результатами лечения считали те случаи, когда имели место явления спаечной болезни брюшной полости, послеоперационная вентральная грыжа, из-за которых люди ограничивали физическую нагрузку. Для обработки полученных результатов исследования использовали метод вариационной статистики Фишера-Стьюдента на ЭВМ.

3. Для обоснования декомпрессии билиарного тракта при травме печени и желчного пузыря изучали гидростатическое давление в желчных протоках при выполнении рентгеноманометрии во время операций на желчном пузыре или внепечёночных желчных протоках у больных описторхозом. Выполнено 102 рентгеноманометрических исследований по методу В.В.Виноградова. В 93 наблюдениях выявили высокое гидростатическое давление в желчных протоках (таблица № I)

количество наблюдений	! остаточное давление, мм.водн.ст.			
	!100-200	!200-300	!300-400	! симптомы эшелонирования
	9	18	22	53

У большинства оперированных больных визуально определяли увеличенную печень и желчный пузырь, перивисцеральный спаячный процесс, наличие субкапсулярных холангиоэктазов, расширение внепечёночных желчных путей.

На интраоперационных рентгенограммах, как правило, определялись расширенные внепечёночные и внутрипечёночные желчные протоки.

Таким образом, в работе мы воспользовались анализом архивного материала по травматическим повреждениям печени за период с 1963 по 1975 годы в Тобольской городской больнице и анализом собственных наблюдений в этой же больнице с 1976 по 1987 годы за больными с травмой печени и изолированными повреждениями желчного пузыря, поражённых и не поражённых описторхозом. Изучена рентгенологическая картина желчных протоков, артериального и портального сосудистого русла печени, поражённой описторхозом. Показана возможность применения декомпрессии билиарного тракта и дренирования брюшной полости для профилактики желчеистечения и развития желчного перитонита в послеоперационном периоде при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом.

Г Л А В А Ш.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Для выяснения этиологии и патогенетических особенностей желчного перитонита, развивающегося у больных хроническим описторхозом, мы сочли целесообразным изучить патологическую анатомию печени и желчного пузыря при многолетнем течении этого гельминтоза. Нами использован секционный материал патологоанатомического отделения (зав. — Котриков В.В.) Тобольской городской больницы и материал Тобольского бюро судебно-медицинской экспертизы. Исследовали печень 43 умерших или погибших людей, которые являлись постоянными жителями г.Тобольска и Тобольского района — зоны экстенсивного и интенсивного описторхоза. Кроме того, подвергнут микроскопическому изучению желчный пузырь 25 умерших, длительно страдавших описторхозом, из архивного материала кафедры патологической анатомии Свердловского государственного медицинского института. Распределение погибших и умерших больных хроническим описторхозом по возрасту и полу показано в таблице № 2.

Таблица № 2.

возраст пол	до 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и более	всего
мужчины	—	2	4	8	5	2	2	23
женщины	1	1	2	6	3	4	3	20
всего:	1	3	6	14	8	6	5	43

Причина смерти умерших или погибших людей не связана с патологией печени, описторхоз во всех наблюдениях являлся сопутствующим заболеванием. Для более полного представления хирургической анатомии печени и желчного пузыря при хроническом описторхозе нами

выполнено рентгеноконтрастное исследование внутрипеченочных желчных протоков, артериальной и портальной сосудистых систем при различной степени паразитарной инвазии на 60 макропрепаратах трупной печени. Контрольные исследования проведены на 15 препаратах трупной печени, не пораженной каким-либо патологическим процессом.

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕЧЕНИ ПРИ ОЛИСТОРХОЗЕ

Для хронического описторхоза различной интенсивности паразитарной инвазии характерно прежде всего увеличение объема и размеров печени, наличие плоскостных и нитевидных сращений органа с диафрагмой, реже — с поперечно-ободочной кишкой, большим сальником, передней брюшной стенкой. При этом нитевидные сращения обычно приурочены к местам выбухания субкапсулярных холангиоэктазов. У лиц старше 50 лет определяется удлинение левой треугольной связки печени и наличие "кожистого" края у левой доли органа. Капсула печени имеет множественные очаги утолщения беловатого цвета. Левая доля органа обычно истончена и на ее нижней поверхности чаще, чем в других местах, бывают видны субкапсулярные холангиоэктазы. Последние приобретают то линейную форму, то разветвленную, обычно — выбухая, реже — не возвышаясь над поверхностью печени. По переднему краю левой доли печени, тем более в "кожистом" крае ее, холангиоэктазы имеют вид извивающихся трубочек, окаймляющих край доли. В удлиненной левой треугольной связке печени также можно видеть извитые, расширенные желчные протоки. При среднем и массивном поражении печени и желчного пузыря описторхозом отмечается увеличение размеров органов о множеством субкапсулярных холангиоэктазов, занимающих всю поверхность печени, имеющих туннелевидную, кистовидную формы. Имеется значительный перивезикальный спаечный процесс, плоскостные и нитевидные спайки между печенью и диафрагмой. Иногда с края печени туннелевидные субкапсулярные холангиоэктазы переходят

на дно желчного пузыря, левую треугольную связку печени (рис. I, 2, 3)



Рис. 1. Общий вид печени и желчного пузыря при средней степени описторхозной инвазии. Видны туннелевидные субкапсулярные холангиоэктазы, переходящие с края печени на желчный пузырь. Желчный пузырь значительно увеличен в размерах. Имеются участки фиброза печени.

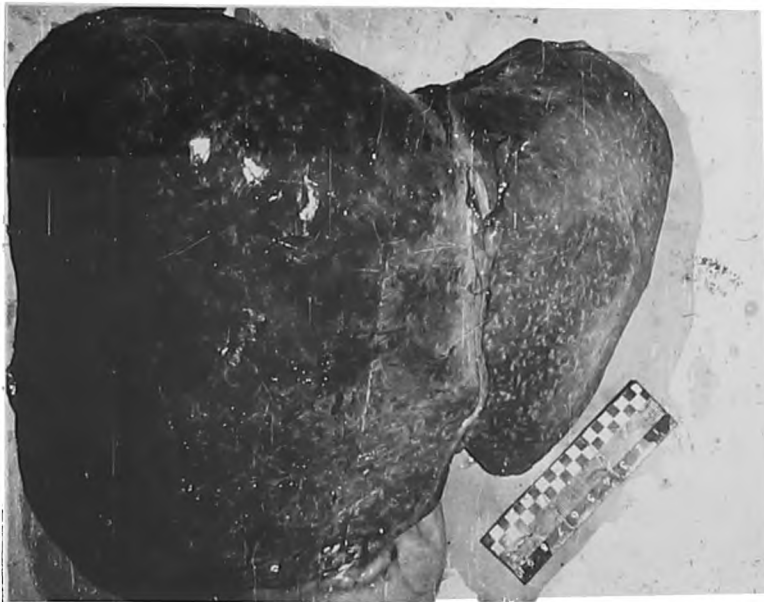


Рис. 2. Общий вид печени при массивной описторхозной инвазии

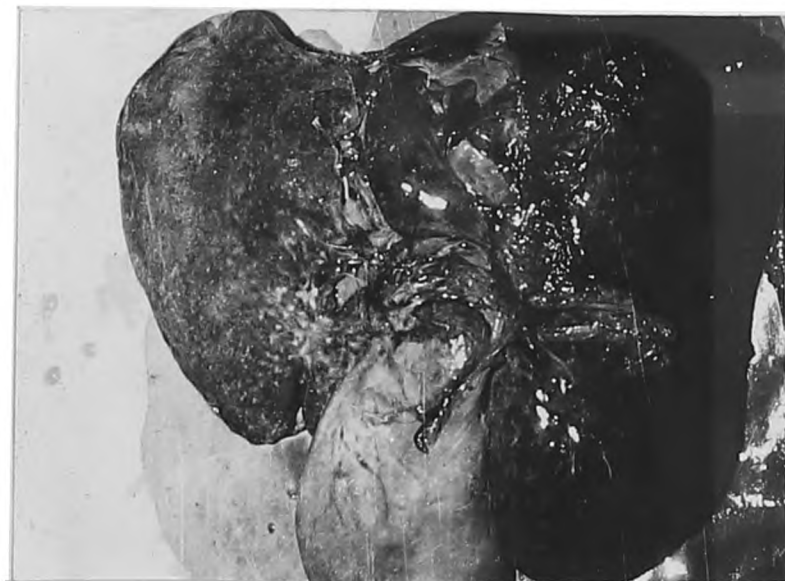


Рис. 3. Та же печень со стороны нижней поверхности

Желчный пузырь у каждого четвертого-пятого умершего увеличен в объеме, содержит до 80-120 мл. и более темно-зеленой желчи. У части умерших желчный пузырь сращен с желудочно-ободочной связкой, поперечно-ободочной кишкой.

На разрезах печени бывает видна та или иная степень её полнокровия, буро-коричневый или коричнево-желтоватый, глинистый цвет паренхимы, а главное-диффузно расширенные желчные протоки, заполненные желтовато-коричневой и коричнево-зеленой желчью, местами с черными мелкими песчинками из слепков продуктов жизнедеятельности описторхов, местами с примесью слизи. Кроме того, в просвете протоков находится то или иное количество описторхов. В случаях интенсивной описторхозной инвазии заметны "пробки" из гальминтов, и при надавливании на печень слепки из описторхов могут выдв-

ливаться из сегментарных протоков подобно пасте из туб. Скопления гельминтов бывают хорошо заметны при разрезе субкапсулярных холангиоэктазов. В 3 наблюдениях желчь в некоторых внутрипечёночных желчных протоках была гнойной. У одного умершего субкапсулярно располагались единичные гнойники диаметром от 2 до 7 мм. (Рис.15).

На холангиограммах печени, не поражённой каким-либо патологическим процессом, прослеживаются желчные протоки I–IV порядка, реже V порядка, имеющие коническую форму и заканчивающиеся далеко не доходя до капсулы органа. Увеличение желчного пузыря не определяется (Рис.4). При незначительной описторхозной инвазии появляется тенденция к образованию желчных протоков V–VI порядка, их деформация и умеренное расширение (Рис.5).



Рис. 4. Холангиограмма печени без патологических изменений



Рис.5 Холангиограмма печени при незначительной описторхозной инвазии.

При средней и массивной глистной инвазии выявляются грубые структурные изменения: отмечается значительное расширение протоков II–IV порядка, их деформация с множеством разной величины эктазий, имеющих округлую, цилиндрическую или кистовидную формы. Желчные протоки прослеживаются вплоть до капсулы печени с концевыми расширениями. Вследствие архитектурной перестройки желчных протоков последние в ряде случаев переходят на связки печени, желчный пузырь. При массивной описторхозной инвазии расширение желчных протоков печени определяется на всех уровнях деления с грубой деформацией, с кистовидными, цилиндрическими и мешотчатыми эктазами, сливающимися в многокамерные полости под капсулой печени (Рис.6,7,8).



Рис. 6. Холангиограмма при средней степени описторхозной инвазии.



Рис. 7. Холангиограмма печени при средней степени описторхозной инвазии. Желчные протоки переходят на левую треугольную связку печени.



Рис.8 Холангиограмма печени при массивной инвазии описторхами.

На ангиограммах артериальной системы печени, не пораженной каким-либо патологическим процессом и при незначительной описторхозной инвазии сосудистая сеть прослеживается по всему органу с равномерным распределением вплоть до капсулы печени (Рис.9).

При средней и массивной глистной инвазии отмечается значительное обеднение артериальной сосудистой системы, сужение и деформация артериальных ветвей, которые прослеживаются до уровня III-IV порядка и не достигают капсулы печени (Рис.10,11). На рентгенограммах печени, не пораженной патологическим процессом, при контрастировании портальной системы прослеживаются крупные сосудистые ответвления II-IV порядков с множеством ответвлений, выполняющих значительную часть органа вплоть до его капсулы (Рис.12). При незначительной описторхозной инвазии со стороны портальных сосудов печени отклонений от норм не выявлено. При средней и массивной глистной инвазии на портограммах отмечается уменьшение диаметра сосудов II-IV порядка, их деформация. Сосуды малого калибра прослежи-



Рис. 9. Артериограмма печени, не поражённой патологическим процессом



Рис. 10. Артериограмма печени при средней степени олисторхозной инвазии



Рис. 11. Артериограмма печени при массивном описторхозе

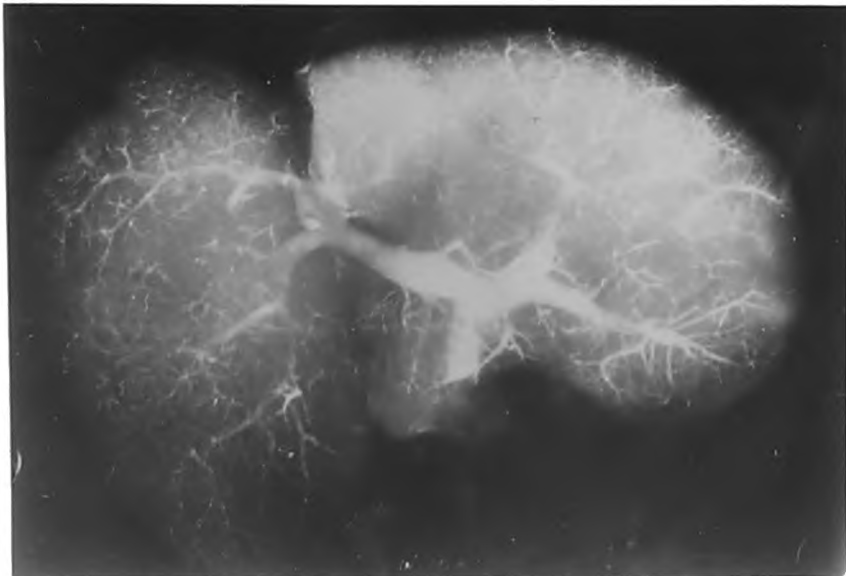


Рис. 12. Портограмма печени, не поражённой патологическим процессом

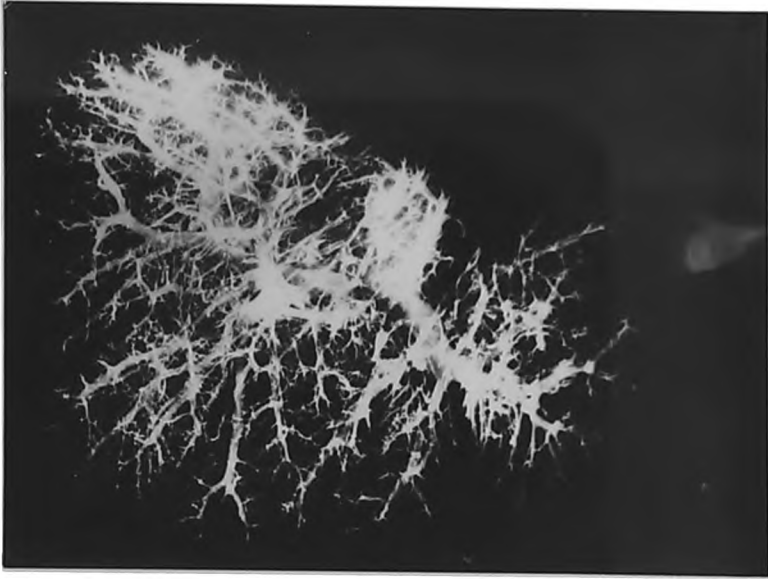


Рис. 13. Портogramма печени при средней степени описторхозной инвазии



Рис. 14. Портogramма при массивной описторхозной инвазии

ваются до капсулы печени, но не по всему органу и определяется обеднение сосудистой сети на периферии органа (Рис.13,14).

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ

Изучение микропрепаратов показало, что у всех умерших и погибших при длительном паразитировании онисторхов формировалось неравномерное утолщение фиброзной капсулы за счёт развития грубоволокнистой соединительной ткани с очаговыми скоплениями мононуклеарных элементов. От фиброзной капсулы в глубь органа идёт разрастание соединительной ткани соответственно перипортальным прослойкам. Наиболее резко фиброзная капсула утолщена в тех местах, где она покрывает субкапсулярные холангиоэкстазы.

Во многих наблюдениях среди волокон соединительной ткани капсулы встречаются мелкие очаговые скопления лимфоидных клеток, а в одном случае смерти от перитонита, капсула была покрыта фиброзными наложениями и содержала очаги и долоны лимфоидно-клеточных инфильтратов(Рис.17)

Общая гистоструктура печени сохранена, но всегда выступает подчёркнутость её рисунка за счёт разрастания перипортальной соединительной ткани(Рис.18). Особенно это заметно в перипортальных треугольниках. Здесь же изредка встречается мелкоочаговая лимфоидно-клеточная инфильтрация. Говоря о разной выраженности фиброза стромы печени, подчеркнём изменения, которые наблюдаются со стороны кровеносных и лимфатических сосудов. Они сводятся к следующему.

АРТЕРИИ. Ветви печёночной артерии имеют утолщённую стенку, что особенно заметно в сосудах, залегающих в соединительно-тканной оболочке желчных протоков(Рис.19).

АРТЕРИОЛЫ. Стенки утолщены, просвет сужен. У 5 человек, у которых приблизительно диагностированы гипертоническая болезнь, атероск-

лероз или их сочетание, стенки артериол гиалинизированы, неравномерной толщины, с явлениями плазморагии. Естественно, что изменения артериальных ветвей обусловлены не только длительностью и патогенным влиянием паразитирования описторхов, сопровождаемым хроническим холангитом, перидуктальным и перипортальным разрастанием соединительной ткани, но и связаны с возрастными изменениями и рядом заболеваний: третичный сифилис, атеросклероз, гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца. Вместе с тем, считаем необходимым подчеркнуть наличие склеротических изменений в артериальных сосудах печени у лиц, погибших на третьем-четвертом десятилетиях жизни при отсутствии перечисленных выше сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЕНЫ. Просветы междольковых вен могут быть деформированы за счет подушкообразных утолщений интимы, а в более крупных венах за счет гипертрофии мышечного слоя. Воспалительных изменений в стенках вен на нашем материале не выявлено.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ. Как уже указывалось, в некоторых наблюдениях хорошо видны лимфатические щели в фиброзной капсуле печени и в глиссоновой капсуле. У лиц, умерших при явлениях недостаточности кровообращения и общего полнокровия органов, наблюдается расстройство лимфообращения в печени в виде застоя лимфы. Это проявляется расширением лимфатических щелей в перипортальной соединительной ткани, особенно — вокруг желчных протоков и кровеносных сосудов (Рис.18). Со стороны паренхимы наблюдаются дистрофические и атрофические изменения. Гораздо реже мы наблюдали жировую дистрофию печени. Так у 7 умерших или погибших определялось очаговое распространение крупно-капельного ожирения печени, а у 3 человек обнаружена картина жирового гепатоза. В последних случаях четко вырисовывается связь ожирения с хроническим алкоголизмом

Заметное место в патологии паренхимы занимают атрофические изменения. Именно с ними связываем формирование "кожидотого" края печени, удлинение левой треугольной связки печени, сближение триад, сближение сегментарных протоков и, главное "субкапсулярность" расположения холангиоэктазов. Это согласуется как со сведениями литературы по общей патологии печени (А.И.Абрикосов, 1957), так и с данными, полученными при изучении морфогенеза описторхоза печени (Н.А.Зубов, 1973; Н.А.Зубов, Р.В.Зиганшин, 1980). Наряду с атрофическими изменениями идёт процесс компенсаторной гипертрофии органа, что и выступает в виде часто наблюдаемого увеличения массы объёма печени при хроническом описторхозе.

ВНУТРИПЕЧЁНОЧНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ. Общая характеристика патологических изменений всей внутриорганный желчевыводящей протоковой системы нами сведена к следующим процессам: хронический пролиферативный холангит, перидуктальный фиброз, различная степень диффузной холангиоэктазии, реже-мешотчатые холангиоэктазы и представляющие особую опасность-субкапсулярные холангиоэктазы, как цилиндрические по форме, так и мешотчатые.

При микрокопическом исследовании желчнопротоковой системы, в зависимости от интенсивности инвазии, видны отдельные особи описторхов или скопления их, обтурирующие просвет протока (Рис. 20, 21). Полагаем, что эти "пробки" из описторхов при жизни больных не бывают долговременными, так как данным гельминтам присуще активное передвижение с помощью ротовой и брюшной присосок. Кроме описторхов, в просвете всех желчных протоков, исключая междольковые, видны пласты посмертно слущенных эпителиальных клеток, яйца описторха, его экскрементов, а в случаях гнойного холангита, просвет заполнен нейтрофильными лейкоцитами.

Крайне характерным и облигатным, но отнюдь не патогномичным



Рис. 15. Субкапсулярный холангитический абсцесс. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 20^х



Рис. 16. Утолщённая фиброзная капсула печени сливается с соединительнотканым слоем стенки желчного протока. Ув.63

х) В этом и других микропрепаратах окраска гематоксилином и эозином



Рис. 17. Утолщённая фиброзная капсула печени, инфильтрированная мононуклеарами и нейтрофильными лейкоцитами, покрыта фиброзной плёнкой. Щель между капсулой и фибрином-артефакт. Ув.63

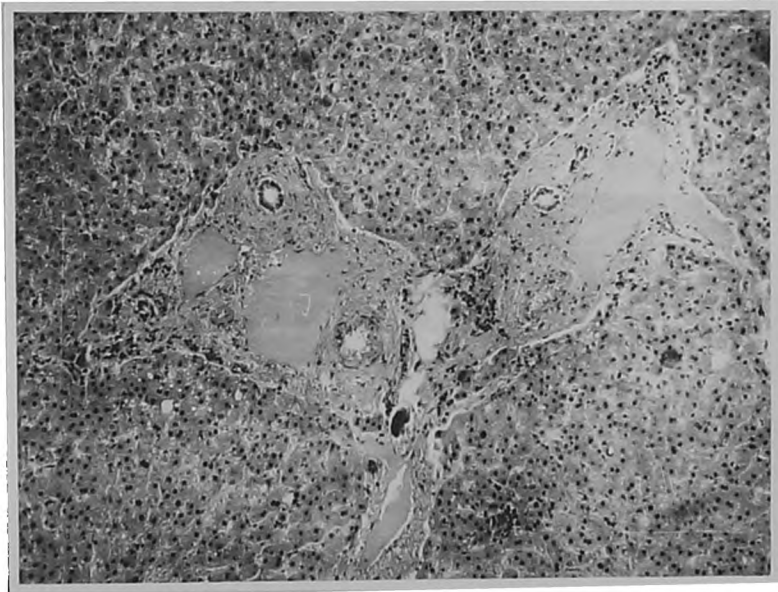


Рис. 18. Перипортальный фиброз, лимфатические сосуды резко расширены. Ув.63

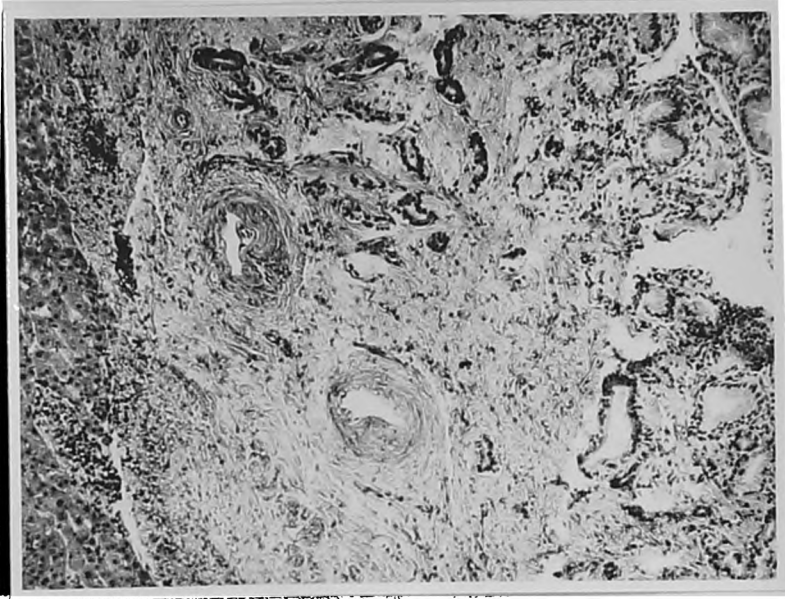


Рис. 19. Аденофиброз желчного протока, в его стенке видны две артериальные ветви, стенки которых склерозированы. Ув.63



Рис. 20. Описторхозный холангит, стадия аденосклероза. Просвет протока заполнен описторхом. Ув.63

морфологическим показателем описторхоза является хронический продуктивный холангит. При этом гистоструктурные изменения в стенке желчных протоков сводятся к механическому повреждению эпителия присосками гельминтов, к токсикоаллергическому воздействию их соматических и метаболитных антигенов, поступающих в лимфатические щели стенки желчных путей, к пролиферативной реакции эпителия и соединительной ткани. Наиболее ярко во всех случаях выражена пролиферация слоя стенки билиарного тракта.

Размножение клеток эпителия неизменно сопровождается формированием железистых и канальцевых структур. Эти эпителиальные ячейки и трубочки построены из клеток призматического однорядного эпителия, их овальные, округлые или палочковидные ядра расположены базально, среди клеток встречаются бокаловидные элементы, базальная мембрана всюду чётка выражена. Описанные эпителиальные пролифераты выступают в виде полипов в просвет протока и, погружаясь в соединительнотканый слой стенки, обуславливают и её значительное утолщение (Рис. 22). У некоторых умерших встречаются протоки, просвет которых почти полностью заполнен альвеолярно-тубулярными структурами пролиферирующего эпителия (Рис. 23). Проллиферативный процесс в эпителиальной выстилке наблюдается всюду, кроме междольковых желчных протоков. Отсутствие продуктивной реакции со стороны эпителия междольковых желчных протоков мы связываем со следующим обстоятельством: диаметр междольковых протоков намного меньше поперечника гельминта, что не позволяет описторхам проникать в протоки, они не травмируют их стенку, а поэтому нет и ответной регенеративной гиперпластической реакции со стороны эпителия. При всём единообразии ответной реакции со стороны эпителия и соединительной ткани на длительное паразитирование описторхов мы при микроскопическом изучении хронического холангита выявили неодина-

ковую степень соотношения в пролиферации эпителиального и соединительнотканного компонентов в стенке желчных путей.

Разнообразие морфологических картин патологических изменений биллярного тракта побудило придерживаться при их описании предложенных в 1973 году Н.А.Зубовым критериев стадийности в развитии и течении холангита.

1. СТАДИЯ АДЕНОМАТОЗА наблюдалась в нашем материале лишь у 7 человек, возраст которых варьировал от 30 до 74 лет. Здесь выявлены ярко выраженная пролиферация клеток эпителия, образующих альвеолярно-тубулярные структуры (Рис.24). Последние составляют 50-70% толщины стенки сегментарных и долевых желчных протоков, а местами почти полностью заполняют просвет протока (Рис.23). Во всех случаях стенка протока довольно интенсивно инфильтрирована гистиоцитами и лимфатическими клетками с примесью плазматических клеток (Рис.25). На границе соединительнотканного слоя протоков с паренхимой печени в некоторых местах видны так называемые лимфомы.

2. СТАДИЯ АДЕНОСКЛЕРОЗА отмечена у 4 человек, которые умерли или погибли в возрасте от 38 до 71 года. Этой стадии присуще преобладание склеротических изменений в стенке желчных протоков и в перипортальной соединительной ткани над угасающей пролиферацией эпителия. Эпителиальные пролифераты в виде трубочек заложены в грубой соединительной ткани, клетки низкопризматические, приближаются к кубическим (Рис.20,28,29). Кровеносные сосуды склерозированы. Многие протоки сближены, обилие холангиоэктазов, расположенных субкапсулярно. Выражены атрофические изменения в паренхиме.

Особого внимания заслуживают субкапсулярные холангиоэктазы, которые представлены дистальными отделами сегментарных желчных прото-

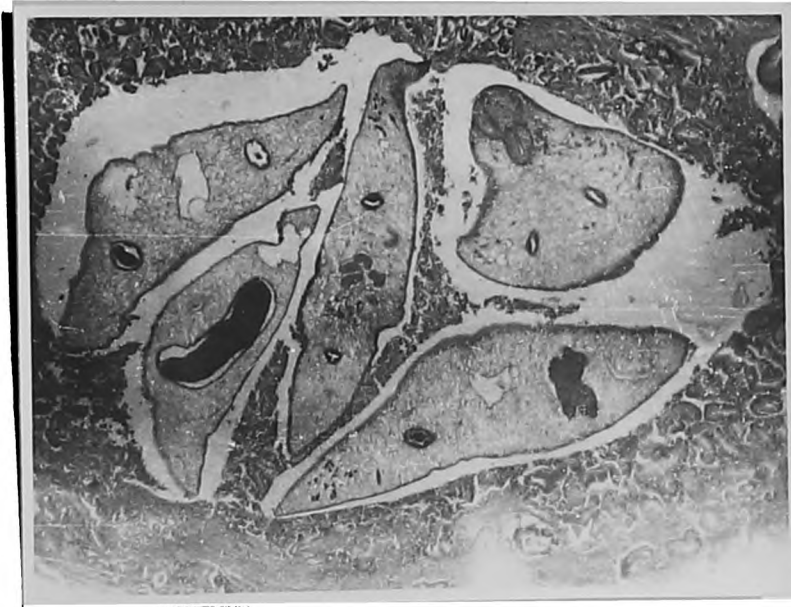


Рис. 21. Олисторхозный холангит, стадия аденоматоза. В просвете протока "пробка" из пяти гельминтов. Ув.24

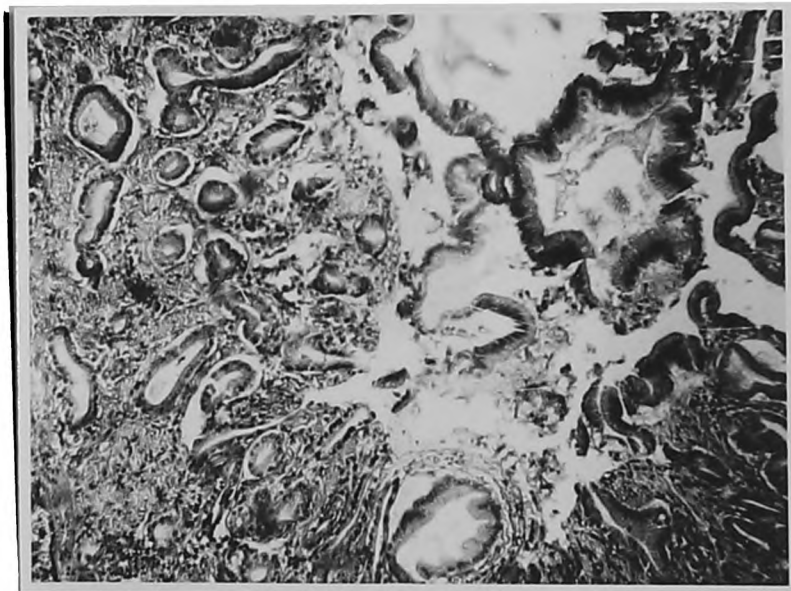


Рис. 22. Стенка желчного протока утолщена за счёт полиповидных, железистых и трубчатых структур эпителия. Ув.63

ков.

Как правило, просвет субкапсулярных холангиоэктазов бывает заполнен скоплением тел описторхов, слизью, прижизненно и посмертно слущенными клетками эпителия. Отметим, что оубкапсулярные холангиоэктазы встречаются на секционном материале не только при многолетнем течении описторхоза, но и в случаях паразитарной инвазии, имеющей длительность, судя по анамнезу, менее 10 лет. Морфологически это подтверждается изменениями стенки протоков, отнесенные нами к стадии аденоматоза (Рис.24). В тех случаях, когда выявлены участки полной облитерации просвета протока, наблюдались мешотчатые тонкостенные холангиоэктазы. Их содержимым была слизистая масса.

Из 43 наблюдений хронического описторхоза у 2 умерших при гистологическом исследовании выявлен гнойный холангит. В одном наблюдении (Рис.30) во многих желчных протоках стенка содержит очаги лейкоцитарной инфильтрации, местами эти скопления нейтрофильных лейкоцитов диффузно пронизывают как стенку желчного протока, так и распространяются на окружающую проток паренхиму. Подобная картина перихолангитической флегмоны обнаружена во многих участках печени. Кроме того, оубкапсулярные холангиоэктазы превратились в субкапсулярные абсцессы: их полость заполнена гнойным экссудатом, стенка диффузно инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами, гнойная инфильтрация распространяется на фиброзную капсулу печени. Последняя оказывается покрытой нитями и пленкой фибрина.

В другом наблюдении выявлена картина очагового гнойного эндохолангита. Скопления нейтрофильных лейкоцитов локализуются только в зоне аденоматоза, не захватывая соединительнотканый слой стенки протока, характерно, что в обоих случаях гнойного холангита, осложнившегося течением описторхоза, тканевая эозинофилия

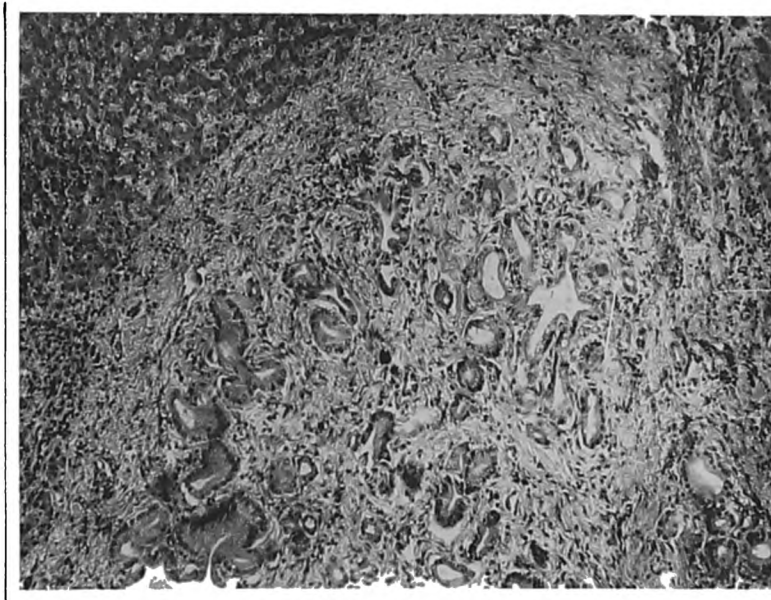


Рис. 23. Олисторхозный холангит, стадия аденоматоза. Резкое сужение просвета желчного протока альвеолярно-тубулярными пролифератами. Ув.63

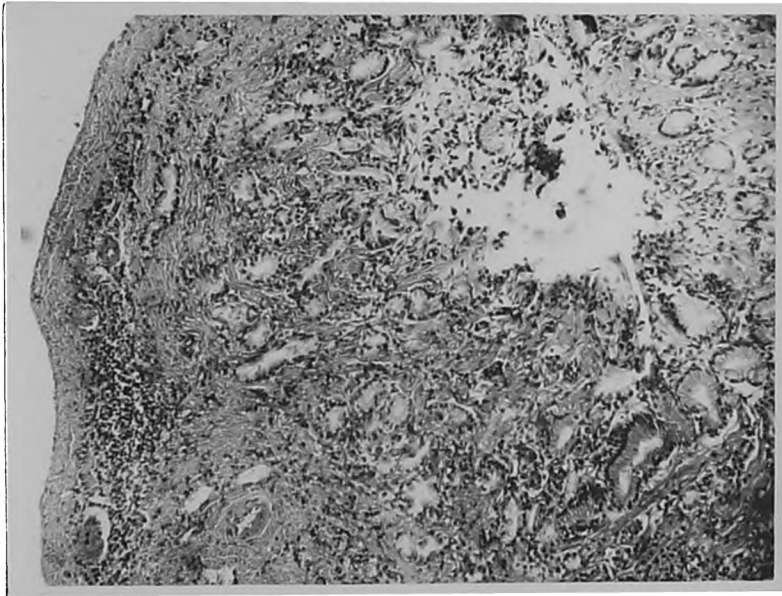


Рис. 24. Субкапсулярный холангиоэктаз. Эпителиальные разрастания составляют большую часть толщины стенки протока. Ув.63



Рис. 25. Описторхозный холангит, стадия аденоматоза. Инфильтрация стенки протока мононуклеарами. Ув.63

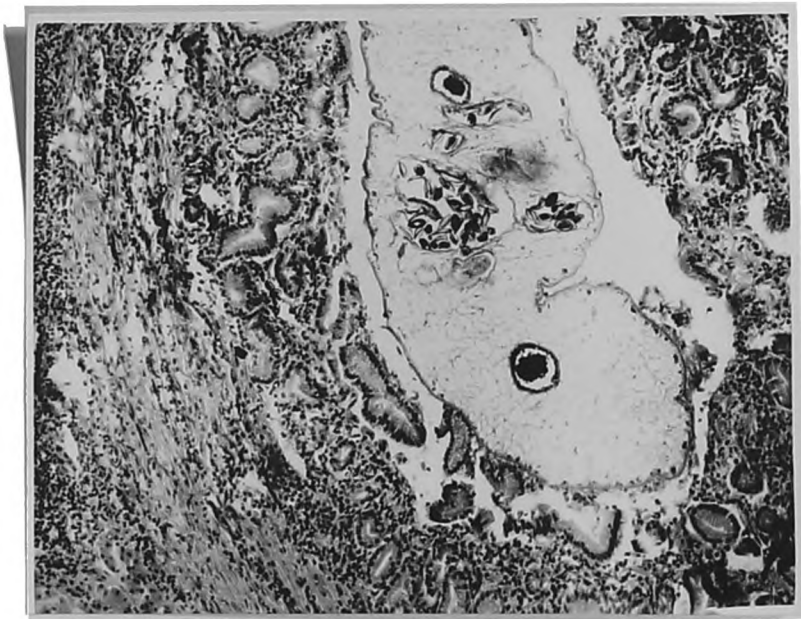


Рис. 26. Описторхозный холангит, стадия аденофиброза. В просвете протока-описторх. Ув.63

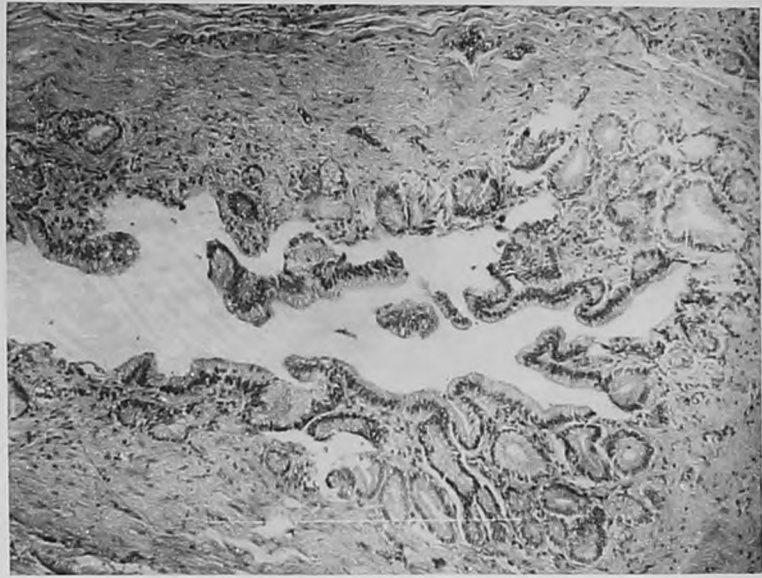


Рис. 27. Аденофиброз желчного протока при хроническом описторхозе. Ув.63



Рис. 28. Описторхозный холангит, стадия склероза. Радиальное расположение тубулярных пролифератов в склерозированной стенке протока. Ув.24

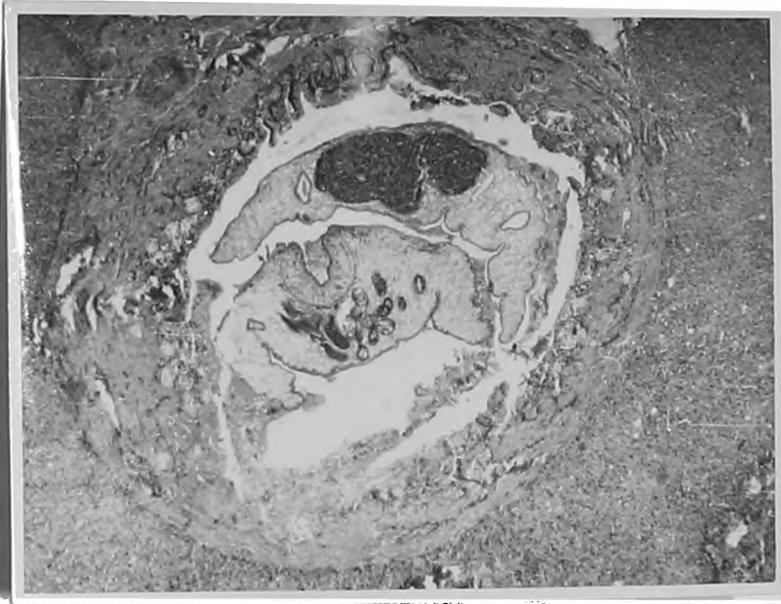


Рис. 29. Описторхозный холангит, стадия склероза. В просвете протока видны два описторха. Ув.24

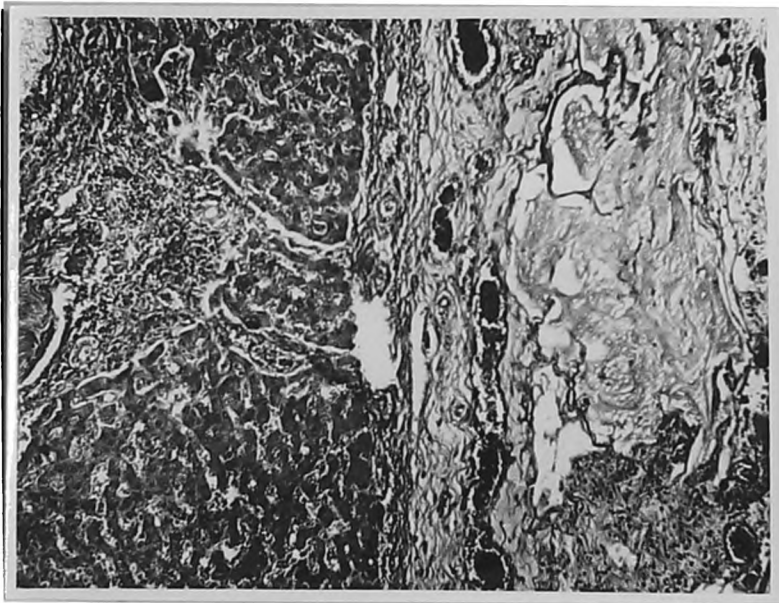


Рис. 30. Гнойный холангит на фоне хронического описторхоза. Капсула печени резко утолщена за счёт отёка, лимфостаза, полнокровия. Перипортальная соединительная ткань инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами. Ув.63

стенки протока и перипортальной соединительной ткани отсутствует.

Известно, что при описторхозе часто наблюдается застойный желчный пузырь. Поэтому мы провели изучение стенки застойного желчного пузыря (15 случаев) и стенки желчного пузыря, объем содержащейся желчи в котором был обычный — 20–50 мл (10 случаев).

Во всех наблюдениях застойного желчного пузыря выступает истончение его стенки, гладкая или нежная сетчатость слизистой оболочки. Отметим, что из-за раннего аутолиза слизистой оболочки возникает оголенность его складок, а пласти слущенного эпителия лежат между ворсинами. Это картина однотипная и связана со сроками вскрытия. Складки слизистой изрежены, имеют вид укороченных или утолщенных ворсин. Синусы Ракианского-Ашоффа встречаются редко, их просветы широкие, а донья местами достигают фиброзного слоя стенки желчного пузыря. Вокруг синусов видны очаговые скопления лимфоидных клеток. Гладкие мышечные волокна стенки желчного пузыря атрофированы, в мышечном слое заметны прослойки грубоволокнистой соединительной ткани. Плотный фиброзный слой стенки пузыря истончен, местами, наоборот, утолщен, имеет участки глиализации. Подсерозный слой отечен, с полями фиброза, липидоза. Серозная оболочка местами фиброзирована, отечна.

Структура стенки желчного пузыря у больных хроническим описторхозом (10 случаев) с низкой степенью паразитарной инвазии отличались от таковой при застойном желчном пузыре следующими признаками: меньшей степенью атрофии слизистой оболочки, меньшей степенью изменений мышечной стенки пузыря, редкостью склеротических изменений в мышцах и субсерозном слое, постоянством очагов лимфоидноклеточной инфильтрации.

Таким образом, различные стадии изменений внутрипеченочных желчных путей (аденоматоз, аденофиброз и аденосклероз), атрофия

паренхимы, перидуктальный, перипортальный фиброз печени, формирование диффузной холангиоэктазии с образованием супрахолецистных, интралигаментарных и особенно субкапсулярных холангиоэктазов, при наличии свойственной описторхозу внутрипеченочной желчной гипертензии, представляют комплекс морфологических изменений, чрезвычайно способствующий развитию желчного перитонита даже при незначительной механической травме печени и ее связочного аппарата. Только длительный и интенсивный описторхоз обуславливает указанный выше комплекс изменений.

Г Л А В А IY

ПРИЕМЫ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ, НЕ ПОРАЖЕННОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ОПИСТОРИХОЗА

Под нашим наблюдением находилось 56 больных с травмой печени, не поражённой патологическим процессом, которые по полу и возрасту распределились следующим образом:

Таблица № 3^к

возраст пол	14-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	всего
мужчины	7(0,13)	21(0,37)	14(0,25)	3(0,05)	-	45(0,80)
женщины	3(0,05)	4(0,07)	2(0,03)	1(0,02)	1(0,02)	11(0,20)
Всего: 10(0,18) 25(0,45) 16(0,28) 4(0,07) 1(0,02) 56(1)						

Как видно, это люди трудоспособного возраста ($28,2 \pm 1,2$ года), в основном, мужчины. 29(0,52) человек в момент получения травмы находились в алкогольном опьянении. В подавляющем большинстве случаев преобладала бытовая травма—у 50(0,89). В 6(0,11) случаях имела место транспортная травма. Открытые повреждения печени наблюдались у 40(0,71) больных, из них у 2(0,03)—огнестрельные, в остальных случаях(0,68)—колото—резаные ранения. Закрытая травма была у 16(0,29) человек. Изолированные повреждения печени отмечены у 34(0,61) больных, сочетанные—у 22(0,39). Пострадавшие доставлены в хирургическое отделение работниками скорой помощи или попутным транспортом в следующие сроки:

Примечание: В данной и в последующих таблицах в скобках указана частота признака, представляющего собой отношение числа анализируемых частных признаков к общему числу наблюдений в данной группе.

Таблица № 4.

ВРЕМЯ ПРОПЕДЧЕЕ С МОМЕНТА ТРАВМЫ	ОТКРЫТАЯ ТРАВМА	ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА	Всего
до 6 часов	34(0,61)	13(0,23)	47(0,84)
от 6 до 12 часов	3(0,05)	1(0,02)	4(0,07)
от 12 до 24 часов	3(0,05)	2(0,03)	5(0,09)
Всего:	40(0,71)	16(0,29)	56(1)

47(0,84) больных поступило в первые 6 часов с момента получения травмы. Позднее поступление 9(0,16) человек обусловлено незначительными повреждениями и наличием выраженного алкогольного опьянения. В таблице № 5 представлены частота отдельных клинических симптомов, выявленных у пострадавших при обследовании.

Таблица № 5.

№ п/п	Клинические симптомы	открытая	закрытая	Всего
		травма	травма	
		число случаев		
I.	Удовлетворит. состояние	12(0,21)	-	12(0,21)
2.	Состояние средн. тяжести	14(0,25)	-	14(0,25)
3.	Тяжелое состояние	11(0,20)	14(0,25)	25(0,45)
4.	Крайне тяжелое состояние	3(0,05)	2(0,03)	5(0,09)
5.	Кожа бледная	30(0,53)	16(0,29)	46(0,82)
6.	Кожа бледно-розовая	10(0,18)	-	10(0,18)
7.	Сознание сохранено	36(0,64)	10(0,18)	46(0,82)
8.	Сознание заторможено	3(0,05)	2(0,03)	5(0,08)
9.	Сознание отсутствует	1(0,02)	4(0,07)	5(0,09)
10.	Частота пульса			
	90 уд/мин	2(0,03)	-	2(0,03)
	до 100 уд/мин	20(0,36)	10(0,18)	30(0,53)
	до 120 уд/мин	16(0,29)	4(0,07)	20(0,36)
	более 120 уд/мин	2(0,03)	2(0,03)	4(0,06)
II.	Артериальное давление			
	до 80 мм.рт.ст.	6(0,11)	3(0,05)	9(0,16)
	до 100 мм.рт.ст.	10(0,18)	7(0,12)	17(0,30)
	до 120 мм.рт.ст.	24(0,43)	6(0,11)	30(0,54)
12.	Сухость слизистых оболочек	3(0,05)	2(0,03)	5(0,08)

Из таблицы видно, что у большинства пострадавших (0,53) состояние расценено как тяжелое и крайней степени тяжести, что говорит о тяжести травмы, при этом нарушение сознания отмечено у 10(0,18) человек. У подавляющего большинства больных (0,96) определялась тахикардия. Стабильные гемодинамические показатели отмечены в 36 (0,64) случаях, у 5(0,09) пострадавших артериальное давление определялось ниже критического, что связано с массивной сочетанной травмой или кровотечением. Отдельные клинические симптомы, выявленные у больных при обследовании живота, представлены в таблице № 6.

Таблица № 6.

№ п/п	Клинические симптомы	Число случаев		Всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	Вынужденное положение больного	32(0,57)	16(0,29)	48(0,86)
2.	Болезненность при пальпации			
	а) в правом подреберье	10(0,18)	4(0,07)	14(0,25)
	б) в эпигастрии	18(0,32)	-	18(0,32)
	в) по всему животу	12(0,21)	12(0,21)	24(0,42)
3.	Напряжение мышц брюшной стенки			
	а) в области раны	18(0,32)	-	18(0,32)
	б) в области правого подреберья	10(0,18)	4(0,07)	14(0,25)
	в) по всему животу	12(0,21)	12(0,21)	24(0,42)
4.	Симптом Щёткина-Блюмберга	30(0,53)	14(0,25)	44(0,78)
5.	Наличие свободной жидкости в брюшной полости	6(0,11)	10(0,18)	16(0,29)

У большинства больных наблюдалось вынужденное положение — лежа на спине или на боку (0,86), болезненность при пальпации и напряжение мышц живота, симптом Щёткина-Блюмберга (0,79). Наличие свободной жидкости в брюшной полости определено при перкуссии у 16 (0,29) человек, что соответствовало внутрибрюшному кровотечению

более 1000мл. В 22(0,39) случаях повреждение печени сочеталось с повреждением других органов. Эти данные представлены в таблице №7.

Таблица № 7.

№ п/п	Поврежденные органы	частота повреждения		Всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	Сотрясение и ушиб головного мозга	-	6(0,11)	6(0,11)
2.	Ушиб грудной клетки	-	2(0,03)	2(0,03)
3.	Повреждение ребер	-	2(0,03)	2(0,03)
4.	Повреждение костей таза и нижних конечностей	-	3(0,05)	3(0,05)
5.	Тонкая кишка	3(0,05)	2(0,03)	5(0,09)
6.	Толстая кишка	2(0,03)	3	5(0,09)
7.	Диафрагма	7(0,12)	1(0,02)	8(0,14)
8.	Желчный пузырь	1(0,02)	2(0,03)	3(0,05)
9.	Поджелудочная железа	1(0,02)	3(0,05)	4(0,07)
10.	Желудок	3(0,05)	1(0,02)	4(0,07)
11.	Селезенка	-	3(0,05)	3(0,05)
12.	Брыжейка, сальник	3(0,05)	2(0,03)	5(0,09)
13.	Двенадцатиперстная кишка	1(0,02)	-	1(0,02)
14.	Крупные сосуды	1(0,02)	-	1(0,02)
15.	Легкое	4(0,07)	1(0,02)	5(0,09)
16.	Гепатикохоledох	-	1(0,02)	1(0,02)

Сочетанные повреждения в ряде случаев маскируют истинную клиническую картину, что затрудняет своевременную диагностику повреждения печени, особенно при закрытой травме, что приводит к запоздалому оперативному вмешательству.

В таблице № 8 представлены показатели лабораторных исследований, выполненных у больных.

Таблица № 8.

№ п/п	Лабораторные показатели	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1.	Количество эритроцитов менее $3 \times 10^{12}/л$	4(0,07)	2(0,03)	6(0,011)

2. гемоглобин менее 130 г/л	4(0,07)	5(0,09)	9(0,16)
3. гематокрит менее 40%	2(0,04)	4(0,07)	6(0,11)
4. лейкоцитов более 10×10^6 /л	14(0,25)	6(0,11)	20(0,36)
5. нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы	12(0,21)	9(0,16)	21(0,37)
6. ускорение СОЭ	2(0,04)	4(0,07)	6(0,11)
7. увеличение количества аминотрансфераз	12(0,21)	6(0,11)	18(0,32)
8. патологические элементы в моче	9(0,16)	10(0,18)	19(0,34)

Из данных параклинического обследования лишь у 6(0,11) больных определено количество эритроцитов ниже нормы. В 20(0,36) случаях выявлен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом(0,37), в 19(0,34) — патологические элементы в моче, чаще — форменные элементы. По лабораторным показателям нельзя сделать заключение о повреждении печени. При рентгенологическом исследовании грудной и брюшной полости у 7(0,12) пострадавших признаков, указывающих на травму печени, не выявлено.

Все больные оперированы по экстренным показаниям под интубационным наркозом с мышечными релаксантами. По показаниям проводилась предоперационная подготовка, направленная на восполнение объема циркулирующей крови, нормализацию водно-электролитного баланса. Подавляющее большинство больных(0,95) оперированы в первые 6 часов после поступления, в том числе и больные с закрытой травмой печени. 2 человека с колоторезанными ранениями оперированы через 14 и 16 часов после поступления, что связано с незначительными повреждениями печени, а при ревизии раневого канала не установлен диагноз проникающего ранения в брюшную полость. При неясной клинической картине в 4(0,07) случаях выполнили лапароцентез, обнаруженная в брюшной полости кровь позволила поставить показания к экстренной операции. Операцию выполняли из срединного дос-

тупа, который у 4 больных дополнен пересечением прямых мышц живота справа. У 4(0,07) пострадавших с торакоабдоминальными ранениями дополнительно произведена торакотомия для ушивания ран легкого и диафрагмы.

При вскрытии брюшной полости во время операции у всех больных обнаружено то или иное количество крови как при изолированных повреждениях, так и сочетанной травме. В таблице № 9 представлены данные о количестве излившейся в брюшную полость крови при изолированных повреждениях печени, а в таблице № 10 — при сочетанной травме печени.

Таблица № 9.

Количество излившейся крови	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
до 200 мл.	1(0,02)	—	1(0,02)
от 200 до 500 мл.	9(0,16)	1	10(0,18)
от 500 до 1000 мл.	15(0,27)	5	20(0,36)
от 1000 до 2000 мл.	1(0,02)	1	2(0,03)
более 2000	1(0,02)	—	1(0,02)
Всего:	27(0,49)	7(0,12)	34(0,61)

Таблица № 10.

от 200 до 500 мл.	5(0,09)	1(0,02)	6(0,11)
от 500 до 1000 мл.	4(0,07)	5(0,09)	9(0,16)
от 1000 до 2000 мл.	3(0,05)	1(0,02)	4(0,07)
более 2000 мл.	1(0,02)	2(0,03)	3(0,05)
Всего:	13(0,23)	9(0,16)	22(0,39)

Как видно из представленных данных, как при изолированной, так и сочетанной травме печени у большинства больных (0,70) кровопотеря превышала 500 мл.. Данные о степени повреждения печени представлены в таблице № 11.

Таблица № 11

Степень повреждения	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1 степень	23(0,41)	-	23(0,41)
2 степень	13(0,23)	11(0,20)	24(0,43)
3 степень	3(0,05)	3(0,05)	6(0,11)
4 степень	1(0,02)	2(0,03)	3(0,05)

В большинстве наблюдений раны печени были небольших размеров (0,84). При закрытой травме чаще наблюдалось повреждение правой доли печени (0,23), что объясняется массивностью правой половины органа, прилеганием к ней ребер, наличием крепкого связочного аппарата. В 3(0,05) случаях было размоложение одного из сегментов печени.

В таблице № 12 представлены данные об оперативных вмешательствах на поврежденной печени.

Таблица № 12

№ пп	Вид операции	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1.	Наложение 8-образных и П-образных швов	25(0,45)	5(0,09)	30(0,53)
2.	Наложение узловых швов	2(0,03)	2(0,03)	4(0,07)
3.	Тампонада ран сальником	19(0,43)	5(0,09)	24(0,43)
4.	Тампонада ран марлевыми тампонами	13(0,23)	6(0,11)	19(0,34)
5.	Резекция печени	1(0,02)	2(0,03)	3(0,05)
6.	Холецистэктомия	1(0,02)	1(0,02)	2(0,03)
7.	Гепатопексия по Хлари-Алдрову-Николаеву	1	-	1(0,02)

Основным методом гемостаза использовали наложение швов кетгутовой или капроновой нитью с тампонадой ран участком неизолированного большого сальника. Однако у 19 (0,34) больных, ввиду небольших размеров ран печени и отсутствия кровотечения, раны на

печени не зашивали и ограничились подведением к области поврежденной дренажей. В 3(0,05) случаях при размождении ткани печени выполнена резекция—"обработка". У 2(0,03) больных с сочетанными повреждениями желчного пузыря ввиду его нежизнеспособности произведена холецистэктомия. 1(0,02) больному—гепатопексия. Как завершающий этап операции выполняли дренирование брюшной полости марлевыми тампонами(0,63) и трубчатыми дренажами(0,63), в 13(0,23) случаях, при изолированных повреждениях печени, брюшную полость зашивали наглухо. У 5(0,09) больных использовали кровь из брюшной полости для реинфузии.

Послеоперационные осложнения, возникшие у 14(0,25) больных, представлены в таблице № 13.

Таблица № 13

№№ !	осложнение	! открытая травма	! закрытая травма	! всего
1.	разлитой гнойный перитонит	1(0,02)	-	1(0,02)
2.	желчный перитонит	1(0,02)	-	1(0,02)
3.	спаечная непроходимость кишечника	2(0,03)	-	2(0,03)
4.	поддиафрагмальный абсцесс	1(0,02)	-	1(0,02)
5.	абсцесс в брюшной полости	1(0,02)	-	1(0,02)
6.	нагноение раны	4(0,07)	3(0,05)	7(0,12)
7.	пневмония	1(0,02)	2(0,03)	3(0,05)

Разлитой гнойный перитонит в послеоперационном периоде развился у больного с огнестрельным дробовым ранением левой доли печени, желудка и поджелудочной железы на фоне массивной кровопотери и инфицирования брюшной полости содержимым поврежденного желудка. Разлитой желчный перитонит наблюдался у больного вследствие незамеченного повреждения левого печеночного протока во время первой операции

Пример. История болезни № 26, 1979 г. Больной П., 19 лет поступил в хирургическое отделение через 30 мин. после получения автомобильной травмы, находясь в алкогольном опьянении. Доставлен попутным транспортом. Состояние тяжёлое, в контакт не вступает, на болевые раздражители не реагирует. На лице ссадины. В лобной области линейная рана 9х1 см. с ровными краями. Зрачки равномерные, реакция на световой раздражитель вялая. На правой половине грудной клетки ссадины и кровоподтёки, деформация VII-X рёбер. Дыхание проводится во всех отделах. А/Д-115/60 мм.рт.ст. Пульс 80 уд. в мин. Тоны сердца ритмичные. Живот правильной формы, на пальпацию не реагирует. Моча выведена катетером в количестве 300 мл, светлая. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявлено. При люмбальной пункции выявлено повышение давления спинномозговой жидкости. Выполнена первичная хирургическая обработка ран. Назначена инфузионная терапия. Анализ крови. Эритроциты 4×10^{12} /л; гематокрит 45%; лейкоциты $16,9 \times 10^6$ /л; п/я-55; с-34; л-10; м-1; Анализ мочи: удельный вес 1025; белок 0,16⁰/оо; эритроциты изменённые в большом количестве. Выставлен диагноз: ушиб головного мозга. Перелом основания черепа. Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов? После проведённого лечения состояние больного несколько улучшилось. Вступает в контакт, жалуется на боли в животе. Через 6 часов после поступления определяется болезненность по всему животу. А/Д-90/70 мм.рт.ст. Пульс 120 уд. в мин. Выставлен диагноз: закрытая травма живота с повреждением внутренних органов. Внутрибрюшное кровотечение. Под интубационным наркозом выполнена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости кровь до 1200 мл., которая взята для реинфузии. В области ворот печени 2 раны размерами 2х1 см. На диафрагмальной поверхности правой доли рана 10х3 см. Раны на печени не кровоточат, последние

ушиты П-образными швами через участок неизолированного большого сальника. В области гепатодуоденальной связки ткани имбибированы желчью. При тщательной ревизии 12-перстной кишки и холедоха повреждений не найдено. Желчеистечение распенено как из ран в области ворот печени. Подпечёночное и поддиафрагмальное пространства дренированы марлевыми тампонами и дренажными трубками. Послойное ушивание раны. В послеоперационном периоде на 2 сутки по дренажам появилось желчное отделяемое. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного остаётся тяжёлым. На 3 сутки после операции появились боли в животе, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. По дренажам обильное отделение желчи. Диагностирован разлитой желчный перитонит. Под интубационным наркозом выполнена релапаротомия. В брюшной полости в правом боковом канале до 500 мл. геморрагической жидкости и желчи, обнаружены явления геморрагического панкреатита. Выполнено дренирование полости малого сальника через левую поясничную область. При ревизии гепатикохоледоха обнаружен полный отрыв левого печёночного протока у выхода из печени. Продольная холедохотомия. Левый печёночный проток ушит на дренаже атравматической иглой. Туалет брюшной полости растворами антисептиков и дренирование. Послойное ушивание раны. В послеоперационном периоде, несмотря на интенсивное лечение, состояние больного ухудшалось, и на 6 сутки после получения травмы наступила смерть. Судебно-медицинский диагноз: закрытая черепно-мозговая травма груди и живота с повреждением печени, отрывом левого печёночного протока. Перелом основания черепа. Закрытый перелом правой подвздошной кости. Осложнение: внутреннее кровотечение. Разлитой желчный перитонит. Острый геморрагический панкреатит. Печёчно-почечная недостаточность. В приведённом примере имела место тяжёлая сочетанная травма. При поступлении превалиро-

вали симптомы закрытой черепно-мозговой травмы, что привело к запоздалому оперативному вмешательству. Во время операции не диагностировано повреждение левого печеночного протока, это усугубило течение послеоперационного периода и привело к развитию геморрагического панкреатита и желчного перитонита. Повторная операция успеха не имела.

Спаечная непроходимость кишечника, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс брюшной полости, нагноение раны (7) наблюдалось у больных с сочетанной травмой печени и полых органов. По поводу развившихся осложнений у 6 больных выполнены повторные операции.

Время пребывания больных в стационаре представлено в таблице №14.

Таблица № 14

Пребывание больных в стационаре	число случаев		Всего
	открытая травма	закрытая травма	
до 9 к/дн	8(0,14)	5(0,09)	13(0,23)
от 10 до 15 к/дн	17(0,30)	3(0,06)	20(0,36)
от 16 до 20 к/дн	5(0,09)	3(0,05)	8(0,14)
от 21 до 30 к/дн	5(0,09)	3(0,05)	8(0,14)
свыше 30 к/дн	5(0,09)	2(0,03)	7(0,12)
Всего:	40(0,71)	16(0,29)	56(1)

Среднее пребывание больного на койке составило $22,7 \pm 1,9$ к/дн.

Длительное пребывание больных в стационаре связано с возникшими гнойными осложнениями в послеоперационном периоде, что требовало продолжительного лечения. Из 56 больных умерло 8(0,14). Общая летальность составила 14,4%. С открытой травмой умерло 3(0,05) человека, с закрытой - 5(0,09). Причины летальных исходов представлены в таблице № 15.

Таблица № 15

№ пп	причины летального исхода	открытая травма		закрытая травма	всего
		3	4		
1	2	3	4	5	
I.	Острая кровопотеря.	2(0,03)	1(0,02)	3(0,05)	

1	2	3	4	5
2.	Желчный перитонит	-	1(0,02)	1(0,02)
3.	Сердечно-сосудистая недостаточность	1(0,02)	-	1(0,02)
4.	Травматический шок	-	3(0,05)	3(0,05)

Как видно из представленных данных, в причине летальных исходов значительное место занимают травматический шок(0,05) и острая кровопотеря(0,05). В одном случае наступила смерть от разлитого желчного перитонита, возникшего при повреждении левого печеночного протока, и у 1 больного – от сердечно-сосудистой недостаточности при хроническом заболевании сердца.

Отдаленные результаты лечения проверены у 32(0,57) человек в сроки от 1 года до 9 лет. Хорошие результаты лечения получены у 25 человек, удовлетворительные – у 7.

Таким образом, в наших наблюдениях, травматические повреждения печени, не пораженной каким-либо патологическим процессом, составили 52,4% от всех травм печени в эндемическом очаге описторхоза. В основном это люди трудоспособного возраста (28,2 \pm 1,2 года), получившие бытовую травму (0,89), находясь в состоянии алкогольного опьянения (0,52). Позднее 6 часов с момента получения травмы поступило 9(0,16) человек, что связано с незначительностью повреждения и выраженным алкогольным опьянением. У 30(0,53) больных состояние при поступлении расценено как тяжелое и крайней степени тяжести, обусловленное кровопотерей и наличием шока при сочетанной травме. Достоверных симптомов повреждения печени (обрывки ткани печени в ране, желчеотечение) не наблюдали. При обследовании больных выявлено их вынужденное положение(0,86), напряжение мышц брюшной стенки(56), симптомы раздражения брюшины(0,79), наличие свободной жидкости в брюшной полости(0,29). Несмотря на то, что в подавляющем большинстве наблюдений при травме печени отмечалось

кровотечение, при параклиническом обследовании снижение количества эритроцитов и гематокрита определено только у 6 (0,11) больных. В 20 (0,36) случаях выявлен лейкоцитоз ($12,2 \times 10^6/\text{л} + 840$), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы (п/я - $14,1 \pm 1,5\%$), у 19 (0,34) больных - патологические элементы в моче. Поэтому показания к оперативному вмешательству определялись в основном клинической картиной и состоянием пострадавших. В 4 (0,07) наблюдениях при неясной клинической картине для диагностики применили лапароцентез, что позволило обнаружить в брюшной полости кровь и поставить показания к операции.

Оперативное вмешательство выполняли из срединного доступа, дополненного в 4 (0,07) случаях пересечением прямых мышц живота справа. Во всех случаях в брюшной полости обнаружено то или иное количество крови. При изолированной травме печени кровопотеря более 500 мл. определена у 23 (0,67) из 34 больных, а при сочетанной - у 16 (0,67) из 22. Средняя кровопотеря при изолированной травме печени составила 661 ± 87 мл., при сочетанной 2300 ± 1428 мл.

При закрытой травме чаще наблюдалось повреждение правой доли печени. В 3 (0,05) случаях имело место разможнение одного из сегментов органа, у остальных больных наблюдались повреждения I-II степени. Для гемостаза прикладывали П-образные и 8-образные швы с тампонадой ран участком неизолированного большого сальника. У 19 (0,34) больных, поскольку раны на печени были небольших размеров, отсутствовало кровотечение, последние не зашивали и ограничили подведением дренажей к поврежденному участку. При этом в послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. В 3 (0,05) случаях при разможнении участка печени выполнена резекция - "обработка". У 43 (0,77) больных операцию завершали дренированием брюшной полости марлевыми тампонами или дренажными трубками. В 13 (0,23) наб-

дениях, при изолированной травме печени, брюшную полость не дренировали. В послеоперационном периоде в 1(0,02) случае развился разлитой желчный перитонит, в результате недиагностированного повреждения левого печёночного протока, другие гнойные осложнения (0,27) наблюдались при сочетанной травме печени и полых органов, что сказалось на пребывании больных в стационаре. Среднее пребывание больного составило $22,7 \pm 1,9$ к/дн.

Из 56 умерло 3(0,14), из них 3(0,05) человека—с проникающими ранениями, 5(0,09)—с закрытой травмой. В 6(0,11) случаях причиной летального исхода явились шок и кровотечение, в 1(0,02)—сердечно-сосудистая недостаточность и ещё у одного больного—разлитой желчный перитонит.

В наших наблюдениях, как и по данным отечественных и иностранных авторов (Б.И. Альперович, 1933; В.С. Земсков и соавт., 1935; А.А. Бураков и соавт., 1936; С.А. Малимов и соавт., 1937; *D. M. Balasagarani*, 1934; *R. Waiszdean*, 1934), при механической травме печени, не поражённой патологическим процессом, основной причиной летальности явился шок и кровотечение. Показания к оперативному вмешательству определяет состояние больных и клиническая картина. В большинстве случаев преобладает клиника внутрибрюшного кровотечения. В сомнительных для диагностики случаях следует выполнять лапароцентез. Во время операций в брюшной полости имеется то или иное количество крови, которая может быть использована для реинфузии при изолированных повреждениях печени. Небольшие раны печени, если нет продолжающегося кровотечения, можно не ушивать, а ограничиться подведением дренажей к повреждённому участку органа.

При массивных и сочетанных повреждениях печени тяжесть состояния пострадавших обусловлена кровопотерей и шоком. При размозжении участков печени показана их резекция. Дренажирование брюшной полост-

ти необходимо осуществлять при значительном повреждении печени и сочетанной травме полых органов. Желчный перитонит развивается при повреждении внепечёночных желчных протоков. Во время операции и в послеоперационном периоде необходимы мероприятия, направленные на восполнение кровопотери и купирование явлений шока, которые лежат в основе летальных исходов и неудовлетворительных результатов лечения больных с травмой печени, не поражённой патологическим процессом.

Г Л А В А У

ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ, ПОРАЖЕННОЙ ОПИСТОРХОЗОМ

В хирургическом отделении Тобольской городской больницы находилось на лечении 107 больных с открытыми и закрытыми повреждениями печени, из них у 51 (47,6%) печень была поражена описторхозом. Большая часть больных является коренными жителями г. Тобольска или прилегающих к нему районов. Заражение описторхозом возникло при употреблении в пищу сырой или вяленой рыбы, у некоторых из них, ещё в детстве. Наличие описторхозной инвазии установлено:

Таблица № 16

наличие описторхозной инвазии установлено	! открытая травма	! закрытая травма	! всего
1. из анамнеза	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)
2. при копроовоскопии	18(0,35)	5(0,10)	23(0,45)
3. во время операции по характерным морфологическим признакам	15(0,30)	11(0,21)	26(0,51)
Всего:	34(0,67)	17(0,33)	51(1)

По полу и возрасту больные распределились следующим образом:

Таблица № 17

пол	! возраст !						всего
	! 15-19 лет	! 20-29 лет	! 30-39 лет	! 40-49 лет	! 50-59 лет	! 60 лет и старше	
мужчины	6(0,12)	9(0,17)	8(0,15)	7(0,14)	3(0,06)	-	33(0,64)
женщины	1(0,02)	6(0,12)	6(0,12)	3(0,06)	1(0,02)	1(0,02)	18(0,36)
всего:	7(0,14)	15(0,29)	14(0,27)	10(0,20)	4(0,08)	1(0,02)	51(1)

Как видно, это люди трудоспособного возраста (31,9 ± 1,7 года), среди которых преобладали мужчины — 33(0,64). 39(0,78) человек в момент получения травмы находились в состоянии алкогольного опья-

нения. Бытовая травма наблюдалась у 46(0,90) больных. В 3 (0,06) случаях была транспортная травма и у 1 (0,02) больного – производственная.

По механизму получения травмы больные распределились так:

I. Открытые повреждения:

1) колоторезанные ранения – 32(0,63)

2) огнестрельные ранения:

а) пулевые – 1(0,02)

б) дробовые – 1(0,02)

2. Закрытые повреждения – 17(0,33).

Изолированные повреждения печени были у 33(0,65) больных, сочетанные – у 18(0,35). Пострадавшие доставлены в хирургическое отделение работниками скорой помощи или попутным транспортом. Время поступления больных с момента получения травмы представлено в таблице № 18.

Таблица № 18.

время, прошедшее с момента травмы	открытая травма	закрытая травма	всего
до 6 часов	28(0,55)	8(0,15)	36(0,70)
от 6 до 12 часов	2(0,04)	3(0,06)	5(0,10)
от 12 до 24 часов	2(0,04)	1(0,02)	3(0,06)
более 24 часов	2(0,04)	5(0,10)	7(0,14)
Всего:	34(0,67)	17(0,33)	51(1)

Как видно из представленных данных, в первые 6 часов после получения травмы доставлено 36(0,70) человек, позднее 6 часов с момента травмы госпитализировано 15(0,29). Если с открытыми повреждениями позднее 6 часов с момента получения травмы госпитализировано 6(0,18) больных из 34, то при закрытой травме – 9(0,52) из 17 больных. Более позднее поступление больных в стационар с закрытой травмой печени по сравнению с ранениями, связано с труд-

ностью диагностики на догоспитальном этапе и зависит от характера повреждений. Частота отдельных клинических симптомов, характеризующих состояние больных, представлена в таблице № 19.

Таблица № 19.

№ пп	Клинические симптомы	число случаев		Всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	Удовлетворительное состояние	6(0,012)	-	6(0,12)
2.	Состояние средней тяжести	14(0,27)	10(0,20)	24(0,47)
3.	Тяжелое состояние	11(0,22)	7(0,14)	18(0,35)
4.	Крайне тяжелое состояние	3(0,06)	-	3(0,06)
5.	Кожа бледная	26(0,51)	11(0,22)	37(0,72)
6.	Кожа бледно-розовая	4(0,08)	3(0,06)	7(0,14)
7.	Сознание сохранено	27(0,53)	15(0,29)	42(0,82)
8.	Сознание заторможено	6(0,12)	3(0,06)	9(0,18)
9.	Одышка	24(0,41)	15(0,29)	39(0,70)
10.	Частота пульса			
	80 уд/мин.	3(0,06)	-	3(0,06)
	до 100 уд/мин.	12(0,23)	4(0,08)	16(0,29)
	до 120 уд/мин.	14(0,27)	9(0,18)	23(0,45)
	более 120 уд/мин.	5(0,10)	4(0,08)	9(0,18)
11.	Артериальное давление			
	до 80 мм.рт.ст.	3(0,06)	-	3(0,06)
	до 100 мм.рт.ст.	17(0,33)	11(0,22)	28(0,53)
	до 120 мм.рт.ст. и более	14(0,27)	6(0,12)	20(0,39)
12.	Сухость слизистых оболочек	9(0,18)	10(0,20)	19(0,37)

Как видно, в 30(0,59) случаях состояние больных расценено как удовлетворительное и средней тяжести, у 21(0,41) больного — как тяжелое и крайне тяжелое. У 42(0,82) пострадавших сознание было сохранено, а у 5 из 9 больных с заторможенным сознанием имело место

выраженное алкогольное опьянение. У большинства больных (0,92) отмечалась умеренная тахикардия. Одышка отмечена у 35 (0,69) больных, возникновение которой объясняется травмой грудной клетки в 14 (0,27) случаях, и у 20 (0,39) пострадавших — как компенсаторная реакция организма на кровопотерю. В большинстве случаев (0,94) гемодинамические показатели оставались стабильными. У 3 (0,06) больных артериальное давление определено ниже 30 мм.рт.ст., что связано с массивной кровопотерей, обусловленной сочетанными повреждениями крупных сосудов и других органов.

В таблице №20 представлены отдельные симптомы, выявленные при обследовании больных.

Таблица № 20

№№!	клинические симптомы	число случаев		всего
		!открытая травма	!закрытая травма	
1.	вынужденное положение больного	29(0,57)	17(0,33)	46(0,90)
2.	болезненность при пальпации			
	а) в правом подреберье	4(0,03)	3(0,06)	7(0,14)
	б) в эпигастрии	9(0,18)	1(0,02)	10(0,20)
	в) по всему животу	11(0,22)	13(0,25)	24(0,47)
3.	напряжение мышц брюшной стенки:			
	а) в области раны	10(0,20)	-	10(0,20)
	б) в области правого подреберья	13(0,25)	8(0,16)	21(0,41)
	в) по всему животу	11(0,22)	9(0,18)	20(0,39)
4.	симптом Щёткина-Блумберга	25(0,49)	10(0,20)	35(0,69)
5.	наличие свободной жидкости в брюшной полости	3(0,06)	8(0,16)	11(0,22)
6.	отсутствие перистальтики кишечника	4(0,08)	4(0,08)	8(0,16)

Вынужденное положение лёжа на спине или на правом боку, выявлен-

ное при осмотре у всех больных о закрытых повреждениях, указывает на тяжесть травмы. Напряжение мышц брюшной стенки, выраженное в той или иной степени, наблюдалось во всех случаях. Симптом Щеткина-Блюмберга у 35(0,69) пострадавших объясняется раздражением брюшины, излившейся в брюшную полость кровью или желчью и содержимого полых органов при сочетанной травме. При изолированных и незначительных повреждениях печени отмечалось напряжение мышц брюшной стенки в области раны (0,29) и в области правого подреберья (0,39). Отсутствие перистальтики кишечника у 18(0,35) больных вызвано ушибом кишечника при закрытых повреждениях, или парезом — при явлениях разлитого перитонита. Свободная жидкость в брюшной полости выявлена при перкуссии у 11(0,22) пострадавших, что соответствовало кровопотере, превышающей 1000 мл.. В наших наблюдениях не встретилось достоверных симптомов повреждения печени (обрывки ткани печени в ране, истечение желчи из раны), только в 6 (0,12) случаях локализация раны позволила до операции установить правильный диагноз. У 18(0,35) больных повреждение печени сочеталось с повреждениями других органов. Эти данные представлены в таблице № 21.

Таблица № 21.

№ пп	Поврежденные органы	частота повреждения		Всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	Сотрясение и ушиб головного мозга.	—	2(0,04)	2(0,04)
2.	Ушиб грудной клетки.	1(0,02)	6(0,12)	7(0,14)
3.	Повреждение ребер.	1(0,02)	3(0,06)	4(0,08)
4.	Повреждение костей таза и нижних конечностей.	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)
5.	Тонкая кишка.	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)
6.	Толстая кишка.	2(0,04)	1(0,02)	3(0,06)
7.	Диафрагма.	6(0,12)	—	6(0,12)

8. желчный пузырь	1(0,02)	3(0,06)	4(0,08)
9. поджелудочная железа	3(0,06)	1(0,02)	4(0,08)
10. желудок	5(0,10)	-	5(0,10)
11. селезёнка	-	1(0,02)	1(0,02)
12. брыжейка, сальник	5(0,10)	3(0,06)	8(0,16)
13. почка	1(0,02)	2(0,04)	3(0,06)
14. крупные сосуды	2(0,04)	-	2(0,04)

Сочетанные повреждения органов брюшной полости и других локализаций усугубляют состояние больных с травмой печени, маскируют клиническую картину. В ряде случаев симптомы сопутствующих повреждений становятся доминирующими, что затрудняет своевременную диагностику, особенно при закрытой травме живота.

Пример. История болезни № 486/254, 1972г. Больная В., 30 лет поступила в приёмное отделение в 21 час.30 мин. 31.03.72г. через 6 часов после получения травмы с диагнозом: анатомический перелом шейки левого бедра. Травма бытовая. Получила удар в область левой половины туловища упавшей телевизионной антенной. Сознание в момент травмы не теряла. Первая помощь оказана фельдшером. При поступлении предъявляла жалобы на боли в грудной клетке слева, в области левой половины таза, умеренные боли в животе. Состояние тяжёлое. Кожа бледно-розовая. Слизистые чистые, влажные. Пальпация левой половины грудной клетки болезненная. Дыхание проводится во всех отделах. А/Д-130-90 мм.рт.ст. Пульс 96 ударов в минуту, слабого наполнения. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, больше в области крыла левой подвздошной кости. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положительный. Нагрузка на кости таза резко болезненная. На рентгенограммах костей таза обнаружен изолированный перелом левой подвздошной кости. Поставлен диагноз: разрыв селезёнки? Изолированный перелом крыла левой подвздошной кости. Начата инфузионная терапия, в место перелома введено 100 мл.

0,25% раствора новокаина. Состояние больной не улучшилось, боли в животе усилились. В 23 часа 40 мин. 31.03.72г. с подозрением на разрыв селезёнки больная оперирована под интубационным наркозом с мышечными релаксантами. Средне-срединная лапаротомия. В области левого подреберья обнаружено до 60 мл. желчи. На левой доле печени у основания треугольной связки имеется краевой разрыв до 1,5 см. Рана покрыта фибрином. По всей поверхности печени определяется множество подкапсульных холангиоэктазов до 0,8 см. в диаметре. С края печени холангиоэктазы переходят на желчный пузырь. При надавливании туффером на печень, из раны поступает желчь. В полости малого таза забрюшинная гематома. Рана печени улита атраматической иглой. К области раны печени подведены 2 марлевых тампона, выведенные через контрапертуру в левом подреберье. Послеоперационный период протекал без осложнений. 12.04.72г. для дальнейшего лечения больная переведена в травматологическое отделение.

Данные лабораторных исследований, выполненных у больных, представлены в таблице № 22.

Таблица № 22

№	лабораторные показатели	количество наблюдений		всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	кол-во эритроцитов менее 3×10^{12} /л	2(0,04)	2(0,04)	4(0,08)
2.	гемоглобин менее 130 г/л	14(0,27)	6(0,12)	20(0,39)
3.	гематокрий менее 40%	2(0,04)	2(0,04)	4(0,08)
4.	лейкоцитов более 10×10^6 /л	21(0,41)	14(0,27)	35(0,69)
5.	нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы	25(0,49)	17(0,33)	42(0,82)
6.	ускоренная СОЭ	17(0,33)	12(0,23)	29(0,57)
7.	увеличение количества аминотрансфераз	8(0,16)	5(0,10)	13(0,25)
8.	патологические элементы в моче	21(0,41)	15(0,29)	36(0,70)

Анемия и снижение гематокрита имели место у 4(0,08) больных. Лейкоцитоз определен у 35(0,69), с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы—у 42(0,82) пострадавших. Увеличение СОЭ отмечалось у 29(0,57) больных. Аминотрансферазы определены в 10 случаях, из них у 13(0,70) они оказались повышенными. Хотя сопутствующие повреждения мочевыводящей системы были у 3 больных, в 36(0,70) случаях в моче определены патологические элементы. Эти данные показывают, что наиболее постоянными показателями при повреждениях печени, поражённой описторхозом, являются лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы, увеличение количества аминотрансфераз, наличие патологических элементов в моче, ускорение СОЭ.

В неясных для диагностики случаях, 4(0,08) больным применяли лапароцентез, 2(0,04)—лапароскопию, что позволило своевременно поставить показания к экстренной операции. Рентгенологические методы обследования грудной клетки и брюшной полости проведены у 8(0,16) больных. В 4(0,08) случаях выявлены повреждения рёбер, в 2(0,04)—гидроторакс. Других косвенных рентгенологических признаков, позволяющих заподозрить повреждение печени, не было.

Пример. История болезни № 733, 1936 г. Больная И., 43 лет поступила в хирургическое отделение Тобольской городской больницы через 21 час после бытовой травмы, которую получила в алкогольном опьянении. При поступлении предъявляла жалобы на боли в грудной клетке и в животе. Состояние средней тяжести. Кожа розовая, слизистые суховатые. На лице, грудной клетке определяются кровоподтёки. Отмечается болезненность грудной клетки при пальпации. Дыхание проводится во всех отделах. А/Д—120/80 мм.рт.ст. Пульс 36 уд/мин, удовлетворительных качеств. Живот правильной формы, при пальпации умеренно болезненный в верхних отделах. Симптомов

раздражения брюшины нет. Стула не было сутки. Диурез не нарушен. Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 120 г/л; гематокрит 42%; лейкоциты $16,2 \times 10^9$ /л; п/я - 4; с/я-70; л-22; м-4; СОЭ-20 мм/час; Анализ мочи: удельный вес 1014; белок - 0,13⁰/оо; эритроциты единичные; общий белок - 70 г/л; билирубин общий 21,6мкм/л; АСТ-1,6 мм/л; АЛТ-4,0 мм/л; сахар крови 70 мг%; Выставлен диагноз: закрытая травма груди и живота с повреждением печени? Для уточнения диагноза через 1 час после поступления под местной анестезией выполнена лапароскопия. В полости малого таза и левом боковом канале определяется темно-красная, тягучая жидкость. Петли кишечника умеренно раздуты, брюшина гиперемирована. В области левого подреберья обширный спаечный процесс. Видимые участки печени и кишечника без повреждений. Диагноз: закрытая травма живота с повреждением внутренних органов. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние. Под интубационным наркозом с мышечными релаксантами выполнена верхне-средняя лапаротомия. В брюшной полости до 500 мл. крови с желчью. В левом подреберье спаечный процесс. На передней поверхности III сегмента печени обнаружена рана 3х1 см., откуда поступает желчь. Рана ушита двумя П-образными швами. Туалет брюшной полости. К поврежденному участку печени подведены две дренажные трубки, выведенные через контрапертуру в области левого подреберья. Послойное ушивание раны. В течение 3 суток после операции по дренажам выделялось до 30-50 мл. желчи, последние удалены на 4 сутки. При копрологическом исследовании обнаружены яйца *Opisthorchis felineus*. Выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 1 год. Жалоб не предъявляет, выполняет прежний объем работы. Дегельментизация не проходила.

Все больные оперированы по экстренным показаниям под интубационным наркозом с применением мышечных релаксантов. По показаниям

проводилась предоперационная подготовка, направленная на восполнение объёма циркулирующей крови переливанием плазмозамещающих растворов и крови, нормализацию водно-солевого баланса. В это же время проводились лабораторные и необходимые дополнительные методы исследования. При клинической картине продолжающегося внутреннего кровотечения, реанимационные мероприятия продолжали проводить во время операции.

С момента поступления в хирургическое отделение больные оперированы в следующие сроки:

Таблица № 23

№№	время операции с момента травмы	! число наблюдений !		всего
		! открытая травма	! закрытая травма	
	до 2 часов	23(0,55)	5(0,10)	33(0,65)
	от 2 до 4 часов	2(0,04)	5(0,10)	7(0,14)
	от 4 до 6 часов	3(0,06)	2(0,04)	5(0,10)
	от 6 до 12 часов	-	2(0,04)	2(0,04)
	от 12 до 24 часов	1(0,02)	2(0,04)	3(0,06)
	позднее 24 часов	-	1(0,02)	1(0,06)
	Всего:	34(0,67)	17(0,33)	51(1)

В первые часы после поступления, в основном, оперированы больные с открытыми повреждениями, это и понятно, так как наличие проникающего ранения в брюшную полость является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В этой группе больных, в одном случае операция была выполнена через 13 часов после поступления. У больного имелось огнестрельное ранение с краевым повреждением печени и в момент поступления данных за катастрофу в брюшной полости не было. Среди больных с закрытыми повреждениями печени 12(0,23) человек оперированы в первые 6 часов с момента поступления, 5 человек оперированы позднее 6 часов с момента поступления, так как ввиду сопутствующих повреждений скелета, показа-

ния к операции определены после длительного наблюдения.

В 50 (0,98) случаях оперативное вмешательство начинали с трансабдоминального доступа, в основном пользовались срединной лапаротомией. У 8 (0,16) больных потребовалось расширение оперативного доступа, которое осуществлено поперечным разрезом вправо с пересечением прямых мышц живота. В 3 (0,06) случаях у больных с торакоабдоминальными ранениями для ушивания ран легкого и диафрагмы потребовалось проведение торакотомии справа.

Во время операции, после вскрытия брюшной полости, содержимым ее в 33 (0,65) случаях была кровь, в 10 (0,20) — желчь с количеством крови до 200—300 мл., и в 8 (0,16) случаях содержимым брюшной полости была только желчь. В таблице № 24 представлены данные о содержимом в брюшной полости:

Таблица № 24

№ пп	Содержимое брюшной полости	Количество наблюдений		Всего
		открытая травма	закрытая травма	
1.	Кровь	24(0,47)	9(0,18)	33(0,65)
2.	Желчь и кровь	6(0,12)	4(0,10)	10(0,20)
3.	Желчь	4(0,08)	4(0,08)	8(0,16)

Как видно из этих данных, у 18 (0,35) больных при повреждении печени имелись явные признаки желчеистечения.

Пример. История болезни № 2018, 1980 г. Больной Р., 31 год, житель Тобольского района, поступил в хирургическое отделение Тобольской городской больницы 11.11.1980 г. через 2 часа 45 минут после получения травмы с диагнозом: проникающее колото-резаное ранение в брюшную полость с повреждением внутренних органов. Алкогольное опьянение. Состояние больного тяжелое. Стонет от боли в животе. Кожа и слизистые бледные. В легких выслушивается масса сухих разнокалиберных хрипов. А/Д — 100/60 мм.рт.ст.. Пульс 110 уд/мин.,

ритмичный, слабого наполнения. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в верхних отделах и в области раны. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. В области эпигастрия, слева от срединной линии, рана 1,5x0,5 см. с ровными краями и углами, умеренно кровоточит. Под местным обезболиванием при ревизии раны обнаружено, что раневой канал проникает в брюшную полость. Через один час после поступления под интубационным наркозом с мышечными релаксантами произведена верхне-срединная лапаротомия. В верхнем этаже брюшной полости до 400-500 мл. желчи с небольшим количеством крови. К ране прилежит левая доля печени коричневой окраски с умеренно выраженными субкапсулярными холангиоэктазами диаметром до 0,2 см., которые переходят на левую треугольную связку печени. Основная масса подкапсулярных холангиоэктазов расположена на левой доле печени. В проекции II сегмента на передней поверхности рана до 1,5 см., из которой выделяется желчь. Выполнено ушивание раны 2 узловыми капроновыми швами с предварительной тампонадой участком неизолированного большого сальника. Брюшная полость осушена. К ране печени подведены марлевый тампон и резиновая трубка, которые выведены через контрапертуру в левом подреберье. Рана залита наглухо. Послеоперационный период протекал с явлением интоксикационного психоза, который купирован после дезинтоксикационной терапии. Тампон из брюшной полости удалён на 3 сутки. 21.II.80г. у больного появилась эвентрация кишечника, которая устранена под масочным наркозом. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан 12.I2.80г. в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 6 лет. Жалоб не предъявляет. Работает по своей специальности. Дегельментизацию не проходил.

В таблице № 25 представлены данные о количестве крови, излив-

шейся в брюшную полость при изолированных ранениях печени:

Таблица № 25.

количество излившейся крови	открытая травма	закрытая травма
до 100 мл	6(0,12)	-
от 100 до 200 мл	5(0,10)	1(0,02)
от 200 до 500 мл	2(0,04)	1(0,02)
от 500 до 1000 мл	7(0,14)	2(0,04)
от 1000 до 1500 мл	1(0,02)	-
Всего:	21(0,41)	4(0,08)

Как видно из представленных данных, при изолированных повреждениях печени кровопотеря от 500 до 1500 мл. была только в 10(0,33) случаях из 33.

При сочетанных повреждениях печени наблюдалась более значительная кровопотеря за счет повреждения крупных сосудов, селезенки, сальника, брыжейки кишечника. Эти данные представлены в таблице № 26.

Таблица № 26.

количество излившейся крови	открытая травма	закрытая травма
от 200 до 300 мл	3(0,06)	2(0,04)
от 500 до 1000 мл	4(0,08)	4(0,08)
от 1000 до 1500 мл	3(0,06)	1(0,02)
от 1500 до 2000 мл	1(0,02)	-
Всего:	11(0,22)	7(0,14)

Кровопотеря, превышающая 500 мл., при сочетанных повреждениях была у 13 (0,77) больных из 18.

В таблице - 27 представлены данные о степени повреждения печени у больных описторхозом.

Таблица № 27.

Степень повреждения	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
I степень	30(0,59)	9(0,17)	39(0,76)
II степень	3(0,06)	8(0,16)	11(0,22)
III степень	1(0,02)	-	1(0,02)
Всего:	34(0,67)	17(0,33)	51(1)

Из представленных данных видно, что в основном повреждения печени были небольшими, только в I случае наблюдали сквозное ранение органа. Данные о выполненных оперативных вмешательствах на поврежденной печени и желчном пузыре представлены в таблице № 28.

Таблица № 28.

№ пп	Вид операции	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
I.	Наложение 8-образных и П-образных швов.	27(0,53)	6(0,12)	33(0,65)
2.	Наложение узловых швов.	7(0,14)	5(0,10)	12(0,24)
3.	Укрепление швов прошиванием через изолированный сальник.	18(0,35)	3(0,06)	21(0,41)
4.	Тампонада ран сальником	9(0,18)	-	9(0,18)
5.	Укрепление швов прошиванием через связки печени.	-	1(0,02)	1(0,02)
6.	Тампонада ран марлевыми тампонами.	-	6(0,12)	6(0,12)
7.	Гепатопексия по Хиари-Алферову-Николаеву.	2(0,04)	-	2(0,04)
8.	Холецистостомия	3(0,06)	-	3(0,06)
9.	Холецистэктомия	1(0,02)	2(0,06)	3(0,06)
10.	холедохостомия	-	1(0,02)	1(0,02)
II.	Применение гемостатической марли.	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)

Основными методами гемостаза и остановки желчеистечения использовали швы кетгутовой или капроновой нитью в сочетании с тампонадой ран участком изолированного большого сальника. 8-образ-

ные и П-образные швы накладывали через участок большого сальника или связки печени для предупреждения прорезывания хрупкой паренхимы органа. Применение марлевых тампонов в 6 (0,12) случаях для остановки кровотечения вызвано тем, что разрывы на задней поверхности печени были недоступны ушиванию из применявшихся оперативных доступов. При отрыве желчного пузыря от ложа 3 (0,06) больным выполнена холецистэктомия, ушивание десерозированного участка желчного пузыря - 1 (0,02). В 2 (0,04) случаях для остановки диффузного паренхиматозного кровотечения использована гемостатическая марля с хорошим непосредственным эффектом. Как завершающий этап операции 2 (0,04) больным проведена гепатопексия по Хиари-Алфирову-Николаеву. В 4 (0,08) случаях, при выраженных макроскопических проявлениях описторхоза и желчеистечения из ран, оперативное пособие дополнено наружным дренированием желчных путей для декомпрессии билиарного тракта с целью профилактики желчеистечения в послеоперационном периоде.

Пример. История болезни № 1074, 1987г. Больной Р., 40 лет поступил в хирургическое отделение через 16 часов после травмы. Во время работы получил удар бревном в область правого подреберья, сознание не терял. В последующем появились ноющие боли в области правого подреберья, которые постепенно усиливались и распространялись по всему животу, появились тошнота, рвота, после чего доставлен попутным транспортом. Состояние тяжелое. Кожа бледная, слизистые сухие. В легких везикулярное дыхание. А/Д - 80/40 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин., удовлетворительных качеств. Живот умеренно вздут, напряжен и болезненный во всех отделах. Положительные симптомы раздражения брюшины. Анализ крови. Эритроциты 5×10^{12} /л.; лейкоциты 10×10^6 /л; ю - 1; п - 30; э - 2; с-31; л-26; м - 10.

Анализ мочи: лейкоциты 2-4; белок 0,33⁰/оо. Диастаза мочи 512 ед. После предоперационной подготовки через 2 часа с момента поступления больной оперирован с диагнозом: закрытая травма живота с повреждением внутренних органов. Под интубационным наркозом выполнена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости до 500 мл. гнойной желчи. Петли кишечника покрыты фибрином, тусклые. Печень тёмно-вишнёвого цвета, по всей поверхности имеются подкапсульные холангиоэктазы, плоскостные слайки между печенью и окружающими органами. У края печени, в III сегменте, рана размерами 2х3 см., на плоскости последней видны желчные ходы, из которых истекает желчь с олисторхами. Рана ушита П-образными швами через участок неизолированного большого сальника. Для профилактики желчеистечения и холангита в послеоперационном периоде, учитывая макроскопические проявления олисторхоза, гепатикохоледох дренирован расщеплённым Т-образным дренажом. Туалет брюшной полости растворами антисептиков, дренирование трубчатыми дренажами. Послеоперационный период протекал тяжело. В течение 4 суток по дренажу из гепатикохоледоха выделялась мутная желчь с олисторхами в количестве до 600 мл. Медленное выздоровление.

После выполнения необходимых манипуляций на повреждённой печени и других органах при сочетанных повреждениях, в 49(0,96) случаях операцию завершали дренированием брюшной полости.

Методы дренирования брюшной полости представлены в таблице № 29.

Таблица № 29

№1 метод дренирования	!открытая травма	! закрытая травма	! всего
1. марлевые тампоны	7(0,14)	3(0,06)	10(0,20)
2. резиновые трубки	6(0,12)	1(0,02)	7(0,14)

3. марлевые тампоны и резиновые трубки

19(0,37) 13(0,25)

Для дренирования брюшной полости при травматических повреждениях печени у больных описторхозом использовали марлевые тампоны и дренажные трубки, но в 9(0,18) случаях это не предупредило желчеистечения и развития разлитого желчного перитонита.

Пример. История болезни № 679, 1981г. Больной Р., 53 года, житель Тобольского р-на, поступил в хирургическое отделение Тобольской городской больницы 28.02.81г. через 6 часов после получения травмы с диагнозом: проникающее колото-резаное ранение в брюшную полость с повреждением внутренних органов. Алкогольное опьянение. Состояние больного средней степени тяжести. Возбужден. Из рта запах алкоголя. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во всех отделах. Тоны сердца ритмичные, ясные. А/Д-120/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот умеренно вздут, слегка напряжён и резко болезненный при пальпации, особенно в верхнем этаже брюшной полости. В VII межреберье справа по парастеральной линии рана размером 3х0,5 см. с ровными краями, углами, проникает в брюшную полость. Через 1 час 20 мин. после поступления под интубационным наркозом с мышечными релаксантами произведена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости до 600 мл. крови с примесью желчи. На куполе левой доли печени, в области серповидной связки колотая рана 0,5х3 см. Из раны обильно истекает желчь. По всей поверхности печени множественные субкапсулярные холангиоэктазы диаметром до 0,4 см., плотные, извитые, переходящие с края печени на левую треугольную связку, дно желчного пузыря (описторхоз). Рана закрыта двумя П-образными швами кетгутовой нитью, кото-

рне наложены через участок неизолированного большого сальника. К ране печени подведен марлевый тампон, который выведен через разрез в левом подреберье. Рана зашита наглухо. Послеоперационный период протекал тяжело, с явлением нарастающей интоксикации, пареза кишечника. На третьи сутки после операции был подтянут тампон, из брюшной полости выделилось 500 мл. желчи. Диагностирован разлитой желчный перитонит. 3.03.81г. под интубационным наркозом с мышечными релаксантами произведена релапаротомия. В брюшной полости во всех отделах до 1000 мл. желчи с наибольшим скоплением в области левого подреберья. Петли кишечника покрыты фибрином. Обнаружено, что ранее пришитый участок большого сальника "отошел" от раны. Из раны обильно истекает желчь. Рана тампонирована участком неизолированного большого сальника и повторно зашита узловыми гапроновыми швами. Туалет брюшной полости. К поврежденному участку печени подведен марлевый тампон и резиновая трубка. Декомпрессия билиарного тракта не выполнена из-за выраженного спаечного процесса в правом подреберье. Брюшная полость дренирована резиновыми трубками. Рана зашита наглухо. Послеоперационный период протекал тяжело, с прогрессирующими явлениями пареза кишечника, интоксикации. Несмотря на проводимое лечение, при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности 4.03.81г. наступила смерть.

Судебно-медицинский диагноз: проникающее колото-резаное ранение в брюшную полость с повреждением печени. Разлитой желчно-гнойный перитонит. Отёк легких и головного мозга. Гипостатическая пневмония. Описторхоз.

В приведенном примере у больного повреждена левая доля. Морфологические проявления описторхоза были значительными. Ушивание раны с перитонизацией участком неизолированного большого сальни-

ка не предупредило в последующем желчеистечения, которое могло бы предотвратить наружное дренирование желчных путей, хотя и на повторной операции это не удалось выполнить из-за выраженного спаечного процесса в подпеченочной области. Причиной смерти больного явился разлитой желчно-гноеный перитонит.

У 2 больных с касательными ранениями без макроскопических проявлений описторхоза брюшная полость зашита наглухо, осложнений в послеоперационном периоде не возникло.

Реинфузию излившейся в брюшную полость крови как и изолированными, так и с сочетанными повреждениями печени не проводили. Во-первых, в большинстве случаев кровопотеря была небольшой, во-вторых, у 18(0,35) больных имела место явная примесь желчи, у 14 (0,27) больных наряду с повреждением печени имелось повреждение полого органа.

В таблице № 30 представлены данные о развившихся в послеоперационном периоде специфических осложнениях.

Таблица № 30

№ п/п	Специфические осложнения	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1.	Желчеистечение и желчный перитонит	2(0,04)	7(0,14)	9(0,18)
2.	Наружный желчный свищ	-	1(0,02)	1(0,02)
3.	Желчный плеврит	2(0,04)	-	2(0,04)

Желчный плеврит, как специфическое осложнение травмы печени, наблюдался у 2(0,04) больных с торакоабдоминальным колото-резанными ранениями, который развивался вследствие погрешностей при проведении операции.

Пример. История болезни № 71, 1975г. Больной К., 17 лет поступил в хирургическое отделение через 4 часа 30 мин. после колото-

резанного ранения в область правой половины грудной клетки. Состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, слизистые влажные. В легких справа дыхание ослабленное. Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д — 115/75 мм.рт.ст. Пульс 98 уд/мин., удовлетворительных качеств. По срединной подмышечной линии в VIII межреберье справа рана размерами 6x2 см., с ровными краями и углами. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Ревизия раневого канала, последний сообщается с плевральной полостью. При рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости патологии не выявлено. Выполнена первичная хирургическая обработка раны. Выставлен диагноз: проникающее колото-резаное ранение в грудную клетку справа. Госпитализирован для наблюдения. Анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ л.; лейкоциты $11,2 \times 10^4$ /л., п/я — 12; с/я — 74; л — 11; м — 3; Анализ мочи: удельный вес 1025; белок 0,33‰; лейкоциты — 6-8 в п/зр. .

Через 14 часов после поступления резко наступило ухудшение состояния больного. Появились сильные боли в правой половине живота, слабость, одышка. Кожа бледная, покрыта холодным потом, слизистые оболочки сухие, чистые. А/Д—130/60 мм.рт.ст., пульс 110 уд/мин. В легких дыхание проводится во всех отделах. Правая половина живота в акте дыхания не участвует. Здесь же определяется напряжение мышц брюшной стенки, выставлен диагноз: проникающее колото-резаное торакоабдоминальное ранение справа с повреждением печени.

Через 16 часов после поступления под интубационным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости до 200 мл. желчи. Операционная рана расширена пересечением прямых мышц живота справа. На диафрагме обнаружена рана размером 3 x 1 см., сквозное ранение правой доли печени, из ран которой поступает желчь. Рана на диафрагме ушита П-образными швами. Рана на диафрагмальной поверхности печени размерами 1x1,5 см., на нижней повер-

ности — 1х2 см., ушиты атравматической иглой. Поддиафрагмальное и подпеченочное пространство дренированы марлевыми тампонами и дренажными трубками. Туалет брюшной полости растворами антисептиков. Послойное ушивание раны. На 9 сутки после операции, при рентгеноскопии грудной клетки, в правой плевральной полости обнаружен уровень жидкости, при последующей плевральной пункции получена желчь. Диагностирован желчный плеврит. После предоперационной подготовки в VI межреберье справа выполнена передне-боковая торакотомия. В плевральной полости до 1000 мл. желчи. Плевра и диафрагма покрыты фибрином. На куполе диафрагмы обнаружена рана 4х0,5см., через которую поступает желчь. Рана ушита двухрядно узловыми капроновыми швами. Дренажирование плевральной полости трубчатыми дренажами. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. При копрологическом исследовании обнаружены яйца кошачьей двуустки. На 26 сутки после поступления выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Осмотрен через 12 лет. Здоров, жалоб не предъявляет. Дегельментизацию не проходил.

В наших наблюдениях желчный перитонит в послеоперационном периоде развился у 9 (0,18) больных. В 3 (0,06) случаях во время первичной операции не диагностированы раны на нижней поверхности печени. 6 (0,12) больным при выраженных макроскопических проявлениях описторхоза и явном желчеистечении из ран после ушивания последних не выполнено наружное дренирование желчных путей для снятия желчной гипертензии, что и послужило пропотеванию желчи через наложенные швы с последующим развитием разлитого желчного перитонита, несмотря на то, что брюшная полость была дренирована марлевым тампоном и резиновыми трубками. У одного больного с закрытой травмой печени развился наружный желчный свищ, который закрылся на 30 сутки после консервативного лечения.

Осложнения в послеоперационном периоде, развившиеся от причин, не зависящих от повреждения печени, представлены в таблице № 31

Таблица № 31

№	неспецифические осложнения	!открытая травма	!закрытая травма	! всего
1.	внутрибрюшное кровотечен.	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)
2.	нагноение раны	3(0,06)	-	3(0,06)
3.	непроходимость кишечника	-	2(0,04)	2(0,04)
4.	эвентрация кишечника	1(0,02)	-	1(0,02)
5.	алкогольный психоз	2(0,04)	-	2(0,04)
6.	тромбоэмболия лёгочной артерии	1(0,02)	-	1(0,02)
7.	пневмония	-	1(0,02)	1(0,02)
8.	илеофemorальный тромбоз справа	-	1(0,02)	1(0,02)

Неспецифические осложнения возникли в 12(0,23) случаях. Эвентрация кишечника отмечена в 1(0,02) случае как следствие нагноения послеоперационной раны, которое было в 3(0,06) наблюдениях. Спаечная непроходимость кишечника развилась у 2(0,04) больных с разлитым перитонитом. Развитие алкогольного психоза в 2(0,04) случаях связано с тем, что больные до получения травмы длительное время употребляли алкоголь. Тромбоэмболия ствола лёгочной артерии и пневмония наблюдались по одному разу. Из всей группы наблюдений желчный перитонит развился у 14(0,27) больных, в 9(0,18) случаях в послеоперационном периоде, в 5(0,10) непосредственно после травмы.

Следует отметить, что желчеистечение с последующим развитием желчного перитонита наблюдали при наличии ран, не превышающих 4 см. При проникающих колото-резаных ранениях в 6 случаях из 7, желчный перитонит возник при повреждении левой доли печени. У 7 больных с закрытой травмой печени желчный перитонит развился

при повреждении правой доли.

В таблице № 32 представлены данные о характере содержимого в брюшной полости, обнаруженного во время операций в этой группе наблюдений.

Таблица № 32

№! содержимое в брюшной полости	! количество наблюдений	
	! открытая травма	! закрытая травма
1. желчь	5(0,10)	4(0,03)
2. желчь с примесью крови	1(0,02)	-
3. кровь	1(0,02)	3(0,06)

Из представленных данных видно, что предпосылки для возникновения желчного перитонита имели место. Только в 4(0,03) случаях во время операции была кровь без явной примеси желчи.

Отдельные клинические симптомы у больных с желчным перитонитом представлены в таблице № 33

Таблица № 33

№! клинические симптомы	! открытая травма	! закрытая травма
1. кожные покровы		
а) обычные	1(0,07)	-
б) бледные	5(0,15)	7(0,50)
в) землистого цвета	1(0,07)	-
2. сухость слизистых оболочек и языка	6(0,42)	7(0,50)
3. частота пульса:		
а) 30 уд/мин	1(0,07)	-
б) 30-100 уд/мин	1(0,07)	3(0,21)
в) 100-120 уд/мин	3(0,21)	3(0,21)
г) более 120 уд/мин	2(0,14)	1(0,07)
4. артериальное давление:		
а) 30 мм.рт.ст.	1(0,07)	
б) 30-100 мм.рт.ст.	1(0,07)	2(0,14)
в) 100-120 мм.рт.ст.	5(0,35)	5(0,35)
5. напряжение мышц брюшной стенки	5(0,35)	6(0,42)

6. симптом Щёткина-Блимберга:		
а) слабо-положительный	4(0,28)	2(0,14)
б) положительный	3(0,21)	4(0,28)
7. вздутие живота:		
а) умеренное	2(0,14)	4(0,28)
б) выраженное	4(0,28)	3(0,21)
8. отделение желчи по дренажам	4(0,28)	3(0,21)

Как видно из таблицы, в клинической картине желчного перитонита наиболее постоянным являются такие симптомы, как бледность кожных покровов, сухость слизистых оболочек и языка, тахикардия, вздутие живота в той или иной степени, симптомы раздражения брюшины, гипертермия. В послеоперационном периоде своевременной диагностики желчного перитонита способствует появление желчного отделяемого по дренажам.

В таблице № 34 представлены данные о лабораторных показателях в группе больных с разлитым желчным перитонитом.

Таблица № 34

№ лабораторные показатели	!открытая травма	!закрытая травма	! всего
1. количество эритроцитов от 3 до 4×10^{12} /л	6(0,42)	7(0,50)	13(0,92)
2. лейкоцитоз			
а) до 12×10^6 /л	7(0,50)	4(0,28)	11(0,78)
б) выше 12×10^6 /л	-	3(0,21)	3(0,21)
3. нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы	6(0,42)	7(0,50)	13(0,92)
4. эозинофилия	2(0,14)	1(0,07)	3(0,21)
5. повышение СОЭ	6(0,42)	6(0,42)	12(0,85)
6. наличие патологических элементов в моче	6(0,42)	7(0,50)	13(0,92)

По представленным данным видно, что в анализах периферической крови в большинстве случаев определялся умеренный лейкоцитоз с выраженным нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы, увеличе-

ние СОЭ, что наряду с патологическими элементами в моче говорит о выраженной интоксикации организма.

В клинической картине желчного перитонита при травматических повреждениях печени, поражённой описторхозом выявлены особенности, которые заключались в следующем: в первые 12-24 часа после получения травмы или предшествующей операции состояние больных несколько улучшалось, боли в животе исчезали или уменьшались. Гемодинамические показатели стабилизировались—это фаза мнимого благополучия. В последующем, по мере поступления желчи в брюшную полость и развития воспаления брюшины, наступает фаза клинических проявлений. Быстро нарастает интоксикация организма, появляются гипертермия, сухость слизистых оболочек, тахикардия, вздутие живота, симптомы раздражения брюшины. В анализах периферической крови определяется нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ на фоне умеренного лейкоцитоза. Количество эритроцитов остаётся в пределах нормальных величин. В моче у большинства больных определяются патологические элементы. Изменения в организме, вызванные интоксикацией при развитии желчного перитонита у больных описторхозом, порой становятся необратимыми, несмотря на выполненное оперативное вмешательство. Повторно оперировано 14 (0,27) больных, которым выполнено 16(0,31) оперативных вмешательств. Характер осложнений, по поводу которых выполнены повторно операции представлен в таблице № 35.

Таблица № 35

№№! причины повторной операции	!открытая травма	!закрытая травма	! всего
1. внутрибрюшное кровотечение	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)
2. желчный перитонит	6(0,12)	3(0,06)	9(0,18)
3. спаечная непроходимость кишечника	1(0,02)	1(0,02)	2(0,04)

4. эквентрация кишечника	1(0,02)	-	1(0,02)
5. мелкий плеврит	2(0,04)	-	2(0,04)

Из 14(0,27) больных, подвергнутых релапаротомии, умерло 5 (0,35). В 9(0,18) наблюдениях адекватное повторное оперативное вмешательство позволило добиться успеха.

Время пребывания больных в стационаре представлено в таблице №36.

Таблица № 36

пребывание больных в стационаре	число случаев	
	открытая травма	закрытая травма
до 9 к/дн	6(0,12)	2(0,04)
от 10 до 15 к/дн	14(0,27)	4(0,08)
от 16 до 20 к/дн	5(0,10)	4(0,08)
от 21 до 30 к/дн	4(0,08)	3(0,06)
свыше 30 к/дн	5(0,10)	4(0,08)
Всего:	34(0,67)	17(0,33)

Среднее пребывание больного в стационаре составило $22,6 \pm 2$ к/дн. Столь продолжительное пребывание больного в стационаре связано с тем, что у 18(0,35) больных возникли различные осложнения, из них у 9(0,18) - разлитой мелкий перитонит, что, несомненно, требует длительного и настойчивого лечения.

Из 51 больного, находившегося под нашим наблюдением, умерло 9 (0,18). Общая летальность составила 17,6%. При открытых повреждениях печени умерло 5 человек, при закрытых 4. Причины летальных исходов представлены в таблице № 37.

Таблица № 37

№ пп	Причины летального исхода	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1.	мелкий перитонит	4(0,08)	3(0,06)	7(0,14)
2.	Тромбоз ствола легочной артерии	1(0,02)	-	1(0,02)
3.	Травматический шок	-	1(0,02)	1(0,02)

Из 9 умерших больных, у 7 — непосредственной причиной смерти явился желчный перитонит. У больного с колото-резаным ранением печени на 9 сутки ореди полного благополучия возник тромбоз лего-чвой артерии. У одного больного причиной смерти явился травматический шок. Отдаленные результаты лечения проверены у 34(0,70) больных в сроки от 1,5 до 12 лет. Хорошие отдаленные результаты лечения получены у 29(0,57) больных, удовлетворительные у 5(0,10).

Таким образом, повреждения печени у больных описторхозом составляли 47,6% от всех травм печени, чаще наблюдались у мужчин трудоспособного возраста (0,65) в результате бытовой травмы (0,92), чему опосредствовало наличие алкогольного опьянения (0,30) в момент получения травмы. Позднее шести часов с момента получения травмы поступило 6(0,12) пострадавших с открытыми повреждениями и 9(0,18) — с закрытой травмой печени. Это объясняется тем, что у 33 (0,65) больных имелись изолированные повреждения печени небольших размеров, следовательно, выраженного кровотечения не было. Кроме этого болевой синдром отсутствовал из-за сопутствующего алкогольного опьянения. В наших наблюдениях у большинства больных (0,62) общее состояние было удовлетворительным и средней тяжести, гемодинамические показатели определялись в пределах нормальных величин. Тяжесть состояния у 18(0,35) пострадавших обусловлена наличием сочетанных повреждений, при этом клиническая картина соответствовала клинике внутрибрюшного кровотечения (0,23) или перитонита(0,35). При изолированных повреждениях печени убедительных клинических данных, указывающих на повреждение этого органа, не выявлено, лишь в 6(0,12) случаях, при ранениях, наличие раневого канала в проекции печени позволило поставить правильный диагноз до операции.

При повреждении печени у больных описторхозом из лабораторных данных выявлено снижение количества эритроцитов и гематокрита

лишь в 4(0,08) случаях, при сочетанных повреждениях крупных сосудов. У 36(0,70) больных определялся лейкоцитоз ($11,9 \times 10^6 \pm 10 \times 10^4$ /л) с выраженным нейтрофильным сдвигом (п/я-18,3 \pm 1,8%), у 27(0,52) больных - увеличение СОЭ (21,3 \pm 2,9 мм/час). У 35(0,69) пострадавших в моче определены патологические элементы, хотя повреждения мочевыводящей системы было в 3(0,06) случаях. По лабораторным показателям, в наших наблюдениях, можно сделать заключение о воспалительном процессе в брюшной полости. При рентгенологическом исследовании косвенных признаков повреждения печени не наблюдали.

При неясном диагнозе многие авторы применяют лапароцентез и лапароскопию, что позволяет обнаружить кровь в животе, если имеется повреждение печени (Б.И.Никифоров, 1974; Б.М.Браташ, 1976; Ю.Б.Шапошников и соавт., 1982; Г.Г.Дуканов и М.И.Боровский, 1982; А.А.Бураков и соавт., 1986).

Мы выполнили лапароцентез у 4(0,08) больных, в 3 случаях обнаружена в брюшной полости кровь, в 1 - желчь. В последующем во время операции диагностировано повреждение печени. Лапароскопию применили в 2(0,04) случаях, при этом выявлена кровь в брюшной полости. У 50(0,98) больных операцию начинали с выполнения верхней срединной лапаротомии, в 8(0,16) случаях дополненную пересечением прямых мышц справа при повреждении задних сегментов печени. У 1(0,02) больного оперативное вмешательство выполнено через косой разрез в правом подреберье. В 3(0,06) случаях при торакоабдоминальных ранениях, дополнительно произведена торакотомия. Осложнений, связанных с недостаточностью оперативного доступа, не возникало. Во время операции в брюшной полости количество крови от 500 до 1500 мл. обнаружено у 14(0,78) из 18 больных с сочетанными повреждениями и у 10(0,33) пострадавших с изолированными повреждениями печени без макроскопических проявлений описторхоза. У больных с мак-

рокопическими проявлениями описторхоза, в 10(0,20) случаях в брюшной полости было количество крови до 200–300 мл. с примесью желчи и в 8(0,16) случаях – только желчь. Средняя кровопотеря при изолированной травме печени составила 380 ± 71 мл., при сочетанной – 628 ± 110 мл.. В случаях без визуальных проявлений описторхоза выявлено достоверное увеличение кровопотери, по сравнению с макрокопическими изменениями, независимо от размера ран печени ($p < 0,01$). Характер содержимого в брюшной полости при повреждении печени у больных описторхозом вызывает и соответствующую клиническую картину, поэтому только у 18(0,35) больных имели место признаки внутрибрюшного кровотечения, в остальных случаях преобладали проявления воспалительного процесса.

Для остановки кровостечения и желчестечения из ран печени 43 (0,84) больным применяли П-образные и 3-образные швы кетгутовой нитью через участок большого сальника или связки печени для предупреждения прорезывания ее паренхимы. При капиллярном кровотечении из задних сегментов печени в 6(0,12) случаях для гемостаза применили марлевые тампоны, в 2(0,04) случаях – гемостатическую марлю. 2(0,04) раза, как завершающий этап операции, выполнена гепатопексия по Хиари–Алфёрову–Николаеву, когда не было макрокопических проявлений описторхоза. В наших наблюдениях у 2(0,04) больных с касательными ранениями печени без визуальных проявлений описторхоза брюшная полость зашита наглухо. В 10(0,20) случаях для дренирования брюшной полости применили марлевые тампоны, у 32(0,63) больных – марлевые тампоны и резиновые трубки, у 7(0,14) – только резиновые трубки. Авторы, изучающие хирургические осложнения описторхоза (Н.А.Зубов, 1963, 1973, 1981; А.П.Некрасов, 1970; А.М.Третьяков, 1973; Р.В.Зиганшин, 1977; М.П.Кириленко, 1977 и др.), указывают на возможность желчестечения и развитие

желчного перитонита при повреждении субкапсулярных холангиоэктазов на печени во время пункционной биопсии, операций на желчном пузыре или соседних с ними органах. В основе этих осложнений являются дислокация субкапсулярных холангиоэктазов на связки печени, желчный пузырь, наличие перивисцерального спаечного процесса. Этим мы руководствовались, применяя марлевые тампоны для дренирования брюшной полости, при повреждении печени, пораженной описторхозом, в начальном периоде работы, хотя в 9(0,18) случаях это не предупредило развитие разлитого желчного перитонита.

Учитывая гистоструктурные изменения в печени, вызванные паразитированием описторхов, наличие повышенного гидростатического давления в желчных протоках у больных описторхозом, при макроскопических проявлениях глистной инвазии и желчеистечения из ран печени, для профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде, 3(0,06) больным выполнили холецистостомию, 1(0,02) холедохостомию. Это позволило в два раза уменьшить летальность от желчного перитонита (из 14 больных с явным желчеистечением из ран, которые зашивали без декомпрессии билиарного тракта, умерло 7(0,50) человек. 4 больным выполнено ушивание ран печени и наружное дренирование желчных путей, умер - 1(0,25).

У больных с травмой печени, пораженной описторхозом, реинфузию крови не проводили по следующим причинам: во-первых, в большинстве случаев кровопотеря была в пределах допустимых физиологических величин, во-вторых, у 18 человек имелась явная примесь желчи или сочетанное повреждение полого органа. Летальных исходов, связанных с невосполненной кровопотерей, не было.

Высокий процент послеоперационных осложнений отмечается многими авторами, от 21,6% до 45,1% (А.Стоянов, И.Христов, 1968;

W. R. Olsen, 1932; T. Sugimoto, 1932; F. Samhaz, 1930). У 28(0,56) больных с травмой печени, поражённой олисторхозом, в послеоперационном периоде возникли осложнения. В 2(0,04) случаях было внутрибрюшное кровотечение. У одной больной это явилось результатом неполного гемостаза подкапсульной гематомы, у второго больного не диагностировано сквозное ранение воротной вены. В обоих случаях макроскопических проявлений олисторхоза не было. Паразитарная инвазия выявлена при копрологическом исследовании. Всего неспецифические осложнения возникли у 16(0,31) больных, из них тромбоэмболия лёгочной артерии(0,02) с летальным исходом.

Специфические осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 12(0,23) случаях. Желчный плеврит развился у 2(0,04) больных с торакоабдоминальными ранениями печени и диафрагмы вследствие неадекватно выполненной первой операции. У 1(0,02) больного наружный желчный свищ функционировал 20 суток и закрылся после консервативного лечения. Разлитой желчный перитонит в послеоперационном периоде возник у 9(0,18) больных.

По данным литературы, специфические осложнения при повреждении печени встречаются у 11,6%–16% больных, из них желчный перитонит развивается в 0,5%–8% случаев, как правило, при массивных повреждениях органа, сопровождающихся нарушением целостности внутриорганных трубчатых структур, при повреждении внепечёночных желчных протоков(Ф.М.Данович, А.И.Мариев, 1966; В.С.Цапкин и Ж.А.Гриненко, 1973, 1977, 1984; F. Samhaz, 1930).

В наших наблюдениях у 14(0,27) больных с травмой печени, поражённой олисторхозом, развился разлитой желчный перитонит. В 9(0,18)– в послеоперационном периоде, в 5(0,10)–непосредственно после травмы. У 8 больных этой группы имели место макроскопические проявления олисторхоза. Особенностью наших наблюдений является

ся тот факт, что раны на печени, пораженной описторхозом, не превышали 4 см., но это оказалось достаточным для развития желчеистечения и разлитого желчного перитонита. В клинической картине и развитии разлитого желчного перитонита при повреждении печени у больных описторхозом выявлено двухфазное течение, что затрудняло своевременную диагностику этого грозного осложнения.

Для улучшения результатов лечения больных с травмой печени, пораженной описторхозом, в неясных для диагностики случаях следует применять лапароцентез и лапароскопию. При макроскопических проявлениях описторхозной инвазии после ушивания ран печени, даже при незначительных повреждениях, для снятия желчной гипертензии и предупреждения развития желчного перитонита в послеоперационном периоде необходимо наружное дренирование желчных путей. Дренирование брюшной полости после завершения манипуляций на поврежденной печени обязательно. Методом выбора для дренирования брюшной полости является применение трубчатых дренажей. При капиллярном кровотечении из ран печени, когда нет визуальных проявлений описторхоза, допустима тампонада ран марлевыми тампонами, которые следует удалять на 3-4 сутки до развития гнойных осложнений. Как завершающий этап операции, если нет макроскопических проявлений описторхоза, возможно выполнение гепатопексии, что противопоказано при выраженных проявлениях описторхозной инвазии, так как через наложенные швы будет просачиваться желчь.

Работая в эндемическом очаге описторхоза, хирург должен выяснять анамнестически наличие описторхозной инвазии у больных с травмой печени. Во время операции необходимо обращать внимание на макроскопические проявления описторхоза (увеличение размеров печени и желчного пузыря, наличие субкапсулярных, супрахолецист-

ных и интралигаментарных холангиоэктазов, перивисцерального спаечного процесса), чтобы после уточнения локализации и размеров ран, характера раневого отделяемого применить наиболее рациональное оперативное пособие.

Г Л А В А У I.

ИЗОЛИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ОПИСТОРХОВОМ.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных с изолированными повреждениями желчного пузыря. Описторхозная инвазия в 4 случаях выявлена во время операции по характерным морфологическим признакам, у 6 пострадавших — при копрологическом исследовании. По полу и возрасту больные распределились следующим образом:

Таблица № 38.

ПОЛ	возраст			всего
	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	
мужчины	1	2	3	6
женщины	-	3	1	4
всего:	1	5	4	10

Как видно из представленных данных, это люди трудоспособного возраста ($37,7 \pm 0,19$ лет). 8 человек в момент получения травмы находились в алкогольном опьянении. Во всех наблюдениях травма бытовая. В 1 случае было проникающее колото-резаное ранение желчного пузыря, у 9 больных — закрытая травма. По механизму травмы у пострадавших с закрытыми повреждениями желчного пузыря был прямой удар в область подреберья. Двое больных ранее оперированы на органах брюшной полости. Все пострадавшие поступили позднее 12 часов после получения травмы ($31,4 \pm 8,4$ часа). Отдельные клинические симптомы, характеризующие состояние больных при поступлении, представлены в таблице № 39.

Таблица № 39.

№	Клинические симптомы	Открытая ТРАВМА	Закрытая ТРАВМА	Всего
1	2	3	4	5
1.	Состояние средней тяжести	-	4	4
2.	Тяжелое состояние	1	5	6
3.	Бледность кожных покровов	1	8	9

1	2	3	4	5
4.	Сознание сохранено	1	9	10
5.	Одышка	1	9	10
6.	Рвота	1	5	6
7.	Частота пульса: 80 уд/мин	-	2	2
	до 100 уд/мин	-	-	-
	100-120 уд/мин	1	6	7
	более 120 уд/мин	-	1	1
8.	Артериальное давление:			
	100-120 мм.рт.ст.	1	7	8
	120-140 мм.рт.ст.	-	2	2
9.	Сухость слизистых оболочек	1	6	7
10.	Болезненность при пальпации:			
	а) в области правого подреберья	1	3	4
	б) по всему животу	-	6	6
11.	Напряжение мышц брюшной стенки:			
	а) в области правого подреберья	1	3	4
	б) по всему животу	-	6	6
12.	Симптом Щеткина-Блюмберга	1	7	8
13.	Гипертермия	1	7	8
14.	Вздутие живота	1	5	6

Из представленных данных видно, что у всех больных состояние было тяжелым и средней степени тяжести, на что указывают такие симптомы, как бледность кожных покровов, одышка, гипертермия, тахикардия, рвота, сухость слизистых оболочек. При обследовании живота определялась болезненность и напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга, вздутие живота.

В таблице № 40 представлены результаты лабораторных исследований, выполненных у больных:

Таблица № 40.

№№ п/п	Лабораторные показатели	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1	2	3	4	5
1.	Количество эритроцитов:			
	а) $4-4,5 \times 10^{12}/л$	1	6	7

1	2	3	4	5
	б) $3,5-4 \times 10^{12}/л$	1	2	3
2.	Гематокрит 40% и выше	1	9	10
3.	Лейкоцитоз более $10 \times 10^6/л$	1	7	8
4.	Нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы	1	9	10
5.	Увеличение СОЭ	1	9	10
6.	Гипопротеинемия	1	1	2
7.	Гипербилирубинемия	-	1	1
8.	Патологические элементы в моче	1	7	8

Изменения в показателях крови и мочи, такие как лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ, патологические элементы в моче, указывают на воспалительный процесс в брюшной полости. Характерных симптомов повреждения желчного пузыря не выявлено. Двое больных поступили с неправильным диагнозом: острый панкреатит. В последующем, при опросе родственников и больных, получены указания на перенесенную травму. 7 человек были доставлены с диагнозом: закрытая травма живота с повреждением внутренних органов, 1 — с колото-резаным ранением брюшной стенки. Всем больным после поступления проводилась инфузионная терапия внутривенным переливанием плазмозамещающих и солевых растворов, продолжительность которой зависела от тяжести состояния пострадавших.

Показанием к операции являлись: неэффективность консервативного лечения (4), клиника разлитого перитонита (5), наличие проникающего ранения в брюшную полость (1). Больные оперированы под интубационным наркозом с мышечными релаксантами. Операцию начинали о выполнении срединной лапаротомии. В 6 случаях потребовалось расширение оперативного доступа вправо с пересечением прямых мышц брюшной стенки. Выявленные изменения во время операции представлены в таблице № 41.

Таблица № 41.

№ п/п	Выявленные изменения в брюшной полости	Открытая травма	Закрытая травма	Всего
1.	Спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости	I	5	6
2.	Перивезикальный спаечный процесс	I	8	9
3.	Увеличение желчного пузыря	I	7	8
4.	Полный отрыв желчного пузыря от ложа	-	5	5
5.	Частичный отрыв желчного пу- зыря от ложа	-	1	1
6.	Полный разрыв стенки желчно- го пузыря	-	2	2
7.	Разрыв слизистой оболочки желчного пузыря	-	1	1
8.	Субсерозное ранение стенки желчного пузыря	I	-	1
9.	Деструктивные изменения в желчном пузыре	I	6	7
10.	Явления местного желчного перитонита	I	2	3
11.	Явления разлитого желчного перитонита	-	4	4

В верхнем этаже брюшной полости у 6 пострадавших имел место спаечный процесс, хотя только двое ранее оперированы на органах брюшной полости. В 9 наблюдениях выявлен перивезикальный спаечный процесс выраженный в той, или иной степени. В 6 случаях с закрытой травмой желчного пузыря и в одном случае с субсерозным ранением, желчный пузырь был увеличен, стенка его утолщена, покрыт фибрином. У 4 больных содержимым желчного пузыря оказались сгустки крови. Полный отрыв желчного пузыря от ложа был в 5 наблюдениях. В 2 случаях наблюдали разрывы стенки желчного пузыря, у больных в верхнем этаже брюшной полости был выраженный спаечный процесс. У больной с проникающим ранением и у 6 пострадавших с закрытыми повреждениями желчного пузыря во время операции были явления огра-

ниченного(3) и разлитого желчного перитонита(4). У 7 больных вследствие деструктивных изменений в желчном пузыре выполнена холецистэктомия. Ушивание раны желчного пузыря и холецистостомия выполнены больной с разрывом стенки желчного пузыря. Несмотря на длительный срок с момента травмы и наличие разлитого желчного перитонита, желчный пузырь оказался жизнеспособным, что позволило сохранить орган. У I больного ушит дефект в стенке желчного пузыря в области дна. У пострадавшего с частичным отрывом желчного пузыря от ложа, к участку повреждения подведён дренаж без дополнительных манипуляций. Завершающим этапом операции после туалета брюшной полости антисептическими растворами проводили дренирование подпечёночного пространства марлевыми тампонами и трубкой, которые выводили через контрапертуру в области правого подреберья. У больных с разлитым желчным перитонитом(4) дополнительно дренировали другие отделы брюшной полости.

После операции проводилась антибактериальная, десенсебилизирующая, общеукрепляющая, инфузионная терапия, корригирующая объём циркулирующей крови и водно-электролитный баланс. В послеоперационном периоде в 4 наблюдениях возникло 7 осложнений. У больной с колото-резаным ранением желчного пузыря, местным желчным перитонитом, поступившей через 72 часа после травмы в выраженном алкогольном опьянении, в послеоперационном периоде развился интоксикационный психоз, эвентрация кишечника и нагноение раны. В одном наблюдении с закрытой травмой желчного пузыря и ушибами тела послеоперационный период осложнился гипостатической пневмонией. Внутривнутрибрюшное кровотечение возникло из повреждённых мелких сосудов при мобилизации 12-перстной кишки у больного с отрывом желчного пузыря от ложа, во время повторной операции эвакуировано 1500 мл. крови. В I случае выполнено ушивание стенки желчного пу-

зря без декомпрессии желчных путей, что привело к деструктивно-воспалению органа и холангиту. Больная оперирована повторно.

Пример. История болезни № 945, 1937 г. Больная К., 47 лет поступила в хирургическое отделение через 2 часа после заболевания (со слов больной) с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. В 1986 г. оперирована по поводу пулочной грыжи. Состояние тяжёлое. Кожа бледная, слизистые сухие, из рта запах алкоголя. В лёгких везикулярное дыхание. А/Д—130/80 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин., слабого наполнения. Живот напряжён во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: эритроциты 4×10^{12} /л; гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $14,7 \times 10^9$ /л; п/я—8, с/я—85, л—7. Анализ мочи: удельный вес 1017; лейкоциты 3—4 в п/зр., белок 0,33⁰/оо. Выставлен диагноз: перфоративная язва 12-перстной кишки и через один час после поступления под интубационным наркозом выполнена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости до 1000 мл. желчи. В области правого подреберья выраженный спаячный процесс. Обнаружен дефект в области тела желчного пузыря 1,4x0,8, из которого истекает желчь. Рана ушита узловыми швами. Туалет брюшной полости растворами антисептиков, дренирование трубчатыми дренажами. В послеоперационном периоде на 8 сутки наступило ухудшение состояния больной. Появились сильные боли в эпигастрии, олабость, холодный пот. Кожа и слизистые цианотичные. А/Д—100/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин, слабого наполнения. Живот умеренно вздут и резко болезненный в области правого подреберья. Выставлен диагноз: деструктивный холецистит. После предоперационной подготовки разрезом Фёдорова в правом подреберье вскрыта брюшная полость, к ране прилежит край печени и увеличенный, напряжённый желчный пузырь, покрытый фибрином. Имеется выраженный перивезикальный спаячный процесс. Из желчного пузыря эвакуировано 600 мл. мутной жел-

чи и удалено 2 конкремента диаметром 4 мм. Выполнена холецистэктомия от шейки с раздельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии. В области дна желчного пузыря имеются туннелевидные субкапсулярные холангиоэктазы, которые переходят с края печени. Между печенью и диафрагмой плоскостные спайки. Гепатикохоледох до 1,5 см. в диаметре, напряжён. Продольная холедохотомия, под давлением выделилась желчь с фибрином и описторхами. Терминальный отдел холедоха проходим, конкрементов нет. Гепатикохоледох дренирован Т-образным дренажом. Ложе желчного пузыря ушито кетгутом, подпечёночное пространство дренировано трубчатыми дренажами. В послеоперационном периоде по дренажу гепатикохоледоха выделялось до 700 мл. мутной желчи с описторхами в течение 5 суток. Выздоровление. Гистологическое исследование желчного пузыря № 3330 от 4.03.87г. Морфологическая картина флегмонозного холецистита. Анализ кала на яйца глистов — *opisthorchis felinus*, осмотрена через год. Состояние удовлетворительное, работает по специальности. Ещё у одного больного наблюдалось нагноение раны. Летальных исходов не было. Среднее пребывание на койке составило $25,6 \pm 3,2$ койко-дней. Длительному пребыванию больных в стационаре способствовали возникшие осложнения в послеоперационном периоде, наличие у пострадавших воспалительного процесса в брюшной полости, что требовало продолжительного лечения.

Отдалённые результаты лечения проверены у 5 человек. В одном случае они признаны удовлетворительными, в четырёх — хорошими.

Таким образом, в наших наблюдениях изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом возникли в результате бытовой травмы от непосредственного воздействия травмирующего агента на орган. Отрыву желчного пузыря от ложа и нарушению целостности его стенки способствовала фиксация пузыря в окружающих

тканях спайками. Во время операций в 6 случаях выявлен выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и в 9 — перивезикальный спаечный процесс. Возникновение спаечного процесса у наблюдаемых больных связано с хроническим воспалительным процессом в гепатобилиарной зоне вследствие описторхозной инвазии и предшествующих операций на органах брюшной полости. Поздняя госпитализация пострадавших обусловлена тем, что в 8 наблюдениях нарушения целостности желчного пузыря не было и заболевание развивалось двухфазно. В начальной фазе, непосредственно после травмы, боли в животе уменьшались или исчезали. Продолжительность этого периода колебалась от 12 до 48 часов. В последующем, в фазе клинических проявлений, по мере развития деструктивных изменений в желчном пузыре протекания желчи через измененную стенку органа и развития воспаления брюшины боли в животе усиливались и распространялись во все отделы, появлялись и нарастали симптомы интоксикации организма, что и вынуждало больных обратиться за медицинской помощью. Позднему обращению больных за медицинской помощью способствовало и наличие алкогольного опьянения. Характерных признаков, указывающих на повреждение желчного пузыря, кроме желтушности кожи и склер у одной больной, не выявлено. Результаты объективных и лабораторных методов исследования указывали на воспалительный процесс в брюшной полости (лейкоциты $12 \times 10^6 / \text{л} \pm 13 \times 10^4 / \text{л}$; п/я — $18,3 \pm 2,3\%$; СОЭ — $22,8 \pm 4,4$ мм/час), что и определяло показания к экстренному оперативному вмешательству. В 7 наблюдениях во время операции обнаружены явления местного (3) и разлитого желчного перитонита (4). Органосберегающие операции выполнены только в трех случаях. У 7 больных вследствие деструктивных изменений желчного пузыря выполнена холецистэктомия. В трех наблюдениях возникновение послеоперационных осложнений связано с тяжестью течения основ-

ного заболевания. У одного больного внутрибрюшное кровотечение явилось следствием погрешностей при выполнении операции.

Таким образом, изолированные повреждения желчного пузыря описаны в литературе как отдельные случаи из практики и по данным авторов составляют 0,5–1,3% от всех повреждений брюшной полости (В.В.Виноградов, 1972; В.И.Васютков, 1983). В наших наблюдениях изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом составили 3,2% от всех повреждений органов брюшной полости. Более частым изолированным повреждением желчного пузыря при описторхозе способствуют патоморфологические изменения в желчном пузыре, вызванные описторхозной инвазией, такие как увеличение желчного пузыря, наличие перивезикального спаечного процесса, в результате которых желчный пузырь находится в фиксированном положении в момент действия травмирующего агента. В результате отрыва желчного пузыря от ложа или разрывов слизистой оболочки развиваются деструктивные изменения в органе. Поскольку в большинстве случаев нарушения целостности желчного пузыря не возникает, заболевание развивается двухфазно. Стертая клиническая картина в начальной стадии заболевания, продолжительность которой составляет 12–48 часов, приводит к поздней госпитализации и запоздалому оперативному вмешательству.

Хирургам, работающим в эндемическом очаге описторхоза, следует применять активную тактику к больным с указанием на травму живота при умеренном болевом синдроме. В сомнительных для диагностики случаях – применять дополнительные методы исследования. Во время операции необходимо учитывать степень выраженности описторхозной инвазии, характер повреждения желчного пузыря. При жизнеспособной стенке желчного пузыря допустима органосберегающая операция, но с обязательным наружным дренированием органа. При дест-

руктивных изменениях в желчном пузыре вследствие отрыва от ложа или разрывов слизистой оболочки показана холецистэктомия. Дренажирование брюшной полости является обязательным для профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проблема описторхоза как краевая патология Гюменской, Томской, Пермской и других областей СССР всесторонне изучается гельминтологами, морфологами, клиницистами и другими специалистами. В литературе широко освещены вопросы хирургических осложнений описторхоза, связанных с воспалением желчных протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы (Н.А.Зубов, 1964, 1980; И.А.Крафт, 1956; Р.В.Зиганьшин, 1976; П.И.Коломнец, 1982; Л.П.Некрасов, 1970; М.П.Кириленко, 1977; А.А.Кульчиев, 1983; Б.И.Альперович и соавт., 1983, 1985; и др), но недостаточно работ о частоте и характере, особенностях клинического проявления механической травмы печени и желчного пузыря у больных описторхозом, не разработана хирургическая тактика для предупреждения желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде у этой категории пострадавших.

Г.Ф.Николаев, 1953; В.С.Шапкин и Ж.А.Гриненко, 1977, 1985; С.З.Горшков, В.С.Волков, 1978; Б.И.Альперович, 1988; А.А.Бураков и соавт., 1986; С.А.Шалимов и соавт., 1987; R. H. Carmona *et al.*, 1982, 1984; W. P. Olsen, 1982; D. Lawrence *et al.*, 1982; J. P. Chambon *et al.*, 1983; J. Cerny, 1984; J. Michek *et al.*, 1984; G. Esser, 1984; J. P. Lerniot *et al.*, 1984; R. Macfalanе, 1985; K. Ogawa *et al.*, 1985; и другие показывают, что за последние годы ранения и закрытые повреждения печени увеличиваются, сопровождаются большим числом осложнений и летальностью от 8,3 до 55%, основной причиной которых являются шок и кровотечение. Желчный перитонит развивается, как правило, при массивных разрушениях печени при нарушении целостности внутриорганных трубчатых структур, внепечёночных желчных протоков, желчного пузыря.

Наши наблюдения охватывают 51 больного с механической травмой

печени и 10 человек с изолированным повреждением желчного пузыря, пораженных описторхозом. Для сравнения анализировано лечение 56 больных с травмой печени, не пораженной патологическим процессом. В 21(0,38) случае повреждения печени и желчного пузыря у больных описторхозом осложнились развитием желчного перитонита.

Следует отметить, что размеры ран на печени составили $2,3 \pm 0,8$ см., а нарушение целостности стенки желчного пузыря имело место в 2 случаях. Из 56 больных с травмой печени, не пораженной описторхозом, желчный перитонит развился в 1(0,02) случаев, при повреждении левого печеночного протока.

Для выяснения причины желчеистечения и развития желчного перитонита при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом изучали печень и желчный пузырь на секционном материале и сопоставляли с анатомической картиной во время операций на верхнем этаже брюшной полости. Наши наблюдения и опубликованные рядом авторов сведения по интересующему вопросу (И.А.Крафт, 1956; И.А.Зубов, 1970, 1980; А.М.Третьяков, 1973; Р.В.Зиганшин, 1976; Д.Д.Яблоков, 1979; Б.И.Альперович, 1983, 1986) позволяют считать характерными макроскопическими проявлениями хронического описторхоза следующие изменения:

1. Увеличение размеров печени и желчного пузыря;
2. Плоскостные или нитевидные спайки между печенью и диафрагмой, привезикальный спаечный процесс;
3. Наличие субкапсулярных холангиоэктазов, особенно на нижней поверхности левой доли печени, интралигаментарных и супрахолецистных холангиоэктазов;
4. Очаговый склероз фиброзной капсулы печени;
5. Увеличение желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

Нередко пузырный проток оказывается извитым и узким.

Сочетание большинства из указанных признаков позволяют диагностировать описторхозное поражение печени и желчного пузыря на опера-

ционном столе до получения результатов гельминтологического исследования в лаборатории.

При рентгеноконтрастном исследовании трупной печени людей, страдавших описторхозом, даже при незначительной описторхозной инвазии определяется расширение и деформация внутрипеченочных желчных протоков, которые становятся извитыми, близко подходят к капсуле печени. При средней и массивной глистной инвазии на холангиограммах желчные протоки значительно расширены, с веретенообразными и мешотчатыми актазами, выполняющими поверхность печени. Желчный пузырь увеличен в размерах в большинстве случаев. На ангиограммах определяется значительное обеднение как артериальной, так и портальной сосудистой систем печени, особенно на периферии органа.

При гистологическом исследовании печени выявлено расширение просвета желчных протоков, склероз и ригидность их стенки. Склероз в сосудистой стенке, утолщение стенок вен и артерий, местами их сужение.

Из изложенного становится понятной причина желчеистечения и развития желчного перитонита при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом. Следует отметить, что возникновение желчеистечения и развитие желчного перитонита находятся в прямой зависимости от степени и длительности описторхозной инвазии. В наших наблюдениях из 21 случая желчного перитонита, который развился при повреждении печени и желчного пузыря, только у одного больного не было макромопических проявлений описторхозной инвазии. Заражение описторхозом выявлено при копрологическом исследовании.

Если описторхозная инвазия незначительная, грубые морфологи-

ческие изменения в печени и желчном пузыре не развиваются. В этих случаях при нарушении целостности печени непосредственную опасность для жизни пострадавшего представляет кровотечение. При изолированной травме печени без визуальных проявлений описторхозной инвазии средняя кровопотеря составила $680,7 \pm 146$ мл., а у больных с макроскопическими проявлениями описторхоза — $229,4 \pm 52,5$ мл. ($p < 0,01$).

У большинства больных описторхозом, находившихся под нашим наблюдением (0,62), общее состояние расценено как удовлетворительное и средней степени тяжести, гемодинамические показатели определялись в пределах нормальных величин. Тяжесть состояния у 18 (0,35) пострадавших обусловлена наличием сочетанных повреждений. При изолированных повреждениях печени и желчного пузыря у больных описторхозом убедительных клинических данных, указывающих на повреждение этих органов, не выявлено. Только в 6(0,12) случаях, при ранениях, наличие раневого канала в проекции печени позволило поставить правильный диагноз до операции.

Г.Ф.Николаев,1953; А.Стоянов и М.Христов,1968; С.А.Боровков, 1975; С.З.Горшков, В.С.Волков,1978; В.С.Шапкин и Ж.А.Гриненко, 1981; И.С.Белый и соавт.,1981,1984; А.А.Бураков и соавт.,1986; *Danhame et al.*,1982; *R. H. Carmona et al.*,1984; и другие авторы отмечают, что поскольку повреждения печени сопровождаются кровопотерей, при исследовании крови определяется снижение гематокрита, лейкоцитоз с незначительным нейтрофильным сдвигом. Повышение активности аминотрансфераз находится в прямой зависимости от повреждения печени.

У больных с травмой печени, пораженной описторхозом, снижение гематокрита и количество эритроцитов отмечено в 4(0,08) случаях при сочетанных повреждениях крупных сосудов. У 36(0,70) больных

выявлен лейкоцитоз ($11,9 \times 10^6/\text{л} \pm 10 \times 10^4/\text{л}$) с выражением нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы (п/я - $18,3 \pm 1,8\%$), у 27(0,52) - увеличение СОЭ ($21,3 \pm 2,9$ мм/час). У 35(0,69) пострадавших в моче определены патологические элементы, хотя повреждения мочевыводящей системы были в 3(0,06) случаях.

В группе больных с травмой печени, но пораженной патологическим процессом, у 30(0,53) - состояние было тяжелое или крайне тяжелое, что обусловлено кровопотерей и явлениями шока. При клиническом обследовании снижение количества эритроцитов и гематокрита определено у 6(0,11) пострадавших, у 20(0,36) выявлен лейкоцитоз ($12,2 \times 10^6/\text{л} \pm 840$) с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы (п/я - $14,1 \pm 1,5\%$). В 19 (0,34) случаях определены патологические элементы в моче.

В наших наблюдениях воспалительные изменения в анализах крови и мочи наблюдались чаще при повреждении печени, пораженной описторхозом. Показатели гематокрита и количества эритроцитов на диагностику травм печени не оказывали существенного влияния.

Ф.З.Зетель, 1972; С.Д.Атаев, 1974; И.А.Плюскачев и соавт., 1979; У.Ю.Ибрагимов, К.Мадаратов, 1982; Б.И.Альперович, 1983; Ю.Г.Шапошников и соавт., 1984; В.В.Тищенко, 1987; *G. Vadala et al.*, 1983; *D.C. Thompson et al.*, 1985 и другие авторы при неясном диагнозе применяют лапароцентез и лапароскопию, что позволяет обнаружить кровь в животе при повреждении печени. У 4(0,08) больных с травмой печени, пораженной описторхозом, в сомнительных случаях выполнили лапароцентез и у 2(0,04) - лапароскопию. При этом обнаружены кровь (5) и желчь (1). У больных с повреждением печени, не пораженной описторхозом, лапароцентез применили в 4(0,07) наблюдениях, в брюшной полости обнаружена кровь.

Как у больных с травмой печени, пораженной описторхозом, так

и в группе больных с повреждением печени, не пораженной патологическим процессом, показания к операции определялись тяжестью состояния и клинической картиной. Более выраженная клиническая картина наблюдалась при повреждении печени, не страдающих описторхозом, за счет большой кровопотери, отсюда и подавляющее большинство (0,95) оперированы в первые 6 часов после травмы. В группе больных описторхозом в первые часы после травмы оперированы, в основном, больные с открытой травмой печени (0,83).

Е.А.Вагнер и соавт., 1974; Васильев, М.Ш.Шамсутдинов, 1974; И.Р.Рустамов, 1979; К.П.Вдовин, А.Н.Ящин, 1980; М.А.Топчимбаев, А.А.Ахмедов, 1982; В.С.Земсков и соавт., 1985; *P.H. Calne et al.*, 1982; и другие авторы рекомендуют операцию начинать с выполнения верхней срединной лапаротомии, которую при необходимости можно расширить вправо пересечением мышц живота или перевести в разрез Рио-Бранко, последний, в свою очередь можно продлить на грудную клетку. В наших наблюдениях у 1 (0,01) больного оперативное вмешательство выполнено через доступ Федорова в правом подреберье, в остальных случаях операцию начинали с выполнения верхней срединной лапаротомии, у 12 больных дополненную пересечением прямых мышц живота справа при повреждениях задних сегментов печени. В 7 случаях, при торакоабдоминальных ранениях, дополнительно произведена торакотомия. Осложнений, связанных с недостаточностью оперативного доступа, не наблюдали.

Как указано выше, подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов отмечают наличие крови в брюшной полости при травмах печени, не пораженной патологическим процессом. У больных с травмой печени, пораженной описторхозом кровопотеря более 500мл. выявлена у 14 (0,78) из 18 пострадавших с сочетанными повреждениями печени, без визуальных проявлений описторхозной инвазии. При

изолированных повреждениях печени кровопотеря составила $380 \pm 71,4$ мл., при сочетанных - $638 \pm 110,5$ мл.. В группе больных, имеющих макроскопические проявления описторхоза, что говорит о длительности глистной инвазии, в 8(0,16) случаях в брюшной полости была только желчь и в 10(0,20) - желчь с примесью крови до 200-300 мл.. У больных с травмой печени, не пораженной описторхозом, во время операции в брюшной полости во всех случаях была кровь. При изолированных повреждениях кровопотеря составила 661 ± 87 мл., при сочетанных - 2300 ± 1428 мл..

При сравнении величины кровопотери в зависимости от размеров ран печени у больных описторхозом и без такового, как при изолированных, так и при сочетанных повреждениях, результаты оказались недостоверными, т.е. размеры ран печени не влияли на величину кровопотери. Однако, у больных без макроскопических проявлений описторхозной инвазии выявлено достоверное увеличение кровопотери, по сравнению с больными, имеющими визуальные проявления описторхоза (средняя кровопотеря при травме печени без визуальных проявлений описторхоза составила 686 ± 146 мл., при макроскопических проявлениях глистной инвазии - $229,4 \pm 52,5$ мл., ($p < 0,01$). Следовательно, на величину кровопотери у больных описторхозом при травме печени оказывает влияние степень описторхозной инвазии. При макроскопических проявлениях описторхоза, даже при незначительных повреждениях печени, опасность для пострадавших представляет желчеистечение, которое наблюдали у 18(0,35) пострадавших.

Характер содержимого в брюшной полости при повреждении печени у больных описторхозом вызывает и соответствующую клиническую картину. При сочетанных повреждениях печени, когда кровотечение в брюшную полость возникает за счет повреждения других органов, в 18(0,35) случаях имели место признаки шока и кровопотери. При

изолированных повреждениях печени в клинической картине доминируют симптомы воспалительного процесса в брюшной полости. У больных о травмой печени, не пораженной описторхозом, в большинстве случаев (0,95) наблюдается клиническая картина внутрибрюшного кровотечения.

Многие авторы при небольших ранах печени производят ушивание ран, используя сальник в качестве подкладочного материала, при больших разрывах выполняют хирургическую обработку ран, удаляют нежизнеспособные участки печени, при необходимости проводят резекцию печени (Г.Ф. Николаев, 1953; В.С. Суворин, 1970; В.А. Блщина и соавт., 1970; Ф.М. Данович, А.И. Мариев, 1968; С.В. Готье и соавт., 1975; В.С. Шапкин и А.А. Гриненко, 1977, 1983; В.С. Доровков, 1978; И.С. Белый и соавт., 1984; А.А. Бураков и соавт., 1986; А.А. Шалимов, 1987; M. Balasegaram *et al.*, 1981; S. Smadja *et al.*, 1982; C. M. Furnival *et al.*, 1983; D. M. Balasegaram *et al.*, 1984; R. Bourgeon, 1984; J. Muc *et al.*, 1984; M. Prochazka *et al.*, 1984). D. M. Balasegaram, R. V. Calne, 1982; R. H. Carmona *et al.*, 1982; в исключительных случаях, для спасения жизни больного при кровотечении, рекомендуют тугое тампонирование ран марлевыми тампонами. Н.М. Бондаренко, Г.И. Гагаркин (1978), А.А. Гриненко (1983) при поверхностных ранах печени глубиной до 1 см. не рекомендуют наложение швов для гемостаза. Последний осуществляют местным применением гемостатических препаратов.

В наших наблюдениях размеры ран печени, пораженной описторхозом, составили $2,3 \pm 0,8$ см. для гемостаза и остановки мелкестечения 43 больным применили И-образные и 3-образные швы катгуттовой нитью или капроновой нитью, наложенные через участок изолированного большого мальника или связки печени, для предупреждения прорезывания паренхимы. При капиллярном кровотечении из ран в области задних сегментов печени в 6 случаях применили марлевые там-

пони и в 2 случаях – гемостатическую марлю. 2(0,04) больным, без визуальных проявлений описторхоза, выполнена гепатопексия по Хияри-Алдерову-Николаеву как завершающий этап операции.

В группе больных с травмой печени, не пораженной описторхозом, в 3(0,05) случаях, с размождением одного из сегментов печени, выполнена резекция – "обработка". У 19 (0,34) пострадавших поскольку размеры ран были незначительными и кровотечение не наблюдалось, последние не зашивали и ограничивались подведением дренажей к поврежденному участку печени. В остальных наблюдениях раны печени ушивали 8-образными и П-образными швами через участок неизолированного большого сальника. Гепатопексия выполнена у 1 больного.

Г.Ф.Николаев,1953; Н.С.Рамазанов, 1972; В.С.Шапкин и М.А.Гриненко,1977; В.С.Боровков,1978; Б.И.Альперович,1983;*F. Samhour; et al.*, 1980; *R. Babajan et al.*,1982; *R. H. Carmona et al.*,1984 и другие рекомендуют операцию на поврежденной печени завершать дренированием брюшной полости марлевыми тампонами и резиновыми дренажами для предупреждения гнойных осложнений. М.А.Гриненко, 1980; А.А.Бураков и соавт.,1986; С.А.Шалимов и соавт.,1987 отрицательно относятся к применению марлевых тампонов для дренирования брюшной полости и используют резиновые дренажи.

После манипуляций на поврежденной печени при описторхозе у 10 (0,20) больных для дренирования брюшной полости использовали марлевые тампоны, у 32(0,63) – марлевые тампоны и дренажные трубки, у 7(0,14) – только дренажные трубки. В 2(0,24) случаях с касательным ранением капсулы печени без визуальных проявлений описторхоза дренирование брюшной полости не проводилось.

У больных с травмой печени, пораженной описторхозом, находившихся под нашим наблюдением, в 18 (0,35) случаях имело место желчеистечение. У 9 (0,18) больных применение марлевых тампонов для

дренирования брюшной полости не предупредило развитие разлитого желчного перитонита в послеоперационном периоде. Учитывая морфологические изменения в печени, вызванные паразитированием печеночной двуустки, несмотря на небольшие размеры ран на печени, при макроскопических проявлениях описторхоза и наличия желчеистечения из ран печени, с 1983 года применяем декомпрессию билиарного тракта для профилактики желчеотечения. 3(0,06) больным выполнена холецистостомия, 1(0,02) – холедохостомия. Применение декомпрессии желчных путей, дренирование брюшной полости после ушивания ран печени у больных описторхозом предупредило желчеистечение и развитие желчного перитонита в послеоперационном периоде в 4(0,08) случаях. Обоснованием для декомпрессии билиарного тракта явились выявленные гистоструктурные изменения в печени и желчном пузыре при длительной описторхозной инвазии и результаты операционной рентгеноманометрии выполненной при операциях на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках у 102 больных описторхозом. Гидростатическое давление в большинстве случаев (93%) было повышенным, что всегда соответствовало макроскопическим проявлениям описторхоза. Из 4 больных, которым выполнена декомпрессия билиарного тракта, умер – 1(0,25), а из 14 больных, имевших желчеотечение, но декомпрессия билиарного тракта не проводилась, умерло 7(0,50). Применение декомпрессии билиарного тракта способствовало снижению летальности у больных с травмой печени, пораженной описторхозом в 2 раза.

И.П.Назаров, 1976; Е.А.Вагнер и соавт., 1977; Л.Р.Рачинский, Ю.В.Коломиец, 1977; А.Р.Гробовой и соавт., 1979; С.Д.Попов и соавт., 1981; и другие дают положительную оценку реинфузии излившейся крови во время операции при изолированных повреждениях печени, что способствует определенному успеху в лечении этой группы больных.

У больных с травмой печени, пораженной описторхозом, реинфузию крови не проводили по следующим причинам: во-первых, в большинстве случаев кровопотеря не превышала физиологически допустимых величин; во-вторых, у 18 больных имело место явная примесь желчи или сочетанные повреждения полых органов. Летальных исходов, связанных с невосполненной кровопотерей, не было. У больных с изолированным повреждением печени, не пораженной описторхозом, реинфузию крови использовали в 5 наблюдениях с хорошим эффектом.

В.С.Шапкин и Ж.А.Грищенко, 1977; В.С.Боровков, 1978; С.В.Лохвицкий и соавт., 1982; Б.И.Альперович и соавт., 1985; *R.J. Calne et al.*, 1982; *R.H. Carmona et al.*, 1984; *F.F. Van Naeflen et al.*, 1984; *K. Nakakuma et al.*, 1984; отмечают высокий процент послеоперационных осложнений при массивных разрушениях печени, от 21,6% до 45,1%. В наших наблюдениях у 28(0,56) больных с травмой печени, пораженной описторхозом, возникли различные осложнения. Неспецифические осложнения развились в 16(0,31) случаях с 1 летальным исходом. У 12(0,24) больных возникли специфические осложнения. В группе больных с травмой печени, не пораженной патологическим процессом, специфические осложнения развились у 1(0,02) больного, неспецифические - у 14(0,27). В таблице № 42 представлены данные о специфических послеоперационных осложнениях у больных с травмой печени в эндемическом очаге описторхоза.

Таблица № 42.

специфические послеоперационные осложнения	больные с травмой печени при описторхозе	больные с травмой печени, не пораженной патологическим процессом
1. Желчный перитонит	9(0,18)	1(0,02)
2. Желчный плеврит	2(0,04)	-
3. Наружный желчный свищ	1(0,02)	-
Всего:	12(0,24)	1(0,02)

Как видно, у больных описторхозом в послеоперационном периоде в 2 раза чаще наблюдались осложнения, из них значительное место занимает разлитой желчный перитонит.

В наших наблюдениях у больных с травмой печени, пораженной описторхозом, разлитой желчный перитонит развился в 14 случаях: у 5 больных — непосредственно после травмы, у 9 — в послеоперационном периоде.

В клинической картине и развитии разлитого желчного перитонита при повреждении печени у больных описторхозом выявлено двухфазное развитие этого грозного осложнения. Начальная фаза разлитого желчного перитонита продолжительностью от 12 до 72 часов с момента травмы или выполненного вмешательства имеет неярко выраженную клиническую картину. Непосредственно после травмы или операции состояние больных улучшается, стабилизируются гемодинамические показатели, уменьшается болевой синдром. В анализах периферической крови определяется умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, увеличение СОЭ. Продолжительность начальной фазы перитонита зависит от темпа поступления желчи в брюшную полость, степени гистоструктурных изменений в печени вследствие описторхозной инвазии, наличия патогенной микрофлоры в желчи. Фаза клинических проявлений начинается с момента развития воспаления брюшины после накопления желчи. Состояние больных ухудшается, появляются и нарастают симптомы интоксикации организма: бледность кожных покровов, сухость слизистых оболочек, гипертермия, вздутие живота, задержка стула и газов, определяются симптомы раздражения брюшины, разлитая болезненность по всему животу. В анализах периферической крови увеличивается нейтрофильный сдвиг (п/я — $26,4 \pm 2,5\%$) и СОЭ ($38 \pm 4,2$ мм/час). В моче определяются патологические элементы. У больных, перенесших операцию,

появляется или увеличивается отделение желчи по дренажам.

Из 14 (0,27) больных с разлитым желчным перитонитом, развившемся после травмы печени, пораженной описторхозом, умерло 7 человек (0,50). Причины летальных исходов у больных с травмой печени в эндемическом очаге описторхоза представлены в таблице №43.

Таблица № 43.

Причина летального исхода	Травма печени при описторхозе	Травма печени, не пораженной описторхозом
1. Травматический шок	1(0,02)	3(0,06)
2. Острая кровопотеря	-	3(0,06)
3. Разлитой желчный перитонит	7(0,14)	1(0,02)
4. Тромбоэмболия легочной артерии	1(0,02)	-
5. Сердечно-сосудистая недостаточность	-	1(0,02)
Всего:	9(0,18)	8(0,16)

Общая летальность при травме печени у больных описторхозом составила 17,6%, основной причиной которой является разлитой желчный перитонит.

У больных с травмой печени, не пораженной патологическим процессом, в основе летальных исходов находятся шок и кровопотеря, что согласуется с данными отечественных и иностранных авторов. Общая летальность составила 14,4%. Среднее пребывание в стационаре больных с травмой печени при описторхозе составило 23,6±2 к/дн., больных с травмой печени, не пораженной патологическим процессом, 22,7±1,9 к/дн..

Изолированные повреждения желчного пузыря в литературе описаны как отдельные случаи из практики и составляют 0,3-1,4% от всех повреждений органов брюшной полости (В.С.Шапкии и Ж.А.Гри-

ненко, 1977; В.Я.Васютков, З.М.Мурашева, 1985; Д.В.Усов и соавт., 1985; С.А.Андреев, Т.И.Андреева, 1986).

Изолированные повреждения желчного пузыря наблюдались только у больных описторхозом (10) и составили 3,2% от всех повреждений органов брюшной полости. Это люди трудоспособного возраста (37,7 ± 0,19 лет). В 9 случаях имела место закрытая травма живота. По механизму травмы был прямой удар в область правого подреберья.

Время поступления больных с момента травмы составило 31,4 ± 8,4 часа. Позднему поступлению пострадавших в стационар способствовало наличие алкогольного опьянения (8) в момент получения травмы, что изменяло восприятие болевого синдрома и характер повреждения. Только в двух случаях была нарушена целостность стенки желчного пузыря. У 8 больных нарушения целостности стенки желчного пузыря не было и заболевание развивалось двухфазно. В начальной фазе боли в животе непосредственно после травмы уменьшаются или исчезают. Продолжительность этого периода составила от 12 до 42 часов. В фазе клинических проявлений вследствие развития деструктивных изменений в желчном пузыре, пропотевания желчи через измененную стенку органа, желчеистечения из поврежденных ретровезикальных холангиоэктазов боли усиливаются и распространяются по всему животу, появляются и нарастают симптомы интоксикации. В анализах периферической крови определяется лейкоцитоз ($12 \times 10^6 \pm 13 \times 10^4$ /л) с нейтрофильным сдвигом (18,3 ± 2,3%), увеличение СОЭ (22,8 ± 4,4 мм/ч.). В моче появляются патологические элементы. Все больные оперированы под интубационным наркозом с мышечными релаксантами. Поскольку до операции ни в одном случае диагноз изолированного повреждения желчного пузыря не выставлен, операцию начинали с выполнения верхней срединной лапаротомии. В 6 случаях потребовалось расширение оперативного доступа пересечением прямых мышц живота вправо. У 7 больных вследствие деструктивных изменений в желчном пу-

зыре выполнена холецистэктомия. Ушивание раны желчного пузыря и холецистостомия выполнены больной с разрывом стенки органа, который оказался жизнеспособным, несмотря на явления разлитого желчного перитонита. Во всех случаях операцию завершали дренированием подпеченочного пространства марлевыми тампонами и дренажными трубками, у больных с разлитым желчным перитонитом (4) дополнительно дренировали другие отделы брюшной полости. Летальных исходов не было. Среднее пребывание больного в стационаре составило $25,5 \pm 3,2$ к/дней.

Таким образом, травматические повреждения печени при описторхозе в эндемическом очаге заболевания составляют 47,6% от всех травм печени. Изолированные повреждения желчного пузыря составляют 3,2% от всех повреждений органов брюшной полости. Основной причиной летальных исходов и неудовлетворительных результатов лечения этой группы больных является разлитой желчный перитонит, который развивается даже при незначительных повреждениях. Возникновению желчеистечения и развитию желчного перитонита при повреждении печени и желчного пузыря у больных описторхозом способствуют гистоструктурные изменения в этих органах, вызванные паразитированием печеночной двуустки. В случаях, когда описторхозная инвазия незначительная и нет макроскопических проявлений описторхоза, угрозу для жизни пострадавших представляет кровотечение из поврежденной печени. Клиническая картина, данные объективного и лабораторного методов обследования указывают на наличие воспалительного процесса в брюшной полости у больных с травмой печени и желчного пузыря, пораженных описторхозом, что и определяет показания к оперативному вмешательству. Двухфазное развитие желчного перитонита выявлено как при травме печени, так и при изолированных повреждениях желчного пузыря у больных

описторхозом, стертая клиническая картина в начальной фазе заболевания приводит к поздней обращаемости и несвоевременному оперативному вмешательству. При выполнении операции больным с травмой печени и желчного пузыря, пораженных описторхозом, следует обращать внимание на наличие признаков описторхозной инвазии для выбора адекватного оперативного пособия. Даже при незначительных повреждениях печени, при макроскопических проявлениях описторхоза, после ушивания ран, для снятия желчной гипертензии и предупреждения просачивания желчи через наложенные швы, необходимо наружное дренирование желчных путей. При изолированных повреждениях желчного пузыря вследствие развивающихся деструктивных изменений в органе показана холецистэктомия, при жизнеспособной стенке желчного пузыря допустима органосохраняющая операция, но с обязательным наружным дренированием органа. Дренирование брюшной полости у этой категории больных является обязательным. Длительному пребыванию в стационаре больных с травмой печени и изолированными повреждениями желчного пузыря, пораженных описторхозом, способствуют развившиеся осложнения в послеоперационном периоде, наличие у пострадавших воспалительного процесса в брюшной полости, что требует продолжительного специального лечения.

Хирургам, работающим в эндемическом очаге описторхоза, следует применять активную тактику по отношению к больным с указанием на травму живота при умеренном болевом синдроме. В сомнительных для диагностики случаях выполнять лапароцентез и лапароскопию, что позволит определить наличие и характер повреждения и выбрать оптимальный оперативный доступ.

Во время операции необходимо учитывать степень описторхозного поражения печени и желчного пузыря, характер содержимого в брюшной полости для выбора адекватного оперативного пособия. Свое-

временная диагностика повреждений печени и желчного пузыря у больных описторхозом, активная тактика и рациональное ведение послеоперационного периода позволит улучшить результаты лечения этой категории пострадавших.

ВЫВОДЫ

1. Травма печени у больных описторхозом в эндемическом очаге заболевания составляет 47,6% от всех травм печени. Изолированные повреждения желчного пузыря составляют 3,2% от всех повреждений органов брюшной полости.

2. При длительной и массивной описторхозной инвазии изменяется хирургическая анатомия печени: развивается диффузное расширение внутрипеченочных желчных протоков, формируются субкапсулярные, реже - интралигаментарные и супрахолецистные холангиоэктазы; увеличивается объем желчного пузыря, постоянно образуются плоскостные спайки с соседними органами. В результате гистоструктурной перестройки происходит обеднение как портальной, так и артериальной сосудистой систем, особенно по периферии органа.

3. Повреждения печени и желчного пузыря при описторхозе опасны возникновением желчеистечения и желчного перитонита, который имеет двухфазное течение, что приводит к запоздалому оперативному вмешательству и высокой летальности (50%).

4. При изолированных повреждениях желчного пузыря у больных описторхозом вследствие отрыва органа от ложа или отслоения слизистой оболочки быстро развиваются деструктивные изменения, что требует выполнения радикальной операции - холецистэктомии.

5. Декомпрессия билиарного тракта, дренирование брюшной полости, как завершающий этап операции при повреждении печени и желчного пузыря у больных описторхозом, показаны при макроскопических проявлениях паразитарной инвазии даже при незначительных повреждениях, для профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты нашего исследования для улучшения лечения и снижения летальности при травматических повреждениях печени и желчного пузыря у больных описторхозом позволяют сделать следующие практические рекомендации:

1. У больных с травмой органов брюшной полости необходимо анамнестически выяснять наличие описторхозной инвазии. При выполнении операций следует обращать внимание на наличие макроскопических проявлений описторхоза, такие как: увеличение размеров печени и желчного пузыря, перивисцеральный спайчный процесс, субкапсулярные, интралигаментарные, супрахолецистные холангиоэктазы, для выбора адекватного оперативного пособия.

2. Для профилактики желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде при макроскопических проявлениях описторхоза после зашивания ран печени показано наружное дренирование желчных путей и дренирование брюшной полости.

3. При изолированных повреждениях желчного пузыря у больных описторхозом, из-за частого отрыва органа от ложа и повреждения слизистой оболочки быстро развиваются деструктивные изменения, при этом показана холецистэктомия. При выполнении органосберегающей операции необходимо наружное дренирование органа.

4. Ввиду двухфазного течения и развития желчного перитонита как при травме печени, так и при изолированных повреждениях желчного пузыря, поражённых описторхозом, для своевременной диагностики этого осложнения необходимо применение дополнительных методов исследования (лапароцентез, лапароскопия).

5. Патоморфологические изменения в печени и желчном пузыре, вызванные длительным паразитированием описторхов, должны учитываться при выполнении операций на печени, желчном пузыре и

соседних с ними органах для профилактики возможных осложнений.

6. Для снижения хирургических осложнений онисторхоза необходимо раннее выявление паразитарной инвазии и дегельментизация, усиление санитарно-просветительной работы среди населения.

СПИСОК

работ, опубликованных по теме
диссертации.

1. Третьяков А.М., Амелин С.П. Вопросы диагностики и лечения травм печени при описторхозе // в сб. "Тез. докладов межвузовской и Тюменской областной конференции хирургов". -Тюмень, 1983. -с.28-30.
2. Третьяков А.М., Зубов Н.А., Амелин С.П. Об осложнениях травмы печени при описторхозе // в сб. "Актуальные проблемы описторхоза". -Томск, 1986. -с.126-127.
3. Амелин С.П. Желчный перитонит при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом // в об.Тез. докладов Пленума хирургов РСФСР "Хирургия перитонита. Ультразвук в хирургии". -Омск, 1986. -с.56.
4. Амелин С.П. Повреждения желчного пузыря // Вестник хирургии им.Грекова. -1987. -№ 2. -с.71-72.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Абрикосов А.И. Многотомное руководство по патологической анатомии // Т. IV. - кн. 2. - М., 1957. - с. 216-403.
2. Авдей Л.В., Космачев В.И. Гемобилия при травме и заболеваниях печени и желчных путей // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1973. - т. 110. - № 5. - с. 25-30.
3. Альперович Б.И. Хирургические аспекты описторхоза // Актуальные проблемы описторхоза. - Томск, 1986. - с. 120.
4. Альперович Б.И. Лечение хирургических осложнений описторхоза // Материалы межобластной научно-практической конференции по проблеме "Описторхоз человека". - Томск, 1979. - с. 5-8.
5. Альперович Б.И. Хирургия печени // Томск, 1983. - с. 122-146.
6. Альперович Б.И., Резников А.Т. Посттравматический некроз правой половины печени // Вестн. хирургии им. Грекова, - 1985. - № 2. - с. 76-77.
7. Амелин С.И. Повреждения желчного пузыря // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1987. - № 2. - с. 71-72.
8. Андреев С.А., Андреева Т.И. Изолированный внебрюшинный разрыв желчного пузыря при тупой травме живота // Хирургия. - 1986. - № 2. с. 127.
9. Атаев С.Д., Рамазанов М.Р. Закрытый изолированный разрыв холедоха при аномалии его впадения // Хирургия. - 1980. - № 6. - с. 98.
10. Атаев С.Д. Клиника и диагностика закрытых повреждений печени // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1974. - т. 113. - № 10. - с. 34-39.
11. Асланян А.А., Асланян С.А. Игла для наложения П-образных швов при ушивании повреждений печени // Клинич. хирургия. - 1981. - № 4. - с. 75-76.

12. Асланян А.А. Хирургическое лечение повреждений печени: (Клинико-экспер.исслед.) // Автореф.дис.д-ра мед.наук, - Киев,1985.-с.25.
13. Ахрем-Ахремович Р.М. Описторхоз человека // Москва.-1963.
14. Байбулатов Р.Ш., Легчило А.П. и Агишев Г.Х. Подкожные разрывы желчного пузыря // Хирургия-1982.-№ 6. -с.112-113.
15. Баймышев В.С., Кужукеев М.В. Подкожные разрывы желчного пузыря // Хирургия, - 1982.-№ 6. -с.11-112.
16. Белов С.И. Травматическая гемобилия при двухмоментном разрыве печени // Вестн.хирургии им.Грекова,-1978.т.20.-с.92-94.
17. Белов С.И. Изолированные повреждения желчного пузыря // Вестн.хирургии им.Грекова,-1978.-т.121.-№ 7.-с.76.
18. Белый И.С., Бондаренко Н.М., Гагаркин Г.П. Некоторые вопросы диагностики и лечения закрытых травм печени // в книге Закрытая травма живота: Тезисы республиканской научн.конфер. хирургов.-Харьков,1981.-с.13-14.
19. Белый И.С., Бондаренко Н.М., Гагаркин Г.П. О диагностике и лечении закрытых травм печени // Клинич.хирургия,1981.-№ 4. -с.43-44.
20. Белозеров Е.С., Щувалова Е.П. Описторхоз человека // Медицина М.,1981.
21. Боровков С.А. Патологические сдвиги при травме печени и оперативных вмешательствах на ней // Хирургия.-1975.-№ 1. -с.87-91.
22. Боровков С.А., Атаев С.Д. Закрытые изолированные и сочетанные травмы печени // Клинич.хирургия.-1978.-№ 10.-с.17-20.
23. Бондаренко Н.М., Гагаркин Н.Г. Диагностика и хирургическая тактика при закрытой травме печени // Общая и неотложная хи-

- хирургия.-Миев,1980.-вып.10,с.110-114.
24. Брежов Е.Н., Кудрявцев Б.Н., Матафонов В.А. Применение CO₂ - лазера при обработке огнестрельных ран печени:(эксперим. исслед.)//Воен.мед.журнал,1984. -№ 3,-с.69-70.
25. Браташ Б.М. Закрытые повреждения печени // Вестн.хирургии им.Грекова, -1976. -т.117,№9-с.58-61.
26. Бражникова Н.А. Хирургическое лечение описторхозных холангитов // Актуальные проблемы описторхоза. - Томск, 1986. -с.127-128.
27. Брускин Б.В. К эпидемиологии описторхоза на Севере Омской области // сб.авторефератов, - Омский мед.институт, -Омск, -1955,-с.26-28.
28. Бойко Э.К. Патологоанатомическая характеристика описторхозного гепатита и цирроза печени у человека // Труды Омского мед.института, -1957, -№22, -с.35-39.
29. Бураков А.А., Дедерер Ю.М., Куновский А.В. и др. О хирургической тактике при травмах печени // Хирургия, -1986.- №7.-с.9-12.
30. Букотин В.Н. Двухмоментный разрыв печени // Вестн.хирургии им.Грекова, -1982.-т.108,№2.-с.111.
31. Васильев Н., Пенчев,Р., Георгиев А., Маринов В. Применение Болгарской антибактериальной поликарбомидной сетки и нити при резекции печени в эксперименте // Вестн.хирургии им.Грекова, 1983.-№3,-с.45-47.
32. Васютков В.Я., Мурашева З.М. Диагностика и лечение желчного перитонита // Совет.медицина, 1983.-№2,-с.97-100.
33. Васютков В.Я., Мурашева З.М. Повреждения желчного пузыря// Вестн.хирургии,1985.-№9,-с.84-86.

34. Вагнер Е.А., Зиганьшин Р.В., Щепочкин В.И. Желчный перитонит у больных описторхозом (вопросы патогенеза) // Труды Уральской конференции хирургов, 24-27 июня 1969г., Пермь, 1971. -с.555-563.
35. Вагнер Е.А., Зиганьшин Р.В., Щепочкин В.И. О клинике и лечении перитонитов при описторхозе // Труды института, Пермь, мед.ин-т, 1973, -т.116, -с.58-61.
36. Вагнер Е.А., Фирсов В.Д., Урман М.Г. и соавт. Хирургия проникающих торакоабдоминальных ранений // Вестн.хирургии им. Грекова, 1980. т.125, № 7. -с.69-73.
37. Бдовин К.П., Яншин А.Н. Лечебные мероприятия при закрытой травме живота с повреждением печени и селезенки // Травма груди, живота, неотложная хирургия сосудов. Воронеж, 1980, с.77-79.
38. Воротынец Г.Ф., Мясников А.Д., Затолокин В.Д. Выбор рационального доступа к печени при травме // Травма груди, живота, неотложная хирургия сосудов. Воронеж, 1980. -с.81-84.
39. Гальперин Г.Н. Диагностика и лечение закрытых травм печени в мирное время // Клинич.хирургия, 1978. № 4, с.22-26.
40. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях // Медицина, М., 1987. - с.276-291.
41. Гагаркин Г.Н. Лечение закрытых травм печени //Врачебное дело, 1977. -№ 4, -с.26-30.
42. Гагаркин Г.Н. Патологические сдвиги,особенности клиники и лечения закрытых травм печени (Клинико-экспер.исследован.) //Автореф.дис.канд.мед.наук Харьков, 1980. -с.24.

43. Ген Н.Н., Гербер, Х.Ф. Резекция печени при закрытой травме у ребенка // Вестн.хирургии им.Грекова, 1985., т.134, № 1, с.108.
44. Горшков С.З., Волков В.С. Закрытые повреждения живота // Медицина., М.,1978.-с.88-108.
45. Гриненко Ж.А. Экспериментальное изучение результатов операций ушивания и тампонады ран и разрывов печени // Вопр. краевой патологии, Барнаул, 1975. -вып.1, с.207-211.
46. Гриненко Ж.А. Выбор метода вмешательства при повреждении печени // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости: Тез.докл., Кишинев, 1979, с.112-113.
47. Гриненко Ж.А. Повреждения печени при торакоабдоминальных ранениях // Вестн.хирургии им.Грекова, 1981., т.126, № 6, с.96-98.
48. Гриненко Ж.А. Лечение ран печени методом дренирования // Актуальные вопросы лечебно-профилактической помощи работникам рыбной промышленности. Владивосток, 1982, с.228-229.
49. Данович Ф.М., Мариев А.И. Диагностические ошибки, опасности и осложнения в лечении закрытых повреждений печени // Материалы 9-й научн.практ.конференции хирургов Карельской АССР, - Петрозаводск, 1971, с.75-78.
50. Доценко А.П., Грубник В.В. Разрывы и ранения печени // Общ. и неотложная хирургия, Киев, 1980, вып.10, с.114-118.
51. Дроздов В.Н. Распространенность, эпидемиология и очаги описторхоза в Прииртышье // Автореф.канд.дисс., 1964.
52. Дроздов В.Н., Зубов Н.А., Варман Е.Г. Описторхоз у детей, М., 1969.
53. Дряженков Г.И. Изолированное повреждение печеночных прото-

- ков при закрытой травме живота//Хирургия, 1977, № 3, с.129-130.
54. Дурнев В.С., Покровский Г.А. Колото-резаные ранения печени мирного времени//Хирургия, 1971, № 5, с.84-88.
55. Емельянов Б.Л., Лейбельс В.Н., Лейбельс С.П. и др. Неотложная хирургическая помощь при повреждениях печени//Травма груди, живота, неотложная хирургия сосудов, Воронеж, 1980, с.79-81.
56. Куравлев В.А., Головченко Ю.А. Профилактика желчных свищей и перитонита при резекции печени//Вестн.хирургии им.Грекова, 1972, т.109, № 9, с.53-57.
57. Земсков В.С., Радаиховский А.П., Бобров О.Е. и др. Выбор способа операции при повреждении печени//Вестн.хирургии им.Грекова, 1985, т.134 № 1, с.84-87.
58. Зетель Ф.З. Повреждения печени при закрытой травме живота// Повреждения груди и живота, Свердловск, 1972, с.95-104.
59. Зингерман Л.С., Ахадов Т.А., Рушанов И.И. Ангиографическая диагностика травматических повреждений печени и селезенки// Хирургия, 1984, № 7, с.76-78.
60. Зиневич В.П., Пересторонин А.Н. Диагностика и результаты лечения больных с травматическими повреждениями печени//Клинич. медицина, 1984, т.62-135, с.71-73.
61. Зиневич В.П., Пересторонин А.Н., Серебряный В.А. Отдаленные результаты оперативного лечения закрытой и открытой травмы печени//Вестн.хирургии им.Грекова, 1985, № 10, с.72-75.
62. Зиганшин Р.В., Некрасов Л.П., Кириленко М.П. Мелчный перитонит у больных описторхозом//Вопросы неотложной и спец.хирургии, Тюмень, 1970, с.164-167.

63. Зиганьшин Р.В., Щепочкин В.И. Рентгенологическое исследование периферических желчных протоков при описторхозе // Материалы межобластной конференции хирургов в г.Перми, Пермь, 1972, с.443-444.
64. Зиганьшин Р.В. Желчный перитонит у больных описторхозом // Проблемы описторхоза в Западной Сибири.-Л., 1977, с.130-132.
65. Зубов Н.А. О редком осложнении описторхоза //Мед.паразитология и паразитарные болезни, 1962, № 31, вып.5, с.559-560.
66. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений //Автореф.дис. д-ра мед.наук.-Свердловск, 1973.
67. Зубов Н.А. Хирургические вмешательства на печени при описторхозе //Вестн.хирургии им.Грекова, 1964, №4, с.137-140.
68. Зубов Н.А., Кауфман О.Н. Перестройка сосудов печени при описторхозном холангите //Тр.4-го Всесоюзного съезда патологоанатомов, Кишинев, М.,1967, с.304-306.
69. Зубов Н.А. К патогенезу прободных желчных перитонитов при описторхозе //Советская медицина, 1970, № 3, с.122-125.
70. Зубов Н.А., Зиганьшин Р.В. Значение дислокации внутрипеченочных желчных протоков при описторхозе //Вестн.хирургии им.Грекова, 1980, т.124, № 2 с.70-73.
71. Зубов Н.А., Зубков В.Г. Гиперпластические изменения большого дуоденального сосочка при описторхозе человека //Архив патологии, 1983, № 1, т.195, с.34-38.
72. Зубков В.Г. Морфогенез холангиоэктазов при хроническом описторхозе у человека //В кн.Вопросы патогенеза,клиники и диагностики описторхоза, -Л., 1982, с.50-51.
73. Иванов Б.А. К вопросу о лечении пострадавших о травмами печени //Воен.мед.журнал, 1982, № 10, с.67.

74. Ибрагимов У.Ю., Мадаратов К. Клиника и диагностика закрытых повреждений печени //Мед.журнал Узбекистана, 1982, № 8, с.55-57.
75. Кабанов А.Н., Ботенков Ю.Г., Плоскирев В.А., Абданаев В.А. Шов печени и селезенки в условиях временного криогемостаза //Проблемы абдоминальной хирургии, Ярославль, 1978, с.120-122.
76. Каримов Ш.Н., Сулло А.С., Ахраров К.А. Изолированные повреждения желчного пузыря //Хирургия, 1981, № 10, с.105-106.
77. Кириленко М.П., Елѣимова О.А. Анализ причин смерти при желчном перитоните у больных описторхозом //Проблема описторхоза в Западной Сибири. -Л., 1977. с.132-134.
78. Клуш Т., Алимов Т.У., Себти С. Закрытая травма живота с полным отрывом левой доли печени //Клинич.хирургия., 1983, № 2, с.57.
79. Крафт И.А. Желчные перитониты при описторхозе //Мед.паразитология и паразитарные болезни. 1956.- № 4, с.291-294.
80. Крафт И.А. Случай разрыва внутрипеченочного желчного протока с образованием желчного свища в забрюшинной клетчатке при описторхозе //Мед.паразитология и паразитарные болезни.- 1958. - № 27. -вып.4. -с.449-450.
81. Коломиец П.И., Молов И.С. Желчный перитонит при описторхозе //Материалы межобластной научно-практической конференции по проблеме "Описторхоз человека". Томск, 1979. с.94-95.
82. Костерина Л.П., Гладков Г.А., Гинковер А.Г., Молчанов Е.Г. Тканевая проницаемость и состояние микроциркуляторного русла печени при экспериментальном описторхозе //В сб."Современное состояние проблемы описторхоза". -Сб.научн.работ. Л., 1981. -с.109-113.

83. Кошуба Э.А., Орлов М.Д., Крылов В.И., Манников В.П. Состояние внутрипеченочного кровообращения при хроническом описторхозе у детей и изменение внутрипеченочного кровотока при лечении хлоксоллом //Мед.паразитология и паразитарные болезни. - 1984. -№ 5. с.16-20.
84. Ковалевский Г.В. Перестройка сосудов печени при ее склерозе на почве паразитарных холангиоэктазов у животных //Архив патологии. - 1963. № 9, с.34-42.
85. Кондратенко Г.Г. Хирургическое лечение травм печени и желчного пузыря //Здравоохранение Белоруссии. -1984. № 4, с.30-32.
86. Кутушев Ч.Х., Гвсадев М.П., Филин В.И., Либов А.С. Неотложная хирургия живота //Медицина. -М., 1984. -с.231-236.
87. Куликовский Н.Н., Ионов А.Л. Влияние коллагеновой губки на гемостаз печени //Акт.проблемы сердечно-сосудистой патологии. -М., 1975. -вып.2. с.65-67.
88. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение осложнений описторхозного склерозирующего панкреатита //Автореф.дис.канд.мед. наук. -Свердловск, 1980.
89. Лазария Д.А. К вопросу об изучении патогенеза желчного перитонита //Сообщ. АН СССР. -1970. -т.57. -с.493-496.
90. Линденбратен Л.Д. Рентгенология печени и желчных путей. Медицина, 1980. с.516.
91. Лохвицкий С.В., Афондулов С.А., Томашевский Б.Ф. Лечение повреждений печени //Хирургия.-1982. -№ 1. с.74-77.
92. Лохвицкий С.В., Садуакасов А.Ж., Афондулов С.А. Травматические повреждения внепеченочных желчных путей //Хирургия.- 1985. -№ 1. -с.27-30.

93. Любина В.С. К характеристике бактерий, выделенных из желчевыводящих путей больных описторхозом // Ученые записки КВИ Материалы научно-практич. конференции, посвященной 95-летию института. - Казань, 1968.
94. Лукьянов П.И. Характер повреждения внутриорганных сосудов и желчных протоков и выбор метода операции при травмах печени // Автореф. дис. канд. мед. наук. - Владивосток, 1968.
95. Макаренко Т.П., Ликован В.Г. Ранение печени // Хирургия. - 1975. - № 7. - с.116-120.
96. Мзлогина Т.А. Мелчный перитонит // Медицина. - М., 1973. с.256.
97. Мариев А.И. Двойной петлистый шов для закрытия ран печени // Клинич. хирургия. - 1975. - № 10. - с.83-85.
98. Мариев А.И. Некоторые опасности и осложнения в хирургическом лечении травм печени и пути их коррекции // в кн. "Ошибки и осложнения в хирургии. - Петрозаводск, 1984. с.19-20.
99. Махов Н.И., Демьянтова Н.В., Леонова Л.Н. Лечение закрытых повреждений печени // Актуальные проблемы стоматологии. - М., 1972. - с.308-309.
100. Мамедов И.М., Эфендиев В.М., Рафиев С.Ф. Лечение абдоминальных травм // Хирургия. - 1986. - № 1 с.82-87.
101. Махнев В.А., Петриченко В.В. К вопросу о состоянии портального кровотока у больных описторхозом // Сов. медицина. - 1967. - № 2 с.27-29.
102. Мацкевич Б.И. Модификация шва диафрагмальной поверхности печени (диафрагмогепатопексия) // Рационализация и изобретательство в мед. прак. БССР. - Минск. - 1972. - с.90-92.
103. Мацкевич Б.И., Сидорчук И.Д., Кривский Ф.Б. Травматическая гемобилия при ножевом ранении печени // Здоровоохранение Белоруссии. - 1973. № 7, с.77-79.

104. Мельникова Е.В. К вопросу о перевязке собственно-печеночной артерии при травмах печени. -Научные труды (Рязан.мед. ин-та). -1970. -т.31. -с.139-142.
105. Мидленко В.И., Кавкенов Т.А., Кавкенова П.И. и др. Изолированное ранение желчного пузыря шилоподобным металлическим предметом //Вестн.хирургии им.Грекова, 1985. -т.134 №4 - с.83-84.
106. Милонов О.Б., Мишин В.Ю., Чумаченко П.В. Шов ран печени //Хирургия. -1984. -№ 4. -с.127-129.
107. Микуляк Р.В., Бондарь Н.Н., Лойко И.К., Полевчик В.И. Морфологическая характеристика раневого процесса в печени при применении медицинского клея КЛ-3 //Клинич.хирургия. -1985. - № 1. -с.71.
108. Мороз И.М., Кобыльчак И.М. О лечении повреждений печени //Хирургия. -1972. -№ 7. -с.53-58.
109. Мороз И.М., Король А.Е., Орач Р.И. Диагностика и лечение травматических повреждений печени //Хирургия.-1983.-№ 1.- с.25-27.
110. Мовчун А.А., Помелова Л.А. Описторхоз в сочетании со стенозом большого дуоденального соска //Хирургия.-1981.-с.106-108.
111. Москвичев В.Л. О гемостазе при ранении печени //Эксперим. хирургия и анестезиология.-1973. -№ 5.-с.6-8.
112. Назарко Ю.А., Ревской А.Ю. Изменение печеночного кровотока при описторхозе и его хирургическом лечении //Актуальн.проблемы описторхоза. -Томск, 1986. -с.123-124.
113. Некрасов Л.П. Желчный перитонит при хирургических вмешательствах у больных описторхозом //Советская медицина. -1970, -№ 4, -с.104-107.

114. Некрасов Л.П. Желчный перитонит как осложнение холецистоэктомии у больных описторхозом и его предупреждение //Актуальные вопросы гнойной и неотложной хирургии (Тезисы докладов). -Тюмень, 1977. -с.108-109.
115. Нестерович Н.А. К вопросу временной остановки кровотечения при травмах печени //Матер.научн.конференции врачей Центр.гор.клинич.больницы. -Кемерово. -Вып.1. -1967. -с.72-76.
116. Никифоров Б.И. К диагностике закрытых повреждений печени //Клинич.хирургия. -1974. -№ 7. -с.56-59.
117. Николаев Г.Ф. Закрытые повреждения печени //Медгиз.-М.,1953.
118. Новицкий И.С. О поражении желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков при описторхозе у человека. //Тезисы докладов 3-го Пленума правления Всероссийского научн.мед.общества хирургов. -Омск,1964. -с.147-150.
119. Озерецковская Н.И., Зальцова И.С., Тумальская Н.И. Клиника и лечение гельминтозов //Медицина. -М.,1985. -с.95-112.
120. Олейник В.С., Мунтян В.Н., Сарвин Б.А. и др. Гемобилия после закрытой травмы печени //Вестн.хирургии им.Грекова.-1982. -т.128. -№ 5. -с.76-77.
121. Ордабеков С. и Пьянов М.В. Подкожный разрыв желчного пузыря //Вестн.хирургии им.Грекова. -1981.-т.123.-№ 9.-с.89-90.
122. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков //Медицина.М., 1980.-с.260-263.
123. Петляк В.И., Дворяковский И.В., Миронов С.И. Гемобилия как осложнение закрытых повреждений печени у детей //в кн.Организация охраны материнства и детства. Патология детей периода новорожденности.-Актуальные вопросы детской хирургии.-Кипинев, 1982.-с.188-189.

124. Петров В.Н., Мамаев Ю.П., Макаров А.К. Гемостатический шов при операциях и повреждениях печени // Вопросы гепатологии и неврологии дет.возраста. - Горький, 1971. - с.60-63.
125. Петухов И.А., Зеньков А.К. К вопросу о травмах печени мирного времени // Здоровоохранение Белоруссии. - 1971. - № 9. - с.66-68.
126. Плотников Н.Н., Брегадзе И.А. Описторхоз // в кн. Хирургия паразитарных заболеваний. - Медицина. - М., 1976. - с.142-152.
127. Плотников Н.Н. Описторхоз (гельминтов печени и поджелудочной железы) // М., 1953.
128. Плескачев И.А., Волков В.П., Родиснов В.Г., Беспалко Б.В. Диагностика и лечение повреждений печени // материалы XXV - научно-практич.мед.конференции врачей. - Рига, 1979. - с.20-22.
129. Покровский Г.А., Дурнев В.С., Стегнов А.М. Осложнения при колото-резаных ранениях печени мирного времени // Хирургия. - 1971. - № 7. - с.120-125.
130. Попов С.Д., Таруашвили Г.И., Круль Б.В. и др. Экспериментальное обоснование холецистостомии при огнестрельных ранениях печени // Труды Горьк.мед.ин-та. - 1976. - Вып.77. - с.98-100.
131. Попов С.Д., Таруашвили Г.И. Влияние желчной декомпрессии на результаты хирургического лечения огнестрельных ранений печени // Вестн.хирургии им.Грекова. - 1977. - т.119. - № 10. - с.113-115.
132. Попов С.Д., Катонин В.А., Чалганов А.И., Мойсеенко С.А. Экспериментальное обоснование восходящей холеграфии при огнестрельных ранениях печени // Вестн.хирургии им.Грекова. - 1975. - т.115. - № 7. - с.100-103.
133. Полуэктов Л.В. Спленопортография и брюшная аортография при ранении печени (экспериментальные наблюдения) // Научные труды. - № 97. - (Омский мед.институт). - 1970. - с.93-96.

134. Подуеков Л.Б. Спленопортография и брюшная аортография при ранениях печени в условиях эксперимента //Экспериментальная хирургия и анестезиология.-1971.-№ 3.-с.29-31.
135. Дугачев А.Г., Очиллов Ю.Р., Старчук Н.И. Травма печени у детей //Клиниев, 1984.-с.120.
136. Рустамов И.Р. Закрытые и открытые повреждения печени //Клинич.хирургия. -1979. -№ 4. -с.63-64.
137. Раренко А.С. Закрытые повреждения желчного пузыря и внепеченочных желчных протокон //Хирургия.-1978.-№ 7.-с.55-59.
138. Райкевич Н.П., Дупанов Г.Г., Захаров Н.И. и др. Диагностические и лечебные ошибки в лечении травм печени и селезенки //Советская медицина.-1984.-№ 9.-с.89-104.
139. Райкевич Н.П. Двухфазные разрывы печени и селезенки //Хирургия.-1984.-№ 3.-с.73-75.
140. Райкевич Н.П. Лечение повреждений желчного пузыря //Хирургия.-1984.-№ 7.-с.46-47.
141. Рамазанов Н.С. Сравнительная оценка методов обработки ран печени при 6э резекции //Автореф.дис.кандидата мед.наук.-Махачкала, 1972.-с.16.
142. Рачинский Л.Ф. Коломиец Ю.И. Реинфузия крови при повреждениях печени //Особенности патогенеза и терапии шока при травмах различной локализации.-Л.,1977.-с.110-111.
143. Ревский А.И. Печеночный кровоток при хирургических осложнениях описторхоза //Вестн.хирургии им.Грекова.-1982.-№ 3.-с.41-44.
144. Романенко А.Е. О закрытой травме печени //Хирургия.-1978.-№ 7.-с.51-55.

145. Скобелкин О.К., Брехов Е.И., Литвин Г.Д. и др. Применение плазменных установок в хирургии паренхиматозных органов //Хирургия.-1987.-№ 5.-с.75-78.
146. Суворин В.С. О некоторых аспектах при лечении повреждений печени //Клиника,диагностика и лечение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости.-Хабаровск.-1980.-с.26-29.
147. Стоянов А., Хриотов М. Открытая и закрытая травма печени //Хирургия.-1968.-№ 3.-с.103-106.
148. Серпинас Н. Различия кровеносных сосудов и желчных протоков печени и их значение для резекций печени //Автореф.дис. док.мед.наук.-Вильнюс, 1972.
149. Скрипниченко Д.Ф., Кривицкий Д.И., Абдулаев М.К.,-А. Лечение сочетанных травм //Хирургия.-1982.-№ 11.-с.30-33.
150. Тищенко В.В. Лапароцентез и лапароскопия в диагностике закрытых повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме //Хирургия.-1987.-№ 3.-с.7-10.
151. Тарабрин В.И. Центральные разрывы печени //Вестн.хирургии им.Грекова.-1984.-т.132.-№ 3.-с.121-122.
152. Тимофеев Г.А., Хохлова Р.Н. Патоморфологические изменения в раневых дефектах печени и селезенки на имплантированную о целью гемостаза желатиновую губку //Вопросы переливания крови и клинической медицины.-Киров,1970.-Вып.5.-с.98-102.
153. Телков Н.А., Телков Е.Н., Калиакбаров Т.К. О травмах печени //Вестн.хирургии им.Грекова.-1974.-т.112.-№ 1.-с.87-91.
154. Тон Тхат Тунг Хирургия печени //Медицина.-М.,1967.
155. Тон Тхат Тунг Опыт лечения повреждений печени //Хирургия.-1972.-№ 7.-с.58-61.

156. Толчибашев М.А., Ахмедов А.А. Оперативные доступы при травматических повреждениях печени //Хирургия.-1982.-№ 1.-с.72-74.
157. Третьяков А.М. Лечение прободных желчных перитонитов при описторхозе //Хирургия.-1971.-№ 10.-с.97-99.
158. Третьяков А.М. Материалы к патогенезу,клинике и лечению острого описторхозного холецистохолангита //Автореф.дис.канд. мед.наук.-Омск, 1973.
159. Третьяков А.М., Лозицкий И.А., Третьякова О.А. Острый описторхозный холецистохолангит //Хирургия.-1977.-№ 3.-с.35-39.
160. Третьяков А.М., Жуков Б.Г., Кульчиев А.А. и др. Операционная рентгеноманометрия желчных путей при описторхозе //Вестн. хирургии им.Грекова.-1979.-т.122.-№ 4.-с.27-30.
161. Третьяков А.М., Мезенцев В.И., Кавеко Н.И. Травма печени при описторхозе //Вестн.хирургии им.Грекова.-1976.-т.117.-№ 10.-с.85-86.
162. Третьяков А.М., Жуков Б.Г., Баранов Н.Н. Острый описторхозный холецистохолангит //Вестн.хирургии им.Грекова.-1985.-т.135.-№ 7.-с.30-36.
163. Траде М. Хирургические аспекты тяжелой травмы печени //24^й конгресс Международного общества хирургов.-Москва.-1971.-т.2.-Экспериментальная и клиническая хирургия.-Сердечно-сосудистая хирургия.-М.,1972.-с.192-195.
164. Третьяков Н.И. Тактика хирурга при закрытых повреждениях печени //Хирургия.-1972.-№ 10.-с.36-39.
165. Убрира Н.С. Клинические синдромы при повреждении печени //Клинич.хирургия.-1974.-с.9-14.
166. Урман М.Г. Перевязка печеночной артерии как метод гемостаза при травме печени //Хирургия.-1981.-№ 1.-с.105-107.

167. Усов Д.В., Литвиненко И.В., Белова З.И., Коптяева О.Я. Лечение закрытых и открытых травм печени //Здравоохранение Белоруссии.-1985.-№ 2.-с.54-56.
168. Усов Д.В., Литвиненко И.В. О повреждениях желчного пузыря и желчных протоков при травме живота //Клиническая хирургия.-1985.-№ 7.-с.68.
169. Фелицин Л.Н. Функция печени при механических повреждениях //Вестн.хирургии им.Грекова.-1977.-т.118.-№ 6.-с.135-139.
170. Филатов В.Г., Скарედнов Н.И. Общая леймнологическая характеристика Обь-Иртышского очага описторхоза и факторы,ее обуславливающие //Регионарные особенности описторхоза.-Сб.научн. работ.-Омск, 1985.-с.8-19.
171. Худайбергенов А.М., Коваленко А.Ф. Случай гемобилиии после закрытой травмы печени //Мед.журнал Узбекистана.-1970.-№ 8.-с.72.
172. Чалганов А.И. Повреждения печени и их последствия //Советская медицина.-1976.-№12.-с.35-39.
173. Шахов Б.Е., Яковлева В.И., Новожилов Н.В. Диагностика и эндоваокулярная терапия при внутрипеченочном кровотечении //Вестн.рентгенологии и радиологии, 1982.-№ 6.-с.75-76.
174. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Рудаков Б.И. и др. Диагностика и лечение ранений //Медицина.-М.,1984.-с.272-278.
175. Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Никишин Л.Ф. и др. Современные аспекты диагностики и лечения закрытой травмы печени и её осложнений //Клинич.хирургия.-1987.-№ 4.-с.19-21.
176. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит //Наук.думка.-Киев.-1981.-с.287.
177. Шапкин В.С. Резекция печени //Медицина.-М.,1967.

178. Шапкин В.С., Маслов М.Г., Якубовский Е.В. Пережитие печеночно-двенадцатиперстной связки при повреждениях печени //Казан.мед.журнал.-1971.-№ 6.-с.27-28.
179. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Резекция печени при ее повреждениях //Хирургия.-1972.-№ 7.-с.61-65.
180. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Осложнения после операций по поводу повреждений печени //Тез.докл.к Дальневосточной гепатологической конференции.-Владивосток, 1972.-с.83-84.
181. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Техника вмешательства и причина некоторых осложнений при повреждении печени в зависимости от типа вмешательства //Заболевания желудка и кишечника с позиции терапевта и хирурга.-Благовещенск, 1973.
182. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Осложнения и причины смерти после операций по поводу повреждений печени //Вестн.хирургии им.Грекова.-1974.-т.112.-№ 1.-с.91-97.
183. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Закрытые и открытые повреждения печени //Медицина.-М.,1977.-с.183.
184. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Выбор метода вмешательства при повреждениях печени //Актуал.вопр.хирургической гастроэнтерологии.-Курск, 1979.-с.171-172.
185. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Новые направления в хирургии повреждений печени //в кн.Реконструктивная хирургия желчных путей: Тез.докл.-Киров, 1981.-с.200-202.
186. Шапкин В.С., Москвичев В.Г., Гриненко Ж.А. Вазография в диагностике заболеваний и повреждений печени //Физиология и хирургия печени.-Томск, 1982.-с.118-120.
187. Шапкин В.С., Москвичев В.Г., Эсауленко В.П. Рентгеноэндovasкулярная окклюзия как метод гемостаза при травме живота //Вестн.хирургии им.Грекова.-1987.-№ 3.-с.85-87.

188. Шапошников Ю.Г., Цикарева Э.А., Шемякин И.С. Радионуклидная диагностика внутренних кровотечений при заболеваниях и травмах живота //Хирургия.-1982.-№ II.-с.19-22.
189. Щеляжковский М.В., Гигаури В.С., Полянский В.К., Смольянинов А.А. О применении CO₂-лазера при ранениях и закрытых травмах печени //в кн.Вопросы рациональной тактики лечения при заболеваниях и повреждениях.-Тез.докладов научн.конференции-1984.-с.58-59.
190. Щуркалин Б.К. Прямая портография через пупочную вену //Частные вопросы хирургии внепечёночных желчных путей и поджелудочной железы.-М.,1969.-с.51-55.
191. Щербатенко М.К., Береснева Э.А., Едодкимов В.Н. Рентгенодиагностика закрытых повреждений печени, селезёнки и почек.-Советская медицина.-1973.-№ 6.-с.28-33.
192. Яблоков Д.Д. Описторхоз человека //Томск,1979.
193. Якубовский Е.В. Пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки при повреждении печени //Сб.научных работ Владивосток. клинич.больницы.-Владивосток, 1971.-с.126-128.
194. Яроцкий Л.С. Научные и практические задачи борьбы с описторхозом в связи с экономическим и социальным развитием СССР //Актуальные проблемы описторхоза.-Томск,1986.-с.3-4.

С И М О Л

ЛИТЕРАТУРА ПО ТЕМЕ

1. Athey G.N. et al. Hepatic haematoma following blunt injury: non-operative management//Injury.-1982.-V.13.-N4.-P.302-306.
2. Babayan R. et al. Isobutil-2-cyanocrylate in the treatment of liver injuries in animal experiments.-Med.Welt.-1982.-Bd. 33.-N14.-P.517-519.
3. Balasegaram M. et al. Hepatic resection: the logical approach to surgical management of major trauma to the liver//Amer. J. Surg.-1981.-V.142.-N5.-P.580-583.
4. Balasegaran D.M. Hepatic resection in trauma//Adv.Surg.-1984.-V.17.-P.129-170.
5. Bourgeon R. Hepatic resection as necessary in liver injuries//J.Chir.(Paris),1984.-V.121.-N10.-P.605-609.
6. Carmona R.H. et al. The role of packing and planned reoperation in severe hepatic trauma//J.Trauma.-1984.-V.24.-N9.-P.779-784.
7. Carmona R.H. et al. Morbidity and mortality in hepatic trauma. A 5 year study//Amer.J.Surg.,1982.-V.144.-N1.-P.88-94.
8. Calne R.Y. et al. Twenty-six cases of liver trauma//Brit.J. Surg.,1982.-V.69.-N7.-P.365-368.
9. Cerny J. Surgical tactics in severe liver injuries//Rozhl. Chir.,1984.-V.63.-N3.-P.164-170.
10. Cooney D.R. Splenic and hepatic trauma in children//Surg. Clin. North Amer.,1981.-V.61.-N5.-P.1165-1180.
11. Chambon J.P. et al. Liver injuries//Chirurgie,1983.-V.109.-N9.-P.754-761.

12. Dunham C.M. et al. Surgical management of liver trauma// Amer.Surg.,1982.-V.48.-N9.-P.435-439.
13. Eng R.H. et al. Blunt trauma and liver abscess//Amer.J. Gastroenterol.-1981.-V.76.-N3.-P.252-255.
14. Esensten M. et al. Posttraumatic intrahepatic biloma: sonographic diagnosis//AJR-Amer. J. Roentgenol.-1983.-V.140.-N2.-P.303-305.
15. Esser G. Liver rupture. Principles of operational tactics// Unfallheilkunde.-1984.-Bd.-87.-N11.-S.456-462.
16. Furnival C.M. et al. Inferior vena caval tamponade following partial hepatectomy for liver injury//Injury.-1983.-V.15.-N2.-P.127-128.
17. Gauderer M.W. et al. Traumatic aneurysm of the suprarenal abdominal aorta: surgical reconstruction in 7-jr.-old patient//J.Pediatr.Surg.-1982.-V.17.-N6.-P.940-943.
18. Geis W.P. et al. The fate of unruptured intrahepatic hematomas //Surgery.-1981.-V.90.-N4.-P.689-697.
19. Giakoustidis E. et al. Surgical treatment of liver injuries by application of Fibrinkleber//World J. Surg.-1985.-V.9.-N1.-P.144-148.
20. Hasselgren P.O. et al. Trauma to the liver during a ten-year period. With special reference to morbidity and mortality after blunt trauma and stab wounds//Acta Chir.Scand.-1981.-V.147.-N6.-P.387-393.
21. Hill I.R. Hepato-splenic injury in aircraft accidents// Aviat.Space Environ.Med.-1982.-V.53.-N1.-P.19-23.
22. Karlsen R.L. et al. Radionuclide imaging in the diagnosis of liver trauma//Acta Chir.Scand.-1981.-V.147.-N6.-P.395-397.

23. Lawrence D. et al. The secondary management of complicated liver injuries//Ann.Roy.Coll.Surg.Engl.-1982.-V.64.-N3.-P.186-190.
24. Lenriot J.P. et al. Hepatic injuries. Analysis of 45 cases and therapeutic deductions//Ann.Chir.-1984.-V.38.-N3.-P.204-213.
25. Lutzker L.G. Radionuclide imaging of the injured Spleen and liver//Semin.Nucl.Med.-1983.-V.13.-N3.-P.184-198.
26. Muc.J. et al. Extensive rupture of the right hepatic lobe caused by a blunt injury of the lumbar region//Wiad.Lek.-1984.-V.37.-N17.-P.1371-1374.
27. Missavage A.E. et al. Traumatic hepatic arteriovenous fistula causing portal hypertension and variceal bleeding//J.Trauma.-1984.-V.24.-N4.-P.355-358.
28. Miller D.L. et al. Ct evaluation of hepatic and splenic trauma with EOE-13. An experimental study in monkeys//Invest.Radiol.-1985.-V.20.-N1.-P.68-72.
29. Michek J. et al. Severe liver injuries//Zbl.Chir.-1984.-Bd.109.-N20.-S.1302-1306.
30. Meyer A.A. et al. Selective non-operative management of blunt liver injury using computed tomography//Arch.Surg.-1985.-V.120.-N5.-P.550-554.
31. Macfarlane R. The management of liver trauma//Postgrad.Med.J.-1985.-V.61.-N714.-P.289-293.
32. Nakakuma K. et al. Hepatic hematoma after blunt trauma - a case of non-operative management to prevent liver abscess formation//J.Surg.,1984.-V.14.-N4.-P.327-330.
33. Ogama K. et al. Healing of focal injury in the rat liver//Am.J.Pathol.-1985.-V.119.-N1.-P.158-167.

34. Olsen W.R. Late complications of central liver injuries// Surgery.-1982.-V.92.-N4.-P.733-743.
35. Orda R. et al. Experimental study of hepatic, renal, and splenic wound healing following laser, diathermy, and scalpel incisions//Amer.Surg.,1982.-V.47.-N10.-P.447-451.
36. Picardi N. et al. Surgical problems in traumatic lesions of the hilus hepatis//Ann.Ital.Chir.,1984.-V.56.-N5.-P.499-507.
37. Prochazka M. et al. Resection procedures on the liver// Rozhl.Chir.,1984.-V.63.-N6.-P.421-427.
38. Przepiorski J. et al. Traumatic avulsion of the gallbladder from the liver//Wiad.Lek.,1981.-V.34.-N5.-P.405-406.
39. Rossi A. et al. Diversion of intrahepatic portal flow in hepatic contusions//Minerva Chir.,1982.-V.37.-N13-14.- P.1121-1126.
40. Sturniolo G. et al. Liver injuries. Clinico-diagnostic and therapeutic problems//Minerva Med.,1984.-V.75.-N13.-P.731-734.
41. Sugimoto T. et al. Post-traumatic cyst of the liver found on CT scan - a new concept//J.Trauma.-1982.-V.22.-N9.-P.797-800.
42. Smaoja G. et al. Delayed hepatic resection for major liver injury//Brit.Surg.,1982.-V.69.-N7.-P.361-364.
43. Shenoy S.S. et al. Arterial embolization for traumatic hemobilia with hepato-portal fistula//Cardiovasc.Intervent. Radiol.,1981.-V.4.-N3.-P.206-208.
44. Schöpf R. et al. Computed tomography for injuries of the liver and spleen//Röfo,1982.-Bd.136.-N6.-S.681-684.
45. Thompson D.C. et al. Analytical diagnostic peritoneal lavage in the diagnosis of intra-abdominal injury//J.Trauma.- 1985.-V.25.-N5.-P.400-404.

46. Vadala G. et al. Personal experience in the diagnosis of closed liver injuries//Minerva Chir.,1983.-V.38.-N17.-P.1291-1293.
47. Vadala G. et al. Closed injuries of the liver//Chir.Ital., 1983.-V.35.-N5.-P.680-696.
48. Van Haeften F.F. et al. Post-traumatic intrahepatic arterio-venous fistula//Injury.-1984.-V.15.-N5.-P.311-315.
49. Weissman H.S. et al. Role of Tc-99m IDA scintigraphy in the evaluation of hepatobiliary trauma//Semin Nucl.Med.,1983.-V.13.-N3.-P.199-222.
50. Wegiel J. et al. Healing of liver wounds inflicted with CO₂ laser. Light and electron microscopic investigations//Acta Med.Pol.,1981.-V.22.-N2.-P.105-118.
51. Zeman R.K. et al. Strategy for the biliary scintigraphy in non-iatrogenic biliary trauma//Radiology.-1984.-V.151.-N3.-P.771-777.
52. Zoucas E. et al. Comparative evaluation of local hemostatic agents in experimental liver trauma: a study in the rat//J.Surg.Res.,1984.-V.37.-N2.-P.145-150.

СПИСОК

историй болезни больных с травмой печени, поражённой описторхозом находившихся на лечении в хирургическом отделении Тобольской городской больницы с 1963 по 1987 годы.

№ п/п	Фамилия	Возраст	№ истор. болезни	год	Провед. к/дней	Исход заболевания
1	2	3	4	5	6	7
1.	Б-ой М	38 лет	1114	1963	6	умер
2.	Б-ная В	27 лет	726	1963	10	умерла
3.	Б-ой М	35 лет	633	1969	44	выписан
4.	Б-ная Л	41 год	1066	1969	18	выписана
5.	Б-ая И	24 года	1530	1974	11	выписана
6.	Б-ой К	17 лет	71	1975	26	выписан
7.	Б-ой Р	40 лет	1194	1975	23	выписан
8.	Б-ой Ю	30 лет	322	1967	75	выписан
9.	Б-ая В	30 лет	486	1972	16	выписана
10.	Б-ая Ж	24 года	996	1975	10	выписана
11.	Б-ой И	36 лет	1171	1977	8	умер
12.	Б-ая Б	43 года	863	1978	13	выписана
13.	Б-ой Ф	18 лет	1691	1979	17	выписан
14.	Б-ой С	40 лет	484	1979	29	выписан
15.	Б-ой Н	23 года	1903	1979	11	выписан
16.	Б-ой Л	52 года	1731	1979	17	выписан
17.	Б-ой Д	44 года	1519	1980	20	выписан
18.	Б-ой Д	21 год	1920	1980	15	выписан
19.	Б-ой Т	18 лет	201	1980	18	выписан
20.	Б-ой Н	31 год	236	1980	12	выписан
21.	Б-ой Ш	18 лет	229	1980	35	выписан
22.	Б-ой Р	31 год	2018	1980	32	выписан
23.	Б-ая Э	32 года	1903	1981	25	выписана
24.	Б-ой Г	24 года	2039	1981	16	выписан
25.	Б-ой М	15 лет	2013	1981	48	выписан
26.	Б-ая И	24 года	1420	1981	21	выписана

1	2	3	4	5	6	7
27.	Б-ой К	18 лет	962	1981	3	Умер
28.	Б-ой Т	33 года	1318	1981	8	умер
29.	Б-ой Р	53 года	679	1981	4	умер
30.	Б-ой З	23 года	3491	1982	19	выписан
31.	Б-ой К	32 года	6120	1982	13	выписан
32.	Б-ая М	25 лет	4496	1982	20	выписана
33.	Б-ая Л	44 года	3597	1982	48	выписана
34.	Б-ой Б	48 лет	3494	1982	13	выписан
35.	Б-ой Ф	47 лет	3733	1983	24	выписан
36.	Б-ая К	43 года	6941	1983	13	умерла
37.	Б-ой К	22 года	5345	1983	9	умер
38.	Б-ой К	22 года	5347	1983	14	выписан
39.	Б-ая Г	31 год	5039	1983	11	выписана
40.	Б-ой И	28 лет	5627	1983	8	выписан
41.	Б-ая Б	32 года	1809	1984	21	выписана
42.	Б-ой К	28 лет	2059	1984	21	выписан
43.	Б-ая Б	19 лет	2284	1984	12	выписана
44.	Б-ой А	19 лет	2153	1984	13	выписан
45.	Б-ой З	45 лет	308	1984	13	выписан
46.	Б-ой Б	50 лет	864	1984	14	выписан
47.	Б-ая С	81 год	2225	1985	3	умерла
48.	Б-ая В	18 лет	3395	1985	28	выписана
49.	Б-ой С	36 лет	3585	1985	32	выписан
50.	Б-ая И	43 года	738	1986	29	выписана
51.	Б-ой Р	40 лет	1074	1987	30	выписан

С П И С О К

историй болезни больных описторхозом с изолированным повреждением желчного пузыря находившихся на лечении в хирургическом отделении Тобольской городской больницы с 1975 по 1987 годы.

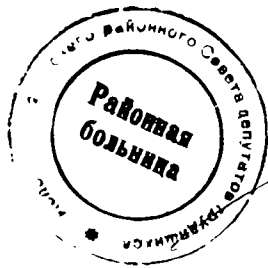
№ п/п	Фамилия	Возраст	№ истор. болезни	год	провод. к/дней	исход заболевания
1.	Б-ой З	43 года	788	1975	26	выписан
2.	Б-ой Д	40 лет	1245	1977	21	выписан
3.	Б-ой К	38 лет	1072	1977	28	выписан
4.	Б-ой К	37 лет	1567	1979	29	выписан
5.	Б-ой Т	26 лет	398	1980	15	Выписан
6.	Б-ая М	35 лет	3052	1982	19	выписана
7.	Б-ая К	38 лет	1481	1985	49	выписана
8.	Б-ой И	43 года	1548	1985	19	выписан
9.	Б-ой К	30 лет	532	1987	14	выписан
10.	Б-ая К	47 лет	945	1987	32	выписана

С П И С О К

историй болезни больных с травмой печени,
не пораженной патологическим процессом,
находившихся на лечении в хирургическом
отделении Тобольской городской больницы с
1965 по 1987гг.

№ пп	Фамилия	Возраст	№ истор. болезни	Год	продолж. к/дней	исход заболевания
1	2	3	4	5	6	7
1.	Б-ой Г	18 лет	2196	1965	30	выписан
2.	Б-ой Л	26 лет	1874	1965	10	выписан
3.	Б-ой Ч	24 года	1092	1965	47	выписан
4.	Б-ой М	26 лет	232	1966	20	выписан
5.	Б-ая А	29 лет	266	1968	36	выписан
6.	Б-ой М	20 лет	1012	1969	11	выписан
7.	Б-ой Т	37 лет	270	1969	23	выписан
8.	Б-ой Ш	31 год	706	1971	10	выписан
9.	Б-ой К	38 лет	1323	1974	25	выписан
10.	Б-ой П	21 год	1262	1974	13	выписан
11.	Б-ая Э	27 лет	1080	1974	1	умерла
12.	Б-ой Ж	39 лет	917	1974	56	выписан
13.	Б-ой З	37 лет	521	1974	11	выписан
14.	Б-ой Ш	39 лет	1240	1974	13	выписан
15.	Б-ой Э	25 лет	703	1975	3	умер
16.	Б-ой Р	46 лет	1579	1975	13	выписан
17.	Б-ая Р	28 лет	328	1976	8	выписана
18.	Б-ой П	25 лет	2000	1976	24	выписан
19.	Б-ой К	22 года	2223	1976	13	выписан
20.	Б-ой Ц	20 лет	808	1976	11	выписан
21.	Б-ой С	31 год	1033	1976	16	выписан
22.	Б-ая М	28 лет	1972	1977	18	выписана
23.	Б-ой М	14 лет	2111	1977	19	выписан
24.	Б-ой П	17 лет	789	1977	11	выписан
25.	Б-ой Р	28 лет	1253	1977	67	выписан
26.	Б-ая П	19 лет	1666	1978	19	выписана

1	2	3	4	5	6	7
27.	Б-ой К	33 года	1967	1978	13	выписан
28.	Б-ой К	18 лет	1625	1978	22	выписан
29.	Б-ой М	30 лет	878	1978	14	выписан
30.	Б-ая К	48 лет	1698	1980	30	выписан
31.	Б-ой Ш	19 лет	26	1979	6	умер
32.	Б-ой В	22 года	852	1981	9	умер
33.	Б-ой Д	28 лет	323	1981	1	умер
34.	Б-ой Р	22 года	5792	1983	26	выписан
35.	Б-ая С	28 лет	2152	1984	26	выписана
36.	Б-ая В	33 года	2000	1984	16	выписана
37.	Б-ой К	22 года	3020	1984	46	выписан
38.	Б-ой В	38 лет	2113	1984	6	умер
39.	Б-ой Н	43 года	742	1984	13	выписан
40.	Б-ой С	24 года	2910	1984	16	выписан
41.	Б-ой Г	23 года	4360	1983	21	выписан
42.	Б-ой З	19 лет	2193	1984	12	выписан
43.	Б-ой Г	17 лет	3392	1985	32	выписан
44.	Б-ой К	15 лет	3338	1985	3	переведен
45.	Б-ая С	50 лет	3382	1985	47	выписана
46.	Б-ой Н	42 года	2608	1985	41	выписан
47.	Б-ой В	29 лет	3488	1985	12	выписан
48.	Б-ая С	19 лет	270	1985	16	выписана
49.	Б-ой З	38 лет	467	1985	1	умер
50.	Б-ой М	22 года	703	1985	34	выписан
51.	Б-ой М	30 лет	266	1986	16	выписан
52.	Б-ой Ш	17 лет	4537	1987	11	выписан
53.	Б-ой В	23 года	71	1987	27	выписан
54.	Б-ой С	21 год	72	1987	15	выписан
55.	Б-ой И	37 лет	5576	1987	17	умер
56.	Б-ой Б	35 лет	1092	1987	18	выписан



"Утверждаю"

Главный врач Тобольской
центральной районной больницы

В.А. Елионов

"12" февраля 1988г.

А К Т

внедрения в практику больницы результатов диссертационной работы тов. Амалина С.П. на тему: "Травма печени и изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом."

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя - Лнушковского Е.А., заместителя главного врача по лечебной работе и члена - Долгушиной А.Ф., зав. хирургическим отделением, врача Таджикибаева Г.Х. - удостоверяем, что практические рекомендации выработанные в процессе кандидатской диссертации Амелиным С.П., используются в работе хирургического отделения больницы с 1983 года.

Практические рекомендации отражают специфичность возможных осложнений при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом, своевременную их диагностику и методы предупреждения желчного перитонита в послеоперационном периоде у этой категории пострадавших.

Для своевременной диагностики у больных с закрытой травмой живота применяем лапароцентез. Оперативное вмешательство на печени и желчном пузыре у больных описторхозом всегда завершаем дренированием брюшной полости и по показаниям, декомпрессией биллярного тракта для профилактики желчеистечения и желчного перитонита в послеоперационном периоде. Двум больным описторхозом с изолированной травмой желчного пузыря выполнена холецистэктомия. С 1983 г. у больных с травмой печени поражённой описторхозом в послеоперационном периоде желчный перитонит не наблюдали. Кроме этого, выявленные гистоструктурные изменения в печени и желчном пузыре при описторхозе учитываются во время операций на органах верхнего этажа брюшной полости, биопсии печени.



Председатель:

Зам. главного врача по лечебной работе

Члены:

1). зав. хирургическим отделением

2). врач-хирург

Лнушковский Е.А.

Долгушина А.Ф.

Таджибаев Г.Х.

Подпись заверяю. Начальник отдела кадров

Лумилова Г.А.

" Утверждаю "

Главный врач Тобольской
линейной больницы водников

О.Н.Зайцев

1988 г.



А К Т

внедрения в практику больницы результатов диссертационной работы тов. Амелина С.П. на тему: "Травма печени и изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом."

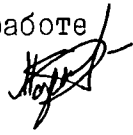
Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя - Боршова А.С., заместителя главного врача по лечебной работе и членов Шумилова В.И., зав. хирургическим отделением, врача Малюга А.А. - удостоверяем, что практические рекомендации, выработанные в процессе выполнения кандидатской диссертации на тему "Травма печени и изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом" используются в работе хирургического отделения с 1985 года.

Практические рекомендации отражают специфичность возможных осложнений при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом, своевременную их диагностику и методы профилактики желчного перитонита и желчного плеврита.

У пострадавших с травмой органов брюшной полости анамнестически выясняем наличие описторхозной инвазии, в сомнительных для диагностики случаях, применяем лапароцентез. Во время операций на органах верхнего этажа брюшной полости учитываются гистоструктурные изменения в печени и желчном пузыре вызванные паразитированием описторхов. Биопсию печени проводим по строгим показаниям. Оперативное вмешательство на печени и желчном пузыре у больных описторхозом завершаем дренированием брюшной полости для профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде.

Председатель:

Зам. главного врача по лечебной работе

 Боршов А.С.

Члены:

1) зав. хирургическим отделением


Шумилов В.И.

2) врач-хирург

Малюга А.А.

Подписи заверяю. Начальник

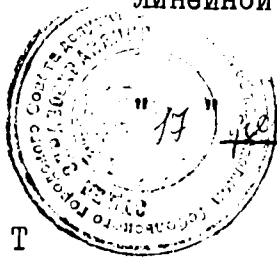


 Варчук Г.И.

" Утверждаю"
Главный врач Тобольской
линейной больницы водников

О.Н.Зайцев

1988 г.



А К Т

внедрения в практику больницы результатов диссертационной работы тов. Амелина С.П. на тему: "Травма печени и изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом."

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя-Боршова А.С., заместителя главного врача по лечебной работе и членов Шумилова В.И., зав. хирургическим отделением, врача Малюга А.А. - удостоверяем, что практические рекомендации, выработанные в процессе выполнения кандидатской диссертации на тему "Травма печени и изолированные повреждения желчного пузыря у больных описторхозом" используются в работе хирургического отделения с 1985 года.

Практические рекомендации отражают специфичность возможных осложнений при травме печени и желчного пузыря у больных описторхозом, своевременную их диагностику и методы профилактики желчного перитонита и желчного плеврита.

У пострадавших с травмой органов брюшной полости анамнестически выясняем наличие описторхозной инвазии, в сомнительных для диагностики случаях, применяем лапароцентез. Во время операций на органах верхнего этажа брюшной полости учитываются гистоструктурные изменения в печени и желчном пузыре вызванные паразитированием описторхов. Биопсию печени проводим по строгим показаниям. Оперативное вмешательство на печени и желчном пузыре у больных описторхозом завершаем дренированием брюшной полости для профилактики желчного перитонита в послеоперационном периоде.

Председатель:

Зам. главного врача по лечебной работе

Боршов А.С.

Члены:

1) зав. хирургическим отделением

Шумилов В.И.

2) врач-хирург

Малюга А.А.

Подписи заверяю. Начальник отдела кадров



Варчук Г.И.

**АВТОР ПРИНОСИТ ИСКРЕННЮЮ БЛАГОДАРНОСТЬ ЗА
ЦЕННЫЕ СОВЕТЫ И ПОДДЕРЖКУ В ВЫПОЛНЕНИИ
НАСТОЯЩЕЙ РАБОТЫ**

**Научному руководителю, профессору
ЛИСИЕНКО ВАЛЕНТИНЕ МИХАЙЛОВНЕ**

**Научному консультанту, профессору
ЗУБОВУ НИКОЛАЮ АЛЕКСАНДРОВИЧУ**

**хирургу Тобольской городской больницы,
канд. мед. наук ТРЕТЬЯКОВУ АБВИМУ
МИХАЙЛОВИЧУ**