Гадельшин Э.С., Сагитов Р.Б., Султангужин А.Ф.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи г. Уфы»

Gadelshin E.S., Sagitov R.B., Sultanguzhin A.F.

EXPERIENCE WITH LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENZYMATIC PERITONITIS

SBIH RB Emergency Hospital city of Ufa

Резюме

По нашим наблюдениям, у ребенка с геморрагическим панкреонекрозом, осложненным ферментативным перитонитом наравне с синдромом системного воспалительного ответа патогномичными признаками являются гиперамилаземия и гиперамилазурия, а также панкреатомегалия с диффузной размытостью контуров паренхимы поджелудочной железы и наличие свободной жидкости в брюшной полости, по данным ультрасонографии. Интраоперационно в брюшной полости отмечается скопление серозно-геморрагического выпота с высокой активностью амилазы. Применение лапароскопии позволяет диагностировать и с минимальной инвазией адекватно выполнить хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: ферментативный перитонит, панкреонекроз, лапароскопия, ребенок

Abstract

According to our observations in a child with hemorrhagic pancreonecrosis complicated enzymatic peritonitis along with systemic inflammatory response syndrome pathognomonic signs are hyperamylasemia and giperamilazuriya and pankreatomegaliya blurriness with diffuse pancreatic parenchyma and the presence of free fluid in the peritoneal cavity by ultrasonography. Intraoperative abdominal marked accumulation of serous-hemorrhagic effusion with high amylase activity. The use of laparoscopy to diagnose and adequately perform minimally invasive surgery.

Key words: enzymatic peritonitis, pancreonecrosis, laparoscopy, baby

Введение

Проблема деструктивного панкреатита в детском возрасте на сегодняшний день не нова, однако данная патология остается наименее изученной страницей в детской хирургии. Зачастую отсутствие настороженности в отношении данного заболевания служит причиной поздней диагностики данного заболевания у детей.

Материал и методы исследования

По итогам 2012 г. мы имеем опыт диагностики и лечения *пациента III., 12 лет*, с геморрагическим панкреонекрозом, осложненным забрюшинным инфильтратом и диффузным ферментативным перитонитом. Из анамнеза заболевания: ребенок поступил по линии «скорой помощи» спустя 15 ч от начала заболевания с клиникой пе-

ритонита неясной этиологии и явлениями эксикоза и эндотоксикоза, жалобами на боли в животе постоянного характера. При опросе родители указывали на употребление ребенком обильной жирной пищи и кумыса. При поступлении со стороны клиничко-лабораторных данных отмечались лейкоцитоз ($16,8 \times 10^9/\text{л}$), гиперамилаземия (532 Ед/л) и гиперамилазурия (93 Ед/л). При ультрасонографии брюшной полости и забрюшинного пространства выявлены панкреатомегалия со снижением эхогенности, диффузной размытостью контуров паренхимы поджелудочной железы и свободная жидкость в брюшной полости. По данным гастроскопии – поверхностный гастродуоденит, незначительное застойное содержимое в желудке. Учитывая наличие перитонеального синдрома по данным физикального осмотра и ультрасонографии, а так-

же необходимость верификации диагноза с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, после кратковременной предоперационной подготовки выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия.

Результаты исследования и их обсуждение

При лапароскопической ревизии брюшной полости по боковым каналам и в полости малого таза выявлен серозно-геморрагический выпот в количестве 300 мл с высокой активностью амилазы (1140 Ед/л). Петли тонкой кишки равномерно вздуты, с вялой перистальтикой. В проекции желудочно-ободочной связки определяется стекловидный отек с имбибицией кровью. При оментобурсоскопии в сальниковой сумке выпота не выявлено, определяются выраженный отек, уплотнение в области головки и тела поджелудочной железы с имбибицией брыжейки толстой кишки кровоизлияниями. Выполнены аспирация выпота, санация брюшной полости. В полость малого таза в правый боковой канал и подпеченочное пространство установлены двухпросветные дренажи. В раннем послеоперационном периоде в условиях ОРИТ и после перевода в детское хирургическое отделение проводилось комплексное лечение, в объем которого входила инфузионная терапия с форсированием

диуреза в течение 24–48 ч, антисекреторная и антиферментная терапия (октреотид, контрикал), системная антибиотикотерапия (тиенам + метрогил), энтеральная нутриционная поддержка (нутризон), иммунокоррекция, активация реологических свойств крови (гепарин, реополиглюкин, рефортан), коррекция плазмо- и белковых потерь (свежезамороженная плазма), антиоксидантная и антигипоксантная терапия (реамберин), анальгетики, спазмолитики, стимуляция кишечника, перевязки. Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи из брюшной полости удалены на 3–4-е сутки, заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 7-е сутки. Длительность стационарного пребывания пациента составила 15 койко-дней. По данным ультрасонографии, ранних послеоперационных осложнений со стороны операционных ран, брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено.

Выводы

Несмотря на редкость деструктивного панкреатита в детской практике, лишь комплексное применение методов рутинного исследования, ультрасонографии и лапароскопии позволяет своевременно диагностировать данное заболевание и выбрать адекватную тактику лечения.

Авторы

Контактное лицо: ГАДЕЛЬШИН Эрик Салихович	Заведующий детским хирургическим отделением ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи г. Уфы». 450106, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Батырская, 39/2. Тел.: (347) 255-22-48 (раб.).
САГИТОВ Равиль Борисович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ «РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфы». Тел. (347) 255-21-75 (раб.).
СУЛТАНГУЖИН Азамат Фагимович	Кандидат медицинских наук, детский хирург ГБУЗ «РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфы». Тел.: (347) 255-22-48 (раб.), 8 (960) 393-26-97 (моб.). E-mail: dxo22@mail.ru.