

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Ярашев Т.Я., Дехконов К.А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Под наблюдением авторов находились 63 детей с диагнозом одномоментные повреждения селезенки при сотрясении головного мозга. У всех больных по поступлении в клинику после травмы до 6 часов, дети жаловались на головные боли, тошноту, рвоту, шум в ушах. При пальпации передняя брюшная стенка была умеренно болезненной, в основном слева region hypochondria sinister.

Через 6-12 часов после травмы состояние пострадавших детей в динамике ухудшалось. Усиливались боли по всему животу, АД снижал, пульс стал частым. Кожные покровы покрыты холодным липким потом.

Лечение детей с сочетанными повреждениями селезенки может быть только оперативным. Установленный диагноз повреждения органа является показанием к хирургическому лечению.

Ключевые слова; Травма, разрыв селезенки, хирургическое лечение, дети.

FEATURES OF COMBINED BRAIN INJURIES WITH SPLEEN DAMAGE IN CHILDREN

Yarashev T.Ya., Dekhkonov K.A.,

Tashkent Pediatric Medical Institute. 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140. <http://tashpmi.uz>.

✓ Resume,

Under the supervision of the authors were 63 children with a diagnosis of simultaneous damage to the spleen with concussion. In all patients who were admitted to the hospital after an injury up to 6 hours, children complained of headaches, nausea, vomiting, and tinnitus.

On palpation, the anterior abdominal wall was moderately painful, mainly on the left side of the region hypochondria sinister. 6-12 hours after the injury, the condition of the affected children worsened over time. The pains throughout the abdomen intensified, blood pressure reduced, the pulse became frequent. The skin is covered with cold, sticky sweat. Treatment of children with combined damage to the spleen can only be operational. An established diagnosis of organ damage is indication for surgical treatment.

Keywords: Trauma, rupture of the spleen, surgical treatment, children.

BOLALARDA O'TKAZILGAN MENING BARCHA SHAROITLARI

Yarashev T.Ya., Dehkonov K.A.,

Toshkent Pediatriya tibbiyot Instituti.

✓ Rezyume,

Mualliflar nazorati ostida 63 nafar bola bir vaqtning o'zida chayqalish bilan taloqning shikastlanishi tashxisi qo'yilgan.

6 soatgacha bo'lgan jarohatlardan so'ng kasalxonaga yotqizilgan barcha bemorlarda bolalar bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish va qichishishdan shikoyat qilishadi.

Palpatsiya paytida qorinning old devori o'rtacha darajada og'riqli edi, asosan chap tomonda gipokondriya buzilgan. Jarohatdan 6-12 soat o'lgach, ta'sirlangan bolalarning holati vaqt o'tishi bilan yomonlashdi.

Taloqning birlashgan shikastlanishi bo'lgan bolalarni davolash faqat operatsiya bo'lishi mumkin. Organ shikastlanishining aniq tashxisi bu jarrohlik davolanish uchun ko'rsatma.

Kalit so'zlar: shikastlanish, taloqning yorilishi, jarrohlik davolash, bolalar.

Актуальность

Травматическое повреждение органов брюшной полости - острое состояние, возникающее из-за воздействие внешнего повреждающего фактора, на органов брюшной полости с развитием внутрибрюшного кровотечения и одновременно развитием травматического шока.

Характерной чертой современных травматических повреждений органов брюшной полости являются множественность и тяжесть повреждений, сопровождающихся нарушениями гомеостаза и расстройствами витальных функций организма, что обуславливает высокую летальность- 25 - 70 % и

большое количества послеоперационных осложнений 35 - 85 % [1,2,7,8,9].

Наиболее опасны сочетанные абдоминальные травмы, представляющие собой одновременно повреждение органов брюшной полости и других анатомических области тела полным травмирующим агентом, исходы лечения которых прямо зависит от оказания медицинской помощи на до госпитальном этапе. Своевременность противошоковых мероприятий и раннего выявления доминирующего повреждения и скорейшего проведения активного хирургического вмешательства.

Сочетанные одномоментные повреждения селезенки при сотрясении головного мозга относятся к наи-

более трудно диагностируемым, патологиям брюшной полости у детей.

Вопросы изолированных повреждений селезёнки изучены достаточно хорошо [3,4,5]. Малоизученными остаются вопросы сочетанных одно - и двух моментных повреждений селезенки у детей. Имеющиеся работы основаны на небольшом количестве наблюдений и содержат много противоречивых мнений [6,10,11]. Симптоматика сотрясений головного мозга при одномоментных сочетанных повреждениях селезёнки маскирует разрыв селезёнки, в основном жалуются на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. При этом пациенты не обращают на не менее интенсивные боли в животе

Цель работы - изучение особенностей клинического течения повреждений селезенки с сочетанием сотрясения головного мозга у детей.

Материал и методы

В клинических базах Ташкентского Педиатрического Медицинского Института с 2008 по 2016 гг. находились на стационарном лечении 63 ребенка с указанной патологией. Возраст детей был следующим: Семь девять -3 года; девять-4 года; одиннадцать - 6 лет; три-7 лет ; шестнадцать-9 лет ; девять -10 лет; три в возрасте-11 лет; пять -14 лет. 6653 ребенка доставлены в клинику по линии скорой помощи, 10 - поступили самостоятельно.

Разборы историй болезни пациентов показали, что ни у одного ребенка не был установлен правильный диагноз. Дети поступали со следующими диагнозами: Зарытая травма живота-22; ушиб передней брюшной стенки -19; ушиб органов брюшной полости-14; ушиб тела-3; разрыв внутренних органов-5. Спортивные игры-13.

Травматический шок различной степени наблюдался у всех больных; 1 степень-7; второй степени-28; третьей степени-15 ; четвертой степени-13.

Результаты наблюдений 63 больных с сочетанными одномоментными повреждениями селезёнки при сотрясении головного мозга показали разнообразные клинические проявления, что в значительной степени затрудняло распознавание повреждений селезёнки.

В зависимости от времени поступления в клинику после получения травмы больные разделены на две основные клинические группы.

Результат и обсуждение

В первую группу вошли 56 детей, которые поступали в клинику до 6 часов от момента травмы. В основном они жаловались на сильные головные боли , тошноту , рвоту , шум в ушах. На умеренные боли в области живота и в нижнем отделе грудной клетки слева, не обращали внимания. У 9 пациентом из этой группы в области левой половины грудной клетки и передней брюшной стенки были обширная гематома, ссадина, дежурные хирурги не придали этому особого значения.

Большое значение имел внешний осмотр пациента. В основном больные находились в вынужденном положении, отказались поворачиваться на здоровый бок. Внешние признаки травмы: ссадины, кровоподтеки, отечность соответствующей половины живота. Кроме того, определялось отставание в акте дыхания левой половины живота и его вздутие.

У больных выявлена мраморность кожных покровов нижних конечностей, на ощупь холодные, что объясняется расстройством микроциркуляции крови. Полплатрона определялась болезненность и напряженность мышц, больше верхней половины живота слева, перкуторно - отмечено увеличение границ селезёнки. При ректальном пальцевом исследовании прямой кишки установлена умеренная болезненность переднего свода прямой кишки. Нависание её не обнаружено.

Вторая клиническая группа (7 детей), эти пациенты поступали в клинику через 6 - 12 часов после травмы. Состояние больных этой группы было тяжелым. В основном жаловались на боли по всему животу, головокружение, была постоянная, тошнота и рвота слабость, сонливость. АД снижено, пульс учащенный. При внимательном расспросе больных, детей в большинстве случаев удалось установить локализации болей в левом подреберье с иррадиацией в левое надплечье и лопатку. Боль усиливалась при перемене положения тела. Позже боль распространялась по всему животу. При осмотре кожные покровы бледные , покрыты холодным липким потом пульс учащен, слабого наполнения и напряжения, АД снижен. Ректальной пальцевое исследование прямой кишки выявлено нависание переднего свода и болезненность .что указывало на скопление жидкости в додугласовом пространстве. Лабораторные исследования в динамике показали нарастание анемии и стойкость лейкоцитоз. Постепенное снижение АД свидетельствовало о продолжающемся кровотечении из поврежденного органа. Все дети были подвергнуты рентгенологическому и УЗИ исследованиям живота, что значительно облегчало постановку диагноза. Лечение детей с сочетанными повреждениями селезенки при сотрясении головного мозга может быть только оперативным. Установленный диагноз повреждения селезёнки является показанием к хирургическому лечению. Всем больным перед операцией, проводилась предоперационная подготовка. 52 из 63 оперированных пациентов произведены спленэктомии, в 11 случаях - органосохраняющая операция (ушивание ран селезёнки). Во время оперативного вмешательства обнаружены следующие виды повреждений селезёнки: Поперечно продольные разрывы селезенки - 35 случаев. Полный отрыв от сосудистой ножки - 4 детей, травматический отрыв нижнего полюса - у 6 больных. Отрыв верхнего полюса- 7. Звёздчатый разрыв-11 случаев. После завершения оперативного вмешательства брюшную полость дренировали сроком на 3-4 дня, с целью контроля гемостаза. В послеоперационном периоде больные получали соответствующее лечение. Кроме того, дети находились под наблюдением детского невролога. В ближайшем послеоперационном периоде в 3-х случаях наблюдалось нарастание анемии. После проведения гемо статической терапии кровотечение остановилось. В двух случаях развивалось послеоперационная пневмония. Была назначено соответствующая терапия. Состояние детей улучшилось. Все пациенты выписаны с хорошими непосредственными результаты лечения. В течение 3-х лет за оперированными больными велось диспансерное наблюдение. Исследование показало, что дети развивались соответственно по возрасту каких либо жалоб пациенты не предъявляли.

Выводы

1. Клиническая картина сочетанных повреждений селезёнки при сотрясении головного мозга зависит от времени поступления в клинику.

2. Больные, поступившие в клинику до 6 часов после получения травмы в основном жаловались на головные боли, головокружение, тошноту. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в основном в левом подреберье. При ректальном пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность, нависание переднего свода не определяется.

3. Дети, поступившие, через 6-12 часов в клинику и позже после получения травмы в основном жаловались, на нарастающие боли в животе, болезненный вздутие живота. Перкуторно отмечается притупление в отлогих местах, при ректальном пальцевом исследования прямой кишки определяется нависание переднего свода и болезненность в данном отделе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бистрогин А.В., Жила Н.Г., Шапкин В.В. Диагностика и лечебная тактика при травматических повреждениях селезенки у детей. Хабаровск. Издательство ДВГМУ; 2009; 47.

2. Подкамнев В.В., Юркин П.С., Михайлов Н.Ш. Иванов В.О. Органосохраняющая методика в лечении закрытой травмы селезенки с внутрибрюшным кровотечением у детей (Детская хирургия 2010; 4: 47-50).
3. Подкамнев В.В., Пикало А.И. Риск спленэктомии при лапароскопическом лечении травм селезенки у детей //Детская хирургия 2015; 1(19): 24-27.
4. Кузьян В.М. Дефекты оказания хирургической помощи при закрытых повреждениях живота. //Вестн.хир. 2017; 3: 43-43.
5. Караваев В.М. Особенности структуры повреждений при основных видах смертельной сочетанной травмы у детей. //Педиатрия. 2014; 3: 43-45.
6. Караваев В.М., Леванович В.В., Александрович Ю.С. Пищеводно-желудочные повреждения у детей при смертельной автомобильной травме. // Скорая медицинская помощь. 2013; 14.2 37-43.
7. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Абдоминальные кровотечения при ката травме. // Вестн.хир 2016; 3(175): 43-48.
8. Алимов А.Н., Зубарев А.Р., Пряников А.Д. и др. Органосохраняющий метод хирургического лечения разрывов селезенки при закрытой травме живота // Хирургия 2013; 9: 39-41.
9. Ярашев Т.Я. Особенности течения сочетанных повреждений селезенки у детей. // Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент 13-14 сентябрь 2018; 203.
10. Bakuta B., Bilic A. Diagnosis and treatment of traumatic rupture of trauma - Tis rupture of the spleen // Kuckoric B. acta chir Jugosl.1988; 35(2): 249-259.
11. Harris D.H. Management of multitrauma // Pediatric., 1989; 32(1): 175-191.

Поступила 09.03.2020