

УДК 616.36–001

Халилов Шукурилло Кучкарбаевич, ассистент.,

Мамажанов Умиджон Шакирович, старший преподаватель

Кафедра детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

**ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ
И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ**

Резюме: В работе продемонстрированы значительные преимущества нового способа оперативного лечения комбинированных повреждений печени и селезенки у детей, что делает его применимым в условиях любого ургентного хирургического отделения. Методика технически проста, не требует дополнительного оборудования и медикаментозного обеспечения.

Практическое применение разработанного оперативного вмешательства позволяет ликвидировать синдром постспленэктомической иммунодепрессии и значительно сократить количество послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: печень, селезенка, повреждения, травма, хирургическая лечения.

Khalilov Shukurillo Kuchkarbaevich, assistant.,

Mamazhanov Umidjon Shakirovich, senior lecturer

Department of Pediatric Surgery

Andijan State Medical Institute

**TREATMENT OF COMBINED LIVER AND SPLEEN INJURIES IN
CHILDREN**

Resume: The paper demonstrates the significant advantages of a new method of surgical treatment of combined liver and spleen injuries in children, which makes it applicable in any urgent surgical department. The technique is technically simple, does not require additional equipment and medical support.

The practical application of the developed surgical intervention makes it possible to eliminate the syndrome of postsplenectomy immunosuppression and significantly reduce the number of postoperative complications.

Keywords: liver, spleen, injuries, trauma, surgical treatment.

Актуальность. Повреждения органов брюшной полости у детей варьируют от 10 до 15% от всей детской травмы, при этом у каждого третьего ребенка с абдоминальной травмой имеются повреждение селезенки, а у каждого шестого - печени [3].

Появление и активное освоение лапароскопии изменили технологию хирургической интервенции, но не изменили лечебную тактику[4]. Что касается объема хирургических вмешательств, при повреждениях селезенки, как правило, производилась спленэктомия, изредка - резекция полюса или ушивание поврежденного органа[1].

Органосохраняющие вмешательства чаще выполняли детские хирурги, так как удаление такого важного органа, как селезенка, представляло опасность для дальнейшей жизни ребенка. При повреждениях печени с кровотечением в брюшную полость остановка кровотечения также была основной целью экстренного хирургического вмешательства, но травма печени несла в себе, как тогда считали хирурги, опасность развития желчного перитонита[2]. Это заставляло оперировать больного даже при незначительном скоплении крови в брюшной полости.

Развитие и совершенствование современных диагностических технологий, в первую очередь лучевых (УЗИ, СКТ, МРТ), значительно расширили визуализацию топографо-анатомических изменений внутренних органов при заболеваниях и травмах. Применительно к обсуждаемой проблеме у специалистов появилась возможность определять не только поврежденный орган, но и уточнять зону повреждения и размеры раны в нескольких проекциях. Более точно стали определять

наличие жидкости в брюшной полости, ее количество и плотность. Проведение такого исследования в динамике позволяет с большей точностью судить о продолжающемся или остановившемся кровотечении [2]. Столь подробная информация о состоянии травмированного органа в сочетании с постоянным мониторингом гемодинамики и лабораторных показателей облегчает дежурной врачебной бригаде выбор лечебной тактики: проводить консервативную терапию или вмешиваться хирургическим методом.

Анализ многочисленных публикаций в периодических изданиях и руководствах, посвященных проблеме повреждений солидных органов брюшной полости за последние 30 лет, свидетельствует о явных преимуществах консервативного лечения над оперативным [6]. Следует подчеркнуть важную подробность: почти все публикации на эту тему имели отношение только к педиатрической группе больных. В некоторых странах (США, например) с 2006 г. консервативное лечение травм селезенки и печени у детей при стабильных гемодинамических показателях признано стандартом лечебной тактики [5].

Цель исследования. Целью работы является улучшение результатов лечения больных с повреждением печени и селезенки путем создания нового способа радикального гемостаза раны печени и наиболее эффективной методики профилактики послеоперационного гипоспленизма у данного контингента больных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2020 по 2021 гг. находилось 57 больных с одномоментным повреждением печени и селезенки в возрасте от 3-х до 18-ти лет,, оперированных по стандартной методике с выполнением спленэктомии с ушиванием раны печени без аутотрансплантации селезеночной ткани. Отметим, что только 4 больных (7 %) имели локальное повреждение печени и селезенки, у остальных пациентов повреждения данных органов сочетались с черепно-

мозговой травмой - 44 больных (77%), повреждениями опорно-двигательного аппарата - 49 больных (86%).

Результаты исследования. Анализ клинического материала позволил сделать вывод, что основным методом диагностики внутрибрюшного кровотечения является УЗИ органов брюшной полости, которое в 84% объективно позволяло выявить патогномоничные симптомы повреждения.

Применение данного метода исследования позволило практически полностью отказаться от лапароцентеза с методикой шарящего катетера, лапароскопии в диагностических целях. Во всех случаях наблюдалась глубокие разрывы селезенки, частичный или полный отрыв органа от сосудистой ножки, что обусловливало обоснованную спленэктомию.

Во всех наблюдениях при одномоментном повреждении печени и селезенки хирургическая тактика была идентична на начальном этапе: выполнялась срединная лапаротомия, превентивное тампонирование раны печени, спленэктомия.

Ушивание раны печени всегда представляет значительные трудности. П-образные швы всегда имеют явную тенденцию к прорезыванию. Для тщательного гемостаза нами применялось прокладывание раневой поверхности гемостатической губкой — у 42 больных (73,7%), использовался тахокомб — у 8 больных (14%) и тиссукол — у 4 больных (7%). Параллельно с этим применялась диатермокоагуляция. При этом во всех наблюдениях полного гемостаза при глубоких ранах печени полностью достичь не удавалось. Это являлось, в свою очередь, обоснованным показанием к дренированию подпеченоочного пространства по Редону.

В послеоперационном периоде реинфицирование через дренаж подпеченоочного пространства являлось причиной осложнений у 4 больных (7%), нагноение лапаротомной раны - 4 больных (7%), нагноение в области дренажей - у 15 больных (26,3%), ранняя спаечная непроходимость

кишечника — у 2 больных (3,5%), гипостатическая пневмония - у 5 больных (8,7%).

Изучение катамнеза у 55 больных, оперированных ранее по общехирургическим принципам (с применением спленэктомии без аутотрансплантации селезеночной ткани), убедительно свидетельствовало, что у 50 пациентов (91%) наблюдались явные клинические симптомы гипоспленизма в послеоперационном периоде. Клиническое проявление данного синдрома заключалось прежде всего в увеличении заболеваемости инфекционными процессами.

Исследование основных факторов иммунитета в динамике свидетельствовало о значительном снижении противовоспалительных цитокинов и клеточного иммунитета, что влекло за собой значительное снижение факторов гуморального иммунитета.

Учитывая массивный характер повреждения двух жизненно-важных органов - печени и селезенки, массивное внутрибрюшное кровотечение, мы сочли целесообразным выполнение одномоментной аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени.

Патогенетическое обоснование данного подхода к хирургической тактике у данного контингента больных обусловлено, прежде всего, непосредственными гемостатическими свойствами селезеночной ткани, значительно лучшими условиями васкуляризации трансплантата и непосредственной физиологической близостью селезеночных клеток, вырабатывающих тафтсин, с клетками печени.

1. Лечение больных с комбинированными повреждениями печени и селезенки с применением спленэктомии приводит к снижению противовоспалительных цитокинов и клеточного иммунитета, что влечет за собой снижение факторов гуморального иммунитета и является основным звеном в патогенезе постспленэктомического синдрома.

2. Интраоперационное применение фибриновых kleев и диатермокоагуляции не обеспечивает надежного гемостаза раны печени и в комплексе с обоснованным дренированием брюшной полости увеличивает количество послеоперационных осложнений.

3. Разработанный в эксперименте способ аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени позволяет добиться полной остановки кровотечения и в дальнейшем сохранить жизнеспособным и полноценно функционирующим аутотрансплантат селезеночной ткани.

Разработанный способ аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени технически прост, применим в условиях любого ургентного хирургического отделения, позволяет купировать кровотечение из раны печени без дополнительных местных гемостатических средств и полностью отказаться от дренирования подпеченочного пространства.

Аутотрансплантация селезеночной ткани в рану печени является эффективным способом профилактики постоперационного гипоспленизма у данного контингента больных и позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с повреждениями печени и селезенки.

Вывод. Таким образом, предложенный лечебный комплекс имеет существенные преимущества перед существующими и позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с комбинированными и сочетанными повреждениями печени и селезенки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Агаджанян В.В., Менделеенко М.М., Семенихина М.В. Иммунный статус больных с политравмой в периоде острой реакции и ранних клинических проявлений травматической болезни. // Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова.- 2004.- №2.- С. 32-37.

2.Бабич И.И. Новый способ аутотрансплантации селезеночной ткани при комбинированных повреждениях печени и селезенки у детей." //

Материалы первого съезда хирургов Южного Федерального Округа РФ.- Ростов-на-Дону.- 2007.- С.180-181.

3.Климовицкий В.Г., Калинкин О.Г. Травматическая болезнь с позиций современных представлений о системном ответе на травму // Травма.-2003.-Т.4.-№2.-С. 123-130.

4.Шапкин Ю.Г., Киричук В.Ф., Масляков В.В. Иммунный статус в отдаленном периоде у пациентов, оперированных по поводу повреждений селезенки // Хирургия.- 2006. № 2.- С. 14.

5.Юлдашев М.Т., Валитов И.О., Султанова Г.Р. Способ восстановления целостности паренхиматозных органов при их травматических повреждениях у детей // Патент РФ № 2004104574.- 2005.

6.Ribet M., Quandalle P., Bollengier D., Hassoun A., Delohen P. Le traitement des polytraumatisees // Chirurgie.-2004.-Vol.1 10.-№4-P.346-351.