

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПОЛИТРАВМЫ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Горелик А.Л., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Карасева О.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Несмотря на возможности современных технологий полноценная и своевременная диагностика всех повреждений в структуре политравмы сохраняет свою актуальность

Цель. Демонстрация трудностей и ошибок в диагностике редких повреждений в структуре политравмы.

Материалы и методы. Мальчик, 5 лет был сбит автомобилем, в результате чего получил политравму (ISS-41) с превалированием торакоабдоминальных повреждений. В первичном стационаре были выполнены: дренирование правой плевральной полости (пневмоторакс); диагностическая лапароскопия (забрюшинная гематома справа); люмботомия справа, ревизия почки и дренирование паранефрального пространства (повреждений не выявлено). В НИИ НДХиТ ребенок переведен на 2 сутки после травмы.

Результаты. При поступлении выполнена СКТ (Whole body), на которой помимо ранее диагностированных повреждений выявлено высокое стояние левого купола диафрагмы и де-васкулязация верхнего полюса правой почки. Описанные повреждения были расценены, как травматический парез диафрагмы и травма правой почки 3 степени, принята консервативная тактика. Появление и увеличение объема мочи, отделяемой по дренажу из паранефрального пространства, к 3-м суткам посттравматического периода позволили диагностировать повреждение ЧЛС. Учитывая отсутствие отрицательной динамики по данным УЗИ почки было решено выполнить стентирование правого мочеточника для восстановления оттока мочи. При манипуляции выявлен свободный выход проводника за пределы мочеточника и контрастирование паранефрального пространства, что явилось показанием к оперативному лечению. При лапароскопической ревизии правой почки был диагностирован полный отрыв мочеточника в верхней трети. Поскольку восстановить мочеточник не представлялось возможным ввиду большого диастаза между его проксимальным и дистальным концом и выраженной инфильтрации тканей, выполнена пиелостомия. При лапароскопической ревизии достоверных признаков повреждения диафрагмы не выявлено. На 5-е сутки после травмы отмечена отрицательная динамика в виде появления и нарастания дыхательной недостаточности. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки диагностирован разрыв левого купола диафрагмы с миграцией желудка в левую плевральную полость. При торакоскопии разрыв левого купола диафрагмы, протяженностью более 10 см (травма 4 степени) был подтвержден, выполнена торакоскопическая пластика дефекта. Течение послеоперационного периода гладкое. Ребенок был выписан домой с пиелостомой. Через 4 мес. после травмы была выполнена лапароскопическая заместительная аппендикуретеропластика. В анамнезе (2 г.) функция правой почки сохранена, уродинамика верхних мочевых путей не нарушена.

Выводы. В структуре политравмы встречаются редкие и трудные для диагностики повреждения. Во избежание ошибок следует сохранять настороженность в отношении подобных травм, использовать полный диагностический арсенал, в том числе активнее применять инвазивные методы диагностики в сложных случаях.