Д. С. Ефимов

Харьковский национальный
медицинский университет

© Ефимов Д. С.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЗАТРУДНЕНИЙ ПРИ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ

Резюме. *Цель исследований:* описать два случая клинических наблюдения недиагностированных дооперационно разрывов селезенки, провести анализ ошибок.

Материал и методы. Анализируются два случая недиагностированных дооперационно разрыва селезенки. Больные находились на лечении в общехирургических отделениях Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора Александра Ивановича Мещанинова в 2016 и в 2019 годах

Результаты. Двое практически идентичных больных как по анамнезу, так и по течению болезни и , объему оперативного вмешательства и результатам лечения, находились в стационаре в 2016 и 2019 годах соответственно. Выявлено, что причинами диагностических ошибок были, в первую очередь, отсутствие в анамнезе факта травмы и ошибочная трактовка данных ультразвукового обследования в пользу острого панкреатита.

Выводы: отсутствие в анамнезе факта травмы и ошибочная трактовка причины появления свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового обследования являются основными причинами диагностических ошибок при данной патологии. Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового обследования является поводом для прицельного расспроса пациента о наличии факта травмы

Ключевые слова: *разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение, диагностика, ультразвуковая диагностика.*

Введение

Не смотря на достижения современной медицины, проблема диагностики острой хирургической патологии, в том числе, травмы органов брюшной полости остается актуальной на сегодняшний день. Среди паренхиматозных органов брюшной полости селезенка является наиболее травмируемым органом. Данное обстоятельство связано со многими факторами, например, такими, как расположение органа вблизи брюшной стенки, значительными размерами органа, степенью его кровенаполнения, сравнительно легкой смещаемостью в момент травмы, возрастными особенностями развития [4, 5, 8]. Частота изолированного повреждения селезенки отмечается в 15-20 % поступающих в стационар с подозрением на повреждение паренхиматозных органов [4, 8]. Несмотря на появление сравнительно новых визуализирующих технологий (компьютерная томография, ультразвуковая диагностика), оценка локальных изменений при травме селезенки до сегодняшнего времени остается трудной практической задачей. Данные о чувствительности клинических и специальных методов оценки травмы селезенки весьма вариабельны [10]. При этом наибольшие сложности вызывают травматические закрытые чрескапсулярные разрывы селезенки , диагностические ошибки при

которых составляют 30-40 % [2]. Самые частые хирургические вмешательства в структуре сочетанной и изолированной травмы, превышающие 88,3 %, выполняются по поводу закрытой травмы живота [2, 7]. При этом повреждения селезенки встречаются в 20-40 % наблюдений [1, 9]. При этом наибольшие сложности вызывают травматические закрытые чрескапсулярные разрывы селезенки (ТЗЧРС), диагностические ошибки при которых составляют 30-40 % [2]. Все диагностические ошибки у пациентов с ТЗЧРС можно разделить на две группы:

I. Диагностические ошибки, связанные с утаиванием больным факта травмы.

II. Диагностические ошибки, связанные с неправильным толкованием результатов обследования и недооценкой тяжести состояния больных[6].

Цель исследований

Описать два случая клинических наблюдения недиагностированных дооперационно разрывов селезенки, провести анализ ошибок.

Материал и методы исследований

Анализируются два случая недиагностированных дооперационно разрыва селезенки. Больные находились на лечении в общехирургических отделениях Харьковской городской

клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора Александра Ивановича Мещанинова в 2016 и в 2019 г.

Больной Т., 31 года, поступил через 24 часа с момента заболевания с жалобами на умеренные боли в животе, тошноту, некоторую слабость. О факте травмы не упоминал. Пульс 86 ударов в 1 минуту, артериальное давление 115 на 80 мм ртутного столба. Язык сухой, обложен. Передняя брюшная стенка ограничено участвует в акте дыхания. При объективном исследовании живота последний не вздут, при пальпации умеренно болезнен в верхних, левых и нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты — $3,9 \times 10^{12}$. Л, гемоглобин 106 г на литр, лейкоциты — 9×10^{12} л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные — 12 %, сегментоядерные — 63 %, эозинофилы — 1 %, лимфоцитов — 18 %, моноциты — 6 %, СОЭ — 7 мм в час. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови — без патологических изменений.

При ультразвуковом исследовании было обнаружено наличие свободной жидкости в полости малого таза и по левому фланку в небольшом количестве, заподозрены умеренно выраженные признаки острого панкреатита. Другой патологии не было выявлено. Диагноз при поступлении: острый панкреатит? Проводилась консервативная терапия, динамическое наблюдение. На следующий день после поступления было повторено ультразвуковое исследование, при котором было констатировано увеличение количества свободной жидкости в брюшной полости, остальные данные прежние. Были выставлены показания к срочной операции с диагнозом: острый панкреатит, ферментативный перитонит. Во время операции обнаружен разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Произведена спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений, наступило выздоровление. Больной И., 33 лет, поступил через 14 часов с момента заболевания с жалобами на умеренные боли в животе, тошноту. О факте травмы не упоминал. Пульс 84 ударов в 1 минуту, артериальное давление 110 на 80 мм ртутного столба. Язык сухой, обложен. Передняя брюшная стенка ограничено участвует в акте дыхания. При объективном исследовании живота последний не вздут, при пальпации умеренно болезнен в верхних и нижних отделах. Симптомы раз-

дражения брюшины не определяются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты $3,95 \times 10^{12}$. Л, гемоглобин 110 г на литр, лейкоциты $9,3 \times 10^{12}$ л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные — 10 %, эозинофилы 1 %, сегментоядерные 72 %, лимфоцитов 11 %, моноциты 6 %, СОЭ — 7 мм в час. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови — без патологических изменений.

При ультразвуковом исследовании было обнаружено наличие свободной жидкости в полости малого таза в небольшом количестве, заподозрены умеренно выраженные признаки острого панкреатита. Другой патологии не было выявлено. Диагноз при поступлении: острый панкреатит? Проводилась консервативная терапия, динамическое наблюдение. На следующий день после поступления было повторено ультразвуковое исследование, при котором было констатировано увеличение количества свободной жидкости в брюшной полости, остальные данные прежние. Были выставлены показания к срочной операции с диагнозом: острый панкреатит, ферментативный перитонит. Во время операции обнаружен разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Произведена спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, наступило выздоровление.

Результаты исследований и их обсуждение

Таким образом, двое практически идентичных больных как по анамнезу, так и по течению болезни и, объему оперативного вмешательства и результатам лечения, находились в стационаре в 2016 и 2019 годах соответственно.

Причинами диагностических ошибок были, в первую очередь, отсутствие в анамнезе факта травмы и ошибочная трактовка данных ультразвукового обследования в пользу острого панкреатита.

Выводы

Отсутствие в анамнезе факта травмы и ошибочная трактовка причины появления свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового обследования являются основными причинами диагностических ошибок при данной патологии.

Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового обследования является поводом для прицельного расспроса пациента о наличии факта травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М., Смоляр А. Н. Показания к органосохраняющим операциям при травме селезенки // Методические рекомендации. Московский НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. — М., 1997. — С. 10.
2. Бастрыгин А. В. Органосохраняющие операции при травматических закрытых чрескапсулярных разрывах селезенки у детей: Дис. ... канд. мед. наук. — Хабаровск, 2007.
3. Брюсов П. Г., Розанов В. Е. Хирургическая тактика у пострадавших с сочетанной травмой // Оказание помощи при сочетанной травме. — М., 1997. — С. 64-66.
4. Габай А. В., Гаврюшов В. В. Хирургия селезенки у детей. — М.: Медицина, 1969. — С. 14-16.
5. Имре Барта. Селезенка. — Будапешт, 1976. — С.13-48.
6. Масляков В. В., Авраменко А. В. Основные причины диагностических ошибок у пациентов с закрытыми двухфазными разрывами селезенки // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 5.;
7. Усеинов Э. Б., Исаев А. Ф., Киселевский М. В. и др. Проблема послеоперационных гнойно-септических осложнений при травме живота с повреждением селезенки в свете иммунных нарушений // Хирургия. — 2006. — № 6. — С. 26-28.
8. Сапожникова М. А. Морфология закрытой травмы груди и живота. — М.: Медицина, 1988. — С.102- 117.
9. Сафронов Э. П. Роль органосохраняющих операций на селезенке при сочетанной травме // Актуальные вопросы неотложной специализированной помощи в городской клинической больнице г. Москвы. — М., 2001. — С. 134-137.
10. Blunt abdominal trauma: comparison of ultrasonography and computed tomography in a district general hospital / Abu-Zidan F.M., Sheikh M., Jadallah F. et al. // Australas-Radiol. — 1999. — № 43(4). — P. 440.

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ДІАГНОСТИЧНИХ ТРУДНОЩІВ ПРИ РОЗРИВІ СЕЛЕЗІНКИ

Д. С. Єфімов

Резюме. *Мета досліджень:* описати два випадки клінічних спостережень недіагностованих доопераційно розривів селезінки, провести аналіз помилок.

Матеріал і методи. Аналізуються два випадки недіагностованих доопераційно розривів селезінки. Хворі перебували на лікуванні в загальнохірургічних відділеннях Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені професора Олександра Івановича Мещанінова в 2016 і в 2019 роках

Результати: двоє практично ідентичних хворих як по анамнезу, так і за течією хвороби і, обсягом оперативного втручання і результатами лікування, перебували в стаціонарі в 2016 і 2019 роках відповідно. Виявлено, що причинами діагностичних помилок були, в першу чергу, відсутність в анамнезі факту травми і помилкове трактування даних ультразвукового обстеження на користь гострого панкреатиту.

Висновки: відсутність в анамнезі факту травми і помилкове трактування причини появи вільної рідини в черевній порожнині за даними ультразвукового обстеження є основними причинами діагностичних помилок при даній патології. Наявність вільної рідини в черевній порожнині за даними ультразвукового обстеження є приводом для прицільного розпитування пацієнта про наявність факту травми.

Ключові слова: *розрив селезінки, кровотеча у черевну порожнину, діагностика, ультразвукова діагностика.*

ANALYSIS OF CASES OF DIAGNOSTIC DIFFICULTIES WITH RUPTURE OF THE SPLEEN

D. S. Yefimov

Summary. *Objective:* to describe two cases of clinical observation of undiagnosed preoperative rupture of the spleen, in order to analyze errors.

Material and methods. Two cases of undiagnosed preoperative spleen rupture are analyzed. Patients were treated in general surgical departments of the Kharkiv City Clinical Hospital for Emergency and Emergency Medicine, named after Professor Alexander Ivanovich Meshchaninov, in 2016 and 2019.

Results: two almost identical patients, both in history and in the course of disease, as well as the volume of surgical intervention and treatment results, were treated at the hospital in 2016 and 2019, respectively. It was revealed that the causes of diagnostic errors were primarily the lack of a history of trauma and the erroneous interpretation of ultrasound data in favor of acute pancreatitis.

Conclusions: the absence of a history of trauma and an erroneous interpretation of the causes of the appearance of free fluid in the abdominal cavity recorded during ultrasound examination are the main causes of diagnostic errors in this pathology. The presence of free fluid in the abdominal cavity, shown during ultrasound examination, is the reason for questioning the patient concerning incidence of injury

Key words: *spleen rupture, abdominal bleeding, diagnostics, ultrasound diagnostics.*