

Реферат на тему: «Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений при операциях на печени».

.

Операции на печени (большие и предельно большие резекции) являются одними из самых сложных в хирургии, летальность по данным различных авторов колеблется от 4 до 24%.

В послеоперационном периоде печеночная или печеночно-почечная недостаточность возникает в 35,4%, кровотечения в брюшную полость в 7,6%, послеоперационная пневмония в 21,7%, скопление жидкости в околопеченочном пространстве в 9,6%, острая сердечно-сосудистая недостаточность в 6,5%, гемобилия в 1,1%, ДВС-синдром в 5,3%, желчно-гнойные свищи в 9,8%, желчный перитонит в 6,5%, нагноение послеоперационной раны в 6,5%, плевральная транссудация справа в 42,3%, водно-электролитные нарушения в виде гипокалиемии в 18,8%, гиперкалиемии в 3,1%. (на 112 наблюдений) (3)

При резекции печени в 30,5% развиваются осложнения, гнойные осложнения составляют 9,3%, неинфицированные жидкостные скопления возникают в зоне операции в 9,3% и плевральной полости 7,1% (на 311 резекций печени) (1)

 Воспалительные осложнения при резекциях печени (на 311 резекции ) (1)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего  | Абсцессы в зоне резекции печени | Нагноение остаточной полости | Перитонит  | Наружный желчно-гнойный свищ | Неинфицированные жидкостные скопления  | Реактивный плеврит |
| 30,5% | 6,1% | 1,6% | 0,96% | 1,6% | 9,3% | 7,1% |

В последние годы стали широко использовать аргон-усиленную коагуляцию, ультразвуковой хирургический аспиратор , появились высокоэффективные антибиотики. Все это привело к снижению числа воспалительных осложнений.

 Воспалительные осложнения при резекциях печени (на 53 резекции ) (1)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего  | Абсцессы в зоне резекции печени  | Нагноение остаточной полости  | Перитонит  | Наружный желчно-гнойный свищ | Неинфицированные жидкостные скопления  | Реактивный плеврит |
| 30,2% | 1,9% | 3,8% | 0% | 1,9% | 0% | 20,8% |

 Общие осложнения после резекции печени (на 311 резекций) (1)

|  |  |
| --- | --- |
| Осложнения | Количество |
| Нагноение раны | 4,8% |
| Печеночно-почечная недостаточность | 4,2% |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 1,3% |
| Внутрибрюшное кровотечение и желчеистечение | О,9% |
| Перитонит | 0,6% |
| Тромбоэмболия легочной артерии | 0,3% |

С целью раннего выявления осложнений в послеоперационном периоде эффективен динамический ультразвуковой контроль брюшной и грудной полостей у больных после резекции печени. Ультразвуковой контроль проводится в первые сутки , в последствии каждые трое суток после операции вплоть до удаления дренажей. В случае выявления разлитого перитонита или продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, производится оперативное лечение.

Чувствительность ультразвукового исследования при диагностики жидкостных скоплений в послеоперационном периоде составляет 97,4%. (1) При наличии ограниченных жидкостных скоплений в паренхиме печени, околопечёночном пространстве, в других отделах брюшной полости производится черескожная пункция или чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем.

При обнаружении жидкостного скопления, даже если оно не выявляется клиническими и лабораторными показателями, производится прицельная диагностическая пункция с использованием пункционного датчика, иглой Chiba. Полученное содержимое полости исследуется лабораторными способами.

При полостях небольшого размера ( до 2-3см) применяется метод одномоментной тонкоигольной пункции с последующей аспирацией содержимого и промыванием растворами антибиотиков или антисептиков

 ( производилось в 90% наблюдений ). При больших полстях применяется метод проточного дренирования: приток дезинфицирующего раствора через относительно тонкий дренирующий катетер, а отток через катетер большего калибра (производилось в 10% наблюдений). В дальнейшем выполняется рентгеноконтрастное исследование позволяющее уточнить размеры дренированной полости, наличие затёков, источник, поддерживающий существование гнойника.

В 43,% наблюдений после операций на печени диагностируются выпотные плевриты (в 11% двусторонние), сочетающиеся с различными воспалительными изменениями в поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах, а также при отсутствии последних. Эти осложнения диагностируются с помощью УЗИ, под контролем которого выполняются лечебно-диагностические плевральные пункции.(387 наблюдений) (2)

Широкое внедрение в практику пункционно-дренажного лечения позволило полностью отказаться от оперативных вмешательств при отграниченных воспалительных осложнений, возникающих после резекций печени.(1)

Методика динамического послеоперационного ультразвукового наблюдения за больными после операций на печени с применением чрескожного пункционно-дренажного лечения некоторых осложнений позволяет значительно уменьшить травматичность их устранения, существенно снизить количество релапаротомий, улучшить результаты лечения этой категории больных.

.

Список литературы:

1. В. А. Вишневский, В. А. Кубышкин, А. В. Чжао, Р. З. Икрамов Операции на печени. М.: «Миклош», 2003.
2. А. В. Гаврилин, В. А. Вишневский, С. В. Щербаков, С. В. Алимпиев, А.И.Волчанский Динамическое ультразвуковое исследование как метод диагностики и лечения некоторых осложнений после операций на органах гепатобилиарной системы. –В кн. : Новые технологии в хирургической гепатологии. Материалы третьей конференции хирургов – гепатологов. Санкт- Петербург, 1995, с.365-366
3. В. А. Лотошвили, В. А. Кубышкин, Н. А. Назаренко Прогностические факторы в оценке риска хирургических вмешательств на печени.- В кн. : Новые технологии в хирургической гепатологии. Материалы третьей конференции хирургов – гепатологов. Санкт- Петербург, 1995, с.46-48
4. А. И. Ишмухаметов, Э. Я. Дубров, Е. М. Кудряшова, Л. В. Донова, О. И. Андрейцева, И. В. Погребниченко, А. В. Чжао Значение лучевых методов диагностики при трансплантации печени.\\ Медицинская визуализация. 2001 №1, с. 4-12
5. Р. М. Евтихов, В. М. Чугуевский, Н. Н. Грошев, Е. Ю. Евтихова Расширенная левосторонняя резекция печени при разрыве гемартомы.\\ Хирургия имени Н.И Пирогова . 2001 №2, с.50-52