

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет
им М.Горького

Кафедра детской хирургии и анестезиологии
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР

Интенсивная терапия у детей с закрытой травмой живота

Докладчик: врач анестезиолог-реаниматолог Зубрилова Екатерина
Геннадьевна

Анастасов Андрей Герасимович д.мед.н., доцент кафедры детской
хирургии и анестезиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.Горького

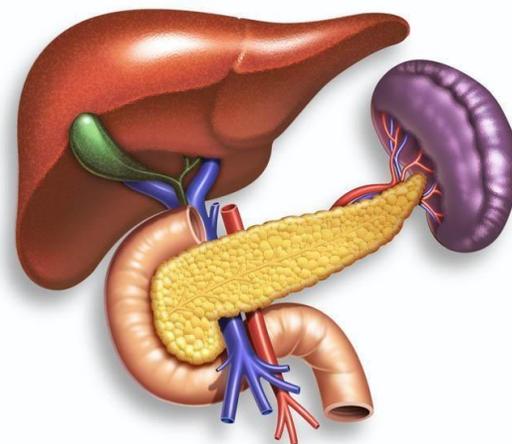
Москаленко Сергей Валентинович - к.мед.н., доцент кафедры детской
хирургии и анестезиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

Моисеев Андрей Михайлович - заведующий отделением интенсивной
терапии общего профиля Республиканской детской клинической
больницы МЗ ДНР

Сушков Николай Тимофеевич - к.мед.н., доцент кафедры детской
хирургии и анестезиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

► Закрытая травма живота является одним из наиболее распространенных вариантов травматического повреждения у детей. Зачастую она даже не является причиной обращения за медицинской помощью. Но закрытая травма живота с повреждением внутренних органов представляет реальную угрозу не только здоровью, но и жизни ребенка. Массивное внутреннее кровотечение при разрыве печени, селезенки за короткое время может привести к фатальному исходу.

- ▶ **Цель работы:** изучить эффективность интенсивной терапии детей с закрытой травмой живота, сопровождающейся повреждением печени и селезенки.



► **Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в отделении интенсивной терапии общего профиля Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2010 по 2021 год находились 410 детей в возрасте от 2 до 17 лет с травматическими повреждениями органов брюшной полости вследствие механического воздействия. У 223 детей (54,4%) была изолированная травма печени или селезенки. У 115 больных (28,0%) диагностирована сочетанная травма (в том числе: переломы конечностей; закрытая черепно-мозговая травма; тупая травма грудной клетки, не требовавшая хирургического лечения). У 72 пациентов (17,6%) травма носила множественный характер, с одновременным повреждением печени и селезенки.

► Использовали клинический, лабораторный, инструментальный, статистический методы исследования.

► **Результаты и обсуждение.** Анемия легкой и средней степени при госпитализации выявлена у 253 больных (61,7%), тяжелая анемия – у 60 детей (14,6%). При определении необходимости экстренного оперативного пособия ориентировались не только на тяжесть анемии, но и на результаты всего комплекса обследования пациента, включая данные ультразвукового исследования органов брюшной полости и показатели гемодинамики.

► Хирургическая остановка внутреннего кровотечения потребовалась в 181 случае: у 103 детей (56,9%) с изолированной травмой, у 44 (24,3%) – с множественной и у 34 больных (18,9%) – с сочетанной.

Все оперативные вмешательства были проведены в интервале от 6 часов до окончания первых суток после госпитализации пациентов. При этом абсолютный максимум хирургических пособий приходился на интервал 6-12 часов после начала интенсивной терапии (132 пациента – 72,9%).

► Из 410 пациентов комплексная консервативная интенсивная терапия была эффективна в 229 случаях: у 120 детей (52,4%) с изолированной травмой, у 71 больного (31,0%) – с сочетанной и у 38 (16,6%) – с множественной.

► Летальных исходов не было.

Состав нехирургического лечения

Показано консервативное лечение пациентам со стабильной гемодинамикой, при отсутствии продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и признаков перитонита.

Нехирургическое лечение рекомендуется как первая линия лечения у пациентов с закрытой травмой селезенки или печени со стабильной гемодинамикой;

Пациенты со средней, тяжелой степенью закрытой травмы, а также с проникающими ранениями селезенки или печени должны направляться в специализированные детские хирургические стационары после стабилизации гемодинамики;

- ▶ Нехирургическое лечение детей с травмой селезенки или печени надо проводить даже при сочетанной черепно-мозговой травме;
- ▶ У пациентов со стабильной гемодинамикой и изолированной травмой селезенки или печени следует избегать удаления органа;
- ▶ Нехирургическое лечение противопоказано при наличии перитонита и эвисцерации кишечника;

► Выводы

► Считаем рациональным при интенсивном наблюдении за пациентом с закрытой травмой живота с подозрением на повреждение печени и/или селезенки проводить регистрацию витальных показателей (частота пульса, артериальное давление) каждые 15 минут, а лабораторное определение уровня эритроцитов и гемоглобина как минимум каждые 3 часа в течение первых суток после госпитализации. Особая настороженность в отношении необходимости выбора оперативной коррекции повреждения – в течение 6-12 часов после госпитализации.

- ▶ Первичное сонографическое исследование органов брюшной полости необходимо проводить в ближайшее время после госпитализации, затем – по мере необходимости, но не реже 1 раза в сутки. Проводимая комплексная консервативная интенсивная терапия, включающая использование гемостатиков, антибиотиков и строгий постельный режим, была эффективна у 55,9% пациентов. Выбранная рациональная тактика интенсивного наблюдения и лечения детей с повреждением печени и селезенки при закрытой травме живота позволила избежать неблагоприятных исходов.