

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМОБЛОК

В клинике госпитальной хирургии (ОБУЗ «Городская клиническая больница №4» г. Иванова) в течение четырех месяцев 2014 года (январь, февраль, март, апрель) применялся препарат для местного гемостаза «Гемоблок». Препарат представляет из себя жидкий водный раствор неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, включающий наночастицы серебра, который образует полимерный комплекс с белками плазмы крови, главным образом с альбумином. При образовании этого полимерного комплекса наступает местный гемостаз. Важной особенностью является то, что препарат обладает бактерицидной активностью и гипоаллергенен.

Официальные рекомендации указывают, что препарат действует на любом типе ран, не требует подготовки раневой поверхности. Возможны два метода его нанесения на кровоточащую поверхность.

1. Наружно стерильно смачивают раствором марлевые или ватные тампоны и прикладывают к кровоточащей предварительно осушенной поверхности раны на 1-2 минуты.
2. Ирригуют на раневую поверхность или применяют спрей на больших раневых поверхностях.

Важно подчеркнуть, что препарат является вспомогательным средством и имеет свою строго очерченную нишу, а именно остановка капиллярных кровотечений в мягких тканях возникающих в широкой практике (хирургической, гинекологической, урологической и травматологической). Возможен гемостаз послеоперационных ран с антибактериальным эффектом, позволяющим избежать дальнейшего нагноения ран.

В основе нашего клинического материала лежит динамическое проспективное исследование 39 больных, проходивших лечение в клинике госпитальной хирургии (ОБУЗ «4-я городская клиническая больница», г. Иванова).

С учетом цели исследования (оценка эффективности местного гемостаза при использовании препарата «Гемоблок») реализуемых при этом задач препарат использован при диффузных (капиллярных) кровотечениях из ткани печени у больных в

ходе оперативного лечения острой хирургической патологии.

Среди непосредственных причин основную группу составили такие заболевания как острый калькулезный деструктивный холецистит (79,5%) и очаговые поражения печени (внутрипеченочные абсцесса – 7,7%; метастатические поражения – 12,8%).

Оперативное лечение по поводу острого деструктивного холецистита выполняли в срочном порядке, во всех случаях использовали видеолапароскопическую холецистэктомию. В ходе оперативного пособия у этой группы больных частым явлением являлось диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря. Кроме того, не маловажным аспектом применения гемоблока являлся и его антибактериальный эффект, существенный при деструктивном холецистите. Как известно дополнительная и чрезмерная коагуляция ложа желчного пузыря в ходе операции зачастую должного гемостатического эффекта не дает. Создается дополнительная зона коагуляционного некроза, которая сама по себе в послеоперационном периоде может служить источником гипертермии и субстратом для гнойных процессов.

Объемные образования печени, диагностированные в ходе обследования или интраоперационно, в некоторых случаях требуют атипичных резекций печени, также сопровождающихся диффузным кровотечением. В наших случаях при обширных гнойных процессах операцию выполняли с помощью аппарата LigaSure, а биопсийный материал забирали традиционно. Необходимо отметить, что в проведенных наблюдениях даже применение LigaSure не всегда обеспечивает стабильный гемостаз на поверхности печени. Связано это, прежде всего с особенностью самого аппарата, а именно необходимостью сближением бранш зажима и исключением фрагментов поверхности с мелкими сосудами из зоны действия аппарата. Более подробно характер основного заболевания представлен в таблице.

Таблица

Характер основного заболевания
у исследуемых больных

Основное заболевание	Количество больных	
	абс.	%
ЖКБ. Острый калькулезный флегмонозный холецистит.	11	28,2
ЖКБ. Острый калькулезный флегмонозный холецистит. Эмпиема желчного пузыря.	12	30,7
ЖКБ. Острый калькулезный гангренозный холецистит.	6	15,6
Острый флегмонозный бескаменный холецистит.	1	2,5
Острый гангренозный бескаменный холецистит.	1	2,5
Абсцесс печени.	3	7,7
Рак желчного пузыря с метастазами в печень.	1	2,5
Метастатическое поражение печени (рак слепой кишки, рак яичников)	4	10,3
Всего	39	100

У большинства обследованных больных диагностирована сопутствующая сердечно-сосудистая патология: гипертоническая болезнь (80,5%) и ишемическая болезнь сердца (75,4%). Среди лиц женского пола велика встречаемость хронической гинекологической патологии воспалительного генеза и миоматозного поражения матки (84,8%), а у мужчин – доброкачественной гиперплазии предстательной железы (46,9%). В целом структура сопутствующей патологии отражает уровень и характер заболеваемости населения обслуживаемой территории, где велик процент сахарного диабета, хронических заболеваний вен нижних конечностей (варикозного расширения вен, хронической венозной недостаточности) и хронических заболеваний дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, бронхиальной астмы).

Женщин было больше в 1,7 раза. Основную массу составили пациенты трудоспособного возраста. Большая часть наблюдений приходится на больных пожилого и старческого возраста – 33,6%.

Методика применения препарата была следующей.

При открытой операции средняя салфетка смачивалась 25 – 50 мл раствора «Гемоблок», перед наложением этой салфетки на рану кратковременно накладывали сухую салфетку, после удаления которой сразу накладывали салфетку с препаратом. Экспозиция составляла 2 – 3 минуты. Во всех случаях был достигнут стабильный гемостаз (рис. 1, 2).

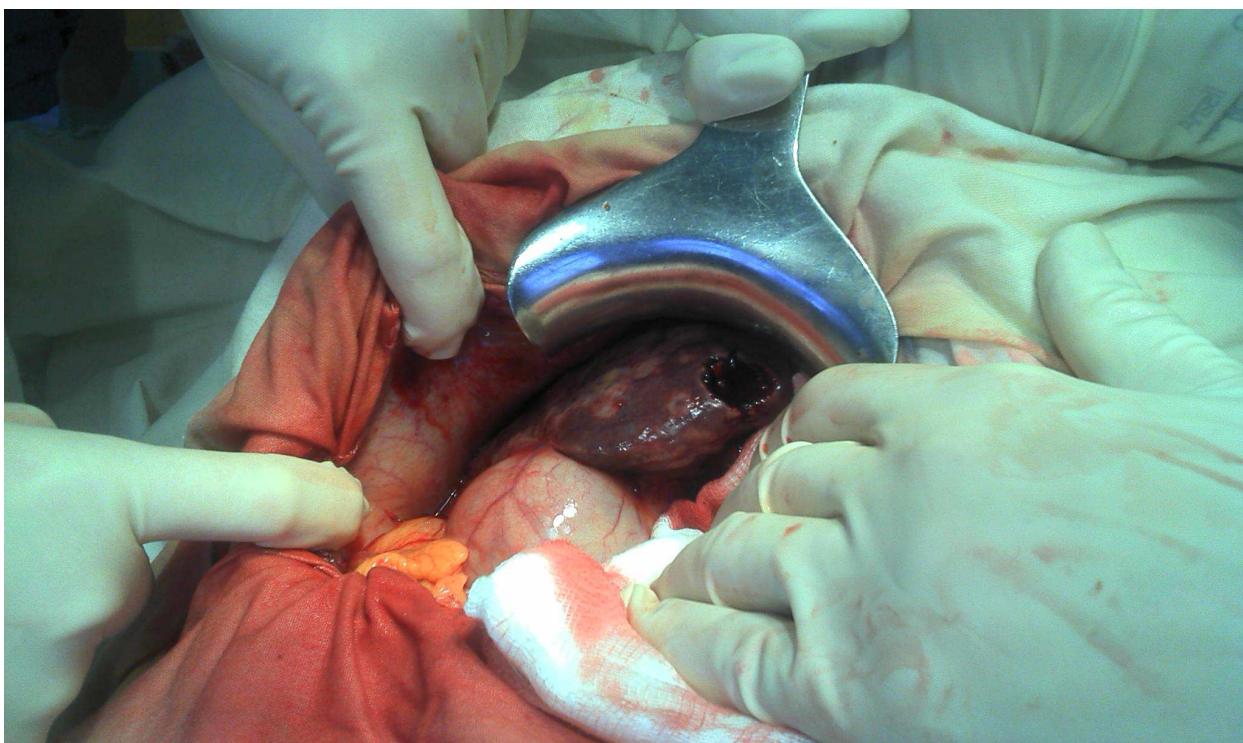


Рис. 1. Диффузное кровотечение при биопсии печени.

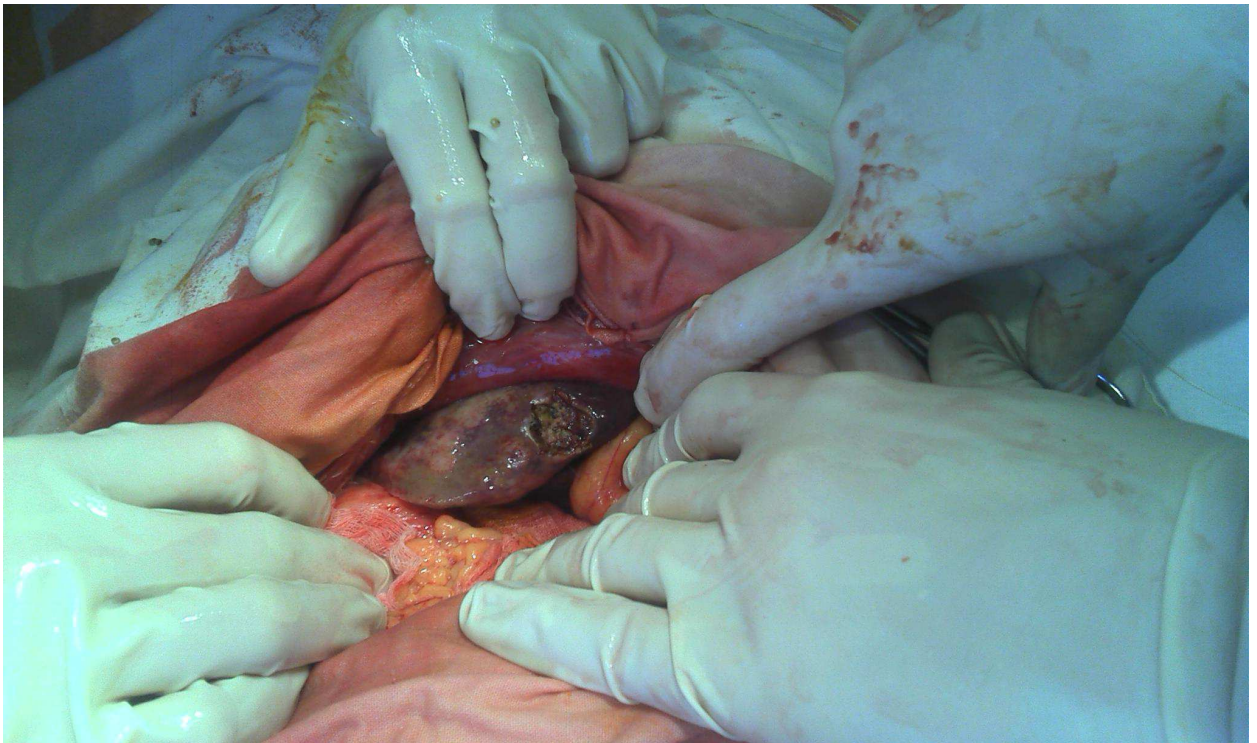


Рис 2. Кровотечение остановлено препаратом «Гемоблок»

Клинические примеры (выписки из протоколов операций).

ПРОТОКОЛ (ВЫПИСКА) ОПЕРАЦИИ Больная Б.
17.01.14.

Операция: Резекция VI сегмента печени. Тампонирование подпеченочного пространства.

Ход операции.

Разрезом Федорова в правом подреберье послойно вскрыта брюшная полость. Выпота нет. В шестом сегменте печени определяется деструктивный процесс в виде детрита (возможно опухолевого характера), других отсеков в печени нет. Учитывая локализацию и характер поражения выполнена резекция шестого сегмента с применением аппарата LigaShure. Тампон с гемоблоком. Послойное ушивание лапаротомной раны. Йод. Повязка.

Препарат: фрагмент ткани печени с детритом, на гитологию.

Диагноз после операции

Абсцесс (опухолевый распад?) VI сегмента печени.

ПРОТОКОЛ (ВЫПИСКА) ОПЕРАЦИИ Больная М.
31.03.14.

Операция: Энуклеация гигантской кисты левой доли печени.
Дренажное и тампонирование брюшной полости.

Ход операции.

Разрезом в правом подреберье с иссечением старого послеоперационного рубца и переходом на левое подреберье рассечена кожа и подкожная клетчатка. Гемостаз. Вскрытие брюшной полости. Ревизия. Спаечный процесс в подпеченочном пространстве и в месте операционного доступа, препятствующий полноценной ревизии. Грубой патологии не выявлено. Выделена правая и левая доля печени, желчный пузырь и внепеченочные желчные ходы. Тупым путем удалось отойти от холедоха и гепатикуса, правого и левого печеночного протока. Киста печени располагается в левой доле на границе с правой долей и фрагментом нормальной печеночной ткани по диафрагмальной поверхности и слева. Размеры кисты около 12-14 см. Учитывая ранее выполненную операцию по вскрытию кисты, большие ее размеры показано удаление кисты вместе с капсулой. С помощью LigaShure выполнена энуклеация образования, при этом не удалось избежать самопроизвольного вскрытия его с поступлением гноя со сладковатым запахом. Киста удалена в пределах здоровых тканей. Редкие узловатые швы на ложе с привлечением большого сальника и тампоном с гемоблоком. Тампон над печенью, дренаж в подпеченочное пространство. Санация. Контроль гемостаза. Послойное ушивание раны до тампонов и дренажей. Йод. Повязка.

Препарат: киста левой доли печени, размером около 12-14 см в диаметре, стенка ее около 2-3 мм. Полость содержит несколько дополнительных полостей, на гистологию.

Диагноз после операции

Инфицированная многокамерная киста левой доли печени.

В ходе видеолaparоскопической операции методика была несколько иной. Проводили орошение ложа желчного пузыря 5% раствором хлоргексидина, жидкость собирали отсосом, затем, в предварительно вложенный 5 мм тубус салфетку пропитанную 20-25 мл гемоблока, подводили к ложу желчного пузыря зажимом и удерживали там около 2-3 минут. Во всех случаях удавалось добиться стабильного гемостаза.

В результате применения препарата "Гемоблок" можно отметить, что рецидивов кровотечения отмечено не было. При этом можно подчеркнуть, что достигнуто некоторое снижение таких осложнений как инфильтрат в области желчного пузыря, подпеченочный абсцесс и коагуляционная гипертермия.

Таким образом, препарат для местного гемостаза «Гемоблок» может быть рекомендован для использования в широкой хирургической практике в соответствующих условиях.