Історія однієї діагностичної лапароскопії

Доморацький О.Е.
Созанський В.В.
Бондар Ю.К.

Пацієнтка К., 1985р.н., доставлена бригадою швидкої медичної допомоги в приймальне відділення КМКЛШМД

01. березня 2015року

Скарги:

- Біль в животі,
- багаторазове блювання,
- сухість у роті,
- Спрага.

Скарги з’явились близько 2-х годин тому…

Анамнез:

- Вірусний гепатит А в дитинстві,
- Алергія на диклофенак,
- ЗТЖ,ЗТГК близько 3-х років тому в результаті ДТП, оперативне лікування не проводилось.

Огляд:

- Об’єктивно:
- Ожиріння 2-го ступеня
- Шкірні покриви звичайного кольору, сухі, чисті,
- ЧД 16 за хв., аускультативно везикулярне, над всією поверхнею легень
- АТ 130/70 мм.рт.ст, ЧСС 90 за хв., аускультативно тони серця звучні, ритмічні, чисті
- Живіт помірно болісний в епігастрії, правому та лівому підребер’ї, бере участь в акті дихання, помірно вздутий, перестальтика жива.

Лабораторно:

- Група крові I(0) резус +,
- Hb -134 г/л., Ht – 0.41, лейкоцити 17.4 х10(9), п/я 7%, с/я 85%, тромбоцити 340 х 10(9), лімфоцити 7, моноцити 1,
- Спирт 0,76

- Стан пацієнтки середнього ступеня важкості.
- Направлена до хірургічного відділення загального профілю.
- Розпочата терапія.

- Через декілька годин в зв’язку з неадекватною поведінкою (розвиток делірію), пацієнтка переведена для лікування у ВІТ загального профілю.

Проведене повторне обстеження:

- На рентгенографії ОЧП вільно газу не виявлено.

- На УЗД ОЧП ознаки хронічного панкреатиту,

-повторне УЗД – наявність гастростазу,

-третє УЗД – виявлено наявність вільної рідини в порожнині малого тазу.

Прийнято рішення провести діагностичну лапароскопію.

Після попередньої підготовки в ВІТ ЗП, пацієнтку доставлено в операційну.

Інтубація:

- Після попередньої преоксигенації, преіфузії, в/в ввідної анестезії
- виконана інтубація трахеї інтерном другого року навчання в присутності досвідченого лікаря анестезіолога.
- Після початку ШВЛ відмічається високий піковий тиск,
- Стан розцінено як інтубація в стравохід
- Пацієнка дезінтубована

Інтубація:

- Виконана повторна інтубація досвідченим анестезіологом,
- Розпочато ШВЛ, відмічається повторно високий піковий тиск на вдосі,
- Відсутність апаратної вентиляції над лівою легенею
- З’явилась крепітація у верхній частині грудної клітки

Пневмоторакс:

- Виконана пункція грудної порожнини в 2 міжребер’ї зліва, отримано газ.
- Піковий тиск зменшився
- З’явилось ослаблене апаратне дихання над лівою легенею
- Викликані на консультацію суміжні спеціалісти
- Налагоджений центральний венозний доступ

- На ОРГП підтверджений пневмоторакс зліва зі зміщенням органів середостіння вправо,
- Виконаний торакоцентез в 5-му міжребер’ї зліва, отримано 200мл., рідини чорного кольору.

- Виконано ФБС, ФГДС
- Діагностовано перфорацію шлунку
- Прийнято рішення про виконання лапаротомії.

Лапаротомія:

- Виявлена транслокація шлунку з великим чепцем та частиною петель кишечника в грудну порожнину через застарілий дефект в діафрагмі, імовірно після ДТП.

Лапаротомія:

- Виконано переміщення шлунку, петель кишечника, великого чепця в черевну порожнину
- Висічення некротизованої частини шлунку з перфорацією, ушивання дефекту діафрагми, резекція частини великого чепця
- Санація, дренування черевної порожнини

- У важкому стані, зі стабільною гемодинамікою, без симпатоміметичної підтримки хвора переведена у ВІТ ЗП для подальшого лікування.

Дякую за увагу!