

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

¹Фелькина Е.А., ¹Ладутько И.М., ²Юрлевич Д.И.,
²Глушакевич Д.С., ²Хрыщанович В.Я.

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Одной из основных причин смертности в возрасте до 45 лет является травма, которая также входит в тройку ведущих причин смерти в мире во всех возрастных группах.

Травма живота составляет около 15% случаев среди пациентов, поступивших в отделение неотложной хирургической помощи, причем наиболее часто травмируемым органом является селезенка. Травму селезенки лечили оперативным путем в течение многих лет, поскольку считалось, что селезенка лишена важной функции, а ее повреждение не может заживать самостоятельно. Об этом свидетельствовали «двухфазные» разрывы органа, которые могли наступить в более поздние сроки после травмы. Уровень смертности из числа пациентов, которые не были прооперированы, был неприемлемо высок.

Неоперативное лечение травмы селезенки получило развитие в последние десятилетия. Накопленные знания относительно функций селезенки, в частности, иммунологической роли, обусловили необходимость разработки методов сохранения этого органа при его повреждении. В настоящее время известно, что селезенка является центральным лимфоидным органом и обеспечивает как врожденный, так и приобретенный иммунитет. Белая пульпа, в которой сосредоточены и сложно организованы иммунокомпетентные клетки, составляет около половины ее ткани. Утрата этого клеточного пула после спленэктомии приводит к невосполнимым дефектам в разных звеньях иммунитета. Потеря фагоцитарной функции селезенки, снижение уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови, подавление чувствительности лимфоцитов, изменение системы опсониров, снижение концентрации белков системы комплимента – это неполный перечень последствий спленэктомии для иммунной системы пациента. Реимплантация ткани селезенки после ее удаления практически не восстанавливает иммунную функцию, поскольку в искусственных очагах спленоза развивается преимущественно красная пульпа и практически не представлена белая, содержащая иммунные клетки.

Лечение закрытой травмы живота за последние несколько десятилетий существенно изменилось благодаря новым методам диагностики и точной оценки поражения органов, особенно диагностической и лечебной ангиографии и компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости

(ОБП) с контрастным усилением. Консервативное лечение повреждений селезенки первоначально начало применяться в 1970-х годах в детской хирургии. В настоящее время оно успешно используется и у взрослых.

Согласно современным подходам к лечению закрытой травмы живота повреждение селезенки уже не является абсолютным показанием к спленэктомии, поэтому необходим полноценный пересмотр показаний к экстренному хирургическому вмешательству при травматическом гемоперитонеуме.

Цель. Оценить возможность и эффективность неоперативного лечения повреждения селезенки у пациентов с изолированной и сочетанной травмой живота.

Материалы и методы. В исследование включены 81 пациент с сочетанной или изолированной травмой живота с повреждением селезенки, находившиеся на лечении в учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в период с июля 2020 г. по июль 2023 г.

Средний возраст пациентов составил 39 лет (от 16 до 89), мужчин было 51 (63%), женщин – 30 (37%). Изолированная травма живота с повреждением селезенки была выявлена у 10 (12%) пациентов, сочетанная травма – у 71 (88%) пациента. Одиннадцати пациентам проводилось неоперативное лечение повреждения селезенки. В клинике неоперативное лечение травм селезенки стало применяться с июня 2022 г. Консервативному лечению подвергались пациенты, не требующие экстренного оперативного вмешательства по поводу других повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости, без тяжелой черепно-мозговой и/или спинальной травмы, со стабильной гемодинамикой на момент обращения за медицинской помощью. Под гемодинамической нестабильностью расценивалось состояние, при котором у пациента систолическое артериальное давление при поступлении было меньше 90 мм рт. ст. и имелись признаки вазоконстрикции кожи (холодная, липкая, снижено наполнение капилляров), имелось изменение уровня сознания и/или одышка, или если артериальное давление было больше 90 мм/рт.ст., но требовалась болюсная инфузия и/или вазопрессорные препараты и/или переливание более 400 мл эритроцитарной массы в течение первых 24 ч от поступления. Пациенты с гемодинамической нестабильностью и признаками повреждения селезенки по данным инструментальных исследований из приемного отделения подавались в операционную и подвергались спленэктомии. Лечебно-диагностический алгоритм при консервативном и малоинвазивном лечении повреждений селезенки зависел от степени тяжести повреждения селезенки согласно шкале оценки травм Американской ассоциации хирургии травм (AAST). Так, при повреждениях I-III степени на уровне приемного отделения выполнялась КТ ОБП с болюсным усилением. Пациенты госпитализировались в хирургические отделения при изолированной травме, в отделение сочетанной травмы или отделение реанимации, если это требовала сопутствующая патология. Пациенты

соблюдали постельный режим в течение 48 ч после травмы. Ежедневно выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП, общий анализ крови (ОАК), коагулограмма в первые 72 ч от травмы. Пациенты находились под круглосуточным наблюдением хирурга. На 12-14 сутки выполнялся контрольное КТ ОБП с контрастированием. При повреждениях селезенки IV степени пациентам на уровне приемного отделения выполнялась КТ ОБП с болюсным усилением. Все пациенты госпитализировались в отделение реанимации на срок до 48 ч, также в первые 6 ч от поступления выполнялась диагностическая и лечебная ангиография. Проксимальная эмболизация селезеночной артерии спиралями Interlock 6, Azur 35 была выполнена у 3 пациентов, дистальная селективная эмболизация ветвей селезеночной артерии полученной вспененной смесью из 1% раствора этоксисклерола и гемостатической губки проведена 1 пациенту. В следующие 72 ч ежедневно выполнялись контрольные УЗИ ОБП, ОАК, коагулограмма. На 12-14 сутки выполнялся контрольное КТ ОБП с контрастированием. Постельный режим пациенты соблюдали в течение 72 ч.

Результаты и обсуждение. Всех пациентов с повреждением селезенки разделили на три группы по периодам госпитализации: с июля 2020 г. по июль 2021 г., когда при всех случаях разрыва селезенки выполнялась спленэктомия, с июля 2021 г. по июль 2022 г., когда первые пациенты были пролечены консервативно и с июля 2022 г. по июль 2023 г., когда каждый пациент с травмой селезенки оценивался на предмет возможности его консервативного лечения.

В первой группе было 29 пациентов с травмой селезенки на фоне изолированной и сочетанной травмы, все подверглись спленэктомии. С изолированной травмой было 2 (7%) пациента, с сочетанной – 27 (93%). Летальный исход наступил у 6 пациентов. Летальность составила 21% (среди пациентов с сочетанной травмой – 22%).

Во второй группе 24 пациента с травмой селезенки на фоне изолированной и сочетанной травмы. Двадцать три пациента подверглись спленэктомии, один был пролечен консервативно. С изолированной травмой было 4 (17%) пациента, с сочетанной – 20 (83%). Умерло 3 пациента. Летальность составила 12,5% (среди пациентов с сочетанной травмой – 15%).

В третью группу включено 29 пациентов с повреждением селезенки на фоне изолированной и сочетанной травмы. Девятнадцати пациентам была выполнена спленэктомия, 10 были пролечены консервативно. С изолированной травмой было 4 (14%) пациента, с сочетанной – 25 (86%). Умерло 3 пациента. Летальность составила 10% (среди пациентов с сочетанной травмой – 12%). Осложнений и летальности при консервативном лечении не было, спленэктомия в первичную и последующие госпитализации не проводилась.

Следует отметить, что летальных исходов у пациентов с изолированной травмой при всех видах лечения не отмечено, а все умершие за период с 2020 по 2023 гг. были пациентами с сочетанной травмой.

Выводы. На основании предварительных результатов можно предположить, что неоперативное лечение повреждений селезенки с использованием эндоваскулярных методов гемостаза эффективно и позволяет сохранить селезенку даже при тяжелых ее повреждениях IV степени согласно классификации AAST. Внедрение неоперативных методов лечения повреждений селезенки у пациентов с сочетанной травмой позволяет снизить летальность в данной группе пациентов предположительно за счет исключения операционной травмы при травматическом шоке, который всегда сопровождает политравму.