

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.

Больная М., 10 лет, поступила в хирургическое отделение КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» с 19.08.2014 через несколько часов после тупой травмы живота (упала на рукоятку руля велосипеда). До этого в КОКБ № 3 «Травматологическая больница» была исключена скелетная и нейромозговая травма, выполнено МСКТ брюшной полости: признаки повреждения печени, в брюшной полости в подпеченочном пространстве, вокруг петель кишечника определяется скопление жидкости (гемоперитонеум). При поступлении: жалобы на боли в животе, тошноту, состояние по заболеванию тяжелое, положение вынужденное (стремится занять положение на боку с приведенными к животу ногами). В динамике – нарастание болевого синдрома; АД 110/70 мм рт.ст.; тахикардия до 108 ударов в минуту; ЧД – 26 в минуту. Живот напряжен, больше в верхних отделах, болезненный при пальпации. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный с обеих сторон, перкуссия передней брюшной стенки болезненна. Симптом «ваньки-встаньки» положительный. Относительная болезненность при пальпации точки Мейо-Робсона. В анализе крови гемоглобин 129 г/л; эритроциты $4,47 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $24,2 \cdot 10^9/л$; палочкоядерные 11%; сегментоядерные 89%; моноциты 0; эозинофилы 0; скорость оседания эритроцитов 10 мм/час; глюкоза 8,0 ммоль/л, альфа-амилаза 515 ед/л, ЛДГ 473 ед/л.

По тяжести состояния девочка помещена в отделение реанимации. После проведения короткой предоперационной подготовки через 11 часов после травмы больная взята на операцию. После верхнесрединной лапаротомии в брюшной полости обнаружено до 100,0 мл темной крови (аспирация). Обнаружена гематома большого сальника до 50,0 мл – резекция сальника. При ревизии брюшной полости разрывов паренхиматозных органов не обнаружено. Ниже правой почки обнаружена забрюшинная гематома больших размеров (дренирование). Желудок, тонкий и толстый кишечник без особенностей. Выявлена забрюшинная гематома в области верхней горизонтальной ветви и связки Трейца. Забрюшинная часть 12-перстной кишки ревизирована, обнаружено незначительное подтекание геморрагической жидкости с примесью желчи ниже головки поджелудочной железы (сама железа интактна). Обнаружить видимый разрыв забрюшинной части ДПК не удалось, под нижней горизонтальной ветвью и под поджелудочной железой установлен дренаж Блейка.

С первых суток послеоперационного периода у больной отмечено обильное желчеотделение по дренажам, из полости малого сальника и правого забрюшинного пространства. Состояние тяжелое, стабильное, без динамики. В сознании. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые физиологической окраски. По зонду из желудка светлое отделяемое с примесью измененной крови в небольшом количестве. Была 1 раз рвота с примесью желчи. Гемодинамика стабильная. Тоны сердца ясные. АД 133/77 мм рт. ст. Пульс 127 в минуту. Живот при поверхностной пальпации мягкий, напрягает активно, болезненный в области швов и дренажей. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Перистальтика не выслушивается. Стула не было. Диурез самостоятельный, достаточный. По дренажу из полости малого сальника темно-зеленое отделяемое. Содержимое взято на определение амилазы (нет), по дренажу из

правого забрюшинного пространства – желчное отделяемое в умеренном количестве. В анализе крови гемоглобин 120 г/л; эритроциты $4,14 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты $16 \cdot 10^9/л$. 20.08.2014 г. проведены Rg-контрастное исследование ЖКТ (затеков контраста за пределы кишечника не выявлено); внутривенная урография (затеков контраста за пределы ЧЛС нет). На вторые сутки состояние тяжелое с отрицательной динамикой. Сознание ясное. Очень вялая. Постоянные позывы на рвоту. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые физиологической окраски, температура тела до 38. Дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипов нет, ЧДД 22 в мин. Гемодинамика стабильная. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет, АД 115/64 мм рт. ст. Пульс 116 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения на лучевой артерии. По назогастральному зонду 100 мл/сут светлого отделяемого. Живот вздут, пальпация болезненна, выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника отсутствует. Стула не было. Диурез почасовой 1,04 мл/кг/ч. Местно: по дренажу из полости малого сальника темно-зеленое отделяемое, более 300 мл. По дренажу из правого забрюшинного пространства – обильное желчное отделяемое. Т.е. у больной имеет место прогрессирующее течение желчного перитонита. На основании полученных данных было принято решение о проведении релапаротомии. После вскрытия брюшной полости был обнаружен желчный выпот. При ревизии внутренней части «подковы» ДПК выявлено, что в этой части кишка десерозирована, скелетирована на длину до 5 см, в дне раны находится оторванный от слизистой кишки фатеров сосочек. 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 кистетным швом и к каждому катетеру. Стенты через отдельный разрез выведены на переднюю брюшную стенку. Брюшная полость осушена, дренирована. Альфа-амилаза (содержимое брюшной полости) 779 ед/л.

В послеоперационном периоде по дренажам боковых каналов брюшной полости скудное серозное отделяемое 7 дней, дренажи удалены; по дренажу из-под ДПК серозно-геморрагическое отделяемое 6 дней, дренаж удален; по стентам в течение 2 дней скудное желчеотделение, далее в течение 18 дней умеренное желчеотделение, стенты удалены. В послеоперационном периоде у больной отмечалось повышение альфы-амилазы в 2–3 раза выше возрастной нормы (нормализовалось на 12-й день). С целью создания функционального покоя больная 9 суток находилась на полном парентеральном питании. В послеоперационном периоде больная получала инфузионную терапию в полном объеме, переливание СЗП, октреотид, нексиум, меропенем, цефпар. Отмечался большой объем потерь по стентам до 2,5 литров, что потребовало больших объемов инфузионной терапии. На 15-й день после операции стенты из холедоха и панкреатического протока были удалены. На контрольном ультразвуковом обследовании, выполненном на 19-й день после операции, желчевыво-

дующие протоки не расширены, в кишечнике большое количество газов, перистальтика повышена, констатирована состоятельность реконструктивной пластической операции. Больная выписана домой на 23 сутки в удовлетворительном состоянии. Наблюдается на участке педиатром, соблюдает диету, посещает школу.

Данный случай представляет интерес в связи с исключительной редкостью описанной патологии.

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. *Скобелев В.А., Разин М.П., Сырчин Э.Ф., Ральников В.В., Кузнецов С.Ю., Помелов С.А.* Тяжелая сочетанная травма легких, диафрагмы, кишечника, селезенки, позвоночника, спинного мозга и обеих почек // Детская хирургия. Т. 18. № 6. С. 51–52.
3. Травматология и ортопедия: Учебник для медицинских вузов / Котельников Г.П. [и др.]. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. 400 с.

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.

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

УДК 616-056.3-02:616.2-002-053.2

М.Н. Репецкая, Е.Г. Фурман, Е.В. Букина

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ФОРМИРОВАНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ НАСТРОЕННОСТИ

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

M.N. Repetskaya, E.G. Furman, E.V. Bukina

THE ROLE OF RESPIRATORY TRACT INFECTION OF NEONATAL PERIOD IN DEVELOPING PREDISPOSITION TOWARD ALLERGIES

Academician E.A. Wagner Perm State Medical University

Вот уже много лет заболевания органов дыхания у детей занимают передовые позиции в структуре общей заболеваемости не только в виде проявлений острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей, но и аллергических болезней.

Известно, что заболевания дыхательной системы инфекционного генеза являются как пусковым механизмом, так и звеном в патогенезе аллергических болезней респираторного тракта. Изучен анамнез и проведено обследование 36 детей, перенесших респираторную инфекцию в периоде новорожденности, в возрасте 5–6 лет на базах ДГКБ № 13 и ДГКБ № 15 г. Перми. Выявлена наследственная отягощенность по аллергической патологии, высокая частота манифестации аллергических заболеваний у детей раннего возраста. Отмечена повышенная восприимчивость к острым респираторным вирусным инфекциям, характеризующимся длительным течением заболевания и наличием осложнений. Наблюдался высокий уровень сенсибилизации у детей, перенесших в неонатальном периоде инфекцию верхних и нижних дыхательных путей.

Ключевые слова: респираторная инфекция, неонатальный период, аллергия.

For many years now respiratory diseases in children take first place in the structure of general morbidity manifesting not only in the form of the acute respiratory tract infection but also in the form of allergic diseases. It is known that infectious respiratory diseases are the triggers and the link in the pathogenesis of allergic diseases of the respiratory tract. Examination of 36 children aged 5-6 who had neonatal respiratory infection was conducted and their catamnesis was studied on the basis of Children's city clinical hospital № 13 and Children's city clinical hospital № 15 in Perm. Family history of allergies and the high frequency of manifestations of the allergic disease in infants were marked. Increased susceptibility to the prolonged acute respiratory viral infections with complications was pointed out. There was a high level of sensitization in children who had upper and lower respiratory tract infection in the neonatal period.

Key words: respiratory tract infections, neonatal period, allergy.

Введение

В структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания занимают первые ранговые места, особенно у новорожденных и детей дошкольного возраста. Характеризуется респираторная патология у детей наиболее частым возникновением острых вирусных инфекций, их осложнением. Дыхательная система находится в непосредственном контакте с окружающей средой и подвергаясь как воздействию неспецифических факторов внешней среды, так и инфекционной антигенной нагрузке (вирусы, бактерии, грибы), что в большей степени имеет значение у детей, перенесших респираторную инфекцию в период новорожденности [1].

Ранняя манифестация острой респираторной инфекции, а также повторные вирусные поражения верхних дыхательных путей является предрасполагающим фактором к возникновению пневмоний, бронхитов, бронхиальной обструкции и способствуют формированию хронической бронхолегочной патологии, среди которой лидирует бронхиальная астма (БА) [2, 6]. Известно, что вирусная инфекция может быть как пусковым механизмом возникновения аллергического процесса, так и его непосредственной причиной в силу наличия у вирусов определенных антигенных свойств [1, 3].

Установлено, что рецидивирующий бронхооб-