

Туракулов З.Ш.

ассистент кафедры детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан. Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Резюме. Абдоминальные повреждения продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем в хирургии, травматологии и реаниматологии. В мирное время абдоминальные повреждения составляют 1,5-4,4 % всех травм. Структура травматизма колеблется за счет ДТП, падений с высоты, природных катаклизмов. Но значительное место в этой структуре занимает криминализация общества, которая возросла в последние годы.

Учитывая, что в диагностике и лечении все же встречаются сложные случаи, которые приводят к тем или иным осложнениям эта проблема остается весьма актуальной.

Ключевые слова: хирургическая тактика, брюшная полость, хирургия, повреждения, диагностика, множественная и сочетанная травма.

Turakulov Z.Sh.

Assistant of the Department of Pediatric Surgery

Andijan State Medical Institute

Andijan. Uzbekistan

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS FOR MULTIPLE AND COMBINED INJURIES OF ABDOMINAL ORGANS IN CHILDREN

Resume. Abdominal injuries continue to be one of the most pressing problems in surgery, traumatology and intensive care. In peacetime, abdominal injuries account for 1.5-4.4% of all injuries. The structure of injuries fluctuates due to accidents, falls from a height, natural disasters. But a significant place in this structure is occupied by the criminalization of society, which has increased in recent years.

Considering that in the diagnosis and treatment there are still complex cases that lead to certain complications, this problem remains very relevant.

Keywords: surgical tactics, abdominal cavity, surgery, injuries, diagnostics, multiple and combined trauma.

Актуальность. Механизм закрытой травмы полых органов связан с прямым сдавлением органа между позвоночником и внешним воздействующим объектом, разрывом органа вследствие прямого удара в живот и внезапного повышения давления в просвете органа, разрывом между фиксированной его частью и нефиксированной [11]. В 60% случаев разрыв происходит при заполненном желудке из-за его растяжения и повышения внутрибрюшного давления в момент удара. Отрыв органа бывает вызван силами ускорения и торможения, когда желудок отрывается в месте фиксации.

Повреждение желудка у детей обуславливают такие анатомические особенности, как более выпуклый живот с широкими выступающими краями реберных дуг, не способных защитить желудок, слабо развитая мускулатура передней брюшной стенки, тонкость и расслабленность ее тканей [6].

Большинство случаев повреждения желудка связано с автомобильными происшествиями(74%). Прямой удар в живот в качестве механизма травмы

составляет 10%, падение – 8% [7,10]. Несколько значимых факторов способствуют повреждению желудка. Когда желудок содержит пищевые массы и жидкость вероятность его повреждения вследствие внешнего воздействия возрастает. Значительность травмы повышается за счет уменьшения напряжения передней брюшной стенки у детей. Разрыв полого органа при закрытой травме наступает при внутрипросветном давлении, повышающем сопротивление стенки органа. В соответствии с законом Лапласа, трансмуральное давление (P) прямо пропорционально отношению между натяжением (T) и радиусом (R) кривизны или изгиба. Формула $P=K(T/R)$ – математическое описание этого закона, где K – геометрическая константа, которая показывает, что увеличение внутрипросветного давления приводит к разрыву органа в точке наибольшего радиуса. Следовательно, большая кривизна желудка будет наиболее частой областью разрыва. Также, передняя стенка желудка повреждается чаще, чем задняя. Механизм отсроченных разрывов желудка заключается в первоначальном частичном разрыве слоев стенки органа, которое со временем становится полнослойным [5,9].

Цель исследования. Улучшение результатов экстренной хирургической помощи детям с травматическими повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства путем совершенствования методов ранней диагностики, разработки новых лечебно-тактических технологий в уральском промышленном регионе.

Материалы и методы исследования. Используемые методы: метод теоретического анализа литературных источников и нормативной документации, анкетирование, эмпирические, математической статистики и аналитические.

Результаты исследования. В структуре травматических повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства в группе выживших детей изолированные повреждения возникают у 54% детей, моносочетанные — у 16,8%, полисочетанные - у 24,4%, множественные — у

4,8%. При летальных исходах в результате транспортной и кататравмы преобладают полисочетанные повреждения - 98%, при других внешних воздействиях 44% случаев принадлежит изолированной травме.

Информативность общих клинических признаков при закрытых травматических повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства находится в низких пределах достоверности - 0,23-0,31 и не позволяет доказать степень повреждения внутренних органов и объем внутреннего кровотечения. Методы ультразвукового и компьютерного сканирования обладают информативностью признаков степени разрушения паренхимы органа и количества гемоперитонеума в пределах 0,9-0,94, что обеспечивает своевременную диагностику внутреннего кровотечения.

Применение шкалы клинической сортировки при травматических повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей, основанной на критериях оценке тяжести состояния, мониторинге гемодинамики, значений гемоглобина, степени травматического шока, объема кровопотери, на УЗИ и КТ-признаках степени тяжести разрыва органа и объема гемоперитонеума, геморетроперитонеума, с выделением лечебно-тактических групп: стабильной группы, которую составили 44,6% пострадавших, условно-стабильной — 26,6% детей и нестабильной группы - 28,8% пациентов, - снижает количество диагностических и лечебно-тактических ошибок на этапах оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи детям в 1,3 -1,9 раза.

Привлечение сил и средств территориального центра медицины катастроф для оказания экстренной хирургической, реанимационной помощи и эвакуации детей с травматическими повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства в детский хирургический центр представляет собой эффективную систему взаимодействия, сокращает время получения первичной консультации специалиста до 20-30 минут, оказания специализированной помощи на месте через 2-3 часа, в отдаленных территориях через 4-7 часов. В работе детских консультативных лечебно-

эвакуационных бригад клиническая сортировка на лечебно-тактические группы позволила объективизировать критерии транспортабельности детей и улучшить оказание специализированной помощи детям с травматическими повреждениями.

Вывод. Сочетанная травма живота представляет собой одну из сложных проблем неотложной медицины. В связи с поливалентностью она требует привлечения многих специалистов - реаниматологов, хирургов, нейрохирургов, травматологов, всех узких специалистов, а также иммунологов, специалистов диагностических служб, восстановительного лечения и психологов.

Своевременное определение характера повреждений органов и степени тяжести состояния пациента позволяет вовремя проводить весь цикл неотложного лечения, включая реанимационные и хирургические методы.

Таким образом, несмотря на множество публикаций, посвященных вопросам ЗТЖ у детей, летальность остается довольно высокой. До сих пор вызывают споры вопросы целенаправленного использования УЗИ, лапароскопии и КТ. Нет четкого алгоритма лечебно-диагностической тактики при ЗТЖ, что диктует необходимость дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гарбузенко Д.В. избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии / Д.В. Гарбузенко – Saarbrucken, Germany: LAP LAMBERT AcademicPublishingGmbH&Co., 2012. – 99 с.

2. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: руководство для врачей / А.С. Ермолов М.Ш. Хубутя, М.М. Абакумов. – Москва: издательский дом Видар – М. – 2010 – 504 с.

3. Сабиров Ш.Р. Органосохраняющие принципы гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов: диссертация... доктора медицинских наук. / Ш.Р. Сабиров – М., 2006. – 348 с.

4. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г., Каюмов Ф.А. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / В.М.

Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов, Ф. А. Каюмов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 224 с.

5. Чумаков А.А. Показания к лечебнодинамическим видеолапароскопиям при проникающих ранениях брюшной полости / А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, А.Н. Хореев, С.В. Козлов // материалы второй научно-практической конференции хирургов северо-запада и 23 республики Корелия совместно с Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. Проф. И.И. Джанелидзе. – Петрозаводск. – 2000. – С. 93-94.

6. Шевченко Ю.Л. Интраоперационное ультразвуковое исследование в частной хирургии / Ю.Л. Шевченко. – М., 2006. – 240 с.

7. Shankar K. R. et al. Oral contrast with computed tomography in the evaluation of blunt abdominal trauma in children. Brit J Surg 1999; 86(8): 1073-1077.

8. Taylor G.A. Posttraumatic peritoneal fluid: is it a reliable indicator of intraabdominal injury in children? J Pediatr.Surg 1995; 30(12): 1644-1648.

9. Ozturk H. et al. The prognostic importance of trauma scoring systems for morbidity in children with penetrating abdominal wounds: 17 years of experience. J PediatrSurg 2002; 37(1): 93-98.

10. McVay M.R. et al. Throwing out the "grade" book: management of isolated spleen and liver injury based on hemodynamic status. J PediatrSurg 2008; 43(6): 1072-1076.

11. Visrutaratna P, Na-Chiangmai W. Computed tomography of blunt abdominal trauma in children. Singapore Med J 2008; 49(4): 352-358.