

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ied the cytotoxicity of blood using biosensor cell test systems based on algae *Dunaliella viridis*; to determine the informativeness of the method investigated the level of circulating immune complexes, protein concentration of medium molecular weight and content of autoimmune antibodies.

It was shown, that close correlation was observed between the index of cytotoxicity and other investigated parameters in. The study results recommend bioindicative method for wide application if necessary, determine the level of cytotoxicity of blood.

Надійшла до редакції 24.10.2010 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 616 — 089 — 059: 616 — 005.1 — 08[616 — 001.31]

Случай успешного лечения массивного внутрибрюшного кровотечения

А.С.Соколов, С.В.Кириченко, Д.Е.Якунин

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи (заведующий — доцент Ю.И.Налапко),
Луганская городская многопрофильная клиническая больница №3 (главный врач — С.Н.Жук)
Луганск, Украина

В статье представлен опыт лечения геморрагического шока IV степени у пациента с внутриабдоминальным кровотечением. Показано, что четкое соблюдение протокола ведения данной категории пациентов является залогом успешной терапии и позитивного исхода.

Ключевые слова: геморрагический шок, внутриабдоминальное кровотечение, разрыв селезенки.

Введение

Проблема своевременной объективной диагностики при внутрибрюшных кровотечениях остается чрезвычайно актуальной. Среди паренхиматозных органов брюшной полости селезенка является наиболее травмируемым органом, а соответственно — наиболее вероятной причиной внутриабдоминального кровотечения. Частота изолированного повреждения селезенки отмечается у 15-20% поступающих в стационар с подозрением на повреждение паренхиматозных органов [1, 2]. Несмотря на появление сравнительно новых визуализирующих технологий (компьютерная томография, ультразвуковая диагностика), оценка локальных изменений при травме селезенки до сегодняшнего времени остается трудной практической задачей. Данные о чувствительности клинических и специальных методов оценки травмы селезенки весьма переменчивы [2].

Выделяют одномоментный и двухмоментный разрывы селезенки. При одномоментном разрыве с самого начала имеется дефект капсулы селезенки, и в этом случае на первое мес-

то выступают симптомы внутреннего кровотечения большей или меньшей интенсивности. При двухмоментном разрыве вначале образуется подкапсульная гематома без нарушения целостности капсулы, и лишь спустя некоторое время (от нескольких дней до нескольких недель) под влиянием даже незначительной физической нагрузки возникает разрыв капсулы селезенки с опорожнением гематомы в брюшную полость и развитием внутреннего кровотечения. Такой механизм разрыва селезенки при ее закрытом повреждении наблюдают почти у 15% пострадавших [1, 3]. В этом случае диагноз в неотложной хирургии может представлять определенные трудности. Важная роль принадлежит тщательно собранному анамнезу, данным клинического и лабораторного обследований. В диагностическом отношении наиболее ценными методами исследования являются экстренная лапароскопия или лапароцентез с использованием «шарящего» катетера.

Кровотечения при разрывах селезенки носят массивный характер, сопровождаются геморрагическим шоком III-IV степени. Летальность

при несвоевременной диагностике и началом лечения, по данным отечественных и зарубежных авторов, может достигать до 10-15%.

Нами приводится клинический пример удачного лечения пациента с декомпенсированным геморрагическим шоком вследствие двухмоментного разрыва селезенки.

Клиническое наблюдение

Больной К., 30 лет, поступил на лечение в хирургический стационар в ургентном порядке. На момент поступления состояние стабильное, тяжелое, выставлен предварительный диагноз: острый панкреатит, прободная язва двенадцатиперстной кишки.

В стационаре отмечалось прогрессирующее ухудшение состояния, которое проявлялось нарастающим абдоминальным болевым синдромом, нарастанием тахикардии, снижением параметров гемодинамики (ортостатический коллапс, головокружение), признаками перитонита.

С целью дифференциальной диагностики проведено УЗИ органов брюшной полости: в брюшной полости и малом тазу определяется большое количество свободной жидкости. Принято решение к проведению оперативного лечения в ургентном порядке по жизненным показаниям. Диагноз: прободная язва ДПК? Разлитой перитонит. Внутрибрюшное кровотечение? Осмотрен анестезиологом, на момент осмотра состояние ближе к крайней степени тяжести, сознание нарушено, по типу оглушения адинамично, на вопросы отвечает односложно, выражен болевой синдром, положение вынужденное, признаки дегидратации I ст., склонность гемодинамики к гипотензии — АД 70/40 мм рт.ст., тахикардия 120 уд. в мин., выражены нарушения микроциркуляции, симптом «белого пятна» 1,5 мин., положительные перитонеальные знаки. Лабораторно: отмечается умеренная анемия — Hb 90,0 г/л, эритроциты 3,15 Т/л, Ht 0,30, лейкоцитоз 13,7 г/л. Операционно-анестезиологический риск III-IV В-Д. Произведена катетеризация двух периферических вен и правой подключичной вены по Сельдингеру, центральное венозное давление (ЦВД) отрицательное. Водная нагрузка до момента лапаротомии составила 1,5 л инфузии коллоидных (рефортан 500 мл) и кристаллоидных (раствор Рингера 1000 мл) растворов в соотношении 1:3. Предупреждающая аналгезия проведена внутривенным введением 50 мг дексалгина. Для предупреждения синдрома истощения надпочечников введен дексаметазон 16 мг внутривенно.

На момент начала вводной анестезии показатели гемодинамики стабильные, на субкомпенсированных цифрах АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 104 уд. в мин., SpO₂ 97-98%, ЦВД отрицательное. Вводная анестезия со стандартным использованием кетамина (2 мг/кг). Произведен лапаротомный разрез, диагностирован разрыв селезенки с массивным продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. В брюшной полости около 2 л гемолизированной крови со сгустками. Исходя из этого, принято решение к ведению больного как пациента с геморрагическим шоком IV класса [4, 5] (согласно протоколам оказания помощи). Заказаны трансфузионные среды.

Проводилось динамическое лабораторное обследование. Через 5 мин. после разреза показатели крови составили: Hb 48,7 г/л, эритроциты 1,67 Т/л, Ht 0,15. В связи с тем, что источник кровотечения находился в конгломерате из сгустков крови и фрагментами селезенки, произвести адекватный гемостаз не имелось возможности в течение 2,5 ч, интраоперационная кровопотеря составила 2,5 л, общая кровопотеря составила 4,5 л. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, в лабораторных исследованиях отмечалась декомпенсированная анемия: Hb 30 г/л, эритроциты 0,96 Т/л, Ht 0,10, тромбоциты 208 Г/л, гипопротеинемия — общий белок 24,4 г/л. Показатели коагулограммы указывали на признаки ДВС-синдрома, гипокоагуляционную стадию — ПТИ 60%, фибриноген 2,22. Адекватный гемостаз был достигнут только после перевязки селезеночной артерии и тампонады ложа селезенки.

Нам удалось в течение анестезии, на фоне массивного продолжающегося кровотечения, удерживать показатели гемодинамики на уровне АД 90-100/60 мм рт.ст., ЦВД отрицательное, умеренной тахикардии 100-110 уд. в мин. с использованием адреномиметической поддержки малыми дозами симпатомиметиков (дофамин) в дозе 2,5 мкг/кг/мин., газообмена SpO₂ 97-99%, диурез составил 1500 мл.

Поддерживающая анестезия проводилась с использованием следующих препаратов: оксибутирата натрия в дозах 100 мг/кг/ч, кетамина — 1,5 мг/кг/ч, фентанила, ардуана в стандартных расчетных дозировках [5]. Вентиляционная функция поддерживалась ИВЛ в режиме РЕЕР 5 мм H₂O, FiO₂ — 0,7 аппаратом «ФАЗА-21».

Интраоперационная трансфузионно-инфузионная и интенсивная терапия проведена в объеме: кристаллоидные растворы — 5600 мл, коллоидные растворы — 1000 мл (рефортан

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

10% — 500,0, венофундин 6% — 500,0), трансфузия одногруппной эритроцитарной массы — 1074 мл, свежезамороженная плазма — 1590 мл, 6 доз криопреципитата. С целью оптимизации гемостатической терапии назначены ингибиторы протеолиза (тугина 1000 мг, гордокс 200 тыс.ед, окрестатид 0,1), ингибиторы протонной помпы (омепрозол 40 мг). Глюкокортикоидная терапия: дексаметазон — 44 мг, преднизолон — 60 мг.

Ранний послеоперационный период гладкий, стабильный, больной переведен в ОИТ, где проводилась продленная ИВЛ в режиме нормовентиляции в течение 12 ч (FiO_2 — 0,5). Продолжена инфузионно-трансфузионная интенсивная терапия. Показатели гемодинамики и газообмена оставались стабильными: АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 96-104 уд. в мин., ЦВД 50 мм вод.ст., SpO_2 99%, диурез составил 1200 мл. Согласно лабораторным данным, компенсировать показатели красной крови удалось в первые 6 ч после диагностированного крово-

течения: Нб 101 г/л, эритроциты 3,34 Т/л, Нт 0,30, тромбоциты 275 Г/л, общий белок 42,2 г/л. Гемотрансфузионных ранних и поздних осложнений и реакций нет. Течение послеоперационного периода гладкое, со стабильными витальными функциями, переведен в хирургическое отделение. В связи с сохраненными функциями кишечника с первых суток начато раннее энтеральное питание.

Выводы

Анализируя данный клинический пример, можно заключить, что четкое соблюдение протокола оказания помощи является залогом успешной терапии и позитивного исхода. Пациенты с сомнительной клинической картиной должны быть тщательно обследованы, очень важно своевременно заподозрить травму селезенки как причину наблюдаемой кровопотери неясного происхождения или образования подкапсулярной гематомы, которая может в любое время дать тяжелое кровотечение.

Литература

1. Aseervatham R. Blunt trauma to the spleen / R.Aseervatham, M.Muller // Aust. N.Z.J. Surg. — 2000. — №5. — P. 333-337.
2. Guillon F. Spleen trauma / F.Guillon, F.Borie, B.Millat // J. Chir. (Paris). — 2000. — Vol. 137. — P. 205-213.
3. Сапожникова М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота / М.А.Сапожникова. — М.: Медицина, 1988. — С. 102-117.
4. Клигуненко Е.Н. Интенсивная терапия кровопотери / Е.Н.Клигуненко, О.В.Кравец. — МедПресс, 2005. — 145 с.
5. Усенко Л.В. ИТ при кровопотере / Л.В.Усенко, Г.А.Шифрин. — Днепропетровск: Новая Идеология, 2007. — 290 с.

А.С.Соколов, С.В.Кириченко, Д.Є.Якунін. Досвід успішного лікування масивної внутрішньоабдомінальної кровотечі. Луганськ, Україна.

Ключові слова: геморагічний шок, внутрішньоабдомінальна кровотеча, розрив селезінки.

У статті наведений досвід лікування геморагічного шоку IV класу у пацієнта з внутрішньоабдомінальною кровотечею. Доведено, що чітке дотримання протоколу ведення даної категорії пацієнтів є запорукою успішної терапії та позитивного результату.

A.S.Sokolov, S.V.Kirichenko, D.E.Yakunin. Case of successful treatment of a massive intraabdominal bleeding. Lugansk, Ukraine.

Key words: hemorrhagic shock, the intraabdominal bleeding, splenic rupture.

In this article the treatment of patient with hemorrhagic shock of IV class as a complication of the intraabdominal bleeding is represented. It is shown, that accurate using of the protocols that given to this category of patients is pledge of successful therapy and positive outcome.

Надійшла до редакції 01.03.2010 р.