

УДК 616.366-089.168.1-06:616-005.1

**АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ
ДАНЫХ И УЗ-ДИАГНОСТИКИ
ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ
КРОВОТЕЧЕНИИ**

Сахно Владимир Дмитриевич – д.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Ралка Борис Викторович – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Галенко-Ярошевский Владимир Павлович –
к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Приведен частный клинический случай
возникновения осложнения – кровотечение –
после открытой холецистэктомии.
Проанализированы диагностика и тактика при
обнаружении в послеоперационном периоде
внутрибрюшного кровотечения с учетом
допущенных ошибок. Даны рекомендации,
позволяющие минимизировать случаи
возникновения осложнений.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕНИЕ,
КРОВОТЕЧЕНИЕ, ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

UDC 616.366-089.168.1-06:616-005.1

**ANALYSIS OF CLINIC-LABORATORY
DATA AND SONOGRAPHY IN
INTRA-PERITONEAL BLEEDING**

Sakhno Vladimir Dmitrievich – MD
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Krasnodar, Russia*

Ralka Boris Victorovich – Ph.D (Med)
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Krasnodar, Russia*

Galenko-Yaroshevskii Vladimir Pavlovich –
Ph.D (Med)
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Krasnodar, Russia*

The clinic case of complication – bleeding –
after open cholecystectomy was presented. The
diagnostics and tactics of treatment of intra-
peritoneal bleeding were analyzed subjected to
introduce errors. The recommendations were
suggested to minimize complications occur.

Key words: COMPLICATIONS, BLEEDING,
CHOLECYSTECTOMY

Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) и значительные затраты общества на ее лечение являются одной из проблем современной медицины. До 10–15 % взрослого населения страдают данным заболеванием. Ежегодно в России регистрируется 800000 новых случаев ЖКБ (А.Е. Борисов и соавт., 2004). В некоторых клиниках доля выполнения холецистэктомий лапароскопическим методом достигает 95–98 % и является образцом лечения хронического холецистита. Открытые холецистэктомии выполняются при симультанных вмешательствах, требующих широкого доступа, и противопоказаниях с карбоксиперитонеуму. Возникновение хирургических ошибок при открытой холецистэктомии возможно по ряду причин: плохая экспозиция из-за неправильно выбранного разреза передней брюшной стенки, плохая релаксация мышц последней, недостаточная освещенность операционного поля, отсутствие опытных ассистентов и торопливость хирурга, отказ от интраоперационной рентгеноконтрастной холангиографии. По данным ряда авторов [1], истечение крови и желчи в свободную брюшную полость отмечается у 0,2–14,0 % больных, перенесших холецистэктомию, и в 3,4 % наблюдений приводит к смерти. По другим данным, указанные осложнения являются причиной ранней релапаротомии у 0,7–3,9 % больных [2, 3, 4, 5].

На частном примере рассмотрено такое осложнение, как кровотечение, возникающее в ранний послеоперационный период, с учетом анализа проведенной диагностики и тактических рекомендаций.

Пациентка И., 57 лет, поступила на плановое хирургическое лечение с диагнозом: рецидивная вентральная грыжа, хронический калькулезный холецистит. Гипертоническая болезнь 2 ст. В 2007 г. пациентке проведена операция по поводу пупочной грыжи, а в 2009 г. – по поводу рецидивной вентральной грыжи. В ходе стандартного предоперационного обследования противопоказания к операции, нарушения гемостаза не

выявлены. Предполагаемый доступ в эпигастральную область и наличие большого грыжевого мешка (10 × 6 см) определили решение о выполнении сочетанной операции из одного доступа. Первоначально необходимо выделить и удалить грыжевой мешок, затем провести холецистэктомию и в заключение выполнить пластику передней брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки. Так, 19.12.2012 г. выполнена операция: грыжесечение, пластика передней брюшной стенки полипропиленовым трансплантатом, холецистэктомия. Каких-либо сложностей, особенностей во время проведения операции отмечено не было. Перед началом пластики передней брюшной стенки осмотрено ложе желчного пузыря, гепатодуоденальная связка – гемостаз достигнут, в подпеченочное пространство установлен страховочный дренаж. С учетом возможных факторов риска больной проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений клексаном, при этом больная получила 80 мг клексана. На следующие сутки после операции состояние пациентки было удовлетворительное. Однако на утреннем обходе по дренажу из брюшной полости было отмечено выделение насыщенного геморрагического отделяемого до 100 мл. Гемодинамических нарушений выявлено не было, в анализе крови показатели были в пределах нормы и идентичны первоначальным до операции (эритроциты – $4,3 \times 10^6/\text{мм}^3$, гемоглобин – 128 г/л, гематокрит – 38). Пациентке было выполнено УЗИ брюшной полости, в результате было выявлено наличие гематомы небольших размеров (47 × 7 мм) в области ложа желчного пузыря и конец дренажной трубки находился в этой гематоме. Больной была назначена гемостатическая терапия. Однако по прошествии нескольких часов у больной развилась выраженная слабость с падением артериального давления до 90/50 мм рт.ст., с явлениями ортостатического коллапса, по дренажу выделилось еще до 100 мл геморрагического отделяемого. При выполнении повторного УЗИ, по сравнению с предыдущим

исследованием, выявлена свободная жидкость в минимальном количестве (у нижнего края печени толщиной до 7 мм и у нижнего края селезенки толщиной до 3 мм). Больная переведена в АРО для проведения интенсивной гемостатической терапии и постоянного мониторинга ее состояния. Вечером в 22 ч в анализе крови пациентки отмечено снижение показателей эритроцитов ($3,2 \times 10^6/\text{мм}^3$) и гемоглобина (100 г/л). Это свидетельствовало о развитии внутрибрюшного кровотечения. В это время возник вопрос о повторной операции, однако с учетом хороших показателей свертывания крови на электрокоагулограмме, стабилизировавшейся гемодинамики, отсутствия значимого объема свободной жидкости в брюшной полости (только подпеченочно и возле селезенки) и интенсивного выделения крови по дренажу решено было продолжить консервативную гемостатическую терапию и мониторинг. В АРО больной в течение ночного времени проводилась инфузия свежезамороженной плазмы и эритроцитной массы. За период наблюдения гемодинамика была стабильна, по дренажу выделилось еще 100 мл крови. Однако в утреннем анализе крови отмечено значительное снижение показателей (эритроциты – $2,6 \times 10^6/\text{мм}^3$ и гемоглобин – 79 г/л). На УЗИ выявлено формирование множественных гематом значительного объема в различных отделах брюшной полости. С учетом этих клинических проявлений было принято решение о выполнении срочной релапаротомии по поводу внутрибрюшного кровотечения с целью гемостаза. Больной в экстренном порядке выполнена релапаротомия. Кровотечение из ложа желчного пузыря было диффузного характера, всего в объеме – около 1,5 л крови. Гемостаз достигнут прошиванием ложа желчного пузыря. После релапаротомии больная поправилась и была выписана домой. Срок модели госпитализации был превышен на 12 дней.

Данный случай заставил проанализировать диагностику и тактику при возникновении такого грозного осложнения в послеоперационном

периоде, каким является внутрибрюшное кровотечение. Нами оценены все признаки кровотечения: показатели гемодинамики, в анализе крови – эритроциты и гемоглобин, данные УЗИ, характер и количество отделяемого по дренажу. Определенную роль сыграло увеличение кратности инъекции клексана, так как кровотечение развилось не сразу, а на вторые сутки и, как выяснилось в ходе релапаротомии, имело диффузный характер из ложа без манифестирующего сосуда. Отделяемое по дренажам с первых минут после операции носило насыщенный кровью характер и не имело тенденции к уменьшению, что послужило поводом к усиленному контролю в раннем послеоперационном периоде. Кровянистый характер отделяемого по дренажу можно всегда считать признаком имеющегося кровотечения, однако его количество не свидетельствует об его истинном объеме. Всего за время наблюдения выделилось около 300 мл крови, а на релапаротомии в брюшной полости выявлено до 1,5 л крови. Таким образом, количество крови, отделяемое по дренажу, не является оценкой объема кровопотери.

Больной неоднократно (4 раза) выполнено УЗИ брюшной полости и осуществлен контроль форменных элементов крови. При этом картина наблюдения за пациенткой постепенно ухудшалась, но состояние не было критичным до результатов последнего УЗИ, когда во всех отделах брюшной полости выявлены значительные жидкостные скопления (гематомы). Если сравнить одновременные показатели эритроцитов и гемоглобина в анализах крови и данные УЗИ, то можно сделать вывод о недостаточной эффективности УЗИ в оценке объема внутрибрюшного кровотечения. Было отмечено существенное снижение показателей эритроцитов (с 4,3 до $3,4 \times 10^6/\text{мм}^3$) и гемоглобина (с 137 до 105 г/л) в анализе крови пациентки. Наличие небольшого жидкостного скопления в ложе желчного пузыря и тонкой полоски жидкой крови у нижнего полюса селезенки (по данным УЗИ) не являются свидетельством наличия

большого объема свободной жидкости в брюшной полости пациентки. Таким образом, мы считаем, что наиболее точно оценивать объем кровопотери методом УЗИ невозможно. Наиболее достоверными следует считать показатели эритроцитов и гемоглобина в анализе крови. Однако можно сделать вывод о том, что обнаружение в динамике на УЗИ даже небольшого количества жидкости вдали от зоны операции свидетельствует о распространении крови по брюшной полости и является признаком продолжающегося значительного по объему кровотечения.

Таким образом, приведенный пример показал, что тактика в отношении послеоперационного кровотечения могла быть и более активной – необходимо было сделать релапаротомию в более ранние сроки. В будущем в отношении послеоперационного кровотечения не следует продолжать консервативную гемостатическую терапию при следующих проявлениях: 1) нарушение гемодинамики (гипотензия); 2) существенное снижение показателей эритроцитов (на 1 млн) и гемоглобина (на 32–35 г/л); 3) появления на УЗИ жидкостного компонента вдали от зоны операции. При таких проявлениях кровотечение следует оценивать как продолжающееся и ставить показания к релапаротомии.

Список литературы

1. *Дадвани С.А. и др.* Желчнокаменная болезнь. – М.: Видар-М, 2000. – 144 с.
2. *Курбонов К.М., Даминова Н.М.* Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита // Хирургия. – 2007. – № 8. – С. 38–42.
3. *Мизуров Н.А.* Лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений: Учеб. пособие. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. – 104 с.
4. *Милонов О.Б. и др.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.
5. *Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М.* Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков // Хирургия. – 2006. – № 4. – С. 46–52.