

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

С.А. РУЗИБОЕВ, К.Р. ТАГАЕВ, Ф.А. ДАМИНОВ, С.М. НАЗАРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ҚОРИН БЎШЛИГИГА ҚОН КЕТИШЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

С.А. РУЗИБОЕВ, К.Р. ТАГАЕВ, Ф.А. ДАМИНОВ, С.М. НАЗАРОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

## RESULTS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF INTRABELLY BLEEDINGS

S.A. RUZIBOEV, K.R. TAGAEV, F.A. DAMINOV, S.M. NAZAROV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

---

*Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари ва травмалари билан 42 нафар беморда кўрсатмалар асосида текишириш ва даволашда эндовидеохирургик гемостаз усуллари қўлланилди. Ўтказилган текишириш натижалари шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғига қон кетишларни диагностика ва давосида асосий усул УТТ, КТ ва видеолaparоскопик усуллар эканлиги аниқланди. Шундай қилиб, қорин бўшлиғига қон кетишлари диагностикаси ва даволашда эндовидеохирургик технологиялар қўллаш очиқ оператив даволашга нисбатан ноўрин лапаротомиялар сонини камайтириб, ўлим кўрсаткичларини пасайтиради, асоратлар сонини камайтиради ва беморларнинг шифохонада қолиш давомийлигини қисқартиради.*

**Калит сўзлар:** қорин бўшлиғига қон кетиши, эндовидеохирургик гемостаз усуллари.

*The research basis included results of diagnostics and treatment of 42 patients with traumas and diseases of bodies of a belly cavity, for diagnostics and which treatment under indications have been used modern endovideosurgical hemostasis methods. During the spent researches it has been established that the basic methods of diagnostics of severity level of intrabelly bleedings and a choice of methods of their treatment are ultrasonic, KT and a videolaparoscopy. As a whole, application endovideosurgical for diagnostics and treatment of intrabelly bleedings allows to avoid technologies unjustified laparotomy, to lower death rates, to reduce quantity of complications, and also to reduce time of stay of patients in a hospital in comparison of medical techniques by means of open operative access.*

**Key words:** intrabelly bleedings, endovideosurgical hemostasis methods

---

**Актуальность.** Диагностика и лечение внутрибрюшных кровотечений (ВБК) являются до настоящего времени одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии. Данное положение обусловлено не только высокой степенью распространения ВБК, но и высокой частотой диагностических ошибок и осложнений в ходе лечения [1,6]. ВБК встречаются в 10-45% наблюдений и, как правило, сопровождаются значительным нарушением функции жизненно важных органов и систем. Тяжесть ВБК зависит от многочисленных факторов, среди которых доминирующими являются: вид кровопотери, интенсивность и количество излившейся в брюшную полость крови, а также этиологических факторов, способствующих ее возникновению.

Необходимо отметить, что одной из основных причин развития ВБК, являются повреждения органов брюшной полости, встречающиеся в 30% наблюдений [3,4]. При этом доля повреждений печени и селезенки составляет не менее 35%, которые сопровождаются высоким уровнем инвалидности, а летальность вследствие массивных

кровопотерь колеблется от 25 до 60% и не имеет тенденции к снижению [2]. Среди этиологических факторов ВБК наиболее распространёнными считаются острые гинекологические заболевания и послеоперационные кровотечения вследствие тактических и технических ошибок [5].

В настоящее время для диагностики ВБК все чаще применяются современные высокотехнологические методики диагностики – УЗИ, КТ и эндовидеохирургические технологии, которые позволяют с минимальной травматичностью для пациентов, выполнить лечебные манипуляции, а при обнаружении тяжелых повреждений и профузных ВБК ставить показания к лапаротомии. Однако частота применения эндовидеохирургии для диагностики и лечения ВБК недостаточно высока, что связано с отсутствием единых показаний и противопоказаний к применению данных технологий, сложностью оперативной техники эндовидеохирургических операций и отсутствием широкого клинического опыта их применения.

**Цель исследования.** Улучшение диагностики и непосредственных результатов хирургии

ческого лечения внутрибрюшных кровотечений, путем использования эндовидеохирургических технологий.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением и лечением находились 42 пациента с травмами (29 сл.) и заболеваниями органов брюшной полости (13 сл.), для диагностики и лечения которых по показаниям были использованы современные эндовидеохирургические методы гемостаза.

Мужчин было 30 (71,4%), женщин – 12 (28,6%). Основная масса мужчин – 25 (83,3%) поступили по поводу абдоминальной травмы, среди женщин лишь 4 (33,3%) пострадавших были с абдоминальными повреждениями. В течение 1 часа после получения травмы поступили 14 (48,3%) пострадавших, от 1 до 3 часов – 11 (37,9%), от 3 до 6 часов – 3 (10,3%), позже 6 часов – 1 (3,5%) пациентов. Подавляющее большинство больных основной группы с абдоминальными травмами (96,6%) поступили в течение первых 6 часов.

Среди пациентов с заболеваниями органов брюшной полости было 5 (38,5%) мужчин и 8 (61,5%) женщин. При этом все 8 женщин поступили в сроки от 1 до 6 часов с клиникой острого внутрибрюшного кровотечения на почве острой гинекологической патологии, а у 5 мужчин во время выполнения различных по характеру оперативных вмешательств, а также в раннем послеоперационном периоде наблюдались интра- и послеоперационные внутрибрюшные кровотечения.

В группу сравнения были включены 30 больных с травмами и заболеваниями органов брюшной полости, для лечения которых применялись традиционные методы. Больные обеих групп по полу и возрасту, виду травм и заболеваний органов брюшной полости, тяжести кровопотери были сопоставимы.

Всем больным проведены клинико-лабораторные исследования, а также мониторинг АД, ЧСС, ЦВД, Т тела, Ht, ЭКГ, УЗИ, КТ.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что именно своевременная ранняя диагностика внутрибрюшных кровотечений, надежный гемостаз и коррекция ОЦК позволяют спасти жизнь пациентов. При ВБК клинико-лабораторные изменения в показателях красной крови не всегда информативны. Лишь только при тяжелых профузных ВБК эти показатели начинают снижаться. В этой связи в настоящее время ведущим методом диагностики ВБК независимо от его причин являются клинико-инструментальные методы исследования. Базисными данными в диагностике внутрибрюшных кровотечений является информация полученная при УЗИ и КТ.

В неотложной абдоминальной хирургии УЗИ является наиболее информативным методом исследования. Целью ультразвукового исследования являлось: обнаружение и оценка локализации и количества свободной жидкости в брюшной полости, оценка состояния паренхиматозных органов, выявление локализации и определение объема гематомы. Первостепенное тактическое значение имела количественная оценка объема излившейся крови и ультразвуковая идентификация тяжести травмы - ушиб, разрыв, гематома.

УЗИ для динамики внутрибрюшных кровотечений использовали в 40 (95,2%) наблюдениях. 27 пациентам исследование было выполнено дважды, 14 больным – трижды. При этом в 6 наблюдениях диагностировали травматические повреждения печени с наличием субкапсулярных гематом.

Травматические повреждения селезенки диагностировали у 10 пострадавших. При разрыве селезенки выявляются признаки нарушения целостности органа в виде дефекта его контуров (капсулы) и паренхимы на фоне гипо- и анэхогенных зон. Наряду с различными размерами гематомы диагностировали наличие гемоперитонеума.

В 7 наблюдениях УЗИ эффективно использовали для диагностики внутрибрюшного кровотечения, обусловленного внематочной беременностью.

Таким образом, УЗИ позволяет своевременно диагностировать наличие гемоперитонеума и причины его развития. Это позволяет определить наиболее оптимальный выбор оперативного доступа, методы гемостаза и коррекции ОЦК.

Компьютерная томография (КТ) произведена у 10 больных (с закрытой травмой органов брюшной полости).

КТ является диагностическим методом выбора при определении тупых травм живота и решении вопроса о консервативном или оперативном лечении. Поэтому КТ-обследование проводилось после осуществления первичных реанимационных мероприятий и стабилизации состояния больного.

Ценность данного метода состоит в том, что он позволяет более четко выявить размеры печени и селезенки, отек, разрывы капсулы, признаки некроза за пределами органа. Наибольшую ценность компьютерная томография приобретает при динамическом наблюдении за больным, когда можно видеть прогрессирование патологического процесса в брюшной полости.

Наиболее часто источником кровотечения при абдоминальных травмах у пострадавших были печень, селезенка и брыжейка тонкой кишки.

Таблица 1

Распределение больных по причинам, способствующим развитию кровотечений

<b>Причины</b>	<b>Кол-во</b>	<b>В %</b>
<i>Дорожно-транспортная травма</i>	18	42,9
<i>Бытовые травмы</i>	7	16,7
<i>Падение с высоты</i>	4	9,5
<i>Острые гинекологические заболевания</i>	8	19,0
<i>Оперативные вмешательства на желчных путях</i>	3	7,1
<i>Оперативные вмешательства на печени</i>	2	4,8
<b>Всего</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Повреждения печени отмечены у 11 пациентов, селезенки – у 14, у 3 пациентов наблюдались разрыв тонкой кишки и ее брыжейки и у 1 – ранение тонкой и толстой кишки с брыжейкой.

Распределение больных по причинам, способствующим развитию внутрибрюшного кровотечения, приведено в табл. 1.

Согласно классификации Г.А. Рябова (1979), всех пациентов независимо от причин развития внутрибрюшного кровотечения, по объёму кровопотери разделили на 4 степени. Кровопотеря без наличия шока была диагностирована у 14 (33,3%) пациентов основной группы, с геморрагическим шоком I ст. – у 9 (21,4%), со II ст. – у 6 (14,3%), с III ст. – у 13 (31,0%). Приведенные данные показывают, что кровопотеря до 500 мл, непосредственно не угрожала жизни пациентов, однако состояние больных не всегда соответствовало степени анемии. Тяжелая кровопотеря II и III степени с угрозой для жизни отмечена у 19 (45,2%) пациентов.

Всем 42 больным проводились клинические исследования согласно разработанному в клинике протоколу ведения больных.

Из обследованных 42 больных в 34 наблюдениях видеолaparоскопия позволила трансформировать диагностическое пособие в лечебное, в 4 наблюдениях поставить показание к лапаротомии, в 3 наблюдениях исключить выполнение «напрасной» и «ненужной» лапаротомии, а в 5 для диагностики и лечения послеоперационных ВБК (табл. 2).

Видеолaparоскопическая коагуляция раны печени с санацией и дренированием брюшной полости выполнена 10 пациентам. Видеолaparоскопическая электрокоагуляция селезенки с дренированием брюшной полости выполнена 9 пациентам, а спленэктомия – у 3.

В 8 наблюдениях при разрыве трубной беременности наряду с выполнением диагностической лапароскопии производили одновременно эндоскопический гемостаз (коагуляцию) с эндоскопическим сбором и обратным переливанием излившейся крови.

Таблица 2.

Характер оперативных вмешательств

<b>Характер оперативных вмешательств</b>	<b>Кол-во</b>	<b>В %</b>
<i>Видеолaparоскопия. Коагуляция раны печени. Санация и дренирование брюшной полости.</i>	10	23,8
<i>Видеолaparоскопическая электрокоагуляция раны селезенки. Дренирование брюшной полости.</i>	9	21,4
<i>Видеолaparоскопическая спленэктомия. Дренирование брюшной полости.</i>	3	7,1
<i>Видеолaparоскопическая тубэктомия. Санация и дренирование брюшной полости.</i>	8	19,0
<i>Релaparоскопия. Реклипирование пузырной артерии. Дренирование брюшной полости.</i>	3	7,1
<i>Релaparоскопия. Коагуляция кровоточащих сосудов большого сальника. Дренирование брюшной полости.</i>	2	4,8
<i>Диагностическая видеолaparоскопия.</i>	3	7,1
<b>Конверсия:</b>		
<i>Ушивание раны тонкой кишки. Гемостаз. Санация и дренирование брюшной полости.</i>	3	7,1
<i>Ушивание раны подвздошной и толстой кишки. Гемостаз. Дренирование брюшной полости.</i>	1	2,4
<b>Всего</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Больным с травмой живота, после видеолaparоскопического установления диагноза (множественные ранения подвздошной кишки, толстой кишки и их брыжейки) произведена конверсия. Конверсия, то есть переход на открытый способ оперирования, выполнена у 4 (9,5%) больных. Им выполнено: «Ушивание раны тонкой кишки. Гемостаз. Санация и дренирование брюшной полости» (3 сл.) и «Ушивание раны подвздошной и толстой кишки. Гемостаз. Дренирование брюшной полости» (1 сл.).

В 3-х наблюдениях больным выполнена диагностическая видеолaparоскопия, то есть повреждение органов брюшной полости исключено.

Релaparоскопия для диагностики и лечения послеоперационных ВБК была использована в 5 наблюдениях (реклипирование пузырной артерии и коагуляция кровоточащих сосудов большого сальника). При этом в 4 наблюдениях наряду с диагностикой источника и причины ВБК проводились и лечебные пособия.

Для изучения эффективности лечения ВБК были изучены непосредственные результаты традиционного и видеолaparоскопического лечения внутрибрюшных кровотечений по нескольким клиническим критериям: продолжительность диагностического исследования; совпадение лaparоскопического диагноза при последующей лaparотомии; оценка наличия и объёма гемоперитонеума.

Так, лaparоскопическая диагностика выполнялась с минимальной продолжительностью 5 минут с максимальной эвакуацией гемоперитонеума и дренированием брюшной полости – 28 минут. В тоже время при выполнении диагностической лaparотомии диагностика продолжалась минимально 30 минут и максимально 56 минут. Средняя продолжительность использования методики составила 42 минуты.

Следующей критерий, по которому сравнивали пациентов, подвергнутых диагностической лaparоскопии и традиционному лaparотомному исследованию, – это совпадение диагноза, установленного во время исследования. Из 42 больных, которым была выполнена диагностическая видеолaparоскопия и релaparоскопия, в 32 наблюдениях диагноз был подтвержден и в 10 наблюдениях были поставлены показания к лaparотомии или релaparоскопии. Из больных, которым была выполнена лaparотомия либо релaparотомия с целью диагностики, в – 10 случаях установлен источник ВБК и проводилось его коррекции. Больным при сомнительных признаках ВБК и затруднении при выявлении его источника была выполнена лaparотомия. Ещё в 28 наблюдениях во время лaparотомии и 19 – релaparоскопии были поставлены показания к релaparотомии.

Третий критерий сравнения – это наличие и объём гемоперитонеума, выявленного на догоспитальном этапе, при УЗИ наличие гемоперитонеума, выявить при видеолaparоскопии достаточно просто, визуально, тем самым или предположить источник кровотечения. Объём крови в брюшную полость оценивали по схеме, предложенной В.С. Савельевым: если кровь обнаруживается в минимальных количествах только в отдаленных местах, то объём гемоперитонеума до 300 мл, если уровень крови у границ малого таза, то объём излившейся в брюшную полость крови более 500 мл.

Исследования показали, что во время выполнения видеолaparоскопии, наряду с точным определением источника кровотечения, в – наблюдениях метод позволил эффективно проводить и лечебное пособие.

Таким образом, при выполнении видеолaparоскопии по показаниям она позволяет выявить причину, источник и характер повреждений и заболеланий, способствующих возникновению ВБК. Кроме этого, видеолaparоскопия позволяет эффективно ставить показания к выполнению традиционных открытых вмешательств или релaparотомии.

Изучение непосредственных результатов хирургического лечения ВБК показало, что по сравнению с традиционными открытыми оперативными вмешательствами после выполнения эндовидеохирургических пособий осложнения в значительной степени уменьшились.

Применение видеолaparоскопии позволило существенным образом уменьшить количество послеоперационных осложнений и повторных оперативных вмешательств. При этом в 3 случаях имелись гнойные осложнения в виде нагноения ран входа троакаров (2 сл.) и подпеченочный абсцесс, который был вскрыт и дренирован. Послеоперационная пневмония была у 1 больного. Острая сердечно-сосудистая недостаточность у 1 больного закончилась летальным исходом.

Средний срок госпитализации в стационаре у больных после видеолaparоскопических вмешательств составил – 12,0 койко-дней.

**Выводы.** Скрининговыми методами диагностики степени тяжести внутрибрюшных кровотечений и выбора методов их лечения являются УЗИ, КТ и видеолaparоскопия. В целом, применение видеоэндхирургических технологий для диагностики и лечения внутрибрюшных кровотечений позволяет избежать неоправданных лaparотомий, уменьшить количество осложнений, снизить летальность, а также сократить время пребывания больных в стационаре почти в 2 раза по сравнению лечебных методик посредством открытого оперативного доступа.

**Литература:**

1. Абидов Э. А. Применение рентгенохирургических методов в лечении пациентов по поводу кист поджелудочной железы, осложненных внутрибрюшным кровотечением //Клінічна хірургія. – 2013. – №. 11. – С. 31-33.
2. Алишихов А. М., Абдулжалилов, Д.Ю. Богданов. Эндовидеохирургические технологии в лечении абдоминальной травмы // Мат. XIV Съезда общества эндоскопических хирургов России. – Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т.6. – № 1. – С. 153.
3. Нигаматьянов Н. Р. Органосохраняющие методики в лечении закрытой травмы селезенки с внутрибрюшным кровотечением у детей //Khirurgiia (Mosk). – 2010. – Т. 4. – С. 47.
4. Осипов В. А. и др. Результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью и кровотечением //Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2014. – №. 3.
5. Рахмонов Ш. Д. и др. Диагностика и лечение внутрибрюшных кровотечений при травмах печени //Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2013. – Т. 56. – №. 10.
6. Чикаев В. Ф. и др. Особенности диагностики и лечения пострадавших при сочетанной травме живота //Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6. – №. 5.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

С.А. РУЗИБОЕВ, К.Р. ТАГАЕВ,  
Ф.А. ДАМИНОВ, С.М. НАЗАРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В основу исследования вошли результаты диагностики и лечения 42 больных с травмами и заболеваниями органов брюшной полости, для диагностики и лечения которых по показаниям были использованы современные эндовидеохирургические методы гемостаза. В ходе проведенных исследований было установлено, что скрининговыми методами диагностики степени тяжести внутрибрюшных кровотечений и выбора методов их лечения являются УЗИ, КТ и видеолапароскопия. В целом, применение эндовидеохирургических технологий для диагностики и лечения внутрибрюшных кровотечений позволяет избежать неоправданных лапаротомий, снизить летальность, уменьшить количество осложнений, а также сократить время пребывания больных в стационаре по сравнению лечебных методик посредством открытого оперативного доступа.

**Ключевые слова:** *внутрибрюшные кровотечения, эндовидеохирургические методы гемостаза.*