

У всех обследованных нами женщин профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась путем назначения низкомолекулярного гепарина. Тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Средняя продолжительность послеоперационного периода составила после субтотальной гистерэктомии 5,2 койко/дня, после тотальной ЛГ – 5,5 койко/дня.

Выводы. Проведенный анализ результатов хирургического лечения обследованных женщин показал, что ЛГ является альтернативой лапаротомической гистерэктомии. Преимущества лапароскопического доступа – малая инвазивность и травматичность, небольшая кровопотеря, ранняя и быстрая реабилитация.

Литература:

1. Адамян, Л. В. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, С. И. Киселев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 31-33.
2. Аракелян, А. С. Лапароскопическая гистерэктомия при миоме матки больших размеров / А. С. Аракелян, С. И. Киселев, О. В. Коньшева // Проблемы репродукции. – 2007. – Т. 13, № 6. – С. 78-82.
3. Емельянов, С. И. Лапароскопическая хирургия: прошлое и настоящее / С. И. Емельянов, Н. Л. Матвеев, В. Л. Феденко // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 1. – С. 5-8.
4. Пацюк, О. В., Кузнецова Т. А., Башмакова Н. В. Лапароскопическая гистерэктомия. Опыт клинического внедрения / О. В. Пацюк, Т. А. Кузнецова, Н. В. Башмакова // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 3 – С. 40.
5. Современные подходы к гистерэктомии / И. П. Лазарев, А. П. Горохов, А. Е. Ломакин, М. И. Баширов, В. С. Кочнева // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – № 2. – С. 84-87.

РОЛЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ФИБРИНОСТАТ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ

Доронин М. В., Бордаков П. В., Чибирев А. В., Коваленок Л. В.

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»
Минск, Беларусь*

Введение. Пункционную биопсию считают «золотым стандартом» в диагностике хронического гепатита. Гистологическое исследование полученного материала позволяет судить о степени активности гепатита и стадии фиброза, эффективности противовирусной терапии, исключает альтернативные диагнозы или выявляет дополнительные патологические изменения [2].

Информативность исследования напрямую зависит от объема печеночной ткани, получаемой в ходе пункции. Оптимальным для гистологического исследования является биоптат длиной столбика не менее 15-20 мм и наличие не менее 5 порталных трактов [2, 3].

Повышение эффективности выполняемых биопсий печени у пациентов с вирусными гепатитами в значительной степени основано на применении игл большого диаметра, позволяющих получать материал для качественного гистологического исследования [1].

Однако проведение любой инвазивной диагностической манипуляции, в том числе биопсии, сопровождается риском развития осложнений. Одним из грозных осложнений пункции печени является внутрибрюшное кровотечение. По данным литературы, кровотечение встречается у 2,4% пациентов, летальность составляет 0,11%. К факторам риска кровотечения относятся злокачественная опухоль, пожилой возраст, женский пол и многократные попытки биопсии. Частота осложнений выше у пациентов с заболеваниями крови, чем у пациентов с патологией печени. Кровотечение обычно развивается, когда его менее всего ожидают, и риск кажется незначительным. Возможно, оно обусловлено не нарушением свертывания крови, а другими факторами, например, концентрацией факторов свертывания в паренхиме печени и недостаточным механическим сдавливанием пункционного канала эластичной тканью печени [3].

Цель работы: оценить роль гемостатических препаратов местного действия в профилактике внутрибрюшного кровотечения при проведении трепан-биопсии печени.

Материалы и методы. Трепан-биопсия печени в 90 случаях выполнялась как инвазивная диагностическая манипуляция для установления активности, тяжести течения и формы поражения печени. У 32 пациентов пункционная биопсия проводилась без применения какого-либо гемостатического средства. Данные пациенты составили контрольную группу клинических исследований. В группу сравнения вошли 11 пациентов, которым для пломбировки биопсийного канала после пункции применялся гемостатический препарат «Алюфер» в разведении 1:5. Основная группа представлена 15 пациентами, которым пломбировку биопсийного канала осуществляли посредством введения гемостатического средства «Фибринолат».

Все пациенты находились на стационарном лечении в терапевтических отделениях 432 ГВКМЦ с целью выявления заболеваний печени. Обследование включало стандартные клинико-биохимические исследования, исследование показателей свертывающей системы крови.

Все участвующие в исследовании были мужского пола, средний возраст составил в контрольной группе $24,1 \pm 7,1$ лет, в группе сравнения – $23,1 \pm 5,8$ лет, в опытной группе – $23,7 \pm 6,9$ лет.

Основная масса пациентов во всех группах была представлена лицами в возрасте от 18 до 26 лет. В контрольной, опытной и сравнительной

группах данный контингент составил 87,5, 86,7 и 91%, соответственно. Пациентов в возрасте от 31 до 41 года было значительно меньше, и частота их составила 12,5, 13,3 и 9%, соответственно. Статистически значимых различий при сравнении долей пациентов контрольной группы со сравнительной и опытной группами не выявлено.

Введение препарата в биопсийный канал контролировалось ультразвуковым сканером. Для забора материала использовали иглы TRU-GUT 16 G и автоматическое устройство Bard, которые позволяли получать столбик ткани длиной до 21 мм.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде, на 1-е сутки в контрольной группе у 2 (4,4%) пациентов возникло осложнение – внутрибрюшное кровотечение, которое было подтверждено в ходе лапароскопии, выявлен источник кровотечения – место пункционного прокола печени. Кровопотеря на момент операции составила в обоих случаях 550 ± 130 мл. У одного пациента выполнена конверсия с ушиванием места дефекта печени, у 3 выполнялся лапароскопический гемостаз с применением «Фбриностата». В отличие от контрольной группы, после применения «Фбриностата» и «Алюфера» осложнений, связанных с кровотечением, не выявлено. Однако во время постпункционного введения «Алюфера» у всего контингента пациентов отмечался болевой синдром в месте пункции с иррадиацией в правое плечо, у 9 (82%) пациентов болевой синдром потребовал дополнительного применения наркотических анальгетиков.

Вывод. Таким образом, применение гемостатических средств «Фбриностат» и «Алюфер» для пломбировки пункционных каналов при проведении трепан-биопсии печени предотвращает развитие такого грозного осложнения, как внутрибрюшное кровотечение. Введение «Алюфера» в биопсийный канал в 82% вызывает кратковременный болевой синдром, что определенно сдерживает его широкое применение. Полученные положительные результаты показывают целесообразность применения «Фбриностата» в качестве пломбировочного материала при пункции печени иглами большого диаметра (14-16 G).

Литература:

1. Шиленок, А. В. Остановка и профилактика кровотечений при выполнении биопсий печени у больных вирусными гепатитами / А. В. Шиленок, О. Г. Шиленок // Иммунология, аллергология, инфектология. – 2000. – № 3. – С. 146-147.
2. Павлов, Ч. С. Место биопсии и морфологического исследования ткани печени у детей и взрослых в практике клинициста / Ч. С. Павлов, М. М. Котович // Клиническая медицина – 2007. – № 9. – С. 72-77.
3. Сотниченко, Б. А. Чрескожная пункционная биопсия печени в диагностике хронических вирусных гепатитов / Б. А. Сотниченко, Е. В. Алейникова, Е. В. Маркелова // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. – № 1. – С. 94-101.