

Н.Р. Нигмадьянов

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)
МУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (Иркутск)

Авторы обосновывают тактику консервативного лечения закрытых повреждений селезенки у детей.

Ключевые слова: дети, травматическое повреждение селезенки

CONSERVATIVE TREATMENT OF CHILDREN'S TRAUMATIC INJURIES OF SPLEEN

N.R. Nigmadyanov

Irkutsk state medical university, Irkutsk
City Ivano-Matreninskaya children's clinical hospital, Irkutsk

Authors ground tactics of conservative treatment of closed spleen injuries of children.

Key words: children, traumatic injuries of spleen

Повреждения селезенки занимают первое место в структуре закрытой травмы органов брюшной полости у детей [3, 4, 7].

Более глубокое понимание физиологической значимости селезенки у детей ставит задачу органосохраняющего лечения. Однако до настоящего времени сохраняется высокая частота хирургического лечения и спленэктомий по поводу закрытых повреждений селезенки у детей.

Целью настоящего исследования явилось обоснование тактики неоперативного лечения закрытых повреждений селезенки и изучение отдаленных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет в клинике детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета находились на лечении 78 пациентов с закрытыми повреждениями селезенки, возраст которых колебался от 3 до 15 лет. Наиболее частыми причинами травм селезенки были автодорожные происшествия ($n = 35$ (45,5%)) и падение с высоты ($n = 24$ (31,2%)). Прямой удар в живот и спортивная травма явились причиной повреждения селезенки у 19 (23,3%) детей. Сочетанная травма селезенки наблюдалась у 26 (33,7%) детей, изолированная — у 52 (66,3%). Из общего числа пациентов преобладали мальчики ($n = 62$ (80,0%)). Всем детям при поступлении в клинику выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Повреждение селезенки оценивали на основании следующих эхосонаографических признаков: нарушение целостности капсулы селезенки и внутриорганные гематомы (рис. 1), надрывы или разрывы паренхимы селезенки (рис. 2), наличие свободной жидкости (крови) в брюшной полости.

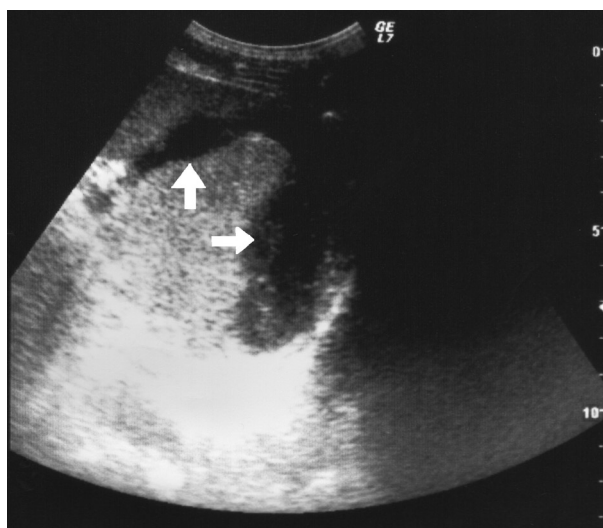


Рис. 1. Закрытая травма селезенки у ребенка. Чрескапсулярный разрыв селезенки (стрелка) с подкапсулярной гематомой (стрелка). Лечение консервативное.



Рис. 2. Закрытая травма селезенки у ребенка. Фрагментарный разрыв селезенки (стрелка). Лечение консервативное.

Объем крови в брюшной полости определяли в соответствии с рекомендациями О.А. Беляевой и В.М. Розина [1]. «Малый» гемоперитонеум определялся по наличию крови в полости малого таза, что соответствовало объему кровопотери 7,5 мл/кг. «Средний» гемоперитонеум определялся по скоплению крови в полости малого таза и латеральных карманах и соответствовал кровопотере, равной 7,5–25 мл/кг. «Большой» гемоперитонеум соответствовал объему кровопотери более 25 мл/кг и определялся по скоплению крови в области малого таза, латеральных карманах, в мезогастррии, под передней брюшной стенкой.

В зависимости от тактики лечения все пациенты были разделены на две группы. Первая группа (n = 42) наблюдалась с 1998 по 2003 год, для нее лечебно-диагностический алгоритм включал следующие мероприятия: УЗИ органов брюшной полости, лапароскопическая ревизия брюшной полости и удаление крови, в случае продолжающегося кровотечения выполнялась лапаротомия.

Вторая группа (n = 36), которая наблюдалась с 2003 по 2008 годы и которой выполнено консервативное лечение. Консервативное лечение включало госпитализацию детей в палату интенсивной терапии и реанимации, клинико-лабораторный мониторинг, УЗИ брюшной полости в динамике, инфузию глюкозо-солевых растворов в объеме 20–30 мл/кг/сутки. У всех пациентов во второй группе исследовали отдаленные результаты в сроки от 2 месяцев до 5 лет, которые включали наличие жалоб, клинический осмотр и УЗИ брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе у 29 (69,0 %) пациентов лапароскопическое вмешательство заключалось только в удалении крови из брюшной полости. При этом количество крови составляло от 100 до 800 мл и не превышало кровопотерю более 15 % ОЦК. Гемотрансфузия в данной подгруппе пациентов не проводилась в связи с отсутствием геморрагического шока. Результаты лапароскопического исследования у рассматриваемых 29 пациентов показали отсутствие продолжающегося кровотечения и надежную фиксацию большого сальника к травмированному участку селезенки. У 13 пациентов в первой группе при проведении лапароскопии констатировано кровотечение из поврежденной селезенки, которое, по нашему мнению, было обусловлено попыткой лапароскопической ревизии органа. У 12 пациентов в связи с кровотечением и неэффективностью гемостаза была выполнена спленэктомия с трансплантацией ткани селезенки в большой сальник.

Во второй группе пациентов с консервативным лечением количество крови в брюшной полости, по данным УЗИ, колебалось от 100 до 900 мл. В данной группе больных спленэктомия была выполнена только у одного ребенка в связи с продолжающимся кровотечением и нестабильной гемодинамикой.

Таким образом, частота консервативного лечения во второй группе составила 97,2 % (n = 35), а частота продолжающегося кровотечения – только 2,7 % (n = 1). За последние 5 лет в клинике частота спленэктомий снизилась в 10 раз (с 28,6 % против 2,8 %).

Катамнестические исследования показали, что у всех детей с консервативным лечением отсутствовали жалобы на боли в животе и клинические признаки поздней спаечной кишечной непроходимости. По данным УЗИ установлено, что спонтанное исчезновение крови из брюшной полости происходит в сроки от 1 до 2 месяцев в зависимости от объема гемоперитонеума. Самопроизвольное исчезновение посттравматических псевдоаневризм селезенки наблюдается в сроки до 6 месяцев после получения травмы (рис. 3).

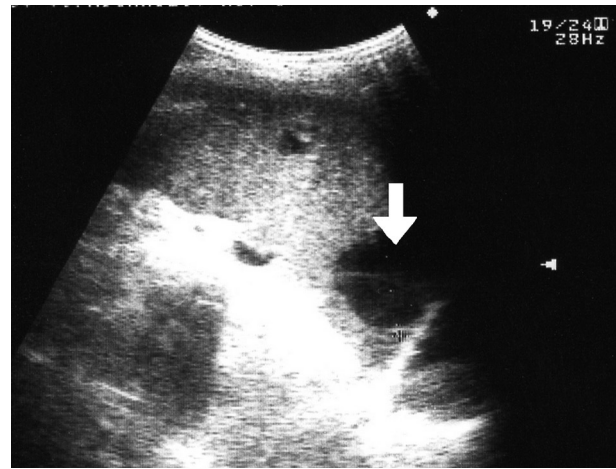


Рис. 3. Закрытая травма селезенки у ребенка. Посттравматическая псевдоаневризма селезенки со спонтанным исчезновением через 6 месяцев (стрелка). Лечение консервативное.

При фрагментарных разрывах селезенки в отдаленные сроки отмечается репаративная регенерация паренхимы селезенки с образованием нежных рубцов.

Результаты наших исследований позволяют высказать несколько суждений. Во-первых, следует отметить высокую лечебно-диагностическую ценность лапароскопии при закрытых травмах селезенки у детей. Именно лапароскопия в первой группе пациентов позволила подтвердить отсутствие продолжающегося кровотечения у 29 (69,0 %) детей и отказаться от лапаротомии. Этап активного лапароскопического вмешательства наделил нас начальным опытом и уверенностью в возможности консервативного лечения закрытых повреждений селезенки у детей. Ретроспективный анализ лапароскопических вмешательств при повреждениях селезенки у детей со стабильной гемодинамикой убеждает нас в правильности суждения наших коллег о том, что стабильная фиксация большого сальника к поврежденному паренхиматозному органу практически в 90 % наблюдений является критерием завершенности спонтанного гемостаза, обеспечивающей надежную остановку кровотечения и благоприятное течение раневого процесса [2, 6].

Во-вторых, возможность консервативного лечения повреждений селезенки у детей находит свое анатомо-физиологическое обоснование. Доказано, что соотношение между толщиной капсулы селезенки и ее массой отличается у детей от взрослых, подтверждая то обстоятельство, что дети с более толстой капсулой могут быть устойчивы к массивному повреждению органа [8]. Отсутствие возрастных дегенеративных и склеротических изменений в сосудах селезенки делает их более чувствительными и хорошо реагирующими на травму, способствуя стойкой вазоконстрикции и спонтанному гемостазу [8]. Для закрытых повреждений селезенки у детей характерны поперечные разрывы паренхимы, которые располагаются параллельно внутриорганным сосудам, что не вызывает массивного кровотечения и способствует более раннему его прекращению. Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что у детей редко встречаются тяжелые фрагментарные разрывы селезенки [8].

В-третьих, отдаленные результаты консервативного лечения травм селезенки у детей показывают отсутствие осложнений со стороны органа и брюшной полости или остаточных проявлений после повреждения, таких, как спаечная кишечная непроходимость, посттравматические кисты селезенки, псевдоаневризмы, инфаркт участков селезенки или ее абсцедирование. Практическая ценность консервативного лечения повреждений селезенки определяется первичной профилактикой постспленэктомического сепсиса, вероятность которого у спленэктомированных больных возрастает в 50 раз, а летальность составляет от 50 до 70 % [5].

ВЫВОДЫ

1. Консервативное лечение закрытых повреждений селезенки у детей со стабильной гемодинамикой можно рассматривать в качестве «золотого стандарта» в педиатрической практике.

2. Отмечается низкая частота продолжающегося кровотечения при травме селезенки у детей в связи с их анатомо-физиологическими особенностями, что создает благоприятные условия для консервативного лечения.

3. Неоперативное лечение повреждений селезенки у детей обеспечивает отсутствие осложнений и остаточных проявлений со стороны органа и брюшной полости в отдаленные сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева О.А. Возможности эхографии в детской хирургии / О.А. Беляева, В.М. Розинов // Эхосонография внутренних органов у детей. — М., 1994. — 455 с.
2. Диагностическая и лечебная тактика при абдоминальной травме у детей / А.Н. Смирнов, А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный и др. // Хирургия. — 2002. — № 5 — С. 44—47.
3. Лечебная тактика при закрытой травме селезенки у детей / В.В. Шапкин, А.П. Пилипенко, А.Н. Шапкина и др. // Детская хирургия, 2004. — № 1. — С. 27—31.
4. Шапкин Ю.Г. Физиологическое обоснование выбора тактики при травматических повреждениях селезенки у детей / Ю.Г. Шапкин, В.Ф. Киричук, В.В. Масляков // Детская хирургия, 2006. — № 5. — С. 23—26.
5. Buntain W.L. Management of pediatric trauma / W.L. Buntain. — W.B. Saunders company, 1995. — 788 p.
6. Feliz A. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in pediatric abdominal trauma / A. Feliz, B. Shultz, C. McKenna // Journal of Pediatric Surgery. — 2006. — Vol. 41, N 1. — P. 72—77.
7. Keller M.S. Blunt injury to Solid abdominal organs / M.S. Keller // Seminars in Pediatric Surgery. — 2004. — Vol. B, N 2. — P. 106—111.
8. Morse M.A. Selective nonoperative management of pediatric Blunt Splenic trauma / M.A. Morse, V.F. Garcia // Journal of Pediatric Surgery. — 1994. — Vol. 29, N 1. — P. 23—27.