

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТЫМИ ДВУХФАЗНЫМИ РАЗРЫВАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Масляков В. В., Авраменко А. В.

НОУ ВПО Саратовский филиал Самарского медицинского института «РЕАВИЗ»

Проведенные исследования показывают, что диагностика закрытых двухфазных разрывов селезенки в большинстве случаев вызывает определенные затруднения. Выход из сложной диагностической ситуации связан с применением инвазивных методов исследования, при этом предпочтение следует отдавать лапароскопии. Абсолютным показанием к выполнению этого исследования служат множественные и сочетанные повреждения, а также коматозное состояние больного. В том случае, если больной находится в сознании, предпочтение следует отдавать неинвазивным методам исследования. При этом всем пациентам, поступившим с травмами грудной клетки, особенно слева, в алгоритм обследования должно быть включено неинвазивное исследование брюшной полости для исключения закрытых двухфазных разрывов селезенки.

Ключевые слова: травматические закрытые чрескапсулярные разрывы селезенки, диагностика, диагностические ошибки.

THE MAIN REASONS FOR DIAGNOSTIC MISTAKES AT PATIENTS WITH THE CLOSED TWO-PHASE RUPTURES OF THE SPLEEN

Maslyakov V. V., Avramenko A. V.

Non-state educational institution of higher education Saratov branch of the Samara medical institute «REAVIZ»

The conducted researches show that diagnostics of the closed two-phase ruptures of a spleen in most cases causes certain difficulties. The exit from a difficult diagnostic situation is connected with application of invasive methods of research, thus the preference should be given laparoscopies. As the absolute indication to performance of this research multiple and combined damages, and also a coma of the patient serve. In case the patient is in consciousness, the preference should be given a neinvasive method of research. Thus to all patients who have arrived with injuries of a thorax, especially at the left, noninvasive research of an abdominal cavity has to be included in algorithm of inspection for an exception of the closed two-phase ruptures of a spleen.

Keywords: the traumatic closed chreskapsulyarny ruptures of a spleen, diagnostics, diagnostic mistakes.

Введение. Самые частые хирургические вмешательства в структуре сочетанной и изолированной травмы, превышающие 88,3 %, выполняются по поводу закрытой травмы живота [2,6]. При этом повреждения селезенки встречаются в 20–40 % наблюдений [1,8]. 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 [4,5,7]. Частота изолированного повреждения селезенки отмечается в 15–20 %, поступающих в стационар с подозрением на повреждение паренхиматозных органов [4,7]. 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 [9,10]. При этом наибольшие сложности вызывают травматические закрытые чрескапсулярные разрывы селезенки (ТЗЧРС), диагностические ошибки при которых составляют 30–40 % [2].

Цель исследования. Изучить основные причины, приведшие к задержке хирургического вмешательства у больных с ТЗЧРС.

Материалы и методы. Для достижения цели проведен анализ диагностики 98 пациентов, оперированных по поводу закрытой травмы живота, приведшей к ТЗЧРС. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Пол и возраст больных с ТЗЧРС

Возраст больных	Мужчины	Женщины
До 20 лет	12	4
21–30 лет	25	12
31–40 лет	26	5
41–50 лет	6	2
Старше 50 лет	6	-
Всего	75	23

В 80 (81,6 %) случаях отмечен истинный двухфазный разрыв селезенки, сопровождавшийся значительной по площади отслойкой капсулы, с размозжением краев раны. Особый интерес представили 18 (18,3 %) наблюдений, в которых разрыв селезенки был расценен как ложный двухфазный. Первая фаза такого разрыва сопровождалась полным одномоментным разрывом органа с локальным внутрибрюшным кровотечением, за счет которого сформировалась свернувшаяся периспленарная гематома. Эта гематома тампонировала рану селезенки и временно останавливала кровотечение.

Из 98 больных, госпитализированных с ТЗЧРС, сочетанные и множественные повреждения отмечены у 80 (81,6 %) человек, изолированные повреждения – у 18 (18,3 %). Шок различной степени тяжести зарегистрирован у 12 (12,2 %) пациентов. В качестве наиболее частых сопутствующих повреждений при закрытых травмах селезенки были переломы ребер (32,8 %). При этом во всех наблюдениях отмечалась левосторонняя локализация травмы. В 28,5 % случаев переломы ребер осложнялись гемо- и пневмотораксом. Кроме того, в 29,9 % случаев диагностирована черепно-мозговая травма. У 2,3 % пациентов наблюдали разрыв почки, а у 14,2 % – разрыв печени, что, естественно,

сопровождалось дополнительной кровопотерей. Еще у 13,3 % пострадавших зарегистрированы переломы различных трубчатых костей.

Основные причины ТЗЧРС представлены в табл. 2.

Для решения поставленных задач в работе были использованы анамнестический, клинический, рентгенологический, эндоскопический методы исследования. При анамнестическом исследовании анализировались время, причины, механизм травмы, появление и развитие тех или иных симптомов, объем оказания медицинской помощи на этапах эвакуации пострадавшего.

Таблица 2

Основные причины повреждения селезенки

Причины повреждений	Частота повреждений, %
Дорожно-транспортные происшествия	50
Несчастный случай в быту	25
Падение с высоты	17
Несчастный случай на производстве	5
Причина не выяснена	2

Общеклиническое исследование включало обнаружение клинических проявлений ТЗЧРС. Все пациенты осматривались врачом-реаниматологом, в ряде случаев пациенты консультированы нейрохирургом, торакальным хирургом, урологом. Лабораторное обследование включало динамическое изучение реакции биологических жидких сред организма пациента (крови и мочи) в ответ на травму. Ультразвуковое исследование проводилось с помощью аппарата Sigma-iris 210, фирмы «KONTRON», Франция, конвексным датчиком в режиме реального времени с черно-белым изображением в положении обследуемого на спине и правом боку. Рентгенологическое исследование включало рентгенографию грудной клетки, позвоночника, костей черепа, таза и конечностей, при проведении эндоскопических исследований учитывались следующие признаки: сгусток крови в проекции селезенки, имбибиция кровью большого сальника, разрыв капсулы и паренхимы селезенки, тусклый желтый цвет пряди большого сальника, покрывающей селезенку.

Результаты и их обсуждения. Диагностика закрытых повреждений селезенки основывалась:

- 1) на данных анамнеза: указание на полученную травму и ее механизм, кратковременные обморочные состояния;
- 2) на объективных данных: признаки травмы (ссадины, гематомы, переломы ребер в проекции селезенки), боли в животе, нарастающая слабость, холодный пот, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, спутанность сознания, притупление в отлогих местах живота;
- 3) на показателях эритроцитов, гемоглобина и гематокрита. Во время госпитализации лишь у 26 % больных нашей клиники отмечено снижение уровня названных показателей;
- 4) на количестве лейкоцитов – у 63 % пострадавших с изолированными повреждениями селезенки зарегистрирован лейкоцитоз.

Основываясь только на этих данных, оперативное лечение было выполнено 14 (14,2 %) больных, остальным 84 (85,7 %) потребовались дополнительные методы обследования, как инвазивные, так и неинвазивные.

В первые часы при поступлении больных в стационар УЗИ применено у 32 (32,6 %) пациентов. Во всех наблюдениях был заподозрен ТЗЧРС, что позволило своевременно выполнить оперативное лечение. Следует отметить, что при поступлении признаков кровотечения в 60 % наблюдений не отмечено.

Из инвазивных методов был применен лапароцентез с методикой «шарящего катетера» в 15(15,3 %) случаях, а лапароскопия – у 37 (37,7 %) больных. При этом при использовании лапароцентеза в 9 случаях не было получено крови из брюшной полости, что привело к ложной трактовке диагноза и задержки с операцией. В то же время при использовании лапароскопии таких ошибок зарегистрировано не было, у всех пациентов были выявлены признаки повреждений селезенки.

Обращает на себя внимание, что из 98 пациентов с ТЗЧРС у 74 (75,5 %) хирургическое вмешательство выполнено позже 6 часов. Основные причины запоздалых операций представлены в таблице 3.

Таблица 3

Основные причины запоздалых операций

Причины	Абсолютное число	%
Поздняя обращаемость больных	9	12,1
Диагностические ошибки	63	85,1
Отказ больного от операции	2	2,7
Всего	74	75,5

Как видно из данных, представленных в табл. 3, причины задержки с оперативным вмешательством у пациентов с ТЗЧРС можно связать с диагностическими ошибками. Следует отметить, что все больные находились на стационарном лечении с различными диагнозами. При этом в семи наблюдениях предполагалась нарушенная внематочная беременность, в шести – острый аппендицит, а еще в десяти – деструктивный панкреатит. Однако большинство больных находилось на стационарном лечении с диагнозом ушиб грудной клетки слева или перелом ребер слева, при этом при обследовании этим пациентам была выполнена только рентгенография органов грудной клетки, на котором выявлен перелом IX, X и XI ребер. Все пациенты находились в стационаре от одних до двенадцати суток. Большинство пациентов были оперированы после развития признаков геморрагического шока и признаков внутрибрюшного кровотечения. При этом больные все-таки были оперированы с другими предварительными диагнозами. В двух наблюдениях предполагалась нарушенная внематочная беременность, в двух – острый аппендицит, а еще в двух – деструктивный панкреатит.

Основные причины, связанные с задержкой оперативного вмешательства у этих пациентов, по нашему мнению, были связаны со стертостью клинической картины.

Из других причин, связанных с задержкой оперативного лечения, можно связать с неверным толкованием данных лапароцентеза. У 8 больных, находящихся в коматозном состоянии вследствие черепно-мозговой травмы, диагностические ошибки обусловлены невозможностью сбора анамнеза. Следует заметить, что шестеро из них по линии санитарной авиации переведены из центральных районных больниц с диагнозом черепно-мозговой травмы. Еще в двух наблюдениях больные переведены из других стационаров, где они получали лечение по поводу ушиба почек и обострения хронического панкреатита. Перевод их в нашу клинику на вторые и третьи сутки был связан с ухудшением состояния. Кроме того, в пяти случаях пациенты находились в нашем хирургическом отделении с диагнозом тяжелой политравмы, и им своевременно не выполнены инвазивные диагностические исследования.

Следовательно, 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.

В то же время обращает на себя внимание, что в 10 наблюдениях диагноз внутрибрюшного кровотечения был поставлен своевременно. Тем не менее больные находились в стационаре без необходимой операции от 6 до 12 часов. Во всех этих случаях

причиной задержки хирургического вмешательства служил отказ больных от каких-либо лечебно-диагностических мероприятий.

Следует отметить, что использование УЗ-исследования позволило вовремя заподозрить ТЗЧРС и выполнить оперативное вмешательство, при этом диагностических ошибок отмечено не было.

Таким образом, наши исследования показывают, что диагностика ТЗЧРС в большинстве случаев вызывает определенные затруднения. Выход из сложной диагностической ситуации связан с применением инвазивных методов исследования, при этом предпочтение следует отдавать лапароскопии. Абсолютным показанием к выполнению этого исследования служат множественные и сочетанные повреждения, а также коматозное состояние больного. В том случае, если больной находится в сознании, предпочтение следует отдавать неинвазивным методам исследования. При этом всем пациентам, поступившим с травмами грудной клетки, особенно слева, в алгоритм обследования должно быть включено неинвазивное исследование брюшной полости для исключения ТЗЧРС.

Выводы

1. Задержка с хирургическим лечением больных с ТЗЧРС отмечается в 75,5 % наблюдений.
2. При закрытых повреждениях селезенки необходимо своевременное использование инвазивных методов обследования при коматозном состоянии больных.
3. Всем пациентам, поступившим с травмами грудной клетки, особенно слева, должно быть проведено неинвазивное исследование брюшной полости.

Список литературы

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. 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.
7. Сапожникова М. А. Морфология закрытой травмы груди и живота. – М.: Медицина, 1988. – С.102- 117.
8. 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.
9. Blunt abdominal trauma: comparison of ultrasonography and computed tomography in a district general hospital / Abu-Zidan F.M., Sheikh M., Jadallah F. et al. // AustralasRadiol. – 1999. – № 43(4). – P. 440.
10. Prospective results of a standardized algorithm based on hemodynamic status for managing pediatric solid organ injury / Mehall J.R., Ennis J.S., Saltzman D.A. et al. // J Am Coll Surg. – 2001. – № 193(4). – P. 347.

Рецензенты:

Громов М. С., д-р мед. наук, профессор, генеральный директор ООО «Частная клиника № 1» г. Саратов.

Капралов С. В., д-р мед. наук, профессор, заведующий 1 хирургическим отделением МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. В. И. Разумовского» г. Саратов.