

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

С.В.Авакимян, А.Ю.Руденко

Кубанский государственный медицинский университет. Краснодар. Россия.

Введение. Послеоперационное кровотечение, особенно профузное, является наиболее тяжелым и опасным осложнением, требующим немедленных и решительных мероприятий с целью предупреждения быстрого развития анемизации больного. Частота его по данным С.Г. Григорьева и соавт.(2003) [1], А.В.Федорова и соавт. (2005) [2], составляет около 9% в общей структуре послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. За 2001-2007гг. в клинике было выполнено 21387 операций на органах брюшной полости. Мужчин было 9876, женщин – 11511 в возрасте от 18 до 96 лет. Все больные были оперированы в неотложном (16156) и срочном (5231 человек) порядке. Релапаротомия потребовалась 1815 раз 1678 больным, что составило 8,6% (отдельным больным повторное вскрытие брюшной полости проводилось более двух раз). Из 1815 релапаротомий по поводу кровотечения повторное вскрытие брюшной полости потребовалось 186 больным. Кровотечения встретились в трех возможных вариантах. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта, которое имело место у 46 больных, наиболее часто отмечены кровотечения в свободную брюшную полость (130 пациентов) и только у 10 человек кровотечение происходило как в просвет желудочно-кишечного тракта, так и в свободную брюшную полость.

Результаты и обсуждение. Число релапаротомий по поводу кровотечения составило 10,5%. Летальность после релапаротомии в среднем составила 16,7%. Наибольшую летальность при возникновении послеоперационного кровотечения дают острые деструктивные панкреатиты. Она по нашим данным достигает 50,1%. Диагностика кровотечения в свободную брюшную полость при наличии дренажей в ней не представляет трудностей. Нет больших затруднений и при установлении кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Выделение по назогастральному зонду крови при операции на желудке и двенадцатиперстной кишке или при операции на тонкой и толстой кишке – выделение крови, иногда малоизмененной, из прямой кишки требуют проведения гемостатической терапии, включая и местный гемостаз с помощью эндоскопической техники. Такими мероприятиями часто удается остановить кровотечение. В противном случае показана релапаротомия. Наиболее трудна диагностика кровотечения при невысоком темпе кровопотери, которое происходит в свободную брюшную полость, особенно при отсутствии дренажей в ней. Поэтому неслучайно, что 5 человек были подвергнуты релапаротомии спустя 5-9 суток после первой операции. И у них только на повторной операции была выяснена истинная причина ухудшения состояния пациентов, потребовавшая

релапаротомии. В этой ситуации имеются и значительные тактические и технические трудности, особенно если кровотечение в свободную брюшную полость и в просвет желудочно-кишечного тракта встречается у лиц с травмой живота. У этих больных бывает трудно отыскать источник кровотечения в просвете ЖКТ. Изменения на серозной оболочке желудочно-кишечного тракта и просвечивание черного содержимого кишечника помогают топической диагностике источника кровотечения.

Своевременной диагностике кровотечения после операций, а следовательно, и своевременному повторному оперативному пособию, способствуют динамическое клиническое наблюдение за больным, лабораторный контроль, фиброгастродуоденоскопия и УЗИ с почасовой динамикой.

Сравнивая данные нашей клиники за 2001-2007 гг., когда мы стали придерживаться и использовать вышеуказанные мероприятия, с предыдущим пятилетием (1996-2000гг.) оказалось, что летальность снизилась почти в два раза. Так, в период с 1996 по 2000гг. на 25706 операций на органах брюшной полости кровотечение, как осложнение, потребовавшее повторной операции, было диагностировано у 204 больных. После релапаротомии умерло 65 человек, что составило 31,9%. В то время как в период с 2001-2007гг. летальность составила 16,7%.

Выводы. 1. Своевременная диагностика кровотечения, как осложнения после операций на органах брюшной полости, требует самых энергичных мер по достижению гемостаза.

2. При отсутствии эффекта от консервативной терапии включая и эндоскопические методы гемостаза, показана неотложная релапаротомия. Только своевременная диагностика кровотечения и релапаротомия являются залогом снижения летальности у этого тяжелого контингента больных.

Список литературы:

1. Григорьев С.Г., Петров В.А., Григорьева Т.С. Релапаротомия. Вопросы терминологии// Хирургия.-2003.-№6.-С.-60-63.
2. Федоров А.В., Чадаев А.П., Сажин А.В., Стегний К.В. Релапароскопия в лечении послеоперационных осложнений//Хирургия.-2005.-№8.-С. 80-85.