

УДК 617.55-089.6-005.1

РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ КРОВОТЕЧАХ

Бобров О.Є., Бучнів В.І., Мендель М.А., Ігнатов І.М., Зоргач В.Ю.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика; Клінічна лікарня №8; Клініка «Медиком», м. Київ

Ключові слова: внутрішньочеревна кровотеча, ускладнення, релапаротомія, ультрасонографія

Вступ. Післяопераційні внутрішньочеревні кровотечі (ПВК) є одним із найбільш грізних ускладнень після операцій на органах черевної порожнини. Їх частота у відношенні до всіх лапаротомій складає 0,03-0,4% [2]. Несвоєчасна діагностика і затримка з повторним оперативним втручанням становить велику небезпеку для хворого. Діагностика ПВК при невисокому темпі кровотечі являє собою складну задачу, враховуючи, як правило, невеликий досвід хірурга в діагностиці даної патології, невиражену клінічну картину на початкових стадіях кровотечі, відсутність чіткого алгоритму дій [3]. Останнім часом з'явилися сучасні методи діагностики, такі

як ультрасонографія з кольоровою доплерографією.

Матеріали і методи. Дослідження базується на досвіді лікування 15437 хворих, котрим були виконані операції на органах черевної порожнини в клінічній лікарні №8 м. Києва за період з 1989 по 1999 р. включно. Післяопераційні внутрішньочеревні кровотечі (ПВК) були причиною релапаротомії (РЛ) у 44 (0,28%) хворих.

В роботі використовували загальноклінічну оцінку хворих, інтегральний критерій Л.Г.Заверного и соавт., (1992) [1], ультрасонографічний моніторинг за допомогою апаратів "Aloka" SSD-630, SSD-1100, "Siemens" SI-250, SI-450, з

конвексними, лінійними і секторальними датчиками 3,5 і 5,0 МГц.

Результати досліджень та їх обговорення. Клінічна картина хворих із ПВК складалася з ознак крововтрати і скупчення рідини в черевній порожнині (гемоперитонеум). Симптоматологія і зміни лабораторних показників у хворих із таким видом патології описані в літературі, тому, не зупиняючись на цьому питанні докладно, вважаємо за необхідне відзначити лише те, що найбільше інформативним у своєчасній діагностиці ПВК виявилось використання інтегрального критерію, розробленого Л.Г.Заверним та соавт., (1992).

При цьому достовірними ознаками ПВК були: 1. Синдром гемодинамічних порушень (частота пульсу понад 100-120 удари за хвилину, зниження АТ до 100/60 мм. рт. ст. і нижче). 2. Вміст гемоглобіну крові в рідині, що витікає з дренажів 20 – 80 г/л. 3. Синдром гемодилуції (гемоглобін периферичної крові – 90-120 р/л, еритроцити периферичної крові $2,6-3,5 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 26-30%). 4. Позитивні симптоми Куленкампа або Щоткіна – Блумберга.

Інтегральний критерій Л.Г.Заверного и соавт. (1992) був діагностично достовірний у 40 (90,9%)

хворих. Ще у 4 хворих він не був використаний, тому що ПВК було розпізнано ще до зняття хворих з операційного столу.

У процесі роботи була вивчена інформативність УСГ-моніторингу, що був використаний для діагностики ПВК у 36 хворих, при цьому був розроблений і впроваджений у клінічну практику алгоритм застосування спеціальних і комбінованих засобів ультразвукографії.

Першим і обов'язковим етапом вважали виконання оглядової УСГ, яку проводили в рутинному порядку, кожні 12 годин після операції, а за показаннями і частіше.

Накопичення рідини у вільній черевній порожнині звичайно починалося ретровезикально в малому тазу або між правою ниркою і печінкою. Особливістю УСГ-діагностики була можливість виявлення вільної рідини в черевній порожнині в мінімальній (починаючи з 50 мл) кількості.

УСГ-ознакою, що дозволяла відрізнити гемоперитонеум від скупчень звичайної рідини було те, що кров візуалізувалася, як скупчення рідини з низькоехогенними включеннями, а в міру формування тромбів, на фоні низькоехогенних, з'являлися середньоехогенні структури (Рис. 1).

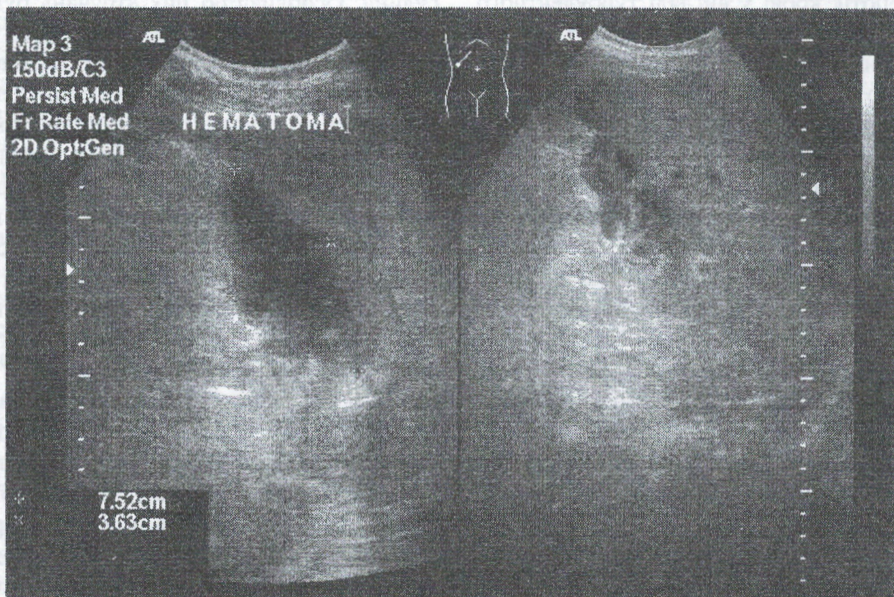


Рис. 1. Накопичення крові під правою долею печінки в В-режимі

Важливою перевагою оглядової УСГ було те, що дослідження можна було проводити необмежену кількість разів, що дозволяло оцінювати динаміку накопичення рідини в черевній порожнині. Особливе значення це мало при немасивних ПВК у хворих без дренажу черевної порожнини, або коли розташування інтраабдомінального кінця дренажної трубки не відповідало джерелу кровотечі.

Оглядова УСГ дозволила встановити діагноз ПВК у 25 хворих. Ще у 9 хворих, відповідно до розробленого алгоритму, були використані

комбіновані засоби УСГ. Так, у 2 хворих була зроблена пункція "вогнища" скупчення рідини під контролем УСГ. Отримана при цьому кров підтвердила діагноз ПВК. Ще у 7 хворих був використаний метод УСГ у комбінації з кольоровою доплерографією. Перевагою цього виду досліджень була можливість диференціальної діагностики "об'ємних" утворень, що неможливо при звичайному В-режимі. Ознакою скупчення крові була відсутність кровотоку усередині сформованих тромботичних мас (рис.2).

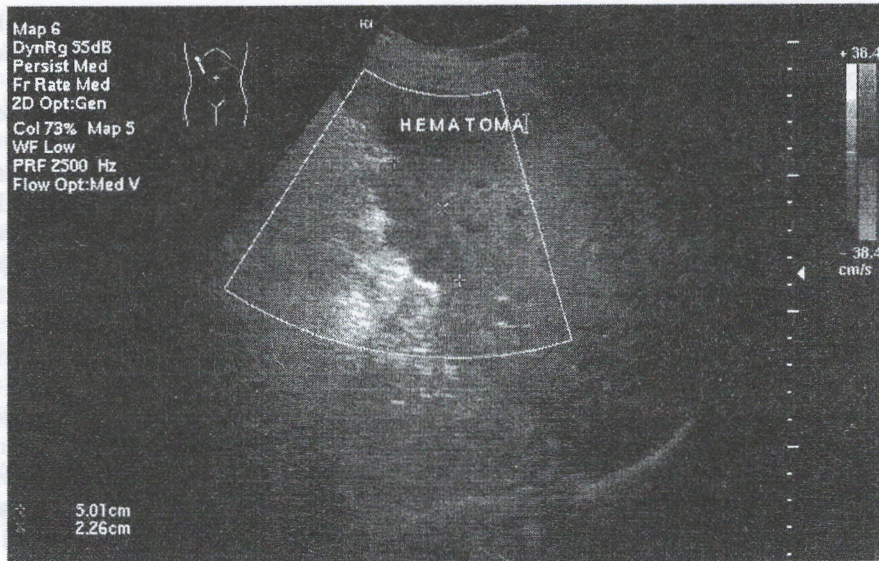


Рис. 2. Накопичення крові під правою долею печінки в режимі кольорового доплерівського картування з раневої поверхні печінки

Крім того, комбінація УСГ із кольоровою доплерографією давала можливість визначення і точної локалізації джерела ПВК, коли на фоні цілком аваскуляризованих рідинних шарів візуалізували потік крові у вигляді турбулентного викиду.

Використання УСГ у сполученні з кольоровою доплерографією у всіх 7 хворих дозволило встановити остаточний діагноз ПВК, а у 2 із них встановити і його джерело.

Найкращим доступом, що забезпечує можливість повноцінної ревізії черевної порожнини, здійснення гемостазу і проведення ретельної санації при РЛ, виконуваної з приводу ПВК, вважали серединну лапаротомію. У початковий період роботи, ми, як і багато інших хірургів, двічі робили спроби виконати РЛ у хворих із ПВК після апендектомії, використовуючи розріз Волковича-Дьяконова. У обох хворих довелося перейти на серединний розріз уже в ході операції, тому подібні спроби згодом були відкинута.

Під час РЛ робили евакуацію з черевної порожнини крові і згустків, після чого встановлювали джерело кровотечі. Його вдалося без труднощів виявити тільки у 31 (70,4%) хворого. Ще у 7 (15,9%) хворих джерело було виявлене після провокації кровотечі форсованим видаленням тромбів і штучного підвищення АТ.

У інших 6 (13,7%) хворих джерело ПВК виявлено не було, незважаючи на те, що у черевній порожнині у них виявляли від 500 до 1200 мл крові. У таких ситуаціях проводили повторне лігування і прошивання всіх підозрілих ділянок.

Значні складності виникали при припиненні ПВК у хворих, що перенесли операції на біліарній системі, зокрема, коли джерелом кровотечі була ранева поверхня печінки.

Із 14 хворих, у яких ПВК розвинулася після операцій на органах біліарної системи, у 2 її джерелом була кукса міхурової артерії, при

зіслизненні з неї лігатури, а у 12 – ранева поверхня печінки.

При ПВК із міхурової артерії у 2 хворих з успіхом проведена РЛ, повторна перев'язка судини. Особливістю цих втручань було те, що в одного хворого РЛ виконана через 40 хвилин, а у другого – через 1,5 години після холецистектомії.

Кровотечі з раневої поверхні печінки були діагностовані в більш пізні терміни. Так, тільки у 3 хворих вони були розпізнані в перші 12 годин після операції, у 8 хворих – протягом 12 – 24 годин, а у одного хворого – через 56 годин після втручання. У всіх 12 хворих під час первинної операції були відмічені значні технічні складності, обумовлені внутрішньопечінковим розташуванням жовчного міхура і наявністю гнійно-септичних навколومیхурових ускладнень. Саме цим були обумовлені великі ушкодження вісцеральної поверхні правої долі печінки, виявлені при РЛ.

Недостатня ефективність традиційних засобів гемостазу при кровотечі з раневої поверхні печінки була встановлена в перший період роботи у 1989-1992 роки, коли при РЛ у 7 хворих був застосований П-подібний гемостатичний шов, доповнений у 2 хворих оментогепатопексією. Після операції помер один хворий від формування центральної гематоми печінки з проривом її в жовчні протоки і розвитком гемобілії. Ще у 2 хворих сформувалися внутрішньопечінкові абсцеси в зоні ушивання "ложа жовчного міхура", що обумовило необхідність виконання РЛ2, під час якої був відзначений некроз печінкової тканини в зоні накладення П-подібних швів.

З 1993 року була розроблена методика послідовного застосування засобів тимчасового і остаточного гемостазу, що на теперішній час використана при РЛ у 5 хворих. Суть методики полягає в наступному. При виконанні операції з приводу кровотечі з паренхіми печінки втручання починали з підведення турнікета на печінково-дванадцятипалу зв'язку (ПДЗ). Якщо джерелом

кровотечі були елементи портальної тріади, то при затягуванні турнікета інтенсивність кровотечі значно зменшувалася, що дозволяло провести ретельну ревізію зони кровотечі і виконати прицільне захваткування кровоспинними затискачами судинно-секреторних елементів із їхнім прошиванням і перев'язкою.

Після зняття турнікета контролювали ефективність холе- і гемостазу, раневий канал і залишкові порожнини не ліквідували тампонадою сальником, а проводили їх зовнішню дренажу трубочастими дренажами. Це дозволяло ефективно евакуювати в післяопераційному періоді тканинний детрит, жовч і кров, що надходять із дрібних протоків і судин, і створювало можливість для проведення лікувальних заходів і здійснення контролю надійності холе- і гемостазу. Такий метод операції з успіхом був застосований у 4 хворих.

Якщо після оклюзії ПДЗ кровотеча не зупинялася, то ставала очевидною зацікавленість у кавальній системі. У такій ситуації після максимальної мобілізації печінки додатково накладали турнікет на підпечінковий сегмент нижньої порожнистої вени, вище впадіння в неї ниркових вен. Цей прийом був використаний у одного хворого, і хоча він і не приводив до повного припинення кровотечі, темп крововтрати при його застосуванні усе ж значно зменшувався, що дозволило в цього хворого виконати атипову резекцію правої долі печінки.

При використанні розробленої методики послідовного застосування методів тимчасового й остаточного гемостазу післяопераційний період у жодного хворого не ускладнився розвитком центральних гематом, абсцесів або крайового некрозу печінки.

Із 44 хворих, котрим була зроблена РЛ при ПВК, стабільного остаточного гемостазу вдалося досягти у 41 (93,2%) хворих. У одного хворого із ПВК із кукси брижі і "ложа" червоподібного

відростка через 15 годин після РЛ1 була зроблена РЛ2, під час якої гемостаз був досягнутий перев'язуванням здухвинноободової артерії. У другого хворого при розвитку гнійного панкреатиту джерелом рецидиву ПВК була селезінкова артерія в безпосередній близькості від черевного стовбура. Масивність крововтрати обумовила загибель хворого на операційному столі під час РЛ2. Ще у одного хворого розвинулася центральна гематома печінки з гемобілією.

Померло в післяопераційному періоді 4 (9,1%) хворих. Причинами смерті хворих були: гнійний панкреатит, сепсис, профузна кровотеча із селезінкової артерії – у одного хворого; прогресування мієлолейкозу, сепсис – у одного хворого; ДВС-синдром, шок легена і шок нирка – у одного хворого; гемобілія – у одного хворого.

Висновки. 1. Симптоми і синдроми, що виявляються при клінічному і лабораторному обстеженні, і складовий інтегральний критерій діагностики ПВК Л.Г.Заверного и соавт., (1992) хоч і не вказують на конкретне джерело кровотечі, проте дозволяють у 90,9% хворих вірогідно установити факт наявності такого виду ускладнень і своєчасно встановити показання до РЛ2. Серед інструментальних засобів діагностики ПВК головне місце посідає УСГ – моніторинг. Алгоритм його використання включає: оглядову УСГ, поєднання оглядової УСГ із кольоровою доплерографією і поєднання УСГ із прицільною пункцією "вогнища". 3. При ПВК із раневої поверхні печінки рутинно застосовувані П-подібні гемостатичні шви, як у чистому вигляді, так і в поєднанні з оментопексією недостатньо ефективні і не запобігають формуванню в післяопераційному періоді центральних гематом і абсцесів печінки, гемобілії, не забезпечують надійного холе- і гемостазу а також сприяють крайовим некрозам тканини печінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М., Тарасов Л.А. Внутривентральные кровотечения в раннем послеоперационном периоде и их диагностика // Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 115-120.
2. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. – 560 с.
3. Минцер О.П., Зюбрицкий Н.М., Семко А.М., Шаталюк Б.П. Диагностические алгоритмы и тактика лечения осложненных после внутривентральных операций. К.: Здоровья, 1990. – 192 с.

SUMMARY

RELAPAROTOMY AT POSTOPERATIVE INTRAABDOMINAL BLEEDINGS

O.E. Bobrov, V.I. Buchnev, N.A. Mendel, I.N. Ignatov, V.Yu. Zorgach

The research is based on experience of treatment of 15437 patients, with relaparotomies (RL) for the postoperative intraabdominal bleedings (PIAB) in 44 (0,28 %) patients. Died after the operation 4 (9,1 %) patients. For diagnostics of bleedings the integral criterion of PIAB diagnostics of L.G.Zaverny et al., (1992) was applied. The leading place in diagnostics has ultrasonographic monitoring. At PIAB from liver wound surface routinely used P-type hemostatic sutures are insufficiently effective. The original procedure of a hemostasis from liver wound surface is recommended.

Key words: intraabdominal bleeding, complications, relaparotomy, ultrasonography