Травма селезенки у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S36.0 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Травма селезенки у детей — нарушение целости и функции органа из-за внешнего воздействия, чаще закрытое повреждение при ДТП, падении или ударе в живот. Главная тактика — сохранить селезенку: при стабильной гемодинамике и отсутствии продолжающегося кровотечения применяют неоперативное лечение, при нестабильности или перитоните выполняют хирургический гемостаз.

Главное

- Неоперативное лечение — первая линия при закрытой травме селезенки со стабильной гемодинамикой, без продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и перитонита (УУР С, УДД 4).
- При нестабильной гемодинамике из-за продолжающейся кровопотери, отсутствии эффекта от инфузии или перитоните на фоне повреждения полых органов показана операция (УУР С, УДД 5).
- Даже при тяжелом повреждении у стабильного ребенка стремятся сохранить селезенку: используют тампонирование, ушивание сальником, сегментарную или атипичную резекцию; спленэктомия остается вынужденной мерой, при которой показана аутотрансплантация ткани селезенки.
- УЗИ выполняют всем пациентам; при стабильной гемодинамике и неясных результатах УЗИ КТ является методом высокой диагностической информативности для оценки повреждения, гемоперитонеума и активного кровотечения (УЗИ: УУР С, УДД 5; КТ: УУР С, УДД 5).
- У детей с закрытой травмой селезенки неоперативное лечение проводят в стационаре с постоянным мониторингом, возможностью ангиографии, экстренной хирургии и прямым доступом к препаратам крови.
- После неоперативного лечения повреждения средней и тяжелой степени возвращение к физической активности допускается через 6 недель; контрольная КТ до и после выписки при изолированной травме селезенки не требуется.

Диагностика

1. Уточнить механизм травмы и силу воздействия, а также характер боли в животе, наличие тошноты и рвоты (УУР С, УДД 5).
2. Оценить общее состояние, положение ребенка, наличие кровоподтеков в левом боку, выполнить пальпацию и перкуссию живота (УУР С, УДД 5). Ищут боль и локальное напряжение в левом подреберье, признаки свободной крови и симптом Кера.
3. Оценить пульс и артериальное давление, затем рассчитать индекс шока как отношение частоты пульса к систолическому давлению (УУР С, УДД 5; расчет индекса шока: УУР С, УДД 4). Порог повышенного индекса: более 1,22 в 4–6 лет, более 1 в 6–12 лет и более 0,9 с 13 лет.
4. Выполнить общий анализ крови с определением гемоглобина, эритроцитов и гематокрита для выявления и контроля анемии (УУР С, УДД 4). В первые часы эти показатели могут не отражать тяжесть кровопотери.
5. Провести обзорную рентгенографию грудной клетки и брюшной полости для поиска сочетанного повреждения полого органа и косвенных признаков повреждения селезенки (УУР С, УДД 5).
6. Выполнить комплексное УЗИ брюшной полости для оценки повреждения селезенки и гемоперитонеума (УУР С, УДД 5). Для динамики предложены исследования при поступлении, через 8–12, 16–24 и 36–48 часов, затем на 7-е, 14-е и 21-е сутки; при угрозе кровотечения интервал сокращают до 1–3 часов.
7. При стабильной гемодинамике, если повреждение внутренних органов нельзя исключить по УЗИ, выполнить КТ брюшной полости (УУР С, УДД 5). При сочетанной травме с неясными результатами основных методов возможна диагностическая лапароскопия (УУР С, УДД 5), но при выраженной гипотензии, поддерживаемой постоянной инфузией, показана срочная лапаротомия.

Лечение

- При стабильной гемодинамике, отсутствии продолжающегося кровотечения и перитонита выбрать консервативную тактику (УУР С, УДД 4): наблюдение в палате интенсивной терапии и реанимации, строгий

постельный режим, мониторирование давления и пульса, серийный общий анализ крови, УЗИ каждые 2–3 часа и внутривенные растворы по показаниям.

- Через 24–48 часов после неоперативного лечения при стабильном состоянии пациента переводят в общее хирургическое отделение.
- Экстравазация контраста на КТ сама по себе не требует удаления селезенки. Большинству детей при экстравазации или тяжелой степени повреждения ангиография и эмболизация не нужны; эмболизацию можно выполнить при посттравматической псевдоаневризме сосудов селезенки до выписки.
- При нестабильной гемодинамике из-за продолжающегося кровотечения, неэффективности инфузионной терапии или перитоните выполнить хирургический гемостаз (УУР С, УДД 5).
- Во время операции максимально сохраняют орган: применяют местное тампонирование, спленорафию с оментопластикой, сегментарную ангиоредукцию или резекцию; при глубоком повреждении, вовлечении ворот с активным кровотечением либо двухэтапном разрыве возможна сегментарная резекция при сохранной жизнеспособной части селезенки.
- При вынужденной спленэктомии показана аутотрансплантация ткани селезенки.
- После спленэктомии нужны вакцинация и длительная системная антибактериальная профилактика (УУР С, УДД 4). Пожизненная антибиотикопрофилактика особенно показана детям младше 6 лет, пациентам с неадекватным серологическим ответом на пневмококковую вакцину и перенесенной пневмококковой инфекцией.
- После неоперативного лечения повреждений средней и тяжелой степени ограничивают физическую активность на 6 недель.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при анамнестических или клинических данных, указывающих на повреждение селезенки.
- После стабилизации гемодинамики детей со средней или тяжелой закрытой травмой, а также с проникающими ранениями селезенки направляют в специализированный детский хирургический стационар.
- При быстром пульсе и снижении артериального давления, указывающих на внутрибрюшное кровотечение, требуется экстренная госпитализация в хирургический стационар.
- Выписка возможна при стабильной гемодинамике, нормализации гемоглобина и гематокрита, полной энтеральной нагрузке, отсутствии боли в животе и напряжения мышц передней брюшной стенки.

Частые вопросы

Когда при травме селезенки у ребенка можно лечить без операции?

При стабильной гемодинамике, отсутствии продолжающегося внутрибрюшного кровотечения и признаков перитонита. Тактика включает интенсивное наблюдение, строгий постельный режим, серийные анализы крови и УЗИ (УУР С, УДД 4).

Какой индекс шока считать патологическим у ребенка?

Индекс рассчитывают как частоту пульса, деленную на систолическое давление. Повышенными считаются значения более 1,22 в возрасте 4–6 лет, более 1 в 6–12 лет и более 0,9 с 13 лет.

Когда нужна КТ, если уже выполнено УЗИ?

КТ выполняют ребенку со стабильной гемодинамикой, если по комплексному УЗИ нельзя исключить повреждение внутренних органов. Метод позволяет оценить степень повреждения, объем крови и активное артериальное кровотечение (УУР С, УДД 5).

Является ли активная экстравазация контраста на КТ показанием к спленэктомии?

Нет. Экстравазация контраста сама по себе не является показанием к удалению селезенки; большинству детей не требуются ангиография и эмболизация.

Когда после травмы селезенки ребенок может вернуться к физической активности?

После неоперативного лечения повреждения средней или тяжелой степени — через 6 недель.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/938-travma-selezenki-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/938_1