

И. Б. Олешкевич, Н. П. Батян, М. Н. Хомченко, П. Г. Нарубанов (Минск). Внутрив брюшное кровотечение — грозное и опасное осложнение. При нем следует проводить не только энергичные гемостатические мероприятия, но и релапаротомию, если кровотечение не удастся остановить консервативными мероприятиями или образовалась инфицированная гематома.

По данным Э. А. Джикия (1964), из 11 больных с послеоперационным кровотечением после релапаротомии умерло 6. Э. М. Перкин с соавт. (1965) наблюдали кровотечение у 6 больных. После релапаротомии погибло 2 из них. По данным О. А. Безуглова (1969), из 135 релапаротомий 21 была выполнена больным с кровотечением, летальность при этом составила 27,4%. Ranke (1970) сообщил, что после релапаротомий летальность составила 61,4%, а послеоперационные кровотечения занимали первое место. Siewert с соавт. (1970) после релапаротомии летальность в связи с кровотечением наблюдали в 12% случаев. В. С. Шапкин и Б. А. Сотниченко (1971) сообщили о 23 релапаротомиях в связи с кровотечением, погибло 8 больных.

Релапаротомии по поводу кровотечения мы выполняли

19 больным, что составляет от общего числа релапаротомий 5,8% и 10,4% от экстренных.

После операций на желудке кровотечение имело место у 6 (0,30%) больных, в том числе у одной больной после резекции желудка по поводу полипа. У 4 больных показанием к первичной экстренной операции явилось профузное желудочное кровотечение, у одного — прободная язва с перитонитом и еще у одной больной — полип желудка. 3 больным в связи с невыясненной причиной кровотечения была сделана гастротомия, однако источник кровотечения не был установлен. У 4 больных кровотечение продолжалось и в послеоперационном периоде. После ушивания прободной язвы у одного больного сразу же возник декомпенсированный стеноз, а затем — профузное язвенное кровотечение. У пациентки с полипом после резекции желудка с помощью механического шва началось обильное кровотечение, по-видимому, в результате недостаточной гемостатической функции этого шва. У мальчика 5 лет после перенесенной в прошлом аппендэктомии возникла спаечная кишечная непроходимость. Во время экстренной операции были рассечены спаечные тяжи. Из рассеченных тканей возникло профузное кровотечение.

Одной больной в связи с хроническим калькулезным холециститом была выполнена холецистэктомия. Однако пузырная артерия отдельно не была перевязана, что и послужило причиной профузного кровотечения. Эта больная была оперирована по поводу спленомегалии. После спленэктомии возникло обильное кровотечение, приведшее к релапаротомии.

Экстренными были  $\frac{2}{3}$  операций. Большинство желудочных больных оперировано по поводу желудочного кровотечения, причина которого на операции не была установлена.

В послеоперационном периоде внутреннее кровотечение не всегда быстро выявляется. Оно может быть замаскировано тяжестью состояния больного в результате перенесенной операции, продолжающимися симптомами перитонита, паралитической кишечной непроходимостью. Однако профузное кровотечение выявляется довольно быстро.

Ухудшение общего состояния наблюдалось у всех больных. Во многих случаях оно было крайне тяжелым. Заметная или резкая бледность с выраженной слабостью отмечалась у 14 больных. Геморрагический коллапс наблюдался у 11 больных, боли в животе — у 13, задержка стула и газов — у 11. Рвота с кровью была у 5 больных, икота, срыгивания — у 3. Жидкий дегтеобразный стул отмечался у 4 больных, повышенная температура — у 7. У одного больного наблюдалась потеря сознания, у 4 больных — холодный пот. У 7 больных отмечалось беспокойство.

Обложенный язык с подсыханием был у 17 больных. Вздутые живота наблюдались у 10 больных, с симптомами раздражения брюшины — у 8. Вялая перистальтика или отсутствие ее отмечались у 13 больных. Притупление в отлогих местах при перкуссии наблюдалось у 7 больных. Пульс 90 в 1 мин был только у 3 больных. У остальных наблюдалась различной степени тахикардия. Нормальное артериальное давление было только у одного больного, у остальных — различной глубины гипотония. Боли в заднем проходе при скоплении крови в малом тазу отмечались у 3 больных, болезненное мочеиспускание — у 2. Инфильтрат в малом тазу был выявлен у 2 больных, в левой половине живота — также у 2. У одного больного возникло профузное кровотечение из открывшегося дуоденального свища, и у одного тампон промок алой кровью. У одного больного в результате обильного внутрибрюшного кровотечения после аппендэктомии возникла острая печеночно-почечная недостаточность с анурией и резкой общей желтухой. Это осложнение не навело на мысль хирургов о возможном кровотечении, и больной длительно лечился по поводу печеночно-почечной недостаточности.

Наиболее характерными симптомами послеоперационного кровотечения являются: ухудшение общего состояния, бледность кожи и слизистых, общая слабость, геморрагический коллапс с холодным потом, учащением и ослаблением пульса и артериальной гипотонией и даже потерей сознания. Часты боли в животе, задержка стула и газов, вздутые живота с вялой перистальтикой или отсутствием ее, иногда притупление перкуторного звука в отлогих местах. Характерно раздражение брюшины. Почти всегда обложенный подсыхающий язык. В ряде случаев отмечаются возбуждение, беспокойство. Иногда может возникнуть рефлекторная стенокардия. Могут быть боли в заднем проходе, болезненное мочеиспускание, инфильтрат в месте локализации гематомы. Если возникает кровотечение внутрь полого органа, характерна рвота с кровью, икота, срыгивания, жидкий дегтеобразный стул. Для дуоденальных язв чаще характерен дегтеобразный стул, для желудочных — кровавая рвота.

Из гематологических и биохимических сдвигов у этих больных характерны: анемизация, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и лимфопенией, ускоренная РОЭ. Отмечаются выраженная гипопротемия с гипоальбуминемией, гиперглобулинемией и понижением белкового коэффициента, нарастание мочевины в крови, гипокальциемия, гипокальциемия и гипохлоремия, гипербилирубинемия, гипохолестеринемия, гипергликемия.

В связи с возникшими показаниями релапаротомия в сроки до 10 дней выполнена 12 больным, 10—20 дней — 6, более чем

через 20 дней — одному больному. 18 релапаротомий сделано под наркозом и лишь одна — под местной анестезией. У 13 больных при релапаротомии была раскрыта прежняя рана, у 4 — нижний срединный разрез. У одного больного был сделан косой разрез справа и у одного — дополнительно к нижнему срединному косые разрезы в подвздошных областях.

При кровотечении в просвет желудка во время релапаротомии 5 больным была сделана резекция желудка, в том числе дважды при высокой язве и один раз повторная. В препарате трижды была язва с кровоточащим сосудом и дважды — эрозивный гастрит. Возникшее у одного больного профузное кровотечение из дуоденального свища потребовало гемостатических швов и ушивания дуоденальной культи. У 13 больных отмечалось кровотечение в брюшную полость и у 5 — в просвет органа. Профузное кровотечение было у 15 больных, капиллярное — у 4. Характер операций: резекция желудка — 4 больных; повторная резекция желудка — 1; ушивание дуоденального свища — 1; удаление маточной трубы и яичника — 2; перевязка брыжески отростка и кровоточащих тканей — 2; перевязка вены сальника, спаянных тяжей — 2; осушивание и дренирование брюшной полости — 7.

У 12 больных во время релапаротомии производилась остановка кровотечения непосредственной перевязкой кровоточащих сосудов или удалением части кровоточащего органа, у 7 больных из-за остановившегося кровотечения или из-за неясности его источника удалялась гематома и выполнялось дренирование. После релапаротомии глухой шов раны наложен 6 больным, дренирование тампонами — 7, поставлены трубочки 6 больным.

Все больные получали интенсивное лечение: гемотрансфузии, раствор глюкозы, соли, плазму, витамины и др. Антибиотики получали 14 больных. Внутримышечно антибиотики вводились редко.

В результате лечения выздоровело 9 больных. У 7 больных возникли или продолжались тяжелые осложнения, потребовавшие новых релапаротомий. Это — гематома малого таза с инфицированием, внутрибрюшные гнойники с кишечными свищами, несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза с перитонитом, продолжение профузного внутрибрюшного кровотечения. При релапаротомии 11 больным произведены ушивание кишечных свищей с обходным илеотрансверзоанастомозом и дренированием гнойников, дренирование инфицированной гематомы, ушивание дефекта гастроэнтероанастомоза, наложение питательного свища по Ру, перевязывание желчепузырной артерии для остановки кровотечения.

После этих операций выздоровело еще 3 больных. У одной больной возникла необходимость в отсроченной релапаротомии III для ликвидации кишечных свищей, гнойников путем зашивания свищей, обходного илеотрансверзоанастомоза и дренирования.

Таким образом, 19 больным с послеоперационным кровотечением было произведено 27 релапаротомий, в том числе экстренных — 24, отсроченных — 3. Жизнь спасена 12 больным. Наибольшая летальность отмечается при кровотечениях после операций на желудке (из 6 больных остался в живых только один). Основная причина летального исхода — распространенный гнойный перитонит, гнойники, истощение вследствие кишечных свищей, несостоятельности гастроэнтероанастомоза, а также в связи с необратимыми изменениями от затянувшегося кровотечения на фоне резко выраженной белковой дистрофии паренхиматозных органов. Повторные лабораторные исследования после релапаротомий выявили глубокие гематологические и биохимические сдвиги в организме больных. Эти патологические изменения оставались и в период интенсивного лечения и коррекции белкового и электролитного баланса. Борьба с глубокими обменными нарушениями является актуальной проблемой современной хирургии.

Итак, послеоперационные кровотечения после операций на органах брюшной полости относятся к тяжелым и опасным осложнениям. При неэффективности энергичного кратковременного гемостатического лечения необходимо производить экстренную релапаротомию. Наибольшую летальность дают кровотечения после операций на желудке. Одновременно с релапаротомией в таких случаях следует проводить компенсирующие кровопотерю гемотрансфузии и интенсивную коррекцию белково-электролитного баланса.