

падения с высоты и ушибов брюшной полости. При патологически измененной печени (малярии, сифилисе, циррозе и др.) могут возникать повреждения при незначительной травме или повышении внутрибрюшного давления, например, при подъеме тяжести и др.

При разрыве паренхиматозного органа (печень, селезенка, почка) возникает опасность развития внутреннего кровотечения и острой анемии, что может быстро привести к смерти больного, а также бурного развития гнойного перитонита в связи с наличием инфекции (при разрыве печени, почек, мочевого пузыря) и питательной среды — крови.

Достаточно много проходит больных с торакальными или торакоабдоминальными ранениями, политравмой, тяжелой терапевтической патологией (34,2 %).

При оценке эффективности лечебного процесса и исхода заболевания, необходимо отметить влияние нескольких факторов: состояние пациента перед оперативным вмешательством, давность заболевания, наличие хронической патологии, рационально выбранная и успешно проведенная хирургическая тактика при адекватном анестезиологическом пособии, течение раннего послеоперационного периода, особенно его ранние сроки. Наибольшее значение отводится последнему фактору, так как именно в этот период возникает большинство осложнений.

На основании результатов исследований и клинических наблюдений, можно сделать вывод о том,

что у пациентов, поступающих в клинику в ранние сроки (1 — 3 часа) после получения травмы и имеющих сравнительно небольшой объем кровопотери, при проведении рациональной хирургической тактики и адекватной интенсивной терапии срок лечения в ОРИТ минимальный. При поступлении больных в более поздние сроки (3 — 7 часов) и соответственно, имеющих больший объем кровопотери, течение раннего послеоперационного периода существенно увеличивается. Значительную роль при этом играют ряд причин: наличие или последствия геморрагического шока, постгеморрагическая анемия, нарушения свертывающей системы, водно-электролитного баланса, гипопротейнемия, микроциркуляторные расстройства. На второй план выходит борьба с послеоперационным парезом кишечника, профилактика гнойно-септических осложнений, респираторного дистресс-синдрома. Также немаловажное значение при больших объемах гемоперитонеума имеет проведение реинфузии, особенно во время операции. К сожалению, в некоторых случаях это бывает невозможно, вследствие повреждения желчной системы. В таких случаях, исходя из клинического опыта, замечено, что больные более длительное время проводят в реанимационном отделении, требуют заместительной гемо-, плазматрансфузии и являются более угрожаемыми по развитию ДВС-синдрома.

При диагностике травм живота мы применяем разработанную нами компьютерную лечебно-диагностическую комплексную программу.

В.В. Протопопов¹, В.В. Агаджанян²

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

¹*Государственная медицинская академия (Новосибирск)*

²*ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)*

Показанием к неотложной операции при повреждениях почек является угрожающее жизни почечное кровотечение. Чаще всего в этих случаях выполняют лапаротомию по поводу внутрибрюшного кровотечения.

Из наблюдаемых нами 55 пациентов с закрытой травмой живота и разрывом почек у 34 (61,8 %) детей оперативным доступом была лапаротомия, из них верхнесрединная — у 29 (52,7 %), срединная — у 4 (7,3 %) и нижнесрединная — у 1 (1,8 %) ребенка. У 2 детей лапаротомия была дополнена люмботомией. У 14 (25,5 %) детей хирургическим доступом являлась люмботомия по Федорову и у 7 (12,7 %) пациентов применена прямая неоптическая ретроперитонеоскопия через специальный малотравматичный доступ.

В большинстве случаев, выбор способов диагностики и лечения зависит от тяжести состояния пациентов и наличия сочетанных повреждений. В первую очередь — внутрибрюшного кровотечения.

При сочетанных повреждениях чаще выявляется разрыв селезенки — 16,6 %, разрыв печени — 8,3 %, разрыв, гематома брыжейки тонкого кишечника — 1,8 %, разрыв толстой кишки — 0,9 % и разрыв поджелудочной железы — 0,9 %. Из других повреждений наиболее часто отмечается черепно-мозговая травма — 16,6 % и переломы костей конечностей — 12 %. По представленным данным, повреждения органов брюшной полости, проявляющиеся внутрибрюшным кровотечением, в общем количестве сочетанных повреждений занимают первое место — 43,6 %, поэтому мы считаем

Таблица 1

Течение послеоперационного периода у детей с разрывом почек

	Хирургический доступ		
	Лапаротомия (n = 34)	Люмботомия (n = 14)	Щадящий доступ для ПНР (n = 7)
Лечение в реанимационном отделении	3,5 ± 1,6	2,2 ± 0,8	2,4 ± 1
Парез кишечника	3,1 ± 1,5	—*	1,4 ± 0,4
Введение анальгетика	3,7 ± 1,1	3,7 ± 2,4	3 ± 0,5
Антибактериальная терапия	9,8 ± 3,6	9,5 ± 1,2	7,4 ± 1,2
Средний койко-день	16,9 ± 7,8	18,6 ± 5,1	10,7 ± 2,2

Примечание: * — объективная информация в медицинской документации отсутствует.

целесообразным проводить полное клиническое обследование после видеолапароскопического исследования. Оптическая видеолапароскопия позволяет установить интенсивность кровотечения из разрыва органа или его прекращение на момент исследования, наличие и выраженность забрюшинной гематомы. Результатом является отказ от лапаротомии и быстрая коррекция сочетанных повреждений почек.

При лечении травматических повреждений органов забрюшинного пространства в детском возрасте, определяющим моментом выбора доступа при щадящем подходе, является прямой выход на разрыв почки, этому способствует использование аппаратов для прямой неоптической эндоскопии.

В нашей работе этим требованиям отвечали и использовались следующие виды хирургических доступов.

Для осмотра почки, лоханки, верхней и средней трети мочеточника — забрюшинный люмбокостальный доступ. При этом больной лежит на противоположном боку с подложенным под поясничную область эластичным валиком. В люмбокостальном углу выполняют разрез кожи длиной 3–6 см параллельно реберному краю. Длина разреза зависит от вида операции (3 см — для ревизии почки, эвакуации паранефральной гематомы и дренирования

околопочечного пространства, до 6 см — для ушивания разрыва почки). Доступ в XI межреберье по задней аксилярной линии обеспечивает прямой выход на разрыв паренхимы в случае его расположения в области верхнего полюса почки.

Показана ретроперитонеоскопия при: 1) изолированном или сочетанном разрыве почек; 2) неоднозначной клинической картине и результатах визуализирующих методов исследования (УЗИ, урография).

Ретроперитонеоскопия противопоказана при проявлениях нестабильной гемодинамики. Различия течения послеоперационного периода у детей с травмой почек после оперативного лечения с применением лапаротомии, люмботомии и малотравматичных доступов иллюстрирует таблица 1.

После прямой неоптической ретроперитонеоскопии, выполняемой через малотравматичный доступ, мы не отметили осложнений. Сокращение времени операции, в первую очередь за счет доступа, малотравматичность, ранняя активизация детей, уменьшение дозы и кратности введения обезболивающих препаратов, раннее снятие швов и выписка домой — все это позволяет использовать щадящий подход в комплексе диагностики и лечения травматических повреждений почек.

В.М. Лебезев, С.Р. Абдурахманова, М.И. Бокарев

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИШЕЧНИКА

**Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (Москва)**

Одним из спорных вопросов в хирургии травмы живота является диагностика и лечение закрытых повреждений кишечника.

За 2000–2004 гг. в ГКБ № 20 г. Москвы поступило 74 пациента с закрытой травмой кишки. Удельный вес данной патологии в структуре закры-

тых повреждений живота составил 4 %. Из поступивших было 56 (76 %) мужчин, 18 (24 %) женщин. Возрастные рамки пациентов составили от 16 до 76 лет, средний показатель — 41 ± 17. У 41 (55 %) пострадавшего была повреждена тонкая кишка, травма толстой кишки встретилась у 37 (50 %) больных.