

ушиванием, парциальной резекцией селезенки и спленэктомией. У 6 детей операция завершена аутотрансплантацией ткани селезенки

Повреждения печени (14 детей) занимают третье место среди травм брюшной полости и забрюшинного пространства, хотя по тяжести состояния пострадавших и исходам лечения они стоят совершенно особо. Нестабильность гемодинамики при повреждении печени требует активной реанимации и срочного хирургического вмешательства. В 90% случаев произведена лапаротомия (11,1% из них после диагностической лапароскопии) с ушиванием, тампонированием разрывов печени или частичной резекцией. Повреждение желчных протоков наблюдали у двоих детей. В последующем у них наблюдалось развитие гнойных осложнений в брюшной полости, потребовавшее проведение неоднократных релапаротомий и реконструктивных операций на желчевыводящих путях. Лечебно-диагностическая лапаротомия с эксфузией и реинфузией крови была выполнена у 3 детей (10%) с хорошим исходом лечения.

Летальность при повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства остается высокой при тяжелой сочетанной травме 14,5%.

Основной целью хирургической помощи детям с закрытой травмой живота является качественная и своевременная диагностика, выбор рациональной хирургической тактики с использованием ультразвукового сканирования, компьютерной томографии, диагностической и лечебной лапароскопии.

К ВОПРОСУ О ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЁНКИ. ИЗМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Потапенко Ю.В. Чукреев В.И., Цап Н.А.

Для оценки возможностей лапароскопии при закрытой травме селезенки проведен анализ 52 историй болезни детей, поступивших в клинику детской хирургии за период с 1990 по 1999 годы со стабильной гемодинамикой, которым была выполнена диагностическая лапароскопия по поводу разрыва селезенки и внутрибрюшного кровотечения.

Все поступившие пациенты распределялись по возрасту: до 5 лет - 4 (7,7%), с 6 до 10 лет - 36 (69,2%), с 11 до 15 лет - 12 (23,1%).

Характер травмы был следующий: бытовая травма у 6 (12%), уличная - у 33 (64%), дорожная - у 13 (24%).

Изолированные повреждения селезенки были диагностированы у 37 (71,2%) детей, сочетанные повреждения - у 13 (25%) и множественные повреждения - у 2 (3,8%) человек.

С выраженными проявлениями шока поступило 12 (23%) пациентов, причем с изолированной и сочетанной травмой было одинаковое количество детей.

После проведения клиничко-лабораторного обследования были выставлены показания для диагностической лапароскопии, в ходе которой было обнаружено повреждение селезенки у всех детей и после выполнения эксфузии крови констатировано остановившееся кровотечение у 37 детей. Основанием для этого являлось наличие сгустков крови в левом подреберье, на селезенке и отсутствие крови в свободной брюшной полости после выполнения эксфузии.

Визуально разрыв паренхимы селезенки был виден: в области верхнего полюса у 2 пациентов; разрыв в средней трети, прикрытый сгустком крови - у 26 детей; разрыв в нижней трети - у 3 детей и в 21 случае селезенка была полностью прикрыта большим сальником и сгустками крови.

В ходе проведения лапароскопии эксфузия крови осуществлялась во флакон с раствором глюцира и затем была выполнена реинфузия в объеме от 100 до 300 мл у 14 человек; от 300 до 600 мл - 18 человек, 700 мл и больше - у 2 детей. Реинфузия в связи с незначительным объемом кровопотери не проводилась у 18 человек.

В 15 случаях, после выполнения лапароскопии была выполнена лапаротомия в связи с:

- повреждением селезенки и почки - 1,
- повреждением селезенки и тонкой кишки - 1,
- продолжающимся кровотечением - 7,
- возобновлением кровотечения через 2 суток - 1,
- наличием крови во всех отделах брюшной полости, не выявленный источник кровотечения - 5.

Анализ материала показывает, что в 80-х годах основным методом лечения закрытой травмы селезенки являлась лапаротомия. Проведение лечебно-диагностической лапароскопии в последнее 10-летие позволило у 71% детей отказаться от лапаротомии.

Лапароскопия у детей с травматическим повреждением селезенки (при стабильных гемодинамических показателях) является объективным методом диагностики, позволяет определить дальнейшую хирургическую тактику.

Проведение лапароскопии позволяет верифицировать источник кровотечения, определить характер повреждения селезенки и выполнить эксфузию крови.

Реинфузия крови осуществляется при кровопотере 100 и более непосредственно во время лапароскопии.

Необходимо продолжить исследования по внедрению инструментальной остановки кровотечения при разрывах селезенки