

International Science Group

ISG-KONF.COM

MODERN PROBLEMS IN
SCIENCE

VIII

SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE

09-12 November

Prague, Czech

DOI 10.46299/ISG.2020.II.VIII

ISBN 978-1-63649-931-4

MODERN PROBLEMS IN SCIENCE

Abstracts of VIII International Scientific and Practical Conference

Prague, Czech Republic
November 09-12, 2020

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

UDC 01.1

The VIII th International scientific and practical conference “Modern problems in science”, November 09-12, 2020, Prague, Czech Republic. 722 p.

ISBN - 978-1-63649-931-4

DOI - 10.46299/ISG.2020.II.VIII

EDITORIAL BOARD

- | | |
|------------------------------|--|
| <u>Pluzhnik Elena</u> | Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor |
| <u>Liubchych Anna</u> | Scientific and Research Institute of Providing Legal Framework for the Innovative Development National Academy of Law Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine, Scientific secretary of Institute |
| <u>Liudmyla Polyvana</u> | Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine |
| <u>Mushenyk Iryna</u> | Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines , Informatics and Modeling. <i>Podolsk State Agrarian Technical University</i> |
| <u>Oleksandra Kovalevska</u> | Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs Dnipro, Ukraine |
| <u>Prudka Liudmyla</u> | Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department. |
| <u>Slabkyi Hennadii</u> | Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Health Sciences, Uzhhorod National University. |
| <u>Marchenko Dmytro</u> | Ph.D. in Machine Friction and Wear (Tribology), Associate Professor of Department of Tractors and Agricultural Machines |
| <u>Harchenko Roman</u> | Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles |

РОЛЬ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАКРИТИХ ТРАВМ ПЕЧІНКИ

Капшитар Олексій Олександрович,

к. мед. н., доцент,

Запорізький державний медичний університет,

Доопераційна діагностика закритої травми печінки представляє значні труднощі [1, 5]. Діагностичні помилки і визначення показань до операції коливаються від 17 до 50% і ведуть до зростання післяопераційних ускладнень, релапаротомій, летальності [2, 6]. За даними багатьох авторів застосування додаткових методів дослідження (променеві, ангіографія, радіонуклідне сканування, лапароцентез, ендоскопічні та ін.) покращує діагностику, а їх роздільна здатність коливається від 25 до 99,2% [2, 3, 4, 5].

Мета дослідження. Оцінити діагностичні можливості лабораторно-біохімічних показників, рентгеноскопії грудної та черевної порожнин, УЗД, лапароцентезу, лапароскопії в діагностиці закритої травми печінки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежили 61 потерпілого із закритою травмою печінки, які перебували на лікуванні в клініці загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти ЗДМУ. Чоловіків було 56 (91,8%), жінок - 5 (8,2%) у віці від 16 до 90 років. Найбільш часто пошкодження печінки отримані під час дорожньо-транспортних пригод - у 26 (42,6%) пацієнтів і в побуті - у 20 (32,8%), рідше - при падінні з висоти - у 11 (18%), причину з'ясувати не вдалося - у 4 (6,6%). У стані шоку і алкогольного сп'яніння доставлено 54 (88,5%).

Поєднані пошкодження печінки були у 32 (52,4%) хворих і включали черепно-мозкову травму (ЧМТ), травми грудної клітки, пошкодження опорно-рухового апарату і заочеревинного простору. При множинних пошкодженнях у 17 (27,9%) пацієнтів, разом з розривами печінки, виявлені пошкодження селезінки, жовчного міхура, ободової кишки і брижі кишечника, підшлункової залози, ускладнені панкреонекрозом. Ізольовані пошкодження печінки мали місце у 12 (19,7%) хворих.

На догоспітальному етапі, у силу обстеження пацієнтів фахівцями нехірургічного профілю та обмежених можливостей, діагностика закритої травми печінки виявилася на дуже низькому рівні - 4 (6,6%) пацієнтів. Як правило, співробітники бригад ШМД встановлювали наявність інших пошкоджень у 51 (83,6%) хворих, з них у 25 пацієнтів - закриту травму живота (ЗТЖ), пошкодження органів, у 6 - ЗТЖ, забій грудної клітини, у 5 - ЗТЖ, перелом ребер, у 5 - ЗТЖ ?, забій нирки, у 4 - ЧМТ, у 2 - ЗТЖ, забій живота, у 2 - забій грудної клітини та у 2 - перелом кісток тазу. При приховуванні постраждалими факту травми встановлені помилкові діагнози: гострий холецистопанкреатит - у 3 хворих і алкогольне отруєння - у 3.

Після надходження в приймально-діагностичне відділення лікарні і клінічного обстеження, забору лабораторно-біохімічних аналізів лікувально-діагностична тактика залежала від стабільності гемодинаміки.

Наявність нестабільної гемодинаміки у 27 (44,3%) пацієнтів з ЗТЖ стало показанням до їх екстреного транспортування в операційну, де паралельно з продовженням реанімаційно-трансфузійної допомоги і вибіркоким оглядом суміжних фахівців, виконували реанімаційну лапаротомію з діагнозом "ЗТЖ, пошкодження органів, профузна кровотеча в черевну порожнину" (9 хворих), а при нечіткій клінічній картині абдомінальної катастрофи з метою виключення або визначення пошкоджень органів черевної порожнини і вибору оптимальної лікувальної тактики (невідкладна відкрита операція або малотравматичні лікувальні лапароскопічні втручання) - інвазивні інструментальні методи (18 хворих). З останньої групи діагностичних методів у 6 пацієнтів застосували лапароцентез, у 12 - лапароскопію.

При стабільній гемодинаміці загальний стан решти 34 (55,7%) хворих дозволив їх обстежити більш детально (оглядова рентгенографія грудної та черевної порожнин, УЗД, лапароцентез, діагностичний перитонеальний лаваж, лапароскопія і ін.). Огляд суміжних фахівців (торакальний хірург, нейрохірург, щелепно-лицьовий хірург, травматолог, уролог) з метою визначення абдомінальних і поєднаних пошкоджень, їх ускладнень, ступеня тяжкості та вибору черговості хірургічної корекції.

Рентгенологічні дослідження виконували на апараті РУМ-20. Для УЗД використовували апарат Siemens Sanoline SL-1 (Німеччина) з датчиком 3,5 мгц. Лапароцентез здійснювали за допомогою стандартного медичного троакара і поліхлорвінілової трубки. Лапароскопічні діагностичні та лікувальні втручання проводили апаратом фірми Karl Storz (Німеччина) за вдосконаленою методикою Kelling з використанням сконструйованих маніпуляторів і поліпозиційного огляду.

Результати та їх обговорення. Первинні результати лабораторно-біохімічних досліджень було виявлено неінформативними і вимагали моніторингу, не дозволяли в ранні терміни вирішити питання вибору лікувальної тактики. У 59,2% постраждалих зниження гемоглобіну не відзначено, хоча у 48,2% з них крововтрата розцінена як середнього та тяжкого ступеня, у 22,7% - відзначалося помірне його зниження і тільки у 18,1% - виражене падіння гемоглобіну. Подібні дані отримані і при визначенні гематокриту, що вказує на низьку діагностичну цінність цих показників при оцінці тяжкості крововтрати. Помірне підвищення рівня АлТ відзначено у 58,5% хворих. Істотних змін з боку лейкоцитарної формули крові та біохімічних показників не спостерігали. Отримані нами дані узгоджуються з результатами досліджень інших авторів, які вказують, що використання для діагностики внутрішньої кровотечі показників клінічних та біохімічних аналізів крові себе не виправдало, так як їх зміни не відображають ступінь тяжкості крововтрати [6]. Однак, ми є прихильниками раннього встановлення діагнозу закритого ушкодження печінки з залученням в неясних випадках інших методів дослідження.

При рентгенографії органів грудної порожнини у 9 пацієнтів встановлено переломи нижніх ребер справа, у 7 - з обох сторін, у 1 - перелом грудини. Гемоторакс визначено у 6 хворих, пневмоторакс - у 4, а їх поєднання - у 8. Виявлення переломів нижніх ребер справа, грудини дозволяє запідозрити пошкодження печінки [4, 5]. Патології на оглядовій рентгенограмі черевної порожнини не виявлено. Дані літератури свідчать про мізерність рентгенологічної семіотики, що складається з визначення вільної рідини в черевній порожнині і деформації або нечіткості контурів тіні печінки, які можна визначити у 25-33,3% постраждалих [4, 5, 6].

З 10 пацієнтів, яким виконано УЗД, у 3 - візуалізований чрезкапсульний розрив печінки, у 2 - тільки рідина в черевній порожнині, а у 5 - патологія виключена. Ультразвукова семіотика дозволяє виявити рідину в черевній порожнині, підкапсульні, глибокі і центральні гематоми, місцеві розриви печінки у 86-90,6% хворих [3, 5, 6].

Лапароцентез є найбільш простим, швидким і щадним, з достовірністю 75-96,1%, але дозволяє визначити лише наявність крові, жовчі, не вказуючи на пошкоджений орган [1, 3]. Лапароцентез використовували у 23 (37,7%) хворих. З них у 13 пацієнтів з черевної порожнини отримана кров, у 10 - пункція виявилася "сухою". У зв'язку з "сухою" пункцією здійснено діагностичний перитонеальний лаваж, в результаті отримана кров з черевної порожнини у 5 хворих і прозорий відтікає фізіологічний розчин - у 5. У останніх пацієнтів в черевній порожнині залишений дренаж для контролю. Однак, їх стан не покращився і з підозрою на пошкодження черевних органів 1 пацієнту виконана лапароскопія через 2,5 години, 2 - через 5 годин і 1 - через 22 години.

Найбільш достовірним методом доопераційної діагностики, на думку більшості дослідників, є лапароскопія і ендовідеолапароскопія, інформативність яких порівнянна з діагностичним етапом лапаротомії [1, 2]. Первинно лапароскопія здійснена нами у 19 (31,1%) хворих і після діагностичного перитонеального лаважу - у 5 (8,2%). Діагностовано пошкодження сегментів печінки, прикриті згустками крові. Розриви S₃ печінки візуалізовані у 3 постраждалих, S₄ - у 1, S₄₋₅ - у 1, S₅ - у 3 і S₆ - у 7. Триваюча кровотеча з-під згустків крові, фіксованих в пошкоджених ділянках печінки, виявлено у 2 хворих. Рідка кров розташовувалася в підпечінковому просторі, по правому боковому каналу, порожнини малого таза і тільки у 2 - перебувала у всіх відділах черевної порожнини з переважанням в підпечінковому просторі. Її обсяг варіював від 200,0 до 1000,0 мл.

Гемоперитонеум 1,5 - 2 л не приховував від огляду печінку, проте перевага крові в правій половині черевної порожнини, а також плаваючих згустків крові в області печінки у 3 хворих і невелика кількість крові (300,0 мл) в підпечінковому і піддіафрагмальному просторах з наявністю згустків - у 1 дозволили діагностувати травматичний розрив печінки.

Наявність рідкої крові в черевній порожнині в обсязі 2 л в 3 пацієнтів позбавила змоги визначити розрив печінки, а обсяг крові 1 л з превалюванням в лівому піддіафрагмальному просторі з множинними згустками - у 1 дало

підставу для встановлення розриву селезінки (на операції додатково встановлено розрив печінки). Розлитий гнійний перитоніт візуалізований у 1 хворий, але з урахуванням інших методів дослідження діагностовано ЗТЖ, розрив печінки, абсцес піддіафрагмального простору, що розкрився в черевну порожнину.

Невідкладна лікувальна лапаротомія виконана у 56 (91,8%) пацієнтів. В післяопераційному періоді ускладнення розвинулися у 6 (10,7%) хворих. Померли 20 (35,7%) пацієнтів.

Лікувальні лапароскопічні втручання виконані у 5 (8,2%) хворих без ускладнень і летальних випадків.

Висновки. 1. Клінічна картина закритих пошкоджень печінки протікала атипово і стерто, що вимагало застосування додаткових методів дослідження із різною роздільною здатністю. Скринінговими були лабораторно-біохімічні методи, оглядова рентгенографія грудної та черевної порожнин, УЗД. 2. Лапароцентез і діагностичний перитонеальний лаваж визначають кров і жовч в черевній порожнині. Найбільш інформативною є лапароскопія, яка дозволила діагностувати пошкодження печінки, оцінити стабільність гемостазу і оптимізувати лікувальну тактику.

Список літератури

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін./ Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019 – 592 с.
2. Грубнік Ю. В. Лапароскопічні операції в лікуванні хворих із важкою поєднаною травмою з ушкодженням печінки / Ю. В. Грубнік, А. О. Теличко, В. Ю. Грубнік // Шпиталь. хірургія. – 2007. - № 1. – С. 70-72.
3. Курбонов К. М. Современные подходы диагностики и лечения поврежденной печени / К. М. Курбонов, Н. М. Даминова, М. К. Гулов // Харк. хірург. школа. – 2007. - № 2. – С. 120-122.
4. Радіологія: підручник / С.Ю. Кравчук. – Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019 – 296 с.
5. Хірургічне лікування постраждалих з приводу закритих поєднаних абдомінальних ушкоджень залежно від тяжкості травми / Я. Л. Заруцький, С. А. Асланян, О. І. Жовтоножко // Клінічна хірургія. - 2013. - № 12. - С. 61–64.
6. Хирургия поврежденной печени / [Бойко В. В., Замятин П. Н., Удербает Н. Н. и др.]. – Харьков: СПД ФЛ Степанов В. В., 2007. – 240 с.