

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Х.А. АКИЛОВ¹, Ф.Ш. ПРИМОВ²

1 - Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей (ректор: проф. Д.М. Сабилов);

2 - Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи

(ген. директор: проф. А.М. Хаджибаев), Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛЛАРДА ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ

ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Х.А. АКИЛОВ¹, Ф.Ш. ПРИМОВ²

1 – Тошкент врачлар малакасини ошириш институти (ректор: проф. Д.М. Сабилов);

2 – Республика Шошилинч Тиббий Ёрдм Илмий Маркази (ген. директор: проф. А.М. Хаджибаев),

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CLOSED ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN

H.A. AKILOV¹, F.SH. PRIMOV²

1 - Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Rector: Prof. D.M. Sabirov);

2 - The Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid (General Director: Prof. A.M. Hadjibaev), Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада болалар учрайдиган ёпиқ жароҳатларнинг клиник белгилари, умумий ташхислаш принциплари ёритилган. Ёпиқ жароҳатларнинг клиник кечишини ўзига хос хусусиятлари ва янги даволаш технологияси ҳақида маълумот берилган. Кам инвазивли эндохирургик даволаш методи ёрдамида беморларда консерватив кутиш тактикаси, кейинчалик касаллик муддатидан қатъий назар актив хирургик аралашув тактикасини қўлламасликка эришилади, бу эса ўз навбатида жарроҳлик аралашувидан кейинги асоратлар хавфини камайтиради.

Калит сўзлар: қориннинг ёпиқ жароҳатлари, эндохирургик аралашувлар, асоратлар.

General principles of diagnostics, clinical symptoms of abdominal closed injuries in children have been resumed and unified. Peculiarities of the clinical history and proved treatment tactics of abdominal closed injuries in children with implications of new technology have been described. Due to minimally invasive endosurgical interventions conservative tactics of managing the patients with implication of active surgical tactics without the duration of disease is avoided and it decreases the risk of postoperative complications.

Key words: closed abdominal trauma, endosurgical intervention, complications.

По данным исследований ВОЗ, проводимых совместно с Гарвардским центром перспективных исследований, травматизм, преимущественно автодорожные травмы, стихийные бедствия и терроризм могут стать основной причиной смерти к 2020 г. В последнее время закрытые повреждения живота встречаются у каждого пятого пострадавшего с сочетанной травмой и частота колеблется в довольно широких пределах - составляя от 5% до 20% случаев. Сочетанная травма является одной из трех основных причин смертности населения, причем у пострадавших в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Летальность при сочетанных повреждениях живота составляет в среднем 58% [1, 6].

Актуальность проблемы закрытых повреждений печени и селезенки у детей определяется многими аспектами. Среди них наиболее важными являются исключительная тяжесть и высокий процент неблагоприятных результатов [3, 7]. Результаты лечения больных с закрытыми по-

вреждениями печени и селезенки у детей остаются неудовлетворительными, что обусловлено несовершенством методов диагностики и недостаточной разработкой лечебно-диагностических алгоритмов и протоколов лечения [7, 8].

Среди неблагоприятных факторов, усложняющих раннюю диагностику, закрытых повреждений печени и селезенки у детей являются тяжесть состояния больных, шок, нарушение сознания. В большинстве случаев шок искажает клиническую картину «острого живота», и чем он тяжелее, тем менее выраженными становятся симптомы внутрибрюшной катастрофы. Все это отражается на точности и сроках диагностики, задерживает неотложную операцию и ухудшает прогноз [4].

Летальность при операциях, производимых в первые два часа после травмы, достигает 10%, а в сроки от 2 до 12 часов увеличивается до 75%; частота послеоперационных осложнений при ранениях живота варьирует от 8 до 76.5%.

В последние годы в диагностике повреждений органов брюшной полости все более широкое распространение получает лапароскопия [1, 6]. Несмотря на более чем 90-летнюю историю, лапароскопия длительное время не была широко распространена в связи с отсутствием хорошей аппаратуры и несовершенством методик, что приводило к многочисленным ошибкам, осложнениям и дискредитации самого метода. Вначале лапароскопия применялась только при подозрении на заболевания органов брюшной полости [2, 5].

Вышеизложенная статистика определяет необходимость разработки диагностических алгоритмов, которые могут быть использованы при проведении всего объема диагностических мероприятий и позволят улучшить результаты хирургического лечения больных с закрытыми повреждениями органов брюшной полости.

Цель исследования: Улучшение ранней диагностики и результатов хирургического лечения закрытых повреждений печени и селезенки у детей.

Материал и методы исследования: В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 99 детей с повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости в возрасте от 1.5 до 15 лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2006-2012гг. Распределение больных по полу и возрасту представлены в таблице №1.

Как видно из таблицы, среди больных преобладали дети среднего и старшего возраста, что объясняет их активность.

Характер повреждений паренхиматозных органов в зависимости причин полученной травмы представлены в таблице 2.

В общей структуре повреждений паренхиматозных органов повреждения селезенки составили 67,67% (67 детей), печени – 27,27% (27 детей), повреждение поджелудочной железы - в 5,05% (5 детей) случаях.

В первые 1-3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших, через 6 часов после травмы 20,1%. Обращения в более поздние сроки после травмы были связаны с осложнениями – посттравматическая киста селезенки 2 (2,02%), гематома и абсцесс печени 8 (8,08%), в двух случаях с гемобиллией.

Результаты и обсуждения: Клиническая картина повреждений печени и селезенки была разнообразной и зависела от локализации, размеров повреждения, продолжительности времени с момента получения травмы, наличия осложнений и сопровождалась характерным клиническим симптомокомплексом. Болевой синдром, характеризующийся тупыми и ноющими болями в грудной клетке и брюшной полости, также общая слабость, недомогание и беспокойство.

У больных с повреждениями селезенки отмечалась бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, некоторая сухость и обложенность языка, похолодание конечностей, иногда холодный пот. У всех детей наблюдался частый и малого наполнения пульс. Увеличение его частоты, несмотря на комплекс противошоковых мероприятий, указывал на продолжающееся кровотечение. Поведение детей в момент осмотра не всегда соответствовало тяжести травмы. Одни дети были возбуждены, негативно настроены и сопротивлялись осмотру, другие были угнетены и безучастны к осмотру.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст			Всего	%
	1.5-7 лет	8-10 лет	11-15 лет		
Мальчики	17	28	30	75	75.75
Девочки	6	8	10	24	24.25
Итого	23	36	40	99	100

Таблица 2.

Распределение пострадавших по причинам травмы

№	Причины травм	Количество больных
1.	Дорожно-транспортное происшествие	49
2.	Удар в живот тупым предметом	19
3.	Падение с высоты	29
4.	Сдавление живота	2

У больных с повреждением селезенки при пальпации живота в первые часы после травмы отмечались болезненность слева в эпигастральной области и левом подреберье. Болевые ощущения в брюшной полости по проекции селезенки выявлялись также при надавливании на реберную дугу и легким смещением ее в сагиттальной плоскости.

У больных с повреждением поджелудочной железы отмечались резкие поясничные боли в животе, тошнота, рвота.

В клинической картине при изолированных разрывах паренхиматозных органов выявлены существенные отличия от общепринятых признаков, в частности: состояние при поступлении оценивалось как удовлетворительное и средней тяжести, снижение АД ниже возрастной нормы, и критическое состояние. Все это позволило выделить 3 группы травмированных детей, по гемодинамическим показателям: артериальное давление и показатели крови - стабильные, условно-стабильные и нестабильные.

Стабильность гемодинамики – основополагающая предпосылка для расширенного лучевого обследования и эндодиагностики.

Стандарт диагностики начинается с экстренной ультрасонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов лоцирован источник внутрибрюшного кровотечения, но чаще определяется относительно неспецифический, но информационно достоверный признак - уровень свободной жидкости в малом тазу. Стабильное и условно-стабильное состояние дает возможность проведения МСКТ брюшной полости или при необходимости – тотальной МСКТ (при сочетанной травме).

Стабильная гемодинамика и стабильность объема свободной жидкости малом тазу до 10-15 мл, позволяли избрать консервативный метод лечения.

Средняя длительность обследования и принятия решения о тактике хирургического лечения в большинстве случаев составляет около 2 часов, что на наш взгляд не может считаться удовлетворительным. В подобных ситуациях ориентация на уровень красной части крови также не всегда помогает ранней диагностике внутрибрюшного кровотечения. Как показывает наш опыт, у пострадавших были явные признаки острой постгеморрагической анемии – уровень гемоглобина крови ниже 80 г/л. Нарастание уровня жидкости в малом тазу на фоне стабильной гемодинамики явилось показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, которая была успешной у 33 пациентов (32,9%) при разрывах селезенки и печени.

Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. Первичная ревизия позволяет установить стабильность ситуации и дает возможность остановить кровотечение коагулированием и ушиванием или определить показания к конверсии. У 8 больных произведена коагуляция поверхностного разрыва паренхимы печени.

В группе пациентов с тяжелым нарушением гемодинамики, при лучевой визуализации разрыва органа выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и оргаоуносящий, и органосохранный характер: спленэктомия с гетеротопической имплантацией селезеночной пульпы – 48 (48,48%), ушивание и коагуляция селезенки и печени – 47 (47,4%). В 1 (1,01%) случае ребенок оперирован в экстренном порядке с разрывом поджелудочной железы.

Обращения в более поздние сроки после травмы были связаны с осложнениями – посттравматическая киста селезенки 2 (2,02%), гематома и абсцесс печени 8 (8,08%), в двух случаях с гемобилией.

В двух случаях у детей с кистой селезенки, при тщательном сборе анамнеза было выявлено получение травмы в сроки до 4 месяцев. Больные к врачам не обращались. С прошествием времени с жалобами на ноющие боли в животе и обратились в клинику по месту жительства и после УЗИ направлены к нам с предположительным диагнозом эхинококкоз селезенки. Больные обследованы, произведена МСКТ, выставлен диагноз киста селезенки и произведена операция спленэктомия с гетеротопической имплантацией селезеночной пульпы.

В 6 (6,06%) случаях имели место гематома и абсцесс печени и эти больные пролечены малоинвазивным хирургическим – пункционно-аспирационным методом.

В 4 (4,04%) случаях после УЗИ и МСКТ, уточнения расположения гематомы произведена пункция и дренирование полости гематомы под контролем УЗИ. После проведенной операции размеры полости наблюдались в динамике под контролем УЗИ и при необходимости МСКТ.

В 2 случаях полость абсцесса пунктирована и дренирована под контролем видео лапароскопии.

В 2 (2,02%) случаях, когда гематомы печени осложнились гемобилией, произведена операция релапаротомии с ликвидацией полости гематомы.

В 4 (4,04%) случаях дети оперированы по поводу посттравматического панкреатита. При этом в 2 случаях больные получали консервативную терапию в отделении, состояние было с улучшением, но сохранялся лейкоцитоз и повы-

шение показателей диастазы крови. При МСКТ выявлена киста поджелудочной железы, произведена операция лапаротомия с дренированием кисты.

В 1 случае панкреанекроз был выявлен при лапароскопии, произведена конверсия с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости.

В 1 случае у больного диагностирована посттравматическая киста поджелудочной железы через 5 месяцев после полученной травмы. Ему произведено наложение цистостомостомы с дренированием брюшной полости.

Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Вывод: Таким образом, результаты наших исследований позволяют заключить, что у детей с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости целесообразно применение малоинвазивных, эндоскопических, органосохраняющих вмешательств. Также при этом можно выделить группу пациентов со стабильной гемодинамикой, наиболее представленную в количественном отношении. Выбор хирургической тактики в этой группе базируется на мониторинге клиничко-лабораторных показателей, сонографических и КТ-симптомов. У подавляющего большинства пациентов со стабильной гемодинамикой возникают показания к трем методам лечения: консервативному, лечебно-диагностической лапароскопии и лапаротомии. Такая тактика позволила полностью исключить из арсенала неотложной детской хирургии лапароцентез и напрасные лапаротомии.

Литература:

1. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук. М.: Медицина, 2005. - 178 с.
2. Абдуллаев Э.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении повреждений живота / Э.Г. Абдуллаев // Хирургия 2002 : материалы 4-го Российского науч. форума. Москва, 2002. - С. 3 - 4.
3. Абдулхабирова М.А. К тактике лечения политравмы у детей / М.А. Абдулхабирова // Актуальные вопросы хирургии повреждений: материалы респ. науч. практ. конф. хирургов и травматологов. - Турсунзаде, 2006. - С. 57-58.

4. Акилов С.А. Повреждения печени при политравмах / С.А. Акилов // Актуальные вопросы хирургии повреждений: материалы респ. науч. - практ. конф. хирургов и травматологов. - Турсунзаде, 2006. - С. 9-10.

5. Алиханов Р. Б. Лапароскопические вмешательства на печени / Р. Б. Алиханов, П. В. Кудрявцев // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - №2. - С. 55-58.

6. Афаунов М. В. Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей / М.В. Афаунов // Детская хирургия. 2001. - № 4. - С. 42 - 47.

7. Анисимов А.Ю. Хирургическая тактика при травмах живота в чрезвычайных ситуациях мирного времени. - Казань, 1996. - 43 с.

8. Ашкрафт К.У. Эпидемиология травмы / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер // Детская хирургия. - Хардфорд, 1996. - Т. 1.- С. 118-165.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Х.А. АКИЛОВ, Ф.Ш. ПРИМОВ

Ташкентский Институт
Усовершенствования Врачей;
Республиканский Научный Центр Экстренной
Медицинской Помощи,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье обобщены и унифицированы общие принципы диагностики, клинических симптомов закрытых травм живота у детей. Описаны особенности клинического течения и обоснована лечебная тактика при закрытых травмах живота у детей с использованием новой технологии. Благодаря малоинвазивным эндохирургическим вмешательствам можно избежать консервативно-выжидательной тактики ведения больных с применением активной хирургической тактики независимо от срока заболевания, что снижает риск послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: закрытые травмы живота, эндохирургические вмешательства, осложнения.