

Б. М. Конік, М. С. Опанасенко

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОТЕЧІ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Вступ. Оперативні втручання на органах грудної порожнини, які здійснюються шляхом торакотомії, мають великий ризик кровотечі в ранньому післяопераційному періоді, що є основною причиною реторакотомії. Джерелом внутрішньоплевральної кровотечі можуть бути як крупні судинні структури, так і середні та дрібні артерії та вени. Кровотеча із судин торакотомної рани, які належать до басейну міжреберних артерій і вен, зустрічається в 15,6–37,7 % випадках.

Мета роботи. Ознайомити торакальних хірургів з розробленим способом зашивання торакотомної рани.

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати власних спостережень в період з 2007 по 2012 рр. За цей час було виконано 20 реторакотомій хворим з різною патологією з приводу внутрішньоплевральної кровотечі в ранньому післяопераційному періоді. Всім хворим проводилась торакотомія по верхньому краю ребра. В 13 (65,0 %) випадках джерелом кровотечі були судини міжреберного проміжку торакотомної рани. Кровотеч з крупних судинних стволів не спостерігалось. Вищенаведені показники свідчать про недоліки техніки зашивання торакотомної рани з позиції остаточного гемостазу в проекції розсіченого міжреберного проміжку.

Нами був розроблений спосіб зашивання торакотомної рани. Спосіб виконують наступним чином: після виконання основного етапу операції і постановки дренажів, використовуючи лише шовний матеріал з тривалим терміном розсмоктування, накладають і зав'язують лігатури на міжреберний проміжок з інтервалом 1,5 см із захватом парієтальної плеври і внутрішньогрудної фасції з однієї сторони і грудної фасції і сухожильно-м'язевого краю зовнішнього міжреберного м'язу з іншої. Лігатури не зрізають. Після цього закладають гемостатичну губку в кути міжреберного проміжку. Для зведення ребер накладають і зав'язують 3 поліспасних лігатури, які проводять по верхньому краю верхнього ребра і посередині міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани. При зведенні і фіксації ребер виконують підтягування м'язево-плеврально-фасціального лоскуту з виведенням його з плевральної порожнини. Після зав'язування реберних лігатур виконують підшивання м'язево-плеврально-фасціального лоскуту до грудної фасції і сухожильно-м'язевої частини міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани, використовуючи при цьому раніше накладені лігатури. Потім пошарово зашивають м'язи, поверхневу фасцію і підшкірну клітковину вузловими швами та накладають інтрадермальний шов.

Результати і обговорення. За 2013 рік було проведено 110 оперативних втручань на органах грудної порожнини із використанням розробленого способу зашивання торакотомної рани. Групу порівняння склали 156 випадків зашиван-

ня торакотомної рани шляхом накладання провізорних швів на плевру і міжреберні м'язи і поліспасних швів для зближення ребер. Зашивання рани починають з накладання провізорних вузлових швів на плевру і міжреберні м'язи в медіальному куті торакотомної рани. Після цього накладають 3 поліспасних лігатури, які проводять по верхньому краю верхнього ребра і посередині міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомії. Спочатку зав'язують поліспасні, а потім провізорні шви. Пошарово накладають вузлові шви на м'язи, поверхневу фасцію з підшкірною клітковиною і шкіру. В таблиці представлені результати застосування різних способів зашивання торакотомної рани.

Таблиця

Зрівняльна оцінка ефективності застосування 2-х способів зашивання торакотомної рани

№№ п/п	Клінічні показники	Спосіб зашивання	
		Основна група (110 хворих)	Контрольна група (156 хворих)
1	післяопераційна кровотеча з торакотомної рани	–	6 (3,8 %)
2	інфікування післяопераційної рани	2 (1,8 %)	9 (5,8 %)
3	серома грудної стінки	–	2 (1,3 %)
4	підшкірна емфізема в ранньому післяопераційному періоді	1 (0,9 %)	4 (2,6 %)
5	загальний рівень післяопераційних ускладнень, пов'язаних з торакотомією	3 (2,7 %)	21 (13,5 %)

Таким чином, розроблений спосіб зашивання торакотомної рани дозволяє:

- зменшити рівень післяопераційної кровотечі з торакотомної рани з 3,8 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту інфікування післяопераційної рани з 5,8 % до 1,8 % випадків;
- зменшити рівень таких післяопераційних ускладнень, як серома грудної стінки 1,3 % до 0 % і підшкірна емфізема – з 2,6 % до 0,9 % випадків;
- зменшити загальний рівень післяопераційних ускладнень, пов'язаних з торакотомією з 13,5 % до 2,7 % випадків.

Висновок. Розроблений спосіб зашивання торакотомної рани досить безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою торакальних операцій.