

аутоотрансплантата не происходило. В то же время гнойно-некротическим изменениям подверглась вся правая стопа, нарастал интоксикационный синдром, появились признаки синдрома системного воспалительного ответа; 12.10.2015 выставлены показания к оперативному лечению путём ампутации на уровне средней трети правой голени с возможностью сохранения трансплантированного кожного лоскута. Однако 12.10.2015 было дано гистологическое заключение по исследованию тканей язвы правой голени: «высокодифференцированный плоскоклеточный рак». Пациентка консультирована врачом-онкологом, и 13.10.2015 проведено оперативное лечение: ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка получала консервативное лечение. В стационаре провела 59 койко-дней.

Выводы

Несмотря на то, что частота малигнизации трофических язв в популяции не превышает 3,5%, при наличии длительно текущего патологического язвенного процесса без тенденции к заживлению необходимо проводить гистологическое, цитологическое исследование с целью исключения озлокачествления.

Литература:

1. Довнар Р. И. Трофические язвы нижних конечностей: современные аспекты этиологии и патогенеза [Текст] / Р.И. Довнар, С.М. Смотрин – Журнал Гродненского государственного медицинского университета – 2009. – №4 (28) – С.3-6;
2. Никитин В.Г. Трофические язвы нижних конечностей – обзор проблемы [Текст] / В.Г. Никитин, В.Н. Оболенский, Г.В. Родоман, М.А. Карев – Российский медицинский журнал – 2009. – №25 – С.1647.

УДК 616.411-089

**Ш.Ш.Худойкулов, И.Б. Мустафакулов, К.У. Шеркулов,
З.Я. Сайдуллаев, М.М. Дусияров, М.И. Рустамов.
ОБОСНОВАНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ
СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА**

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд. Узбекистан

Sh.Sh.Xudoyqulov, I.B. Mustafakulov, K.U. Sherkulov,

Z.Ya. Saydullaev, M.M. Dusiyarov, M.I. Rustamov.

**JUSTIFICATION OF CONSERVATIVE TREATMENT OF INJURIES OF
THE SPLEEN AT THE CLOSED STOMACH INJURY**

Department of the general surgery, radiodiagnosis and therapy

Samarkand medical institute

Samarkand. Uzbekistan

Контактный e-mail: umumxirurgiya@mail.ru

Аннотация. Под нашим наблюдением находилось 25 пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым проведена консервативная гемостатическая терапия. Они сочетались с травмой черепа в 8 (32,0%) наблюдениях, груди – в 10 (40,0%), таза и конечностей – в 7 (28,0%) случаях. Из них мужчин было 19 (76,0%), женщин – 6 (24,0%), средний возраст составил $29,5 \pm 1,5$ лет. Причины сочетанной травмы селезенки были: падение с высоты – 13 (52,0%) больных, автомобильная травма – у 12 (48,0%) пациентов. Сроки госпитализации больных с травмой селезенки от момента травмы: до 1 часа – 18 (72,0%), с 1 до 3 часов – 7 (28%) пострадавших.

Основным критерием для выбора консервативного лечения больных явилось наличие стабильной гемодинамики. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 15 больных от 200 до 350 мл, у 9 – от 350 мл до 500 мл, а у 1 – более 1200 мл. Последнему была произведена удаление крови видеолапароскопическим путем с благоприятным исходом.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 16 больным – свежезамороженной плазмы по $350,0 \pm 55,8$ мл каждому пациенту и 9 больным $250 \pm 35,0$ мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и МСКТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консервативного лечения: отсутствие признаков продолжающего внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели (АД, ЦВД, ЧСС) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл (<10% ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Annotation. Under our supervision there were 25 victims with injury of a spleen at the combined injury of a stomach by which conservative haemostatic therapy is carried out. They were combined with a skull injury in 8 (32,0%) supervision, a breast – in 10 (40,0%), a basin and extremities – in 7 (28,0%) cases. From them men was 19 (76,0%), women – 6 (24,0%), middle age made $29,5 \pm 1,5$ years. The reasons of the combined injury of spleen were: falling from height – 13 (52,0%) patients, an automobile trauma – at 12 (48,0%) patients. Terms of hospitalization of patients with a spleen injury from the trauma moment: till 1 o'clock

– 18 (72,0%), from 1 to 3 o'clock – 7 (28%) victims.

The main criterion for a choice of conservative treatment of patients was existence of stable blood dynamics. At ultrasonography research the volume of a haemoperitoneum made at 15 patients from 200 to 350 ml, at 9 – from 350 ml to 500 ml, and at 1 – more than 1200 ml. To the last it was made removal of blood in the video laparoscopic way with a favorable outcome.

By all patient transfusion of a cryoprecipitate of the corresponding blood type on average on $3,5 \pm 0,3$ doses was required, to 16 patients – fresh frozen plasma on $350,0 \pm 55,8$ ml to each patient and 9 sick $250 \pm 35,0$ ml of donor erythrocyte weight. By 7th day of treatment at ultrasonography and Multispiral tomography of free liquid in an abdominal cavity it isn't revealed. In process of accumulation of experience we defined criteria of conservative treatment: lack of symptoms of the continuing intraperitoneum bleeding; stable haemodynamic indicators (Arterial pressure, central venous pressure, heart rate) against the carried-out infusional and haemostatic therapy; amount of the blood which streamed in an abdominal cavity to 400-500 ml ($\leq 10\%$ of the volume of blood circulation); lack of symptoms of peritonitis and damage of other bodies of a stomach.

Ключевые слова: селезенка, травма, консервативное лечение.

Keywords: spleen, injury, conservative treatment

Введение

Повреждения селезенки при травме занимают одно из ведущих мест в абдоминальной хирургии. Разрывы этого органа встречаются у 20-25 % пострадавших с травмой живота [1,2,5,6]. В структуре травмы преобладают закрытые повреждения - от 47 до 92 % [1,2,9]; при этом частота повреждений при открытых повреждениях достигает 20 % [1], летальность составляет 40,9 % [11].

Селезенке принадлежит ряд важных функций, основные из которых - участие в кроветворении и иммунном статусе организма [4, 8]. Известно, что селезенке принадлежит важная роль и в системе гемостаза. Так, в условиях эксперимента на животных установлено более низкое количество тромбоцитов и более высокая коагуляционная активность крови в селезеночной вене по сравнению с периферическим кровотоком, что свидетельствует о том, что в селезенке в физиологических условиях происходит разрушение тромбоцитов [5, 12]. После спленэктомии наблюдаются существенные изменения в основных звеньях гемостаза [11]. В частности, происходит изменение основных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза: увеличение количества тромбоцитов и их функциональной активности, в том числе адгезивной способности, нарушается реакция высвобождения тромбоцитарных факторов, снижается индекс ретракции. Изменения прослеживаются и в коагуляционном звене системы гемостаза: происходит укорочение активированного парциального тромбопластинового времени, увеличивается концентрация фибриногена, угнетается фибринолиз. Все это приводит к развитию тромботических осложнений [11]. Кроме того, в отдаленный период

после спленэктомии у пациентов сохраняется активация коагуляционного звена системы гемостаза за счет увеличения формирования кровяной и тканевой протромбиназы, повышения активности XIII плазменного фактора свертывания крови и уровня фибриногена в крови, а также снижения активности антитромбина III. Нарушаются реологические свойства крови за счет увеличения ее вязкости, возрастания агрегации эритроцитов и способности их к деформации [14]. Однако исследований по изучению влияния вида выполненной операции по поводу повреждения селезенки на изменение функционального состояния эндотелия сосудистой стенки в доступной литературе нами не обнаружено.

Кроме того, спленэктомия приводит к развитию тяжелых гнойно-септических осложнений, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Известно, что в ближайшем послеоперационном периоде после спленэктомии количество послеоперационных осложнений достигает 30% [12]. При этом летальность составляет 16-30% [11].

С целью предотвращения развития осложнений и сохранения основных функций органа в настоящее время предложены различные виды органосохраняющих операций, при невозможности их применения – аутолиентрансплантация фрагментов поврежденной селезенки [9].

В настоящее время, с развитием и совершенствованием лапароскопической техники и визуализирующей аппаратуры появилась новая возможность в диагностике и консервативном лечении повреждений селезенки. Но скудность работ в периодической литературе, посвященных изучению неоперативного лечения повреждений селезенки для сохранения органа, настоятельно требует проведения научных исследований в этом направлении.

Цель исследования - улучшение результатов комплексного лечения при повреждениях селезенки при закрытой травме живота.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 25 пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым проведена консервативная гемостатическая терапия. Они сочетались с травмой черепа в 8 (32,0%) наблюдениях, груди – в 10 (40,0%), таза и конечностей – в 7 (28,0%) случаях. Из них мужчин было 19 (76,0%), женщин – 6 (24,0%), средний возраст составил $29,5 \pm 1,5$ лет. Причины сочетанной травмы селезенки были: падение с высоты – 13 (52,0%) больных, автомобильная травма – у 12 (48,0%) пациентов. Сроки госпитализации больных с травмой селезенки от момента травмы: до 1 часа – 18 (72,0%), с 1 до 3 часов – 7 (28%) пострадавших.

Основным критерием для выбора консервативного лечения больных явилось наличие стабильной гемодинамики. Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализации, общий анализ крови и мочи, коагулограмму.

При поисках жидкости при УЗИ исследовали наиболее низко расположенные участки живота во всех проекциях. Жидкость визуализировалась в виде анэхогенной зоны. Небольшие количества жидкости собиралась у женщин в позадидаточном пространстве (в пространстве Дугласа), у мужчин – в гепаторенальном углублении (в кармане Моррисона).

В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (ЦВД, ЧСС, диурез).

Результаты и их обсуждение

У всех больных с травмой селезенки при поступлении в стационар отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения: боль в животе, коллапс, положительные симптомы Керра, Элекера «Ваньки-встаньки», Куленкамфа. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 15 больных от 200 до 350 мл, у 9 – от 350 мл до 500 мл, а у 1 – более 1200 мл. Последнему была произведена удаление крови видеолапароскопическим путем с благоприятным исходом.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 16 больным – свежзамороженной плазмы по $350,0 \pm 55,8$ мл каждому пациенту и 9 больным $250 \pm 35,0$ мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и МСКТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консервативного лечения: отсутствие признаков продолжающего внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели (АД, ЦВД, ЧСС) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл ($<10\%$ ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Применяемые нами методы консервативного адекватного гемостаза при повреждениях селезенки были эффективны в 93,3% наблюдений. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической техники не было.

Выводы:

1. Неоперативное лечение повреждений селезенки относится к рискованным мероприятием и требует хорошего оснащения визиализирующей аппаратурой лечебного учреждения, а также возможности постоянного мониторинга за больным.

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

3. Лечебная видеолапароскопия может стать альтернативной лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Абакумов М.М., Дубров Э.Я., Владимирова Е.С., Деркачева Е.В.

Ультразвуковые методы исследования в определении лечебной тактики у пострадавших с повреждением селезенки. Хирургия, 2001, № 8, стр. 21-23.

2. Абакумов М.М., Ложкин А.В., Хватов В.Б., Лебедев Н.В., Кобзева Е.Н. Влияние массивной кровопотери на оценку степени тяжести заболевания по шкале АРАСНЕ-II.W" ж. "Проблемы гематологии и переливания крови" 2001, №3, стр. 45.

3. Александров А.И., Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Федоров Д.В. Эндовидеохирургия в лечении закрытой травмы живота. В кн.- Итоги и перспективы малоинвазивной хирургии при неотложных состояниях. Сб. научных трудов. Ярославль 2001, стр. 12-14.

4. Александров А.И. Видеолапароскопия в диагностике экстренной хирургической патологии. Дисс. к.м.н. Москва, 2002., 140с.

5. Балалыкин А.С., Алимов А.Н., Отлыгин Ю.В., Гвоздик В.В., Мартынцов А.А., Цыбуля С.А. Проблемы эндохирургии сочетанной травмы с повреждением внутренних органов. «Эндоскопическая хирургия» 2002, №2, стр. 72-74.

6. Белокуров Ю.Н., Баранов Г.А., Завьялова Н.И., Щетко В.И. Лапароскопия при повреждениях живота и органов брюшной полости.- В кн. "Оказание помощи при сочетанной травме" Москва 1997, стр. 139-141.

7. Голобородько Н.Н. Особенности хирургического лечения закрытых повреждений селезенки у больных с политравмой. Вюник морськоТ медицины, №2 (14) (квггень-червень) 2001 р.

8. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А., с соавт. Видеолапароскопия в диагностике и лечении больных с закрытой травмой живота. 9-ый Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, Москва, 2005, стр. 104-106. Под ред. Ю.И. Галлингера.

9. Ефименко Н.А., Розанов В.Е., Романовский В.Г. Диагностическая и лечебная видеолапароскопия при сочетанной, травме живота. В кн. "Актуальные проблемы современной тяжелой травмы", СПб 2001, стр. 45.

10. Майстренко Н.А., Сухопара Ю.Н., Бояринцев В.В. Неотложная эндовидеохирургия острых заболеваний, ранений и травм живота. Эндоск. хирургия, 2000, №2, стр. 40-41.

11. Мишин В.Ю., Кондратова Г.М., Брюховецкий Ю.А. Малоинвазивные вмешательства при повреждениях и заболеваниях селезенки Анн. хир. гепатол., 2000, Т. 5, №2, стр. 281-82.

12. Смоляр А.Н. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки в свете ближайших и отдаленных результатов. Дисс.к.м.н., М., 2001, 140 стр.

13. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С. Д. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении. Вестник хирургии, 2001, том 160, стр. 81 -88.