

продолженное артериальное кровотечение на фоне незначительно измененной слизистой оболочки (язва Дъелафуа). Произведена остановка кровотечения прошиванием. В послеоперационном периоде в анализах крови повышение Hb до 92 г/л, эр. до $3,02 \cdot 10^{12}/л$. 16.09.2010 повторное желудочное кровотечение, при ФГДС в 2 см от ранее остановленного кровотечения на фоне незначительного изменения слизистой оболочки желудка обнаружена повторная язва Дъелафуа, эндогемостаз с кратковременным эффектом (рис. 1 на вклейке), однако через 3 ч повторное профузное желудочное кровотечение, эндогемостаз без эффекта. Повторная лапаротомия, гастротомия, при ревизии в 2 см от ранее наложенных гемостатических швов выявлено артериальное кровотечение из повторной язвы Дъелафуа. Кровотечение остановлено прошиванием и перевязкой кровоточащего сосуда. Состояние больного улучшилось, однако 20.09.2010 вновь появилось выделение из желудка небольшого количества «кофейной гущи». При ФГДС видимая слизистая оболочка гиперемирована, на передней стенке по малой кривизне ушитый язвенный дефект слизистой оболочки, на задней стенке напротив гемостатических швов определяется эрозия овальной формы с гематином и фибрином на дне. Про-

долженное кровотечения нет. Контрольная ФГДС: продолженное кровотечения отсутствует. 28.09.2010 вновь появилась примесь «кофейной гущи» по желудочному зонду. При ФГДС на задней стенке кардиального отдела желудка 3 эрозивных участка до 0,3 см с тенденцией к слиянию. Учитывая рецидивирующее желудочное кровотечение из язв Дъелафуа, провели ангиографию сосудов желудка, при которой выявлены расширенные извитые артериальные сосуды правой желудочной артерии (рис. 2 на вклейке). С целью остановки кровотечения выполнена эмболизация правой желудочной артерии (рис. 3 на вклейке). Послеоперационное течение без осложнений. Повторных желудочных кровотечений не было. При контрольной ФГДС полное заживление язвенных дефектов.

Ребенок выписан с выздоровлением.

Контрольная ФГДС проведена через 3 мес, 1 год и 3 года. Слизистая оболочка желудка розового цвета, эрозий и язв нет. Полное выздоровление.

Благоприятный исход заболевания у ребенка с рецидивирующими желудочными кровотечениями из язв Дъелафуа был достигнут благодаря комплексному подходу в лечении данной редкой патологии.

Поступила 22.05.14
Received 22.05.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.2/7-001-06-089

Скобелев В.А.¹, Разин М.П.², Сырчин Э.Ф.¹, Ральников В.В.³, Кузнецов С.Ю.¹, Помелов С.А.¹

ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЛЕГКИХ, ДИАФРАГМЫ, КИШЕЧНИКА, СЕЛЕЗЕНКИ, ПОЗВОНОЧНИКА, СПИННОГО МОЗГА И ОБЕИХ ПОЧЕК

¹КОГБУЗ "Кировская областная детская клиническая больница", 610050, г. Киров; ²кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО "Кировская государственная медицинская академия" (ректор — проф. И.В. Шешунов) Минздрава России, 610000, г. Киров; ³КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница № 3", 610050, г. Киров

Для корреспонденции: Разин Максим Петрович, mprazin@yandex.ru
For correspondence: Razin Maxim, mprazin@yandex.ru

Представлено описание клинического случая тяжелой сочетанной автодорожной травмы у ребенка 4 лет с одномоментным повреждением органов грудной и брюшной полостей, позвоночника, спинного мозга и почек; освещены сложности своевременной диагностики и результаты оперативного лечения.

Ключевые слова: сочетанная травма; повреждение внутренних органов; оперативное лечение; дети.

Skobelev V.A.¹, Razin M.P.², Syrchin E.F.¹, Ral'nikov V.V.³, Kuznetsov S.Yu.¹, Pomelov S.A.¹

SEVERE COMBINED INJURY TO THE LUNGS, DIAPHRAGM, INTESTINES, SPLEEN, SPINE, SPINAL CORD, AND BOTH KIDNEYS

¹Kirov Regional Children's Hospital, 610050, Kirov; ²Kirov State Medical Academy, 610000, Kirov;

³Kirov Regional Clinical Hospital N 3, 610050, Kirov

The authors report a case of severe combined injury to the lungs, diaphragm, intestines, spleen, spine, spinal cord, and both kidneys in a 4-year old child inflicted in a car accident with special reference to the difficulties of diagnostics and results of surgical treatment.

Key words: combined injury; damage to internal organs; surgical treatment; children.

В настоящее время в структуре смертности детей лидируют травмы и несчастные случаи, кроме того, в структуре инвалидности они также занимают далеко не последние позиции. Особенности детской травматологии заключаются (помимо прочего) еще и в том, что при каждой травме ребенка всегда есть вина взрослого человека, поэтому вопросы профилактики детского травматизма имеют первоочередное значение для любого человека. Думаем, что полезным для медицинской общественности будет наше описание клинического случая тяжелейшей сочетанной автодорожной травмы у ребенка.

Больной Л., 4 лет, 28.12.2012 доставлен реанимационной бригадой скорой медицинской помощи в приемное

отделение Кировской ОКБ № 3 после автокатастрофы в состоянии крайней тяжести. Диагностирована тупая сочетанная травма грудной и брюшной полостей с двусторонним гемотораксом и внутрибрюшным кровотечением: двусторонние разрывы легких, разрыв левого купола диафрагмы, размождение левой почки, разрыв селезенки, множественные разрывы тонкой кишки, перелом VIII ребра слева, закрытые неосложненные компрессионные переломы Th_{xii} и L_i, закрытый перелом остистого отростка Th_{xii}, травматический шок III степени. После сжатого обследования и противошоковых мероприятий незамедлительно прооперирован бригадой с участием травматолога и детского хирурга: выполнено дренирование обеих плевральных полостей, ушивание разрыва

левого купола диафрагмы; нефрэктомия слева; ушивание разрывов двенадцатиперстной, тощей, подвздошной кишок; тампонада нижнего полюса селезенки сальником.

Ранний послеоперационный период тяжелый. 31.12.2012 в связи с нарастанием явлений острой почечной недостаточности — ОПН (уровень креатинина до 400 мкм/л, мочевины до 30 ммоль/л) переведен в реанимационное отделение Кировской ОКБ № 1 для проведения сеансов гемодиализа. Получал заместительную, патогенетическую, симптоматическую, инфузионную, антибактериальную терапию, обезболивание. 05.01.2012 по дренажу появилось серозно-геморрагическое отделяемое из брюшной полости объемом до 700 мл. 07.01.2012 консультирован детскими хирургами: выявлен гидроторакс справа, выполнены торакоцентез и дренирование правой плевральной полости, одновременно отошло 700 мл серозно-геморрагической жидкости, далее отходила светлая жидкость с запахом мочи и высоким содержанием креатинина (до 1400 мкм/л); из брюшной полости отделяемое прекратилось; уровень креатинина крови снизился до 280 мкм/л. Утром 08.01.2012 была выполнена экскреторная урография (выявлен затек контраста); кроме того, появилось желчное отделяемое из брюшной полости. Консультант — детский хирург заподозрил несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки и отрыв мочеточника правой почки от лоханки. Ребенок был прооперирован: выполнено ушивание несостоятельности швов на двенадцатиперстной кишке с проведением назоинтестинального зонда, наложены пиелоретеральный анастомоз на стенке, нефростома, дренирование забрюшинного пространства справа. 09.01.2012 в биохимическом анализе крови: уровень креатинина 152 мкм/л, мочевины 31 ммоль/л, по нефростоме после операции отошло 400 мл мочи. В сеансах гемодиализа ребенок не нуждался (явления анурии и ОПН купированы), был переведен в Кировскую ДОКБ.

При поступлении состояние очень тяжелое, находится на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Кожные покровы бледновато-серого цвета. По назогастральному зонду — темно-зеленое отделяемое до 200 мл, по назоинтестинальному — скудное отделяемое. В легких аускультативно дыха-

ние равномерно проводится с обеих сторон, ребенок «поддыхивает» сам, помимо аппарата, влажные хрипы в небольшом количестве. На рентгенограмме грудной клетки оба легких расправлены. По плевральному дренажу отделяемого нет. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушенные, ЧСС 100 уд/мин. Живот не вздут, болезненный при пальпации, выслушивается очень вялая перистальтика. По дренажам из брюшной полости обильное серозно-геморрагическое отделяемое. Стула не было, мочи по уретральному катетеру нет. По нефростоме отходит геморрагическая моча. 22.01.2012 вскрытие урофлегмоны слева, получено 20 мл жидкого гноя (посев), дренирование. Дальнейшее течение послеоперационного периода относительно благоприятное, получал комплексную терапию. 29.01.2012 выполнено эндоскопическое удаление мочеточникового стента. Нефростома закрылась. В удовлетворительном состоянии с рекомендациями больной выписан домой.

Заключительный клинический диагноз основной: тяжелая сочетанная травма грудной, брюшной полостей, позвоночника, спинного мозга, обеих почек (размножение левой почки и отрыв правого мочеточника от почечной лоханки). Компрессионный перелом тел Th_{xii} и L_i. Контузия спинного мозга. Состояние после двустороннего торакоцентеза, ушивания разрыва левого купола диафрагмы, нефрэктомии слева, ушивания разрывов двенадцатиперстной и тонкой кишок, тампонады нижнего полюса селезенки, наложения пиелоретерального анастомоза справа.

Диагноз осложнений: ОПН. Несостоятельность шва двенадцатиперстной кишки. Желчно-мочевой перитонит. Двусторонняя урофлегмона. Уроторакс. Состояние после ушивания несостоятельности двенадцатиперстной кишки. Нижняя вялая параплегия. Нарушение функции тазовых органов. Недержание мочи и кала. Двусторонняя пневмония.

Нам еще раз пришлось встретиться с этим многострадальным ребенком, когда мы консультировали его в противотуберкулезном диспансере, где он до настоящего времени получает специфическое лечение: ребенок жив, физическое развитие в целом соответствует возрасту, передвигается на инвалидной коляске.

Поступила 14.05.14
Received 14.05.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.26-007.431-02:617-001]-089.844

Соколов Ю.Ю., Хаспекоев Д.В., Топилин О.Г., Шахин А.В., Рассовский С.В., Пачес О.А.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО "Российская медицинская академия последипломного образования" Минздрава России, 123995, Москва; ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира», 107014, Москва

Для корреспонденции: Соколов Юрий Юрьевич, sokolov@permink.ru
For correspondence: Sokolov Yuriy, sokolov@permink.ru

Диагностика и лечение разрывов диафрагмы являются одним из сложных разделов хирургии сочетанной травмы. Травматические повреждения у детей крайне редки. Описан клинический случай травматической диафрагмальной грыжи при сочетанной травме. Представленное наблюдение свидетельствует о сложностях диагностики разрыва диафрагмы. Торакоскопический доступ при ушивании травматических разрывов диафрагмы оправдан при отсутствии показаний к ревизии органов брюшной полости.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа; разрыв диафрагмы; торакоскопия; сочетанная травма.

Sokolov Yu. Yu., Khaspekov D. V., Topilin O. G., Shakhin A. V., Rassovsky S. V., Pachek O. A.

THORACOSCOPIC CORRECTION OF POST-TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA IN A CHILD WITH COMBINED INJURY

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education. 123995, Moscow; St Vladimir City Children's Hospital, 107014, Moscow