

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

CLINICAL CASE OF PANCREONECROSIS IN CHILDREN AGE

A. Niyazov
A. Beyshenaliev
N. Osmonbekova
A. Niyazov

Summary. the article presents the results of treatment of pancreonecrosis in 2 children, resulting from trauma and alimentary factor. Age of patients was 3 years and 11 years. The average hospital stay was 13 days. Acute pancreatitis in children is a serious pathology and causes great interest in abdominal surgery. The causes of acute pancreatitis are diverse. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis is difficult to diagnose at the initial examination. If it is impossible to confirm or exclude the diagnosis after the initial examination, we observe the patient in the dynamics: repeated examinations in 2–3 hours, the study of the leukocyte formula, LIL, the main biochemical parameters of blood, including the level of α -amylase of blood at least once every 12 hours, ultrasound examination of the abdominal cavity and omental SAC, pleural cavities. In severe course of the disease, it is necessary to conduct a thorough preoperative preparation in order to prevent postoperative complications.

Keywords: etiology, pancreonecrosis, children.

Ниязов Анарбек Кулназарович

Заведующий отделением абдоминальной хирургии, Объединенная территориальная больница Жайылского района; н.с., Кыргызская Государственная Медицинская Академия; Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика
 anarbek.1960@mail.ru

Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович

Д.м.н., профессор, Кыргызская Государственная Медицинская Академия; Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика
 alymkadyr@bk.ru

Осмонбекова Нурай Сарыпбековна

К.м.н., ассистент, Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика
 jandangani@mail.ru

Ниязов Адилет Анарбекович

Врач абдоминальной хирургии, Объединенная территориальная больница Жайылского района; Аспирант, Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика
 egoist8787@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты лечения панкреонекроза у 2-х детей, возникшие в результате травмы и алиментарного фактора. Возраст больных был 3 года и 11 лет. Среднее пребывание в стационаре составило 13 койка дней. Острый панкреатит у детей является тяжелой патологией и вызывает большой интерес абдоминальной хирургии. Причины острого панкреатита многообразны. Диагностика и лечение острого панкреатита является трудно диагностируемой при первичном осмотре. При невозможности подтверждения или исключения диагноза после первичного обследования, проводим наблюдение больного в динамике: повторные осмотры через 2–3 часа, исследование лейкоцитарной формулы, ЛИИ, основных биохимических показателей крови, включая уровень α -амилазы крови не реже одного раза в 12 часов, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и сальниковой сумки, плевральных полостей. При тяжелом течении заболевания необходимо провести тщательную предоперационную подготовку с целью профилактики послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: этиология, панкреонекроз, дети.

Панкреонекроз — это деструктивное изменение поджелудочной железы, являющееся осложнением острого панкреатита, сопровождающееся некрозом ткани железы последующем развитием полиорганной недостаточности [1, 2, 3, 4].

Острый панкреатит у детей, вызывает большой интерес, так как являясь редкой патологией детского возраста. Этот интерес не случаен. Частота встречаемости

составляет 20–25%. Последнее время нарастает и абсолютная доля летального исхода при данной патологии. Общая летальность в детском возрасте составляет 2,1%, а при деструктивных формах (панкреонекроз), являющихся тяжелым гнойно-септическим заболеванием, уровень смертности возрастает до 50%. Частота летальности в разных медицинских учреждениях от 30–80%. В районных больницах, т.е. первичное звено, врачами диагностируется только у 19,6% больных [5]. Проблема острого

панкреатита, как у взрослых, так и детского возраста вызывают наибольшее количество осложнений и летальных исходов, однако упорным трудом мы лечим. Причинами панкреонекроза считаются алиментарный фактор (систематическое употребление в большом количестве спиртных напитков, приемом жирной пищи), обтурационный (спазм, обтурация Вирсунгова протока, которая приводит к нарушению оттока сока, активизации ферментов поджелудочной железы и само перевариванию ткани), рефлюксный (заброс желчи в поджелудочную железу способствует активизации ряда протеолитических ферментов, вследствие этого отмечается деструктивные изменения в железе). Существует и другие причины, это переизбыток употребления витаминов А и Е, тупая травма поджелудочной железы, тяжелые инфекционные и вирусные заболевания, перенесенные операции на поджелудочной железе, поражение протоков железы [6, 7, 8, 9, 10].

В патогенезе панкреонекроза лежит нарушение защитных механизмов поджелудочной железы. Прием обильной жирной пищи приводит к усилению внешней секреции, пере растяжение протоков. Внутрипротоковая гипертензия провоцирует отек паренхимы, разрушение ацинусов, преждевременную активацию протеолитических ферментов, которые приводят к гибели ткани железы. Активация липазы вызывает некроз жировых клеток, эластазы — разрушение распада тканей попадают в общий кровоток, оказывая токсическое действие на организм. При этом если отсутствует инфекционный процесс в железе, то происходит развитие стерильного, асептического панкреонекроза.

Виды панкреонекроза:

В зависимости от степени распространенности процесса деструкции

- ◆ Ограниченный некроз (крупно-, средне-, мелко-чаговый);
- ◆ Распространенный некроз (тотальный — железа повреждается по всему объему, субтотальный — железа повреждена практически полностью);

Отсутствие или присутствие инфекционного процесса в железе:

- ◆ Стерильный (асептический);
- ◆ Инфицированный;

В зависимости от характера течения патологии:

- ◆ Прогрессирующий;
- ◆ Абортивный.

В свою очередь стерильную форму некроза поджелудочной железы подразделяю на три клинко-анатомические формы:

- ◆ Смешанная форма;
- ◆ Геморрагический панкреонекроз (сопровождается развитием внутреннего кровотечения, быстро прогрессирует);
- ◆ Жировой (развивается довольно медленно, за 4–5 дней и имеет довольно хороший прогноз).

Клиническая картина. Основным симптом является боли в эпигастрии, иррадиирующая в левую половину живота, в поясницу, в левое плечо. Затем появляется неукротимая рвота кишечника, не связанная с приемом пищи и не приносящая облегчения. Вследствие этого появляется дегидратация организма, появляется сухость кожи и слизистых. Отмечается метеоризм, перистальтика ослаблена, отмечается задержка стула и газов. При пальпации болезнен в эпигастрии. Интоксикация сопровождается лихорадкой, тахикардией, гипотонией, замедление дыхания. Осложнение сопровождается шоком, перитонитом, абсцессом в брюшной полости, желудочно-кишечными кровотечениями. В основном происходит формирование абсцессов, псевдокист, флегмоной забрюшинной клетчатки. Также нередко у больных может развиваться сахарный диабет и ферментативная недостаточность.

Цель

Изучение развития и исхода лечения панкреонекроза в детском возрасте при использовании усовершенствованного способа.

Материал и метод

В статье включены результаты хирургического лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Объединенной территориальной больницы Жайылского района г. Кара-Балта. Причины возникновения панкреонекроза у 2-х детей в результате травмы и алиментарного фактора. Возраст больных был 3 года и 11 лет. Среднее пребывание в стационаре составило 13 койка дней. Больные прошли лечение по разработанному подходу к консервативному лечению, а также усовершенствованную миниинвазивную технику хирургического лечения на основе выбора оптимального решения.

В момент госпитализации тяжело поставить диагноз панкреонекроз и в основном выставляется острый живот, перитонит. После госпитализации в хирургическое отделение, уточняли диагноз, оценивали тяжесть общего состояния больного и выраженность органной недостаточности, определяли показания к проведению консервативной терапии и/или проведению хирургического вмешательства. При невозможности подтверждения или

исключения диагноза после первичного обследования, осуществляется наблюдение больного в динамике: повторные осмотры через 2–3 часа, исследование лейкоцитарной формулы, ЛИИ, основных биохимических показателей крови, включая уровень α -амилазы крови не реже одного раза в 12 часов, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и сальниковой сумки, плевральных полостей. В случае установки абсолютных показаний к проведению оперативного вмешательства: инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений проводится оперативное вмешательство, но при тяжелом течении панкреонекроза, явлениях сепсиса, экстра- и интраабдоминальных осложнениях необходима тщательная предоперационная подготовка. При поступлении отмечался гиперлейкоцитоз, увеличение ЛИИ, гипергликемия, повышение амилазы крови и мочи в 3 и более. Ультразвуковое исследование позволяло выявить изменение эхогенности поджелудочной железы, выпот в сальниковой сумке и брюшной полости.

Длительность заболевания составил от 2-х суток до 8 суток. Тяжесть состояния больных при поступлении оценивали по шкале SAPS, в обоих случаях, тяжесть состояния оценивалась как тяжелое течение. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Результаты и их обсуждения

Лечение больных с деструктивными формами острого панкреатита начиналось с проведения комплексной интенсивной консервативной терапии и по усовершенствованному способу хирургического лечения [11]. Эффективность применения нашего способа демонстрирует следующие наши исследования, которым проведено лечение и при этом не возникало ни каких осложнений и выписаны больные в удовлетворительном состоянии.

Приводим клинический пример № 1

Больная А. 11 лет, поступила в Объединенную территориальную больницу Жайылского района, г. Кара-Балта 22.03.2018 г. при поступлении состояние средней тяжести с жалобами на боли животе, больше правой половине живота, тошноту, рвоту, повышения температуры тела, общую слабость. Из анамнеза больная болеет в течение 2-х суток до поступления, когда начали беспокоить боли в животе после нарушения диеты. Больная никуда не обращалась, не лечилась. Из-за ухудшения состояния самостоятельно обратились в отделение хирургии. Больная осмотрена и госпитализирована для обследования и наблюдения. Локально: Живот обычной формы, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации болез-

нен в эпигастральной области, в правой половине живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

Лабораторные данные: отмечается лейкоцитоз $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$. Амилаза 132 ЕД.

На УЗИ в правом боковом канале, в малом тазу определяется жидкость.

Предварительный диагноз: Острый живот. Перитонит.

Под эндотрахеальным наркозом в экстренном порядке произведена операция по нашей усовершенствованной методике: мини-лапаротомия, оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости. Интраоперационно: обнаружено в брюшной полости и сальниковой сумке геморрагическая жидкость в большом количестве, при ревизии сальниковой сумки выявлен некроз поджелудочной железы, что характерно для геморрагического панкреонекроза. Больная получала интенсивную базисную терапию по нашему алгоритму, т.е. в лечении деструктивных форм панкреатита мы назначаем инфузионную терапию, спазмолитическую, ингибиторы протонной помпы, антибактериальную терапию широкого спектра действия с последующими заменами на другие группы антибиотиков по возрастанием с целью профилактики гнойных осложнений, антиферментные препараты мы не назначаем, проводились ежедневно перевязки, на 7 сутки после операции удален тампон из оментобурсостомы, а остальные дренажные трубки удалены после прекращения отделяемого. Больная на 9 сутки после операции выписана из стационарного лечения в удовлетворительном состоянии, под амбулаторное наблюдение. В ходе амбулаторного наблюдения ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Клинический пример № 2

Больной Н., 3 года, поступил в Объединенную территориальную больницу Жайылского района, г. Кара-Балта 11.07.2012 г. с жалобами на боли животе, повышения температуры тела. Из анамнеза 3.07.2012 получил травму, т.е. удар в грудную клетку и живот. Локально: Живот обычной формы, в акте дыхания участвует поверхности. При пальпации болезнен в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

На УЗИ жидкость в малом тазу.

Предварительный диагноз: Тупая травма живота. Разрыв внутренних органов.

Под эндотрахеальным наркозом в экстренном порядке произведена операция по усовершенствованно-

му способу: мини-лапаротомия, оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости. Интраоперационно: обнаружен панкреонекроз тела, хвоста поджелудочной железы.

На 5 сутки после операции удален тампон. В раннем послеоперационном периоде больной находился в отделении хирургии, получал инфузионную, симптоматическую, антибактериальную терапию. На 13 сутки больной выписан.

Приведенное наблюдение демонстрирует, что вследствие травмы, привело к развитию панкреонекроза.

На основании данных клинического исследования можно сделать вывод, что в лечении панкреонекроза назначении антибиотиков широкого спектра действия по нарастающему эффекту предупреждает возникновения гнойных осложнений и тем, самым уменьшает пребывание больных на стационарном лечении. Усовершенствованный способ хирургического лечения является щадящим, менее травматичным, ежедневные перевязки

проводятся минимальными болевыми ощущениями, что необходимо для данной категории больных, так как болевой порок чувствительности у детей высок. Исследование течения панкреонекроза не предсказуемо, при правильном выборе тактики лечения, при своевременном обращении больного в стационар можно добиться хороших результатов лечения, с минимальным процентом послеоперационных осложнений, коротким сроком пребывания больного на стационарном лечении как в нашем случае.

ВЫВОДЫ

1. Анализ клинических наблюдений показал, что в назначении антибактериальной терапии широкого спектра действия по нарастающему эффекту предупреждает возникновения гнойных осложнений и уменьшает пребывание больного в стационаре.

2. Усовершенствованный способ хирургического лечения доказал свою эффективность в лечении панкреонекроза в детском возрасте,

ЛИТЕРАТУРА

1. Вашетко Р.В., Толстой А. Д., Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Крас-ногоров В. Б. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. Руководство для врачей. СПб.: Из-во «Питер»; 2000.
2. Гасилина Т.В., Бельмер С. В. Панкреатиты у детей. Лечащий врач. 2009;1.
3. Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Будурова М. Д., Алтунин А. И. Панкреонекроз Диагностика, прогнозирование и лечение: монография. М., 2007. 224 с.
4. Митряков П. С. Современные методы лечения больных панкреонекрозом [Текст] / Митряков П. С. // Международный журнал экспериментального образования. — 2016. — № 9. — С. 221–224.
5. Кириенко А.И., Савельев В. С.— Клиническая хирургия. Национальное руководство.: учеб.: в 3 т. / Под ред.: — изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 864 с.
6. Костюченко А.Л., Филин В. И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. Издание 2-е, исправ. и доп. СПб.: Из-во «Деан»; 2000.
7. Разумовского А.Ю., Корниенко Е. А., Приворотского В. Ф. М. Болезни поджелудочной железы у детей. Под ред. Бельмера С. В.: Медпрактика-М; 2015.
8. Цуман В.Г., Шербина В. И., Семилов Э. А., Наливкин А. Е., Сивенкова Н. В. и др. Острый панкреатит у детей (клиника, диагностика, лечение). Пособие для врачей. Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского. 2001.
9. Cofini M, Favoriti P, Quadrozzi F. Acute pancreatitis in pediatric age: our experience on 52 cases. Minerva Pediatr. 2014;66:4:275–280.
10. Kandula L, Lowe ME. Etiology and outcome of acute pancreatitis in infants and toddlers. J Pediatr. 2008;152:106–110.
11. Ниязов. А.К., Бейшеналиев А. С., Осмонбекова Н. С. Патент № 20180003.1 КР. Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита. МПК А61В 17/00(2018.01).