

DOI 10.31718/2077-1096.21.3.129

УДК 616.14-005.1-089-072.1(045)

Юсубов И. А., Гасымов Н. А., Шарифов Э. Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г.Баку, Азербайджан

²Азербайджанский медицинский университет, г.Баку, Азербайджан

Цель исследования – провести сравнительный анализ эффективности методов эндовидеохирургической диагностики желудочно-кишечных и интраабдоминальных кровотечений, возникших после операций, выполненных на органах брюшной полости. Материалы и методы. В основную группу вошли больные (n=408), в диагностике которых активно использовался метод эндовидеохирургии. В контрольную группу вошли пациенты (n=102), которым для коррекции кровотечения, возникшего после аналогичных хирургических вмешательств, применялись традиционные хирургические методы. У 323 больных наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение, а у 85 - интраабдоминальное кровотечение. Во всех наблюдениях был проведён эндоскопический гемостаз путём клипирования (n=57), подслизистой инфильтрации (n=32), электрокоагуляции (n=29), аргонно-плазменной коагуляции (n=74) и комбинированных методик (n=54). Результаты и их обсуждение. 408 больных с клиническими признаками кровотечения в раннем послеоперационном периоде были обследованы с применением эндоскопической техники. Пациентам с подозрительными клиническими и лабораторными данными проводилось ультразвуковое исследование, что позволило выявить наличие свободной жидкости в одном или нескольких отделах брюшной полости. Лапароскопия была проведена в первых часах послеоперационного периода (n=17), в первый день послеоперационного периода (n=36), на второй день (n=19), на третий (n=8), на пятый (n=3), а на шестой день (n=2) случаях. Осложнения были исключены у 7 (16,0%) пациентов, несмотря на снижение артериального давления и уровня гемоглобина. Объем крови, обнаруженной в брюшной полости включая сгустки, составил от 30 мл до 2000 мл. Признаки продолжающегося кровотечения (преобладание большого количества жидкой крови с небольшим количеством сгустков) были обнаружены в 49 (57,6%) наблюдениях, а признаки остановившегося кровотечения (наличие большого количества сгустков с небольшим количеством жидкой крови) - в 29 (34,1%) наблюдениях. Гемостаз обеспечили путём электрокоагуляции (n=35), клипирования (n=15), наложением швов (n=12) и тампонадой из мини-лапаротомического разреза (n=9). Желудочно-кишечное кровотечение наблюдалось у 323 больных, а интраабдоминальное кровотечение - у 85. В 8,4% (n=27) случаев подозрение на послеоперационное осложнение было исключено путём эндоскопических обследований. В 91,6% (n=296) клинических наблюдений подтвердилось раннее послеоперационное кровотечение или признаки нестойкого гемостаза с риском повторного кровотечения. В случае подозрительных клинико-лабораторных данных, указывающих на интраабдоминальные кровотечения, диагностическая лапароскопия позволила исключить осложнения у 16,0% больных, несмотря на снижение артериального давления и уровня гемоглобина.

Ключевые слова: диагностика, электрокоагуляция, желудочно-кишечные и интраабдоминальные кровотечения, осложнения.

Введение

По данным, встречающимся в литературе, посвящённой абдоминальной хирургии, у 0,3-29,7% оперируемых больных развиваются послеоперационные интраабдоминальные осложнения [1, 2, 3]. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта или в саму брюшную полость в раннем послеоперационном периоде считается одним из опаснейших осложнений. Интраабдоминальные кровотечения в послеоперационном периоде развиваются у 0,06-0,28% оперируемых больных и составляют 4,4-29,9% в структуре послеоперационных абдоминальных осложнений [4, 5]. Внутрипросветные кровотечения могут возникнуть после всех видов операций, выполняемых в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Частота встречаемости этих осложнений после органосберегающих операций и ваготомий составляет от 0,9% до 1,6% [1, 4], а после резекции желудка от 0,4% до 3,4% [6]. От 1% до 25%

всех кровотечений пищеварительного тракта составляют острые пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения, возникшие после проведенных операций на желудке [4]. По мнению группы авторов, в большинстве случаев наблюдений кровотечения в желудочно-кишечный тракт связано с неправильным наложением швов первого ряда на стенку желудка и кишечника или рядом других технических дефектов [2, 4]. Смертность от желудочных кровотечений в раннем послеоперационном периоде остается достаточно высокой и колеблется от 11% до 42,7% [1, 6]. На данный момент подтверждающим скрининговым методом послеоперационных интраабдоминальных кровотечений является ультразвуковое исследование. Этот метод является безопасным для больного и даёт возможность получить необходимую информацию за достаточно короткое время [1]. Согласно мнению большинства авторов, наиболее достоверным методом выявления внутрибрюшных жидкостесодержащих

образований является ультразвуковое исследование, точность которого составляет 57-96%, а чувствительность 91,5%. Однако, ограниченные жидкостьсодержащие образования (абсцесс, гематома, билома, полости со скопившемся экссудатом и трансудатом) не имеют специфических ультразвуковых признаков [6]. Именно поэтому для дифференциальной диагностики внутрибрюшных скоплений жидкости выполнение пункции под контролем УЗИ и проведение релапароскопии считается важным [2, 4, 7].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ эффективности методов эндовидеохирургической диагностики желудочно-кишечных и интраабдоминальных кровотечений, возникших после операций, выполненных на органах брюшной полости.

Объект и методы исследования

Данное исследование основывается на

ретроспективных когортных исследованиях и проспективных данных историй болезни пациентов в возрасте 18-87 лет, оперируемых на клинических базах кафедр общей хирургии Аз-ГИУВ имени А. Алиева в период времени с 2010 по 2021 год, которые получили стационарное лечение по поводу различных операций на органах брюшной полости и у которых в послеоперационном периоде развились желудочно-кишечные или внутрибрюшные кровотечения. В основную группу вошли больные (n=408) с осложнённым течением в раннем послеоперационном периоде после хирургического вмешательства на брюшную полость, в хирургической тактике и в лечении осложнений которых предпочли активное использование эндовидеохирургии. В контрольную группу вошли пациенты (n=102) со схожей структурой послеоперационных кровотечений, которым применялись «традиционные» методы хирургической коррекции после аналогичных оперативных вмешательств (табл. 1).

Таблица 1
Кровотечения в группах исследования после проведённых операций на органах брюшной полости

Тип осложнения	Количество пациентов			
	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%-ле	абс.	%-ле
Гастродуоденальное кровотечение	323	79,2	58	56,9
Внутрибрюшное кровотечение	85	20,8	44	43,1
Всего	408	100	102	100

Под термином эндовидеохирургия мы подразумеваем совокупность малоинвазивных технологий, которые использовали для диагностики и коррекции послеоперационного кровотечения.

Критерии включения в исследование – пациенты с развившимся послеоперационным кровотечением после оперативного вмешательства на органы брюшной полости.

Критерии исключения из исследования – крайне тяжелое, критическое состояние больного при поступлении в стационар.

В основной группе средний возраст больных составил 54,1±8,5 лет, а в контрольной 51,9±6,7 лет (p>0,05). Средний возраст больных, включенных в исследуемые группы, составил 52,6±8,2 года. А соотношение мужчин и женщин примерно составило 2: 3.

Рутинное обследование больных проводилось по общепринятой схеме с использованием инструментальных методов диагностики, включая традиционные лабораторные, эндоскопические, а также рентгенологические и ультразвуковые исследования.

Наличие клинических признаков гастродуоденального кровотечения в послеоперационном периоде у 323-х больных явилось показанием к проведению гастроскопии. Во всех наблюдениях был проведен эндоскопический гемостаз клипированием (n=57), подслизистой инфильтрацией (n=32), электрокоагуляцией

(n=29), аргоно-плазменной коагуляцией (n=74) и комбинированные методики (n=54). Затем мы проводили эндомониторинг с интервалом в 4-6 часов, пока не исчезали признаки высокого риска рецидива кровотечения. В 8,0% клинических случаев (n=26) была проведена релапаротомия.

Статистический анализ. Показатели в группах были расположены в вариационный ряд и для каждого вариационного ряда был произведён расчёт среднего арифметического показателя (M), среднеквадратического отклонения того же показателя (σ), стандартной ошибки (m), а также минимального (min) и максимального (max) значения. Для определения разницы между показателями использовался непараметрический метод - критерий Вилкоксона (Манна-Уитни). Для этой цели все показатели в сопоставимых группах пронумеровали (распределили по рангам), расположив их в единую строку в порядке возрастания. Когда встречались числа с одинаковым значением, эти показатели нумеровались последовательно в зависимости от их занимаемой позиции в группах. Далее для показателей каждой группы находилась сумма рангов (R1, R2) и вычислялись значения U1 и U2. Решение о статистической точности данной разницы, было принято путем сравнения пограничных значений в строке n1 и столбце n2 в таблице U-критериев Вилкоксона, с наименьшей из величин U1 и U2.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты эндоскопической диагностики желудочно-кишечных кровотечений. В настоящем исследовании мы провели эндоскопическое обследование 323-м больным с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Подавляющему большинству этих больных в срочном порядке были выполнены объёмные и технически сложные хирургические вмешательства. Среди больных было 214 (66,3%) мужчин и 109 (33,7%) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет, а 34% (110 пациентов) из них были старше 60 лет. 176 (54,5%) больным было проведено хирургическое вмешательство по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, 57 (17,6%) язвы желудка, 48 (14,9%) рака желудка, 17 (5,3%) калькулёзного холецистита, а 25 (7,7%) панкреонекроза.

В контрольную группу вошли 58 (18,0%) больных с признаками раннего послеоперационного кровотечения, для которых решение к

проведению релапаротомии было принято без использования фиброэндоскопии на основании активно-выжидательной тактики. Пациенты основной и контрольной групп были схожи по половому признаку, возрасту, сопутствующим патологиям и по характеру проведенного первичного хирургического вмешательства, приведшего к развитию осложнений.

По результатам экстренной фиброгастроскопии в 27 (8,4%) случаях наблюдений послеоперационное кровотечение было исключено (Forrest III). Поступление «кофейной гущи» в желудочный зонд в данных клинических случаях было связано с неадекватной санацией полости желудка во время хирургического вмешательства, а снижение уровня эритроцитов и гемоглобина с инфузионной гемодилюцией и потерей крови во время операции. В 296 (91,6%) наблюдениях были выявлены эндоскопические признаки произошедшего или продолжающегося кровотечения (табл. 2).

Таблица 2
Результаты диагностического ФЭГДС у больных с клиническими признаками послеоперационного желудочно-кишечного кровотечения

Характер кровотечения	Артериальное	Диффузное	Опасность рецидива	Нет кровотечения
Количество наблюдений (n=323)	73 (22,6%)	102 (31,6%)	121 (37,4%)	27 (8,4%)

Таблица 3
Типы источников кровотечения в зависимости от проведённой операции

Операция \ Источник	Язва двенадцатиперстной кишки	Язва желудка	Острая эрозия	линия шва
Billrot-1	-	-	13 (4,4%)	16 (5,4%)
Billrot-2	-	-	9 (3,0%)	11 (3,7%)
Гастротомия	-	51 (17,2%)	29 (9,8%)	-
Дуоденотомия	39 (13,2%)	-	-	-
Ваготомия и пилоропластика	67 (22,6%)	-	-	19 (6,4%)
Холецистэктомия	2 (0,7%)	-	15 (5,1%)	-
Лапароскопическая холецистэктомия при панкреонекрозе	4 (1,4%)	-	21 (7,1%)	-
Всего	112 (37,9%)	51 (17,2%)	87 (29,4%)	46 (15,5%)

В данном случае источником кровотечения оказались следующие участки: эрозированные сосуды язвы двенадцатиперстной кишки (n=112), гастроэнтероанастомоз, культи желудка и шов зоны пилоропластики (n=46), язвы желудка и пищевода (n=51), острые эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (n=87) (табл. 3).

В зависимости от результатов диагностической гастроскопии и характера кровотечения все наблюдения гастродуоденальных кровотечений были распределены следующим образом:

– продолжающееся артериальное кровотечение (Forrest IA) - n=73 (22,6%);

– подтекание крови из края язвы, эрозии или из-под хрупкого красного тромба, покрывающего язву (Forrest IB) - n=102 (31,6%);

– тромбированная вена или фиксированный тромб чёрного цвета, видимый на дне язвы, эрозии или в проекции шва (Forrest IIA) - n=64 (19,8%);

– гематин на дне язвы или эрозии (Forrest IIB) - n=57 (17,6%).

Кровотечение у 75 (23,2%) больных произошло в первые сутки после операции, у 120 (37,2%) - на 2-3-й день, у 54 (16,7%) - на 4-5 и у 38 (11,8%) на 6-8 сутки после операции (табл. 4).

Таблица 4
Характер кровотечения в зависимости от источника (n=323)

Источник	Характер кровотечения			Всего
	артериальное	диффузное	опасность рецидива	
Язва двенадцатиперстной кишки	23 (5,7%)	32 (10,8%)	57 (15,7%)	112 (37,9%)
Язва желудка	19 (6,4%)	9 (3,0%)	23 (7,8%)	51 (17,2%)
Острая эрозия	-	58 (16,8%)	29 (9,8%)	87 (29,4%)
Линия шва	31 (10,5%)	3 (1,0%)	12 (4,1%)	46 (15,5%)
Всего	73 (22,6%)	102 (31,6%)	121 (37,4%)	296 (100%)

Как видно из таблицы 5, состав красной крови не зависит от характера кровотечения, так как у подавляющего большинства пациентов изменения основных параметров произошли в результате гемодилуции и кровопотери, возникшей во время операции. С учетом клинических признаков и лабораторных показате-

лей дифференцировали легкую, среднюю и тяжелую степень кровопотери. В наблюдениях было выявлено 90 (27,9%) случаев лёгкой степени кровотечения, 139 (43,0%) средней степени и 67 (20,7%) случаев тяжёлой степени кровотечения.

Таблица 5
Распределение больных с послеоперационными желудочно-кишечными кровотечениями в зависимости от степени снижения показателей красной крови

Лабораторный показатель	Количество пациентов, (n=323)		
	артериальное	диффузное	опасность рецидива
Гемоглобин, г/л			
100-120	17 (5,3%)	49 (15,2%)	24 (7,4%)
80-100	37 (11,5%)	40 (12,4%)	62 (19,2%)
60-80	19 (5,9%)	13 (4,0%)	35 (10,9%)
Эритроциты (x10 ¹²)			
3,0-3,5	14 (4,3%)	40 (12,3%)	24 (7,4%)
2,5-3,0	33 (10,2%)	48 (14,9%)	66 (20,4%)
2,0-2,5	26 (8,0%)	14 (4,3%)	31 (9,6%)
Гематокрит			
35	5 (1,5%)	18 (5,6%)	18 (5,6%)
27-30	51 (15,8%)	66 (20,4%)	72 (22,3%)
<27	17 (5,3%)	18 (5,6%)	31 (9,6%)

Результаты применения релапароскопии в диагностике интраабдоминальных кровотечений. Больным основной группы (n=85) с клинической картиной послеоперационного интраабдоминального кровотечения была выполнена диагностическая-терапевтическая релапароскопия, а больным контрольной группы (n=44) со схожей клинической картиной была проведена релапаротомия. Наряду с клинико-лабораторными признаками интраабдоминального кровотечения, основным показанием

к лапароскопии стало наличие на УЗИ признаков скопления жидкости в брюшной полости, а также выделение более 200 мл крови из дренажной трубки в течение двух часов после операции. Эндохирургические вмешательства в диагностических целях проводились как после традиционной лапаротомии, так и после малоинвазивных операций.

Первичные данные о характере операции были приведены в таблице 6.

Таблица 6
Характер первичных хирургических вмешательств у больных при интраабдоминальном кровотечении в основных и контрольных группах

Характер операции	Основная группа	Контрольная группа
Лапароскопическая холецистэктомия	23 (27,1%)	4 (9,1%)
Холецистэктомия на мини-лапаротомическом разрезе	5 (5,9%)	6 (13,6%)
Традиционная холецистэктомия	18 (21,2%)	11 (25,0%)
Левосторонняя гемигепатэктомия	4 (4,7%)	1 (2,3%)
Диагностическая лапароскопия	5 (5,9%)	-
Диагностическая лапароскопия с пункционной биопсией печени	5 (5,9%)	-
Операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	8 (9,4%)	14 (31,8%)
Спленэктомия	1 (1,2%)	-
Операции по ликвидации грыжи	1 (1,2%)	2 (4,5%)
Гинекологические операции	15 (17,6%)	6 (13,6%)
Всего	85 (100%)	44 (100%)

При наличии явных симптомов интраабдоминального кровотечения мы использовали дополнительные методы диагностики и, в случае отсутствия противопоказаний, проводили лапароскопию. Пациентам с подозрительными клиническими и лабораторными данными проводилось ультразвуковое исследование, что позволило выявить наличие свободной жидкости в одном или нескольких отделах брюшной полости. Лапароскопия была проведена в первых часах послеоперационного периода (n=17), в первый день послеоперационного периода (n=36), на второй день (n=19), на третий (n=8), на пятый (n=3), а на шестой день (n=2) случаях. Осложнения были исключены у 7 (16,0%) пациентов, несмотря на снижение артериального давления и уровня гемоглобина.

Объем крови, обнаруженной в брюшной полости, включая сгустки, составил от 30 мл до 2000 мл. Признаки продолжающегося кровотечения (преобладание большого количества жидкой крови с небольшим количеством сгустков) были обнаружены в 49 (57,6%) наблюдениях, а признаки остановившегося кровотечения (наличие большого количества сгустков с небольшим количеством жидкой крови) - в 29 (34,1%) наблюдениях. Гемостаз обеспечили путём электрокоагуляции (n=35), клипирования (n=15), наложением швов (n=12) и тампонадой из мини-лапаротомического разреза (n=9).

Источники послеоперационного внутрибрюшного кровотечения в основной группе представлены в таблице 7.

Таблиця 7
 Источники послеоперационного внутрибрюшного кровотечения в основной группе

Источник кровотечения	продолжающиеся	остановившиеся	Всего
Ложе желчного пузыря	7	12	19
Вены в проекции гепатодуоденальной связи	7	-	7
Операция на передней стенке гортани	8	-	8
Ткани печени	5	4	9
Яичники	3	5	8
Вены мышечного слоя матки после консервативной миомэктомии	7	-	7
Вены большого ожирения	2	2	4
Абсцесс полости	2	1	3
Перитонеальная гематома	2	2	4
Гематома тонкой кишки	2	3	5
Вены селезенки	1	-	1
Не определен	3	-	3
Всего	49	29	78

Таким образом, источниками продолжающегося внутрибрюшного кровотечения являются ложе желчного пузыря (n=7), кровоизлияние из клипированной артерии желчного пузыря (n=5), сосуды лимфатических узлов в проекции lig. hepatoduodenale (n=7), послеоперационная рана передней брюшной стенки (n=8), печёночная ткань (n=5), яичники (n=3), сосуды мышечного слоя матки (n=7), сосуды большого сальника (n=2), абсцессная полость (n=2), сосуды селезенки (n=1), напряженная гематома забрюшинного пространства (n=2) и гематома брыжейки тонкой кишки (n=2). А у больных с прекратившимся кровотечением источником кровотечения является ложе желчного пузыря (n=12), печёночная ткань (n=4), яичник (n=5), сосуды большого сальника (n=2), абсцессная полость (n=1), забрюшинная гематома (n=2) и гематома брыжейки тонкой кишки (n=3).

Таким образом, при выявлении клинических признаков кровотечения в раннем послеоперационном периоде, с применением эндоскопических методик в клинике нами было обследовано 323 пациента. В 91,6% (n=296) клинических наблюдений наблюдалось раннее послеоперационное кровотечение той или иной степени или признаки нестойкого гемостаза с риском повторного кровотечения.

Выводы

1. При подозрении на послеоперационное желудочно-кишечное кровотечение, проведение экстренной фиброгастроскопии позволяет исключить данное осложнение в 8,4% случаев, а в 91,6% случаев выявить эндоскопические признаки продолжающегося или состоявшегося

ся кровотечения.

2. В случае подозрительных клинико-лабораторных данных, указывающих на интраабдоминальные кровотечения, диагностическая лапароскопия позволяет исключить осложнения у 16,0% пациентов, несмотря на снижение артериального давления и уровня гемоглобина.

Перспективы дальнейших исследований

Дальнейшие исследования будут посвящены усовершенствованию эндохирургических вмешательств как после традиционной лапаротомии, так и после малоинвазивных операций.

Литература

1. Maev IV, Samsonov AA, Andreev DN. Zheludochno-kishechnye krvotochenija: klinika, diagnostika i lechenie [Gastrointestinal bleeding: clinic, diagnosis and treatment]. Farmateka. 2014;2:47-53. (Russian)
2. Pronichev VV. Vozможности jendoskopicheskogo gemostaza i farmakoterapii pri zheludochno-kishechnyh krvotochenijah [Opportunities for endoscopic hemostasis and pharmacotherapy for gastrointestinal bleeding]. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2015;3:34-37. (Russian)
3. Simarjit SR, Sitaram Gh. Open Versus Laparoscopic Colorectal Resections: Perioperative Outcomes in a Tertiary Care Hospita. International Journal of Science and Research (IJSR). 2020;9(2):852-855.
4. Tasu G, Vesselle G, Herpe J, Ferrie P, Chan S, Boucebc S, et al. Postoperative abdominal bleeding. Diagnostic and Interventional Imaging. 2015;96(7-8):823-831.
5. Yasuyuki K, Tomohide H, Hidekazu Y, et al. Fatal arterial hemorrhage after pancreaticoduodenectomy: How do we simultaneously accomplish complete hemostasis and hepatic arterial flow? World J Hepatol. 2021 Apr 27;13(4):483-503.
6. Saeveraas SB, Seghatchian J, Sivertsen J, Hervig T. The use of thromboelastography (TEG) in massively bleeding patients at Haukeland University Hospital 2008-15. Transfus Apher Sci. 2019 Feb;58(1):117-121.
7. Kazim E, Taj MA, Zulkar I, Azeem J. Endoscopic Ultrasound Guided Pancreatic Pseudocyst drainage experience at a tertiary care unit. Pak J Med Sci. 2020;36(4):637-641.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ, ВИКОНАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Юсубов І. А., Гасимов Н. А., Шаріфов Е. Ю.

Ключові слова: діагностика, електрокоагуляція, шлунково-кишкові та інтраабдомінальні кровотечі, ускладнення.

Мета дослідження - провести порівняльний аналіз ефективності методів ендовідеохірургічної діагностики шлунково-кишкових та інтраабдомінальних кровотеч, що виникли після операцій, виконаних на органах черевної порожнини. Матеріали та методи. До основної групи увійшли хворі (n=408), в діагностиці яких активно використовувався метод ендовідеохірургії. До контрольної групи увійшли пацієнти (n=102), яким для корекції кровотечі, яка виникла після аналогічних хірургічних втручань, застосовувалися традиційні хірургічні методи. У 323 хворих спостерігалась шлунково-кишкова кровоте-

ча, а у 85 - інтраабдомінальна. У всіх спостереженнях був проведений ендоскопічний гемостаз шляхом кліпування (n=57), підслизової інфільтрації (n=32), електрокоагуляції (n=29), аргонно-плазмової коагуляції (n=74), та комбінованих методик (n=54). Результати. 408 хворих з клінічними ознаками кровотечі в ранньому післяопераційному періоді були обстежені із застосуванням ендоскопічної техніки. Пацієнтам з підозрілими клінічними і лабораторними даними проводилося ультразвукове дослідження, що дозволило виявити наявність вільної рідини в одному або декількох відділах черевної порожнини. Лапароскопія була проведена в перші години післяопераційного періоду (n=17), в перший день післяопераційного періоду (n=36), на другий день (n=19), на третій (n=8), на п'ятий (n=3), на шостий день (n=2) випадках. Ускладнення були виключені у 7 (16,0%) пацієнтів, незважаючи на зниження артеріального тиску і рівня гемоглобіну. Обсяг крові, виявленої в черевній порожнині, включаючи згустки, склав від 30 мл до 2000 мл. Ознаки тривалої кровотечі (переважання великої кількості рідкої крові з невеликою кількістю згустків) були виявлені в 49 (57,6%) спостереженнях, а ознаки зупиненої кровотечі (наявність великої кількості згустків з невеликою кількістю рідкої крові) - в 29 (34,1%) спостереженнях. Гемостаз забезпечили шляхом електрокоагуляції (n=35), кліпування (n=15), накладенням швів (n=12), тампонадою з міні-лапаротомічного розрізу (n=9). Шлунково-кишкова кровотеча спостерігалася у 323 хворих, а інтраабдомінальна кровотеча у 85. У 8,4% (n=27) випадків підозра на післяопераційне ускладнення була виключена шляхом ендоскопічних обстежень. У 91,6% (n=296) клінічних спостережень підтвердилась рання післяопераційна кровотеча, або ознаки нестійкого гемостазу з ризиком повторної кровотечі. У разі підозрілих клініко-лабораторних даних, що вказують на інтраабдомінальні кровотечі, діагностична лапароскопія дозволила виключити ускладнення у 16,0% хворих, незважаючи на зниження артеріального тиску і рівня гемоглобіну.

Summary

RESULTS OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF BLEEDING AFTER ABDOMINAL SURGICAL OPERATIONS

Yusubov I. A., Gasimov N. A., Sharifov E. Y.

Key words: diagnostics, electrocoagulation, gastrointestinal and intraabdominal bleeding, complications.

The aim of the study is to conduct a comparative analysis of the effectiveness of endovideosurgical diagnosis techniques to detect gastrointestinal and intra-abdominal bleeding, which may occur after abdominal operations. Materials and methods. The main group included patients (n=408), whose condition was controlled by the endovideosurgical techniques. The control group included patients (n=102) who were controlled by using conventional surgical methods to correct bleeding that may occurred after similar surgical interventions. Gastrointestinal bleeding was observed in 323 patients, and intra-abdominal bleeding was observed in 85 patients. In all cases, endoscopic haemostasis was performed by clipping (n=57), submucosal infiltration (n=32), electrocoagulation (n=29), argon-plasma coagulation (n=74), and combined techniques (n=54). Results and discussion. 408 patients with clinical signs of bleeding in the early postoperative period were examined by endoscopic techniques. Patients with alarming clinical and laboratory findings underwent ultrasound examination, which revealed the presence of free fluid in one or more parts of the abdominal cavity. Laparoscopy was performed in the first hours of the postoperative period in 17 cases (n=17); on the first day of the postoperative period (n=36), on the second day (n=19), on the third (n=8), on the fifth (n=3), and on the sixth day (n=2). Complications were excluded in 7 (16.0%) patients, despite a decrease in blood pressure and haemoglobin levels. The volume of blood found in the abdominal cavity, including clots, ranged from 30 ml to 2000 ml. Signs of ongoing bleeding (the predominance of a large amount of liquid blood with a small number of clots) were found in 49 (57.6%) cases, and signs of arrested bleeding (the presence of a large number of clots with a small amount of liquid blood) was detected in 29 (34.1%) cases. Haemostasis was provided by electrocoagulation (n=35), clipping (n=15), suturing (n=12) and tamponade from a mini-laparotomic incision (n=9). Gastrointestinal bleeding was observed in 323 patients, and intra-abdominal bleeding in 85 patients. In 8.4% (n=27) of cases, the suspicious cases of postoperative complication were excluded by endoscopic examinations. In 91.6% (n=296) of clinical cases, early postoperative bleeding or signs of unstable haemostasis with the risk of repeated bleeding were confirmed. In cases of alarming clinical and laboratory findings indicating intra-abdominal bleeding, diagnostic laparoscopy enables to exclude complications in 16.0% of patients, despite a decrease in blood pressure and haemoglobin levels.