

УДК 616.381-072.5

ЛАПАРОЦЕНТЕЗ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹Томнюк Н.Д., ²Рябков И.А., ¹Данилина Е.П.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск;

²Краевое государственное бюджетное учреждение «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: asdfgh_17@mail.ru

Одним из быстрых методов диагностики повреждения органов брюшной полости при любых видах травмы, а также острой патологии органов живота (деструктивный холецистит, панкреатит, мезентериальный тромбоз, перитонит и т.д.) и решении вопроса о лапаротомии является наложение диагностического лапароцентеза. Он помогает не только минимально сократить время от поступления больного в стационар до операционного стола, но в некоторых случаях предотвратить напрасное чревосечение. Если лапароскопия по своему техническому выполнению не всегда возможна, то лапароцентез выполним в любых условиях под местной анестезией в палате или перевязочной независимо от состояния больного. Лапароцентез – высокоинформативный дополнительный метод диагностики закрытых повреждений и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Ключевые слова: лапароцентез, лапаротомия, метод дифференциальной диагностики

LAPAROCENTESIS AS ONE OF THE METHODS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS IN EMERGENCY SURGERY

¹Tomnyuk N.D., ²Ryabkov I.A., ¹Danilina E.P.

¹State Funded Educational Institution of Higher Vocational Education «Krasnoyarsk State Medical University by Professor V.F. Voyno-Yasenetskiy Public Health Service of Russian Federation», Krasnoyarsk;

²Regional state budgetary institution «Krasnoyarsk Interdistrict clinical hospital of emergency medical aid to them. N.S. Karpovich», Krasnoyarsk, e-mail: asdfgh_17@mail.ru

One of the fastest available methods to diagnose abdominal cavity injuries and acute abdominal diseases (destructive cholecystitis, pancreatitis, mesenterial thrombosis, peritonitis etc.) is laparocentesis. It helps to minimize the time between patients hospitalization and surgery itself, more over it helps to avoid a celiotomy incision in the majority of cases. The method of laparocentesis is simple and informative especially in emergency surgery. If laparoscopy, in its technical implementation, is not always possible, then laparocentesis can be performed in all conditions, for example under local anesthesia in hospital ward or surgical dressing room regardless of the patient's condition. Laparocentesis is highly informative method of additional diagnostic of closed abdominal injuries and acute surgical diseases.

Keywords: laparocentesis, laparotomy, method of differential diagnosis

В 1880 году Микулич при подозрении на перфоративную язву желудка впервые осуществил пункцию живота для подтверждения диагноза – перитонита. Однако этот простой и эффективный метод долгое время не находил широкого применения [1]. И только спустя много лет он становится одним из основных (не считая лапароскопию) методов в диагностике повреждений и некоторых заболеваний органов брюшной полости [2].

Общеизвестно, что является залогом благоприятного исхода. Если учесть, что многие классические симптомы при травмах и острых заболеваниях, особенно у тяжелых больных чаще стертые, то проведение лапароцентеза является одним из наиболее малотравматичных и информативных методов исследования этой категории больных. Выполнение же эксплоративной лапарото-

мии в подобных ситуациях, как правило, усугубляет тяжесть состояния, что может привести к летальному исходу.

По данным многих авторов, достоверность результатов лапароцентеза при травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства составляет от 92% до 95%.

На базе неотложной хирургии (МУЗ «ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича») мы можем констатировать, что такие обследования, как лапароцентез и лапароскопия, применяются в течение многих лет, в среднем составляя 200–250 манипуляций в год. Результаты этих исследований в большинстве случаев помогают хирургу определиться с лечебной тактикой. Однако следует говорить, что мы ни в коем случае не сопоставляем эти два метода. Они информативны, и для каждого из них существуют свои показания и возможности.

Если лапароскопия по своему техническому выполнению не всегда возможна, то лапароцентез выполним в любых условиях под местной анестезией в палате или перевязочной независимо от состояния больного. Технически прокол брюшной стенки производится в отлогих местах любой области живота. Самое частое (стандартное) его выполнение – это ниже пупка на 2–3 см по средней линии живота.

После извлечения стилета контролируется характер выделяемой жидкости. При получении, даже при незначительном количестве, крови или кишечного содержимого исследование заканчивается экстренной лапаротомией.

В тех случаях, когда возникли затруднения при оценке содержимого из брюшной полости или была «сухая» пункция, вводится полиэтиленовый или силиконовый микроирригатор и 350–500 мл изотонического раствора натрия с последующей аспирацией. Полученную жидкость отправляем в лабораторию для подсчета эритроцитов, лейкоцитов, определения уровня амилазы. При необходимости микроирригатор оставляется до 2 суток, для динамического наблюдения.

Показанием для лапароцентеза служат, как правило, подозрение на внутреннее кровотечение или повреждение внутренних органов [2]. Информативность лапароцентеза снижается, если «воспалительный» процесс не выходит за пределы сальниковой сумки, или при субкапсулярных разрывах паренхиматозных органов [7].

Для подтверждения диагностической ценности лапароцентеза мы проанализировали его результаты у 211 больных, лечившихся в хирургическом стационаре. Это были 116 пациентов с травмами и подозрением на закрытую травму живота, где лапароцентез производился с целью выявления поврежденных внутренних органов или кровотечения; 95 больных – с подозрениями на хирургические заболевания для диагностики перитонита или характера выпота.

Характеристика больных: возраст от 16 до 84 лет, мужчин – 124 (58,8%), женщин – 87 (41,2%), (характерно, что до 50 лет было 148 (70,2%) человек) Все они поступили по экстренным показаниям, доставлены скорой помощью.

Так, в 23 случаях (из 116) пострадавшим сразу была произведена конформативная лапаротомия ввиду наличия четкой картины внутрибрюшного кровотечения и повреждения внутренних органов, а у 93 пациентов произведен лапароцентез. В 11 случаях

был отрицательный результат (лапаротомия не производилась), в остальных случаях – получена кровь и жидкость, окрашенная кровью, – все они оперированы.

При лапаротомии после лапароцентеза установлено, что у 23 больных имелись разрывы селезенки, у 18 – печени, а у 22 – сочетание разрывов печени и селезенки с повреждением кишки, ее брыжейки, в 4 случаях – разрыв ДПК и поджелудочной железы с забрюшинными гематомами; по одному больному – с разрывом мочевого пузыря, диафрагмы; у 10 пациентов – забрюшинные гематомы с выпотом в брюшную полость, где имелись повреждения костей таза и ребер. В 3 случаях при лапароцентезе получена кровь, а при лапаротомии никаких повреждений не нашли. «Положительный результат» лапароцентеза был расценен, как кровотечение.

Хотелось бы отметить, что 67 пострадавших поступали в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, их возраст до 40 лет. Причинами травм были автодорожные происшествия, бытовые драки и падения с высоты. При таком сочетании травм и алкогольного опьянения поставить своевременный диагноз, даже при современном оборудовании (УЗИ, КТ, МРТ и др.) не всегда возможно. Здесь имеет значение фактор времени, а широкое использование лапароцентеза помогает не только установить диагноз, но и выбрать лечебную тактику, а также, при возможности, воздержаться от напрасной лапаротомии. Примером может служить следующее: *из истории болезни № 7817 больного Б., 28 лет, поступившего 13.01.2010, – падение с пятого этажа. Доставлен в крайне тяжелом состоянии, АД 90/40 мм рт. ст., Ps – 118 уд. в мин, слабого наполнения, состояние алкогольного опьянения. Заподозрено внутреннее кровотечение. Заподозрено внутреннее кровотечение, и наряду с противошоковыми мероприятиями, произведен лапароцентез. Результат отрицательный. Больной госпитализирован в реанимационное отделение, состояние стабильное, лапаротомия не производилась. Таким образом, благодаря лапароцентезу удалось избежать напрасной лапаротомии. Впоследствии пациент был выписан.*

В особо сложных для диагностики ситуациях у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при нечеткой клинической картине острого живота и сомнительных показаниях к диагностическому чревосечению, мы прибегали к лапароцентезу. Проанализированы

полученные результаты в 95 случаях. Так, с подозрением на острый живот (перитонит) при пункции живота у 57 больных получен мутный экссудат или гной. Все своевременно оперированы, за остальными 38 больными проводилось динамическое наблюдение. Спустя несколько часов (до суток) у 22 больных по катетеру показалось мутное содержимое и изменение со стороны анализов крови, мочи, они также оперированы: деструктивный холецистит с панкреатитом – у 11 больных, деструктивный аппендицит – у 3 больных, тромбоз мезентериальных сосудов – 8 случаев. И 3 больных оперированы при отрицательном лапароцентезе, так как клинически исключить патологию не представилось возможным: каких-либо повреждений не найдено. У остальных (13) за время наблюдения клиника острого живота купировалась, выписаны без операции. Как видно, в некоторых случаях, лапароцентез с клиническими данными у тяжелых больных помогает ускорить постановку диагноза и определить судьбу больного.

Выводы

1. Лапароцентез – высокоинформативный дополнительный метод диагностики закрытых повреждений и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Может оказаться полезным при выезде хирургов в отдаленные районы, а также при массовых поступлениях [1, 4].

2. Метод простой, безопасный, доступен каждому хирургу, позволяет в большинстве случаев своевременно установить показания к срочной лапаротомии. Противопоказанием к проведению лапароцентеза могут быть лишь множественные перенесенные операции на животе [6].

3. При отрицательных данных решающей в постановке диагноза является клиническая картина и такие методы обследования, как УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия. В сомнительных случаях показана диагностическая лапаротомия [3].

Список литературы

1. Аксенов И.В. Лапароскопическая холецистэктомия после резекции печени. // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 1. – С. 56–57.
2. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – СПб, 2002. – С. 450–474.
3. Горшков М.Д., Федоров А.Ф. Объективная оценка базовых навыков лапароскопии. // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 4. – С. 28–30.
4. Горшков С.З., Волкова В.С. Закрытая травма живота. – Харьков, 1998. – № 26. – 32 с.
5. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г., Чинников М.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 2. – С. 16–18.
6. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. – М.: Гэотар – мед, 2003. – С. 78–81.
7. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастроудоденальных кровотечений. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
8. Трубников В.Ф., Зайцев В.Г. Клиника, диагностика и лечение тяжелых повреждений при дорожно-транспортных происшествиях. – Харьков, 1980. – С. 107–134.
9. Шумкина Л.В., Старков Ю.Г. Хирургия единого лапароскопического доступа: современные тенденции в лечении холецистита. // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 1. – С. 58–61.

References

1. Aksenov I.V. Laparoskopicheskaja holecistjektomija posle rezekcii pečeni. // Jendoskopicheskaja hirurgija. 2014. no. 1. pp. 56–57.
2. Bisenkov L.N. Neotlozhnaja hirurgija grudi i zhivota. SPb, 2002. pp. 450–474.
3. Gorshkov M.D., Fedorov A.F. Obektivnaja ocenka bazovyh navykov laparoskopii. // Jendoskopicheskaja hirurgija. 2014. no. 4. pp. 28–30.
4. Gorshkov S.Z., Volkova V.S. Zakrytaja travma zhivota. Harkov, 1998. no. 26. 32 p.
5. Kurbanov F.S., Aliev Ju.G., Chinnikov M.A. Laparoskopicheskaja holecistjektomija pri ostrom holecistite. // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2014. no. 2. pp. 16–18.
6. Moshe Shajin. Zdravyy smysl v neotlozhnoj abdominalnoj hirurgii. M.: Gjeotar med, 2003. pp. 78–81.
7. Sazhin I.V., Sazhin V.P., Savelev V.M. Kompleksnoe primeneniye laparoskopicheskoy vagotomii pri dlitelno nerubcujushhhsja jazvah posle gastroduodenal'nyh krvotechenij. // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2014. no. 3. pp. 3–5.
8. Trubnikov V.F., Zajcev V.G. Klinika, diagnostika i lechenie tjazhelyh povrezhdenij pri dorozhno-transportnyh proisshestvijah. Harkov, 1980. pp. 107–134.
9. Shumkina L.V., Starkov Ju.G. Hirurgija edinogo laparoskopicheskogo dostupa: sovremennyye tendencii v lechenii holecistita. // Jendoskopicheskaja hirurgija. 2014. no. 1. pp. 58–61.