

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА

УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом наукової теми «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», номер державної реєстрації 0105U007095.

Вступ. Діагностика, хірургічна тактика, визначення методу та показань до оперативного втручання при пошкодженнях селезінки залишаються одним з найменш вивчених розділів хірургії органів черевної порожнини, що обумовлює високу актуальність пошуку нових методів діагностики та лікування хворих з даною патологією [1,6].

В абдомінальній хірургії відкриті та закриті травми селезінки займають одно з найперших місць серед пошкоджень органів черевної порожнини. Висока частота «двоментних» розривів селезінки ще більше ускладнює діагностичний пошук і визначення тактики оперативного лікування хворих з травматичними ушкодженнями селезінки. Недооцінка функціонального значення селезінки привела до розповсюдження спленектомій [5]. На даний момент запропоновані різноманітні методи гемостазу ран селезінки з використанням спеціальних швів паренхіматозних органів, перев'язки магістральних судин селезінки, використання новітніх хірургічних технологій гемостазу: за допомогою лазера, гідро-струменового препарування, ультразвуку, радіохвилі, електрозварювання, різноманітних пластичних матеріалів та хірургічних клеїв [2,3,4,7]. Не відпрацьований чіткий лікувально-діагностичний алгоритм по веденню хворих з травматичними пошкодженнями селезінки, не визначені показання до проведення окремих діагностичних маніпуляцій в залежності від характеру пошкодження, стану потерпілого, сполучної травми. У зв'язку з цим збільшується час діагностичного етапу, що спричиняє труднощі в лікуванні хворих з даною патологією. На лікувальному етапі відсутня класифікація, що дозволяє визначити показання до органозберігаючих операцій. Тому органозберігаючі операції на селезінці виконуються лише в окремих випадках, як виключення, при незначних та поверхневих пошкодженнях (Тимербулатов М. В. і др., 2004).

Мета дослідження. Удосконалити методи діагностики пошкоджень селезінки у дітей, виділити найбільш достовірні клінічні ознаки.

Об'єкт та методи дослідження. 144 дитини з травматичними ушкодженнями селезінки віком від 3

до 15 років, які були госпіталізовані в дитяче хірургічне відділення.

Закриті ушкодження селезінки були у 134 госпіталізованих (93,06%), відкриті у 6 (4,16%), ятрогенні у 4 (2,78%).

При госпіталізації в клініку всім дітям проводили повний комплекс клініко-інструментальних обстежень. Лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, група та резус крові, біохімічні показники крові, коагулограма, імунологічні дослідження) визначали за стандартними методиками.

Серед інструментальних обстежень проводили оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини (n=144), УСГ черевної порожнини (n=144), комп'ютерну томографію (n=12).

Якість життя пацієнтів з захворюваннями та пошкодженнями селезінки виявляли анкетуванням їх суб'єктивних оцінок (батьків про стан їхньої дитини), обстеженням (УСГ, КТ, лабораторними дослідженнями) у різні терміни після травми.

Результати досліджень та їх обговорення. Звичайні механізми закритого пошкодження селезінки – дорожньо-транспортна пригода, падіння з висоти, навіть висоти свого зросту, побиття. При таких механізмах травмування виникає політравма, при якій абдомінальний компонент поєднується з пошкодженнями інших порожнин або систем (голова, грудна клітка, таз, довгі трубчасті кістки).

Характер інтраабдомінальних поранень різноманітний. Поранення порожнистих органів типовий. Вони дуже рідкісні при закритому пошкодженні печінки, селезінки, підшлункової залози, нирок.

Клінічна оцінка пошкоджень паренхіматозних органів ненадійна із-за декількох факторів: 1) сполучне пошкодження голови, яке супроводжується пригніченням свідомості; 2) при сполучній травмі больове відображення пошкоджень можуть виникати в інших місцях голови, грудей, тазу і таким чином може маскувати абдомінальний біль та його інтенсивність; 3) гіпотензія, яка виникає при пошкодженні селезінки і іншого паренхіматозного органу, може бути обумовлена переломом кісток тазу, та довгих трубчастих кісток, або гематораксом.

Така складна травма може проявлятися не тільки гіповолеємічним шоком, але і спінальним та больовим шоком. 4) біль при закритому пошкодженні селезінки може бути обумовленим забієм передньої черевної стінки, а не відображенням тяжкості стану,

Таблиця
Симптомокомплекс клінічних проявів
закритої травми селезінки

№ п/п	Симптоми	ЗПС-144		ЗТЖ-90	
		абс.	%	абс.	%
1.	Втрата свідомості в момент травми	16	11,1	11	12,2
2.	Блідість шкіри	132	91,6	86	95,5
3.	Гіпертермія	29	20,1	8	8,9
4.	Біль				
	4. 1. внизу живота	23	15,97	18	20,0
	4. 2. по всьому животу	38	26,39	52	57,78
	4. 3. ліве підребер'я	62	43,06	17	18,89
	4. 4. ліва половина грудної клітки	21	14,58	3	3,33
5.	Іррадіація болі в животі				
	5. 1. ліва надключична ділянка	28	19,4	4	4,4
	5. 2. ліва верхня кінцівка.	24	16,6	2	2,2
	5. 3. ліва поперекова ділянка	18	12,5	2	2,2
6.	Слабкість	83	57,6	78	86,6
7.	Нудота	97	67,3	71	78,8
8.	Блювота	14	9,7	20	22,2
9.	Біль при пальпації живота	144	100	90	100
	9. 1. ліве підребер'я	111	77,1	26	28,8
	9. 2. по всьому животу	33	22,9	64	71,1
10.	Ригідність передньої черевної стінки				
	10. 1. ліве підребер'я	108	75	17	18,8
	10. 2. По всьому животу	36	25	73	81,1
11.	Симптом «ваньки-встаньки»:				
	11. 1. позитивний	57	39,5	11	12,3
	11. 2. негативний	87	60,5	79	87,7
12.	«Френіпус» – симптом:				
	12. 1. позитивний	78	54,2	18	20
	12. 2. негативний	66	45,8	72	80
13.	Симптом Щьоткіна-Блюмберга:				
	13. 1. позитивний	109	75,7	84	93,3
	13. 2. негативний	35	24,3	6	6,4
14.	Симптом Роздольського:				
	14. 1. позитивний	63	43,8	44	48,9
	14. 2. негативний	81	56,2	46	51,1
15.	Симптом Мейо-Робсона:				
	15. 1. позитивний	57	39,6	16	17,8
	15. 2. негативний	87	60,4	74	82,2
16.	Симптом Кулемкамфа:				
	16. 1. позитивний	61	42,4	37	41,1
	16. 2. негативний	83	57,6	53	58,9
17.	Признак Гейнека-Лежара:				
	17. 1. позитивний	118	81,9	72	80
	17. 2. негативний	26	18,1	18	20
18.	Наявністю болі стінки прямої кишки при пальцевому ректальному дослідженні	8	5,6	41	45,6

які виникають при пошкодженні паренхіматозного органу.

Симптомокомплекс клінічних проявів закритої травми селезінки представлений у **таблиці**.

Закриті травми селезінки можуть протікати за типовою клінічною картиною, а також з симптоматикою, притаманною для закритих травм живота з пошкодженням паренхіматозних органів – печінки, підшлункової залози, нирок, забій передньої черевної стінки.

Для виявлення симптомів більш специфічних для закритого пошкодження селезінки (ЗПС) ми провели порівняння з дітьми, які отримали закриту травму живота (ЗТЖ) без пошкодження селезінки.

Втрата свідомості на момент травми не відрізнялась в групах дітей з ЗПС і ЗТЖ і становила відповідно 11,1% та 12,2%.

Абдомінальний больовий синдром відмічений у всіх хворих з ЗПС і ЗТЖ. Блідість шкіри та слизових відмічали у 131 дитини (90,9%) при ЗПС та у 86 дітей (95,5%) з ЗТЖ. Гіпертермія на рівні субфебрильних значень відмічена при ЗПС у 29 дітей (20,1%), при ЗТЖ у 8 дітей (8,9%). Це нами було розцінено як реакція організму на травму.

Слабкість, нудота та блювота були характерні, як для ЗПС, так і для ЗТЖ, а саме слабкість при ЗПС у 83 (57,6%), при ЗТЖ у 78 (86,6%), нудота – відповідно 97 (67,3%) та 71 (78,8%), блювота – 14 (9,7%) та 20 (22,2%).

Біль при пальпації живота виявлена у 100% випадків. Але при ЗПС біль більш відмічалась у лівому підребер'ї 48 випадків (33,3%), в лівій половині грудної клітки 13 (9%), в цей же час при ЗТЖ більше біль був по всьому животі 42 випадки, що становить (46,6%).

Ригідність м'язів передньої черевної стінки в лівому підребер'ї при ЗПС була більшою і становила 108 (75%) проти 17 (17%) при ЗТЖ. Симптом Щьоткіна – Блюмберга був відмічений при ЗПС 109 (75,7%), при ЗТЖ 84 (93,3%).

Так при ЗПС відмічали іррадіацію болі в животі в ліву надключичну ділянку у 28 (19,4%), при ЗТЖ у 4 (4,4%); в ліву верхню кінцівку при ЗПС у 24 (16,6%), при ЗТЖ у 2 (2,2%); в ліву поперекову ділянку при ЗПС 18(12,5%), при ЗТЖ 2 (2,2%).

Також характерним для ЗПС виявився симптом «ваньки-встаньки» – зміна положення тіла травмованої дитини під час огляду призводить до посилення болю в животі, що примушує її приймати попередню вимушену позу та «Френікус» симптом. Так при ЗПС симптом «ваньки-встаньки» був позитивним у 57 випадках (39,5%) проти 11 (12,3%) при ЗТЖ, а «Френікус» – симптом позитивний при ЗПС у 78 (54,2) та при ЗТЖ 18 (20%).

Під час пальпації в лівому реберно-хребцевому куті (симптом Мейо-Робсона) при ЗПС виникав біль в 57 (39,6%) проти 16 (17,8%) при ЗТЖ.

Симптом Кулемкамфа виявився майже однаково позитивним як для ЗПС 61 (42,4%). так і для ЗТЖ 37 (41,0%).

Висновки.

1. Отримані дані свідчать про те, що клінічна картина при закритій травмі живота у дітей з пошкодженням та без пошкодження селезінки має схожий характер.

2. При госпіталізації дітей в хірургічний стаціонар поставити діагноз закритого ушкодження селезінки,

спираючись на клінічний симптомокомплекс, неможливо, так як клінічні прояви представлені малою групою діагностично значимих симптомів.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується розробити діагностичний моніторинг пошкоджень селезінки у дітей.

Література

1. Апарцин К. А. Хирургическая профилактика и способы коррекции послеоперационного гипоспленизма: дисс. . на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. 14. 00. 27 «Хирургия» / К. А. Апарцин. –Иркутск. 2001. – 293 с.
2. Данилов О. А. Теоретичне обґрунтування та практичне використання методу біозварювання для зупинки кровотечі із рани селезінки / О. А. Данилов, О. К. Толстанов, В. Ф. Рибальченко [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2009. – Т VI, №4 (25). – С. 31-35.
3. Доманський О. Б. Сучасні тенденції в лікуванні травми селезінки у дітей / Доманський О. Б. // Хірургія дитячого віку. – 2005. – Т. II (6). – № 1. – С. 88-92.
4. Кубышкин В. А. Опухоли и кисты селезінки / В. А. Кубышкин, Д. А. Ионкин. – М. ИД МЕДПРАКТИКА –М, 2007. – 288 с.
5. Куц Н. Л. Хирургическая тактика при травмах селезенки / Н. Л. Куц, И. П. Журило // Вестник хирургии. – 1995. – №6. – С. 67-69.
6. Тиммербулатов, М. В. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки // М. В. Тиммербулатов, А. Г. Хасанов, Р. О. Фаязов [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 224 с.
7. Ohanaka E. C. A five year review of splenic injuries in the University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria / E. C. Ohanaka, U. Osime, C. E. Okonkwo // West. Afr. J. Med. – 2001. – V. 20. – № 1. – P. 48-51.

УДК 616. 411-001-053. 5-071-07

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Ксьонз І. В.

Резюме. При госпіталізації дітей в хірургічний стаціонар поставити діагноз закритого ушкодження селезінки, спираючись на клінічний симптомокомплекс, неможливо, так як клінічні прояви представлені малою групою діагностично значимих симптомів.

В статті зроблений аналіз клінічної симптоматики закритих травм живота у дітей з пошкодженнями селезінки (n – 144) та без пошкоджень селезінки (n – 90). Виявлені більш достовірні ознаки закритого пошкодження селезінки у дітей.

Ключові слова: травма, селезінка, діти, клінічні симптоми.

УДК 616. 411-001-053. 5-071-07

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Ксёнз И. В.

Резюме. При госпитализации детей в хирургический стационар поставит диагноз закрытого повреждения селезенки, опираясь на клинический симптомокомплекс, невозможно, так как клинические проявления представлены малой группой диагностически значимых симптомов.

В статье сделан анализ клинической симптоматики закрытых повреждений живота у детей с повреждениями селезенки (n – 144) и без повреждений селезенки (n – 90). Выявлены наиболее достоверные признаки закрытого повреждения селезенки у детей.

Ключевые слова: травма, селезенка, дети, клинические симптомы.

UDC 616. 411-001-053. 5-071-07

The Clinical Symptomatology and Diagnosis of the Spleen Injuries in Children

Ksonz I. V.

Summary. At hospitalization of children in a surgical hospital to make the diagnosis of the closed injury of a spleen, leaning on clinical symptomocomplex, it is impossible as clinical manifestations are presented by small group diagnostically significant symptoms. In the article an analysis have been made of the clinical symptoms of abdominal closed injury in children with spleen injury (n – 144) and no damage of the spleen (n – 90). The most reliable signs of closed damage of the spleen in children were revealed.

Key words: trauma, spleen, children, clinical symptoms.

Стаття надійшла 22. 01. 2013 р.

Рецензент – проф. Малик С. В.