

**Сухих Николай Константинович** – к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Кировской ГМА; тел. (8332) 51-26-79.

**Лапшин Виталий Иванович** – старший ординатор хирургического отделения Кировской ОДКБ; тел. (8332) 62-11-15, факс (8332) 64-07-34.

УДК 616.381-002-053.2-072.1

М.П. Разин, В.И. Лапшин, В.А. Скобелев,  
М.М. Смоленцев

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Кировская государственная медицинская академия*

M.P. Razin, V.I. Lapshin, V.A. Skobelev,  
M.M. Smolentsev

## NEW TREATMENT OPTIONS OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

*Kirov State Medical Academy*

Авторами представлен опыт оперативного лечения 235 детей с аппендикулярным перитонитом (АП), возрастно-половые аспекты и различная распространенность патологического процесса в этой группе больных. Сравнительная характеристика лечения больных АП традиционным (открытая лапаротомия) и лапароскопическим методом учитывала следующие факторы: давность заболевания, выраженность перитонита, появление активной перистальтики и самостоятельного стула после операции, число повторных оперативных вмешательств, средний койко-день, отсутствие летальных исходов. Применение лапароскопического лечения способно существенно ускорить выздоровление больных. Факт довольно большого процента повторных операций при лапароскопическом лечении АП авторы связывают с поздним сроком поступления больных, а также с накоплением практического оперативного опыта при использовании этой современной технологии. Перспективной представляется разработка новых методов интра- и послеоперационного противоспаечного лечения детей.

**Ключевые слова:** аппендикулярный перитонит, лапароскопия, дети.

The authors present the experience of surgical treatment of 235 children with appendicular peritonitis (AP), the age-gender and different aspects of the prevalence of pathological process in this group of patients. Comparative characteristics of the traditional treatment of patients with AP (laparotomy) and laparoscopic method takes into account the following factors: duration of the disease, the severity of peritonitis, the appearance of active peristalsis and an defecation after the operation, the number of reoperations, the average treatment day, mortality absence. The use of laparoscopic treatment can significantly speed up the recovery of patients. The authors attribute the fact of a quite large percentage of

reoperations after laparoscopic treatment of AP with the late patient's admission to the hospital, as well as the accumulation of practical operational experience when using this modern technology. Development of new methods of intraoperative and postoperative antiadhesion treatment seems promising in children.

**Key words:** appendicular peritonitis, laparoscopy, children.

В последние десятилетия медицинской наукой и практическим здравоохранением сделаны значительные успехи в лечении аппендикулярного перитонита (АП) у детей, но эта тема по-прежнему остается актуальной как ввиду тяжести и распространенности патологии, так и ввиду широкого внедрения современных перспективных малоинвазивных методов ее лечения [1, 2].

За период с 2007 по 2014 г. в клинике детской хирургии Кировской ГМА нами было пролечено 235 больных с АП, из них 55% составили мальчики. Детей до 3 лет было 6%, от 3 до 7 лет – 20%, старше 7 лет – 74%. Перитонит затрагивал не более одного этажа брюшной полости у 62 детей (26,4%), более одного этажа – у 173. Лапароскопически были прооперированы 30 пациентов, в этой группе гендерно-возрастные характеристики не отличались от общегрупповых; при лапароскопии перитонит был признан местным у 27, общим – у 3 больных.

Появление активной перистальтики и у больных, прооперированных традиционно (первая группа), и у детей, пролеченных эндоскопически (вторая группа), отмечалось через 1,6 дней после операции. Самостоятельный стул появлялся у больных 1 группы в среднем через 2,6–4,2 дня (в зависимости от распространенности процесса), у больных 2 группы – через 2 дня. Противоспаечная терапия обязательно проводилась всем больным с общим АП и больным с осложнениями при местном АП вне зависимости от способа оперативного лечения [3]; летальных исходов не было.

Помимо прочего были выявлены следующие закономерности: АП начинал занимать один этаж брюшной полости в среднем через 1,8 суток от начала заболевания, более одного этажа – через 2,7 суток от клинического дебюта острого аппендицита. Средний койко-день у больных первой группы составил 18,5 (9,5 при местном АП; 20,4 – при общем АП). Средний койко-день у детей второй группы равнялся 16,7.

Нужно заметить, что при лапароскопическом лечении АП конверсий не было, но 9 пациентов в последующем были подвержены повторному оперативному лечению, что всегда было связано со слишком большой давностью течения перитонита (позднее поступление, M=5,1 дня). У одной девочки причиной повторного оперативного вмешательства явился продолженный перитонит, у восьми больных – спаечная кишечная непроходимость (ранняя в пяти случаях, поздняя – в трех).

### Выводы

- 1) проблема поздней диагностики АП по-прежнему остается актуальной для детской хирургии;
- 2) современное эндоскопическое лечение способно существенно сократить сроки лечения больных;

3) оптимизация лечения АП у детей на современном этапе может заключаться в разработке новых методов периоперационного противоспаечного лечения.

#### Список литературы

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. акад. РАМН проф. Ю.Ф. Исакова, проф. А.Ф. Дронова // руководство для врачей. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 1168 с.
2. Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие / М.П. Разин [и др.]. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. 148 с.
3. Разин М.П., Галкин В.Н., Игнатъев С.В., Скобелев В.А. Некоторые аспекты диспансеризации детей с угрозой развития спаечных осложнений // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. Т. 13. № 1. С. 46–47.

#### Сведения об авторах

**Разин Максим Петрович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА. E-mail: mprazin@yandex.ru; тел. (8332) 51-26-79, факс (8332) 64-07-34.

**Лапшин Виталий Иванович** – старший ординатор хирургического отделения Кировской ОДКБ; тел. (8332) 62-11-15.

**Скобелев Валентин Александрович** – к.м.н., заведующий хирургическим отделением Кировской ОДКБ; тел. (8332) 62-11-15.

**Смоленцев Максим Михайлович** – ассистент кафедры факультетской хирургии медицинского института Сургутского государственного университета.

УДК 616.342-001.31-053.2-0.89

М.П. Разин, В.А. Скобелев

## РЕДКАЯ ФОРМА ТУПОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА У РЕБЕНКА

*Кировская государственная медицинская академия*

M.P. Razin, V.A. Skobelev

## A RARE FORM OF BLUNT ABDOMINAL TRAUMA IN A CHILD

*Kirov State Medical Academy*

Изолированная закрытая тупая травма панкреато-дуоденальной зоны является редкой патологией, сопровождаемой высокой смертностью. Ранняя идентификация дуоденальной травмы обычно трудна ввиду забрюшинного расположения органов и отсутствия клинических проявлений со стороны брюшной полости. Авторами была пролечена оперативно девочка 10 лет с тупой травмой живота (упала на рукоятку руля велосипеда). Хирургами на операции выявлена крайне редкая травма – изолированный отрыв фатерова соска от двенадцатиперстной кишки (ДПК). Выполнена папиллотомия, через сосочек проведены два катетера: в проток поджелудочной железы и ретроградно в холедох. Поперечная дуоденотомия в месте, где сохранена серозная оболочка. Обнаружено бывшее место нахождения фатерова сосочка, через

которое проведены стенты и культя сосочка. Культя подшита к слизистой оболочке ДПК. Стенты выведены в отдельный прокол в стенке ДПК, фиксированы к серозной оболочке кистным швом и к каждому катетеру, через отдельный разрез выведены на переднюю брюшную стенку, на 15-й день после операции удалены. На контрольном ультразвуковом обследовании, выполненном на 19-й день после операции, желчевыводящие протоки не расширены, в кишечнике большое количество газов, перистальтика повышена, констатирована состоятельность реконструктивной пластической операции. Больная выписана домой на 23 сутки в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** фатерова соска, тупая травма живота, оперативное лечение, дети.

Isolated closed blunt trauma of pancreatic-duodenal area is a rare disease, followed by a high mortality rate. Early identification of duodenal injuries is usually difficult due to the retroperitoneal location and the absence of clinical abdominal manifestations. Authors was operated 10 years old girl with blunt abdominal trauma (fall on a bicycle handlebar). Surgeons revealed an extremely rare injury during the operation - isolated avulsion Vater nipple from duodenum. Papillotomy was performed, through the papilla were carried two catheters: to pancreatic duct and retrograde to choledoch. Transverse duodenotomy was performed in a place where serous tunica stored. It was found the former location of the major duodenal papilla, through which stents and the cult of the papilla were carried. The cilt was sewed to mucosal layer of duodenum. Stents were carried in a separate puncture in the wall of the duodenum, were fixed to the purse-string suture to serosa and to each catheter, removed through a separate incision to the abdominal side, on the 15th day after surgery removed. The control ultrasound, performed in 19 days after surgery, revealed that bile ducts were not expanded; a lot of gases in the intestine, increased motility, good results of reconstructive plastic surgery were fixed. The patient was discharged home on 23 day in a good condition.

**Key words:** Vater nipple, blunt abdominal trauma, surgery, children.

Изолированная закрытая тупая травма панкреато-дуоденальной зоны является редкой патологией, сопровождающейся высокой смертностью. Ранняя идентификация дуоденальной травмы обычно трудна ввиду забрюшинного расположения органов и отсутствия клинических проявлений со стороны брюшной полости [2]. Частота изолированных травматических повреждений ДПК в общей структуре травм органов брюшной полости не превышает 0,2–1% [3]. У детей имеется ряд анатомических особенностей, predisposing к более доступному воздействию внешних травмирующих сил, к которым относятся меньшее количество мышечной массы и жировой клетчатки, более горизонтальное расположение ребер, относительно небольшие размеры сальника и т.д. [1]. Проблемой является также и выбор хирургической тактики, которая определяется характером повреждения ДПК, осложнениями, и сводится к восстановлению целостности ДПК, восстановлению желчных протоков. Небезынтересным представляется наше клиническое наблюдение такой редчайшей травмы, как изолированный полный отрыв фатерова соска у ребенка.