

УДК 616.33-005.1-036.81

*В.В. Бойко, С.В. Сушков, И.В. Криворотько, Е.Г. Доценко, С.Б. Пеев,
А.Ю. Ткачук, Т.В. Козлова*

«РЕАНИМАЦИОННЫЕ» ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков

В работе представлен опыт хирургического лечения 59 больных с профузными гастродуоденальными кровотечениями, непосредственно угрожавшими жизни. При этом выполнялись реанимационные лапаротомии, с применением разработанной пред-, интра- и послеоперационной реанимационно-хирургической и реанимационно-анестезиологической тактики. Применение данной тактики позволило снизить послеоперационную летальность до 3,4%, количество осложнений – 16,9%.

Ключевые слова: профузное гастродуоденальное кровотечение, реанимационная лапаротомия, хирургическая и анестезиологическая тактика.

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных гемостатических, противоязвенных препаратов и лечебной эндоскопии проблема профузных желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в современной хирургии, остается актуальной. Это связано с отсутствием объективных критериев выбора оптимального хирургического лечения и развивающегося каскада функционально-метаболических и морфологических изменений в различных органах и системе организма. Летальность остается высокой и составляет по данным отечественных и зарубежных авторов 10-25%.

Материал и методы

В Институте общей и неотложной хирургии НАМН Украины с 2005 по 2010 гг. подвергнуто реанимационной лапаротомии 59 пациентов с профузным кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Мы считаем оправданным применение термина «реанимационные лапаротомии» – экстренное жизнеспасающее хирургическое вмешательство на фоне продолжающегося ЖКК и прогрессирующего геморрагического шока с падением гемодинамических показателей и неэффективностью любых других гемостатических мероприятий (объем кровопотери ≥ 3 литров; АД ≤ 70 мм.рт.ст.; пульс ≥ 120 мин), направленное на остановку кровотечения любым возможным и достаточным способом. Источниками кровотечения в 31 случаях были хронические язвы 12-перстной киш-

ки, в 23 – хронические язвы желудка, у 5 больных причиной кровотечения был рак желудка. Средний возраст пациентов составил 56 ± 6 лет. Сроки поступления в стационар от момента начала кровотечения: до 6 часов – 26 больных; от 7 до 24 часов – 20 больных и свыше 24 часов – 13 больных. Все пациенты госпитализированы в отделение интенсивной терапии, где проводился медикаментозный и эндоскопический гемостаз, противошоковые мероприятия, с выявлением источника кровотечения, степени кровопотери.

Результаты и обсуждение

В своей работе мы придерживаемся тезиса о одномоментном реанимационно-хирургическом пособии, что подразумевает параллельную работу врачей обеих направлений. Профузное желудочно-кишечное кровотечение всегда приводит к развитию гиповолемического геморрагического шока, интенсивная терапия которого основывается на ликвидации источника кровотечения, адекватном венозном доступе, инфузионно-трансфузионной терапии и использовании симпатомиметиков. На первом этапе консилиум в составе хирурга и анестезиолога на основании оценки тяжести общего состояния, вероятной причины и степени активности кровотечения принимал решение о выполнении экстренной фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) и объеме гемостатических мероприятий. ФЭГДС выполнено в условиях отделения реанимации 34 больным, в условиях операционной 20, опе-

рация начата без исследования в 5 случаях. Тем пациентам, которым ФЭГДС выполнено на операционном столе это позволило сократить отрезок времени от установления источника кровотечения до начала операции. Хирургическое вмешательство без эндоскопической верификации источника кровотечения и попыток гемостаза мы вынуждены были предпринять в случаях профузного кровотечения и отсутствии явных признаков декомпенсированного цирроза печени.

Интраоперационная тактика включала в себя:

- 1) выявление источника кровотечения и достижение временного гемостаза любым доступным методом или их комбинацией (пальцевое сдавление язвенного инфильтрата – 21, пережатие аорты ниже диафрагмы – 7, наложение зажимов на питающие сосуды на протяжении – 26, наложение зажимов или жомов на зону инфильтрации – 6, прошивание кратера язва с кровоточащим сосудом – 14);
- 2) стабилизация гемодинамических показателей;
- 3) выполнение мобилизации источника кровотечения и питающих сосудов для выполнения окончательного гемостаза;
- 4) окончательный гемостаз путем удаление субстрата и восстановление просвета желудочно-кишечного тракта.

Иссечение язвы желудка с пилоропластикой выполнена у 5 больных; иссечение язвы желудка с пилородилятацией – у 9 больных; клиновидная резекция желудка – у 4 больных; резекция малой кривизной желудка – у 5 больных; паллиативная резекция $\frac{1}{2}$ желудка – у 5 больных; иссечение дуоденальной язвы – у 19 больных (субциркулярное – 11, циркулярное – 8), с частичной ее экстериоризацией – у 12 больных.

Реанимационно-анестезиологическая тактика, примененная нами у данных пациентов основывалась на следующих принципах и мероприятиях. Проведение адекватной инфузионно-трансфузионной терапии требует катетеризации центральной и периферических вен. Все пациенты к моменту реанимационной лапаротомии имели два венозных доступа. Интраоперационно дополнительно катетеризировались еще две вены.

Предоперационная инфузионная терапия

проводилась коллоидами (гелофузин), изотоническим (р-р Рингера) и гипертоническим (р-р NaCl 10%) солевыми растворами. На момент профузного желудочно-кишечного кровотечения и на этапе доставки пациента в операционную введение указанных инфузионных растворов производилось струйно.

Струйное введение инфузионных растворов не позволяло восполнить дефицит ОЦК, что служило показанием к введению симпатомиметиков. Использовались адреналин (12 больных), норадреналин (6 больных), дофамин (26 больных). Дозы указанных препаратов использовались в соответствии со стандартами и протоколами оказания неотложной помощи пациентам с хирургической патологией органов живота [1].

Анестезиологическое пособие при реанимационной лапаротомии. В качестве анестетика при вводимом наркозе использовался кетамин (2-4 мг/кг). Особенность анестезиологического пособия при реанимационной лапаротомии заключалась в интубации трахеи на самостоятельном дыхании после введения кетамина. Тактика интубации трахеи на самостоятельном дыхании, прием Селлика, возвышенное положение головы и туловища – меры профилактики синдрома Мендельсона. Мышечные релаксанты вводились после интубации трахеи (аркурон 4-8 мг/час). В качестве базового анестетика во время оперативного вмешательства использовался оксибутират натрия с начальной дозой 100 мг/кг и поддерживающей 50-60 мг/кг через 1,5-2 часа. Анальгетики – фентанил (0,3-0,5 мг/час в зависимости от показателей гемодинамики).

После хирургического гемостаза в состав инфузионно-трансфузионной терапии включались эритроцитарная масса и СЗП, количество указанных препаратов корректировалось в соответствии со стандартами и протоколами оказания неотложной помощи пациентам с хирургической патологией органов живота [1]. У всех больных интраоперационно по результатам исследования КЩС и газов крови определялся декомпенсированный метаболический ацидоз: рН $7,11 \pm 0,12$, дефицит оснований (ВЕ) – $14,5 \pm 3,9$. С целью коррекции вводился бикарбонат натрия (300-400 мл), ИВЛ проводилась в режиме гипервентиляции (рСО₂ $32,6 \pm 4,8$ мм рт. ст.).

В послеоперационном периоде осложне-

ния отмечены у 10 пациентов (16,9%). Осложнения включали: пневмония (5 случаев), развитие анастомозитов/атонии желудка (2 случая), нагноение п/о раны (2 случая), инфаркт миокарда (1 случай). Умерло 2 (3,4%) больных, в обоих случаях причиной смерти послужило развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

В и в о д и

1. Для сокращения времени от установки источника кровотечения до начала оперативного лечения больных с профузным кровотечением и низкими показателями гемодинамики, ФЭГДС необходимо выполнять на операционном столе.

2. При профузном кровотечении из верхних отделов ЖКТ необходимо выполнять многокомпонентный ступенчатый гемостаз: временный и окончательный.

3. К особенностям проведения анестезиологического пособия и периоперационной интенсивной терапии относятся: интубация трахеи на самостоятельном дыхании, после введения кетамина в дозе 2-4 мг/кг; введение эритроцитосодержащих препаратов крови только после хирургического гемостаза.

4. Применение данной тактики лечения больных с профузным кровотечением из верхних отделов ЖКТ позволило нам снизить послеоперационную летальность до 3,4%, количество послеоперационных осложнений составило 16,9%.

«РЕАНИМАЦІЙНІ» ЛАПАРОТОМІЇ ПРИ ПРОФУЗНІЙ КРОВОТЕЧІ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

В.В. Бойко, С.В. Сушков, І.В. Криворотко, Є.Г. Доценко, С.Б. Пеев, О.Ю. Ткачук, Т.В. Козлова

В роботі наведений досвід хірургічного лікування 59 хворих з профузною гастродуоденальною кровотечею, яка безпосередньо загрожувала жит-

тю. При цьому хворим виконані реанімаційні лапаротомії, з використанням перед-, інтра- та післяопераційної реанімаційно-хірургічної та реанімаційно-анестезіологічної тактики. Використання наведеної тактики дозволило зменшити післяопераційну летальність до 3,4% та кількість ускладнень – 16,9%.

Ключові слова: профузна гастродуоденальна кровотеча, реанімаційна лапаротомія, хірургічна та анестезіологічна тактика.

«REANIMATION» LAPAROTOMY EXECUTED FOR PROFUSE UPPER GASTRODUODENAL BLEEDING

V.V. Bojko, S.V. Sushkov, I.V. Krivorotko, E.G. Dotsenko, S.B. Peev, A.U. Tkachuk, T.V. Kozlova

In the study the experience of 59 patients with profuse gastroduodenal bleeding surgical treatment were represented. Bleeding were directly threatened for life. Reanimation laparotomy was thus executed, with the use of developed pre-, intra- and postoperative reanimation-surgical and reanimation-anaesthetic tactic. Application of this tactic allowed to reduce postoperative lethality to 3,4%, amount of complications – 16,9%.

Key words: profuse gastroduodenal bleeding, reanimation laparotomy, surgical and anaesthetic tactic.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прогноз и профилактика рецидива кровотечений из язв с тяжелыми кровотечениями / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, С.Б. Пеев [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 1 (6). – С.65-67.
2. Велигоцкий Н.Н. Индивидуально-активная хирургическая тактика при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Н.Н. Велигоцкий // Хирургия. – 1989. – № 7. – С 84-89.
3. Костюченко А.Л. Внутривенный наркоз и антинаркотика / А.Л. Костюченко, П.К. Дьяченко. – Спб.: «Деан», 1998. – 240 с.
4. Латто И.П. Трудности при интубации трахеи / И.П. Латто, М. Роузен; пер. с англ. М.Н. Селезнева. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
5. Науково-практичне видання: „Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки” (Відомча інструкція) / Київ, „Дніпро-VAL”, 2008. – 307 с.
6. Фомин П.Д. Фактори ризику летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечениями виразкового генезу / П.Д. Фомин, С.И. Запорожан // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С.25-26.

Стаття надійшла 24.02.2011