

Міністерство охорони здоров'я України
Луцький базовий медичний коледж

Перші кроки в науку



*збірник студентських
науково-дослідницьких
робіт*

Випуск 4

м Луцьк
2007

ЛАПАРОЦЕНТЕЗ ЯК МЕТОД РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ І АКТИВНОГО ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРИ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ КОВЕЛЬСЬКОЇ ЦРЛ

Лук'янова Тетяна, студентка III курсу,
спеціальності «Лікувальна справа», Ковельського медучилища.
Науковий керівник О.В. Ростун

Діагностика гострих хірургічних захворювань черевної порожнини складна. Нерідко не тільки фельдшер, а й лікар не може точно встановити діагноз гострого захворювання черевної порожнини. Це пояснюється спільністю окремих симптомів при різних захворюваннях її, стертість клінічної симптоматики в початкових стадіях.

Діагностика утруднена і в пізні строки після початку захворювання, коли розвивається перитоніт. Дуже важко діагностувати травми паренхіматозних органів, флегмону шлунка і кишок, заворот сальника та інші захворювання.

Для діагностики гострої хірургічної патології існує багато допоміжних методів діагностики, але не всі вони можуть бути використані в умовах центральної районної лікарні.

В основу дослідження лягло ширше ознайомлення з таким методом діагностики, як лапароцентез, який досить часто використовується для діагностики і динамічного спостереження при гострій хірургічній патології, а також, який є легкодоступний і не потребує значних економічних витрат, що є досить важливим в наш час. Тому й вирішили провести науково-дослідницьку роботу за матеріалами Ковельської ЦРЛ.

Нас цікавили наступні показники: кількість хворих, яким було проведено лапароцентез, яка патологія діагностувалась, чи пролонгувалось оперативне втручання. Ці показники ми порівнювали у пацієнтів 4-х груп (I група - це потерпілі з травмою живота, у яких лапароцентез здійснювали з метою діагностики внутрішньоочеревної кровотечі. II група - потерпілі з важкою політравмою, які поступили без свідомості. III група - хворі, які поступили в стаціонар в тяжкому стані з попереднім діагнозом гострої хронічної патології черевної порожнини. IV група - у яких лапароцентез проводився з метою диференціальної діагностики).

Для візуального представлення результатів ми

використовували таблиці і графіки. Наші дослідження підтвердили діагностичну цінність лапароцентезу в умовах центральної районної лікарні.

Матеріали нашої науково-пошукової роботи мають велике практичне значення. Їх можуть використовувати у своїй роботі викладачі хірургії при викладанні нових тем, а також студенти на практичних заняттях, при виконанні позааудиторної самостійної роботи. Вважаємо, що наші висновки зацікавлять практикуючих лікарів.

При здійсненні дослідження було проаналізовано історії хвороб 67 пацієнтів, які лікувалися в період з 1999 по 2004 р., у яких з діагностичною метою застосовували лапароцентез з використанням "шарячого" катетера. Вік пацієнтів від 17 до 92 років. Чоловіків було 44, жінок - 23.

В 1-у групу включені 28 потерпілих з ізольованою або комбінованою травмою живота, у яких лапароцентез здійснювали з метою діагностики внутрішньочеревної кровотечі. У 17 з них лапароцентез проводили протягом I год. з моменту госпіталізації, у 8 - в перші 2 год, у 3 - в більш пізніші терміни. В 17 спостереженнях в черевній порожнині виявлена кров або ексудат з домішками крові. Потерпілі в невідкладному порядку оперовані. Розрив селезінки виявлено у 7 з них, пошкодження печінки - у 4, розрив брижі тонкої кишки - у 2, внутрішньочеревний розрив сечового міхура - у I, розрив парієтальної очеревини з внутрішньочеревною кровотечею) - у I, розрив тонкої кишки і її брижі - у I, розрив печінки і заочеревна гематома - у I. У 10 пацієнтів ексудат в черевній порожнині не виявлений, оперативне втручання у них не виконували. У I хворого з розривом петлі тонкої кишки результат був псевдо-негативним. Він оперований через добу після госпіталізації у зв'язку з прогресуванням перитоніту, результат позитивний.

Якщо при лапароцентезі внутрішньочеревна кровотеча не була виявлена, в черевну порожнину вводили до 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 0,25% розчину новокаїну, встановлювали "шарячий" катетер на термін до I доби, що дозволяло спостерігати за станом хворого і діагностувати пошкодження внутрішніх органів у більш пізні терміни. Так, у 2 потерпілих з розривом печінки і парієтальної очеревини патологічні виділення із черевної порожнини не отримано, а через декілька годин після лапароцентезу з'явилась рідина з домішками крові, що дозволило своєчасно виконати

оперативне втручання.

В 1-у групу включені також 3 потерпілих з ножовим пораненням. У 2 із них з проникаючим пораненням живота і пошкодженням печінки рани локалізувались в нижніх відділах груднини справа. При ревізії ран визначити напрямок ранового каналу (в грудну чи черевну порожнину) не вдалося. Лапароцентез дозволив в мінікоротший термін провести диференціальну діагностику, виявити внутрішньочеревну кровотечу і виконати невідкладне втручання. У 1 хворого при ревізії рани виявлено непроникаюче ножове поранення живота. Оскільки хвора була в стані алкогольного сп'яніння, побита, було застосовано лапароцентез з метою виключення пошкодження внутрішніх органів. (Всі хворі 1-ї групи виписані після одужання.) Таб. 1.

У 2-у групу включені 16 потерпілих з тяжкою політравмою, які поступили без свідомості, в стані алкогольного сп'яніння або шоку, що затруднювало встановлення з ними контакту. За допомогою лапароцентезу у всіх хворих виключено пошкодження органів черевної порожнини, що полегшувало діагностику і вибір тактики лікування. У пацієнтів цієї групи лапароцентез як обов'язковий метод обстеження було виконано при госпіталізації одночасно з проведенням протишоккових і інших невідкладних заходів. Черепно-мозкова травма, травма грудей і перелом кінцівок діагностовано у 3 потерпілих, що знаходились в стані важкого шоку; черепно-мозкова травма і травма грудей - у 2; черепно-мозкова травма, перелом кінцівок, травматичний шок - у 3; черепно-мозкова травма, забій хребта - у 1. У 4 була ізольована тяжка відкрита або закрита черепно-мозкова травма, у 2 - пошкодження хребта, у 1 - перелом кісток тазу і нижніх кінцівок. П'ять потерпілих були в стані алкогольного сп'яніння. (Вмерли 7 хворих). При розтині пошкодження органів черевної порожнини не виявлено. Таб. 2.

Хворі 3-ї групи (15) поступили в стаціонар в важкому стані з попереднім діагнозом гострої хірургічної патології черевної порожнини. У більшості з них виявлені тяжкі супутні захворювання. Доцільність виконання невідкладної операції у цих хворих слід ретельно обґрунтувати. Здійснення діагностичної лапаротомії, приховуючи її небезпечність, неможливе. В такій ситуації лапароцентез має вирішальне значення в діагностиці гострої хірургічної патології, у встановленні показань до невідкладного оперативного втручання. У всіх хворих при лапароцентезі отримана

мутна серозна чи серозно - геморагічна рідина, іноді - з пластівцями фібрину. Таб. 3.

Під час операції у 6 хворих виявлена перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки, у 5 - тромбоз судин брижі, абсцес печінки, що розкрився, первинний рак печінки в стадії розпаду, рак товстої кишки, флегмона порожнини тазу і заочеревинного простору.

У 6 із 8 хворих 4-ї групи застосування лапароцентезу з метою диференціальної діагностики дозволило запобігти виконання діагностичної лапаротомії. У 4 хворих після лапароцентезу виключений діагноз перфоративної виразки шлунка, виявлений гострий панкреатит; у 2 - виключений діагноз деструктивного холециститу і панкреонекрозу. В 2 спостереженнях, незалежно від негативного результату лапароцентезу, діагностовано панкреонекроз і тромбоз судин брижі, проведено діагностичну лапаротомію. Таб. 4.

Таким чином, діагностична цінність лапароцентезу складає 97,3%, у 2 спостереженнях результат псевдо-негативний. Ускладнень не було. Протипоказанням до виконання лапароцентезу є вказівка в анамнезі на виконані раніше операції на органах черевної порожнини.

ВИСНОВКИ

1. Лапароцентез - високоінформативний, безпечний і доступний метод ранньої діагностики і активного динамічного спостереження хворих з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

2. Застосування лапароцентезу показане при незрозумілій картині катастрофи в черевній порожнині у хворих з травмою, особливо особливо комбінованою, в стані шоку чи алкогольного сп'яніння; для диференціальної діагностики гострих хірургічних захворювань.

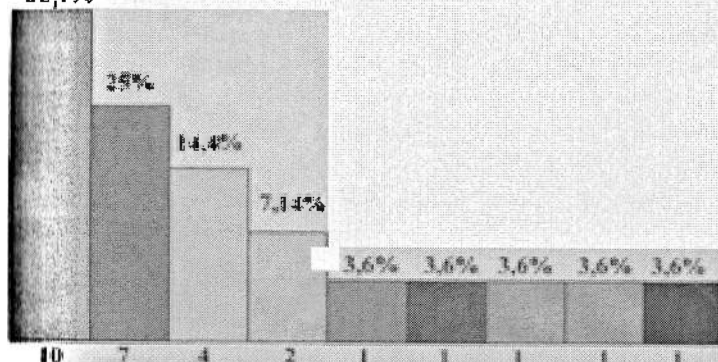
3. Лапароцентез доцільно використовувати в районних і міських лікарнях при наданні невідкладної хірургічної допомоги.

Таблиця 1

І група
28 жит.

Потертії зі збільшенням або зменшенням травного м'язового
панкреаса при хронічному злитому ділянковому.

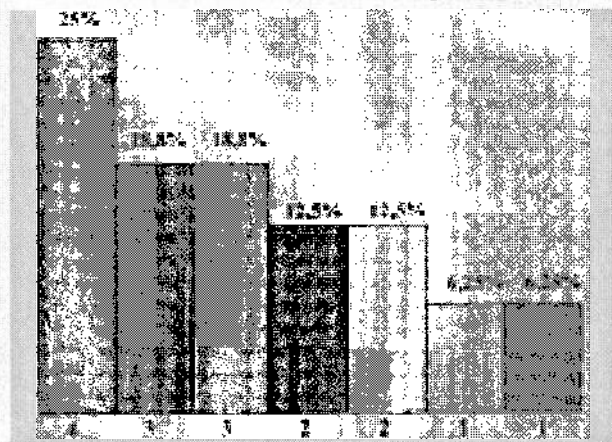
35,7%



- ексудат не вкислено.
- розрив септичний.
- пошкодження плейн
- розрив брані тонкої кишки.
- внутрішньоочеревинний розрив септичний.
- розрив перитоніального очеревини.
- розрив тонкої кишки та її брані.
- розрив плейн із очеревина гетерогенна.
- розрив плейн тонкої кишки.

**Група
16 жол.**

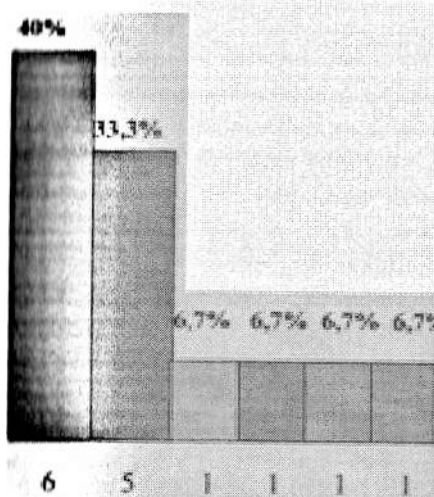
Потерпілий з тяжкою політравмою, які поступили без свідомості, в стані абсолютного сп'яніння або шоку.



- ☒ - ізольована кінцівка або зап'ястка черепно-мозкова травма.
- ☒ - черепно-мозкова травма, травма грудей і перелом кінцівок.
- ☒ - черепно-мозкова травма, перелом кінцівок, травматичний шок.
- ☒ - черепно-мозкова травма і травма грудей.
- ☐ - пошкодження хребта.
- ☐ - черепно-мозкова травма, забій хребта.
- ☒ - перелом кісток таза і нижніх кінцівок.

III група
15 жолт]

Гостра патологія черевної порожнини

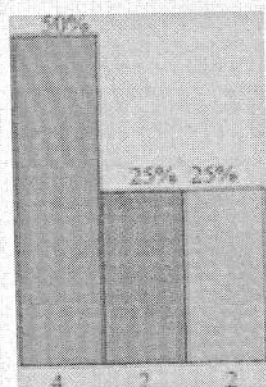


-  - перфорація виразки 12-палої кишки.
-  - тромбоз судин брієї.
-  - абсцес печінки, що розвивається.
-  - первинний рак печінки в стадії розладу.
-  - рак товстої кишки.
-  - флегмона порожнини тазу і заочеревного простору.

IV група

8 чол.

Хворі у яких з метою диференціальної діагностики було виключено латероденіт.



- виключено перфорацію виразки. Виключено гострий панкреатит.



- виключено діагноз: деструктивного холециститу і панкреатитозу.



- діагностовано панкреатитоз і глибока судинна броща.