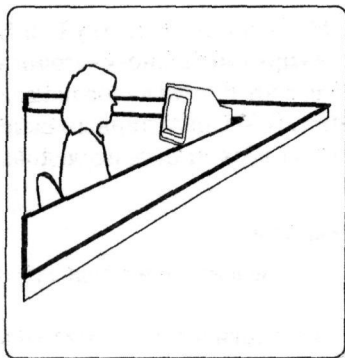




А.В. Бастрыгин, Н.Г. Жила, А.Д. Ефременко

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАКРЫТЫХ ЧРЕСКАПУСУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет;
ГУЗ "Детская краевая клиническая больница", г. Хабаровск

Повреждения селезенки составляют в детском возрасте от 16,5 до 45% [2-5, 7] от уровня абдоминальной травмы. Самой распространенной операцией при травме селезенки является спленэктомия (СЭ), однако после ее проведения снижается иммунорезистентность организма [6] и, в ряде случаев, развивается сепсис, получивший название OPSI-синдрома [8, 9]. С учетом вышеизложенного, тезис о безвредности СЭ представляется недостаточно обоснованным. В последние годы наряду с традиционными разрабатываются методики лечения травм селезенки с применением лапароскопической техники [1]. Тем не менее вопрос о хирургической тактике при травматических повреждениях селезенки остается по существу открытым.

Материалы и методы

Объектом исследования послужили 70 больных группы лечения (ГЛ) с закрытыми травматическими чрескапсулярными разрывами селезенки (ТЗЧРС), находившихся на лечении в Детской краевой клинической больнице г. Хабаровска в период с 1987 по 2005 г. В данной группе выполнены органосохраняющие методы лечения: спленорафия (СР) — 20 операций, лапароскопические вмешательства с эндохирургическим гемостазом (ЛВСЭГ) — 50 операций. Группу клинического сравнения (ГКС) составили 70 больных с выполненной СЭ.

Результаты и обсуждение

Среди поступивших с ТЗЧРС мальчиков было 106 (75,7%), девочек — 34 (24,3%) чел. В возрасте до 3 лет поступило 4 чел.; с 4 до 6 лет — 20 чел.; с 7 до 10 лет — 64 чел.; с 11 до 15 лет — 52 больных. В структуре ТЗЧРС у наблюдаемых больных преобладали повреждения III ст. — 58 (82,4%), в меньшей мере IV ст. — 18 (25,6%) (по классификации А.П. Пилипенко-Шапкиной и соавт., 1987) (табл. 1).

Структура причин повреждения селезенки у наблюдаемых больных по виду травмы: уличная — 40 (28,6%), катотравма — 36 (26%), бытовая — 35 (25%), транспортная — 22 (16%), школьная — 4 (3%), спортивная — 3 (2%). Отмечен следующий механизм повреждения селезенки в исследуемых группах детей: непосредственный удар — 101 (72%), контрудар — 37 (26,4%), сдавление — 2 (1,4%). При анализе распределения наблюдений по количеству травматических разрывов селезенки выявлено, что у наблюдаемых

Резюме

Приведен опыт хирургического лечения 140 пациентов детского возраста с травматическими закрытыми чрескапсулярными разрывами селезенки. На основе сравнительного анализа результатов лечения выявлено, что лапароскопическое вмешательство с эндохирургическим гемостазом имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами лечения травм селезенки: непродолжительный послеоперационный абдоминальный болевой синдром, раннее восстановление двигательной активности, сокращение сроков пребывания в стационаре, низкий уровень интраоперационной кровопотери.

A. V. Bastrygin, N. G. Zhila, A. D. Efremenko

DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF TRANSCAPSULAR CLOSED LINEAL INJURIES IN CHILDREN USING LAPAROSCOPY

Far East Medical University,
Children territorial hospital, Khabarovsk

Summary

The experience of surgical treatment of 140 patients with transcapsular closed lineal injuries is presented. Using comparative method of inquiry surgical treatment we revealed that laparoscopic treatment with endosurgical hemostasis is preferable. Postoperative pain syndrome is not long; the restoration of motion is early; hospitalization is short; and postoperative loss of blood is low.

пациентов преобладали единичные разрывы — 124 (88,6%) случая, множественные разрывы отмечены в 16 (11,4%) случаях. Локализация травматических разрывов селезенки у наблюдаемых больных была следующей: диафрагмальная поверхность — 64 (45,7%), ворота селезенки — 59 (42%), отрыв нижнего полюса — 11 (8%), висцеральная поверхность — 6 (4,3%).

Множественные закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у пациентов с ТЗЧРС имели место в 38 (27%) случаях, сочетанная травма составила 27 (19,3%) наблюдений. Наиболее частое сочетание: черепно-мозговая травма и ТЗЧРС — 9 (6,4%) чел. В большинстве случаев пострадавшие поступили в ранние сроки от момента травмы — до 1 ч: в ГЛ — 35 (50%), в ГКС — 33 (47%).

Таблица 1

Распределение ТЗЧРС по степеням у наблюдаемых больных

Степень повреждения селезенки	Кол-во случаев			
	ГЛ		ГКС	
	абс.	%	абс.	%
Чрескапсулярные разрывы I ст.	21	30,0	0	0,0
Чрескапсулярные разрывы II ст.	27	38,5	16	23,0
Чрескапсулярные разрывы III ст.	22	31,0	36	51,4
Чрескапсулярные разрывы IV ст.	0	0,0	18	25,6
Всего	70	100,0	70	100,0

Таблица 2

Хирургическая тактика при ТЗЧРС в ГЛ и ГКС

Хирургическая тактика	Характер повреждения					
	изолированное		множественное		сочетанное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хирургические вмешательства в ГЛ (n=70)						
1. СР (n=20):	16	80,0	2	10,0	2	10,0
А. Спленогрфия без укрепления разрыва пластиком	4	20,0	0	0,0	0	0,0
Б. Оментолинопексия и ее модификации	12	60,0	2	10,0	2	10,0
2. Эндохирургические методы (n=50):	30	60,0	14	28,0	6	12,0
А. ЛВСЭГ с клеевой оментопексией	3	6,0	2	4,0	0	0,0
Б. ЛВСЭГ с гемостазом элементом соединительным биосовместимым	3	6,0	1	2,0	0	0,0
В. ЛВСЭГ в условиях спонтанного гемостаза	24	48,0	11	22,0	6	12,0
Хирургические вмешательства в ГКС (n=70)						
- СЭ с аутолиентрансплантацией	33	47,0	26	37,0	11	16,0

Хирургическая тактика, использованная при ТЗЧРС в ГЛ и ГКС, представлена в табл. 2. В послеоперационном периоде пациентам проводилась консервативная терапия: строгий постельный режим 7-14 дн., инфузионная терапия (в ряде случаев применяли препараты крови) с заместительной целью, антибактериальная и гемостатическая терапия.

Все пациенты с ТЗЧРС выписаны с выздоровлением. Клиническая эффективность методов лечения оценивалась в доминирующей группе больных, состоящей из пациентов с II и III ст. ТЗЧРС: II ст. ГЛ — 27 (38,5%), ГКС — 16 (23%); III ст. ГЛ — 22 (31%), ГКС — 36 (51%). Ближайший послеоперационный период у данных больных протекал с развитием осложнений гнойно-воспалительного характера: в ГЛ — 2 (4%), в ГКС — 5 (10%) наблюдений. Кровотечение в послеоперационном периоде отмечено в ГЛ в 2 (4%) случаях, в ГКС — в 1 (2%) случае.

Таким образом, при развитии осложнений в ГКС преобладали гнойно-воспалительные процессы, при этом для ГЛ и ГКС в равной степени редки осложнения, связанные с надежностью гемостаза. Оценивая интра- и послеоперационные показатели результатов хирургического лечения ТЗЧРС, нами установлено, что время выполнения ЛВСЭГ составило $50 \pm 9,0$ мин, это достоверно меньше, чем при СР ($73,1 \pm 3,2$ мин; $p < 0,05$) и СЭ ($86 \pm 2,3$ мин; $p < 0,001$). Длительность послеоперационного абдоминального болевого синдрома после ЛВСЭГ составила $1,2 \pm 0,1$ сут, что достоверно меньше, чем при СЭ ($2,8 \pm 0,1$ сут; $p < 0,05$) и СР ($2,7 \pm 0,1$ сут; $p < 0,05$). Восстановление двигательной активности больных в ЛВСЭГ происходило на $1,8 \pm 0,1$ сут. после операции, что достоверно меньше, чем при СЭ ($3,5 \pm 0,1$ сут; $p < 0,05$) и СР ($3,4 \pm 0,1$ сут; $p < 0,05$). Средние сроки пребывания в стационаре при ЛВСЭГ составили $11,9 \pm 0,4$ койко-дня, что достоверно меньше, чем при СР ($13,3 \pm 0,6$ койко-дня; $p < 0,05$) и СЭ ($15,9 \pm 0,7$ койко-дня; $p < 0,001$). Объем кровопотери во время ЭХЛ составил 138 ± 19 мл, что достоверно меньше, чем при СР ($286,0 \pm 16,0$ мл; $p < 0,05$) и СЭ ($387,6 \pm 15,0$ мл; $p < 0,05$).

Выводы

1. Применение лапароскопии позволяет в 96,4% случаев установить окончательный диагноз и обосновать хирургическую тактику у детей с ТЗЧРС.

2. Дифференцированный подход к хирургической тактике при ТЗЧРС у детей позволяет в 14,3% наблюдений выполнить органосохраняющее лечение в объеме СР, в 35,7% случаев отказаться от СЭ и осуществить ЛВСЭГ.

3. Использование органосохраняющих методов лечения ТЗЧРС позволяет уменьшить сроки пребывания больных в стационаре на $2,25 \pm 0,1$ койко-дня при СР и на $3,99 \pm 0,3$ койко-дня при ЛВСЭГ в сравнении с СЭ.

Литература

1. Григорьев Е.Г., Апарцин К.А. Органосохраняющая хирургия селезенки. Новосибирск: Наука, 2001. 400 с.
2. Шапкин Ю.Г., Масляков В.В. // Анналы хирургии. 2005. №5. С. 33-37.
3. Шапкин Ю.Г., Киричук В.Ф., Масляков В.В. // Детская хирургия. 2006. №2. С. 17-20.
4. Andrew J., Gerard T., Frank I. et al. // MJA. 2001. Vol. 175, P. 609-612.
5. Joseph B., Ajith K., Varghese R.A. // J. Pediatr. Orthop. 2000. Vol. 20, P. 524-528.
6. Krause K.R., Howells G.A., Bair H.A. // Amer. Surg. 2000. Vol. 66, №7. P. 636-640.
7. Lam P., Eunson J., Munro D. // BMJ. 2001. Vol. 322, P. 1288-1289.
8. Lee C.Y., Kwak I., Chung C.S. // J. Mol. Endocrinol. 2001. Vol. 26, №2. P. 135-144.
9. Skibinski G., Skibinski A., James K. // Immunology. 2001. Vol. 102, № 4. P. 506.

