

УДК 616.37-002-089-053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

¹Барская М.А., ²Быков Д.В., ²Варламов А.В., ¹Завьялкин В.А., ¹Кузьмин А.И.,
^{1,2}Бородин Р.В., ¹Каганов И.Ю.

¹ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, e-mail: barskaya63@yandex.ru;

²ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара, e-mail: varlamov63@mail.ru

В статье приводится опыт лечения 257 детей с острым панкреатитом, из которых у 61 наблюдались различные формы острого деструктивного панкреатита. Детям с острым деструктивным панкреатитом выполнены оперативные вмешательства: в 53 наблюдениях в качестве доступа использовалась лапаротомия, у 8 пациентов произведена лапароскопия. Все дети с панкреатитом получали комплексное лечение, включающее антибактериальную, инфузионную терапию, ингибиторы протеаз. При деструктивных формах панкреатита (панкреонекрозе) в лечение были включены экстракорпоральная детоксикация, сеансы гипербарической оксигенации, нутритивная поддержка. Летальность у больных с панкреонекрозом составила 4,5% (3 ребенка). Кисты поджелудочной железы наблюдались у 4 детей. Среднее пребывание в стационаре составило 40,5 дней.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, панкреонекроз, дети

THE FEATURES OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS CLINIC, DIAGNOSTIC AND TREATMENT IN CHILDREN

¹Barskaya M.A., ²Bykov D.V., ²Varlamov A.V., ¹Zavyalkin V.A., ¹Kuzmin A.I.,
^{1,2}Borodin R.V., ¹Kaganov I.U.

¹Samara State Medical University, Samara, e-mail: barskaya63@yandex.ru;

²Samara Regional Clinical Hospital in the name of V.D. Seredavin, Samara, e-mail: varlamov63@mail.ru

This article goes about the experiment of treatment of 257 children with acute pancreatitis, 61 of them had various forms of acute destructive pancreatitis. Different kinds of operations were performed to children with acute destructive pancreatitis: in 53 cases the laparotomic incision was performed, whereas 8 patients were treated by laparoscopic methods. All children were treated with combination therapy, including the following remedies and methods: antibiotics, infusing therapy, protease inhibitors. In cases of destructive pancreatitis (pancreonecrosis) other methods were also included: extracorporeal detoxication, sessions in hyperbaric oxygen chamber, nutritive support. Mortality in children with pancreonecrosis was 4,5% (3 children). Pancreas cysts were found in 4 children. The medium staying in the hospital was 40,5 days.

Keywords: destructive pancreatitis, pancreonecrosis, children

Острый панкреатит является достаточно редкой патологией детского возраста [3, 4, 9]. Правильный диагноз при остром панкреатите ставится врачами первичного звена лишь у 19,6% больных [7]. Панкреатит в детском возрасте полиэтиологичен. Причинами острого панкреатита у детей достаточно часто являются травма поджелудочной железы, алиментарный фактор (нарушение диеты), лекарственные воздействия [1, 2, 6, 7]. Острый деструктивный панкреатит – тяжелое гнойно-септическое заболевание. Общая летальность при остром панкреатите в детском возрасте составляет 2,1%, а при деструктивных формах патологии она гораздо выше – от 6,7 до 50% [1, 5, 6, 7].

Диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита у детей представляют определенные трудности. Важным является использование в лечебно-диагностическом процессе таких методов, как компьютерная томография (КТ), прокальцитонинный тест (PCT), диагностическая и лечебная лапаро-

скопия, а также применение в комплексном лечении современных ингибиторов протеаз (сандостатин) и экстракорпоральной детоксикации.

Цель исследования: изучение особенностей течения и результатов лечения острого деструктивного панкреатита у детей, лечившихся в детских хирургических отделениях города Самары.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением с 1992 по 2015 год находилось 257 детей с острым панкреатитом, из которых у 61 пациента наблюдались различные формы панкреонекроза. В работе использовались клинические, лабораторные, ультразвуковые методы исследования (УЗИ), компьютерная томография (КТ).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе причин острого панкреатита у больных, которым проводилось консервативное лечение (отечная форма), выявлено, что в 106 наблюдениях причиной

заболевания являлся алиментарный фактор (употребление острой и жирной пищи, газированных напитков и т.п.), в 44-заболевания желудочно-кишечного тракта, в 2-калькулезный холецистит. У 44 пациентов выяснить причину острого панкреатита не удалось. Причинами острого деструктивного панкреатита явились: закрытая травма живота – у 19 детей, открытая травма живота – у 1, алиментарный фактор – у 16. У одного ребенка острый деструктивный панкреатит развился после операции по поводу ВПС (тетрадыФалло). В 24 наблюдениях причина острого деструктивного панкреатита не установлена.

В своей работе мы пользовались классификацией, предложенной на IX Всероссийском съезде хирургов, основанной на известной классификации, принятой на международном съезде панкреатологов в Атланте в 1992 году:

- отечный панкреатит – 196;
- панкреонекроз жировой – 15;
- панкреонекроз геморрагический – 17;
- панкреонекроз смешанный – 29

Всего 257.

Из них оперировано 61.

Показаниями к операции служили перитонит, инфицированный панкреонекроз, аррозивное кровотечение, забрюшинная флегмона.

У детей с панкреонекрозом выявлены следующие осложнения:

- ферментативный перитонит 31;
- параколическая флегмона 2;
- аррозивное кровотечение 2;
- панкреатогенный абсцесс 2;
- флегмона толстой кишки 2;
- тяжелый сепсис с ПОН 3.

Отечная форма панкреатита у пациентов младшего возраста протекает более благоприятно по сравнению со взрослыми. Симптомы заболевания из-за малой выраженности расцениваются педиатрами как «интоксикация неясной этиологии». Симптоматическая терапия, как правило, приводит к быстрому улучшению состояния больного, при этом природа заболевания часто остается не выясненной.

У детей старшего возраста при отечной форме панкреатита появляются в начале разлитые боли в животе, затем боли локализуются в эпигастрии или начинают носить опоясывающий характер. Одновременно с болями в животе возникает многократная рвота, слюнотечение, субфебрильная температура. При пальпации передней брюшной стенки определяется умеренная болезненность в эпигастриальной области, мышечного напряжения не выявляется. Наиболее информативным показателем яв-

ляется повышение амилазы в сыворотке крови и в моче.

Панкреонекроз у детей сопровождается выраженной симптоматикой и тяжелым течением. Дети младшего возраста становятся беспокойными, отказываются от еды, появляется рвота. Двигательное беспокойство сменяется адинамией, ребенок не реагирует на окружающих, стонет. Старшие дети жалуются на боли в эпигастриальной области, опоясывающую боль, иррадиацию боли в левую лопатку, левое надплечье, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В рвотных массах в начале определяется желудочное содержимое, а затем – «застойное». Быстро развиваются признаки интоксикации: головная боль, слабость, повышение температуры тела до субфебрильной или фебрильной, озноб, спутанность сознания, тахикардия, олигурия.

При клиническом исследовании отмечается вздутие живота в эпигастрии, болезненность и напряжение в этой же области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского (исчезновение пульсации брюшной аорты), положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в реберно-позвоночном углу слева).

Прогрессирование панкреонекроза клинически выражается в нарастании симптомов интоксикации, появлении гектической лихорадки.

Диагностика острого деструктивного панкреатита основывается на детальной оценке клинической картины, лабораторных показателей, данных УЗИ, КТ, лапароскопии.

У больных с панкреонекрозом нами выявлены гиперлейкоцитоз (до 29×10^9), увеличение ЛИИ (до 7), гипергликемия (до 20 ммоль/л), повышение амилазы крови и мочи в 3-10 раз, значительное увеличение липазы в сыворотке крови, повышение С-реактивного белка до 150 мг/л, повышение РСТ больше 10. При УЗИ обнаружено изменение эхогенности поджелудочной железы, выпот в сальниковой сумке и свободной брюшной полости. При КТ выявлялось изменение структуры поджелудочной железы, перипанкреатогенная инфильтрация, выпот в сальниковой сумке, в 2-х наблюдениях обнаружены абсцессы железы.

Консервативное лечение острого панкреатита включало купирование болевого синдрома, подавление неукротимой рвоты, борьбу с парезом кишечника и нарушениями кислотно-щелочного равновесия, детоксикацию, антиферментную и антибактериальную терапию.

Оперативное лечение выполнено у 61 пациента с панкреонекрозом. Хирургическая тактика заключалась в срединной лапаротомии или лапароскопии (у 8 пациентов), ревизии сальниковой сумки с осмотром поджелудочной железы, сквозном дренировании сальниковой сумки и дренировании брюшной полости. При наличии напряженного желчного пузыря производилась холецистостомия. У 4 больных во время оперативного вмешательства обнаружено вовлечение в воспалительный процесс брыжейки поперечно-ободочной кишки. Этим пациентам выполнено дополнительное дренирование брюшной полости силиконовым перфорированным дренажом из свободной брюшной полости через mesocolon, сальниковую сумку с выведением дренажа через контрапертуру в левом подреберье. В 2 наблюдениях диагностирована флегмона ободочной кишки, произведена резекция толстой кишки с выведением терминальной илеостомы.

У 9 пациентов с посттравматическим деструктивным панкреатитом диагностировано повреждение селезенки. В 3-х наблюдениях выполнена спленэктомия, у 6 больных произведены органосохраняющие операции (ушивание области повреждения с использованием «Тахокомба»). Затем были выполнены сквозные дренирование сальниковой сумки и дренирование брюшной полости. Сквозные дренажи в послеоперационном периоде использовались для фракционного промывания сальниковой сумки.

При уменьшении или исчезновении в промывных водах секрета поджелудочной железы и некротических масс сквозные трубчатые дренажи менялись на трубчатые дренажи меньшего диаметра, затем на лещу, которая удалялась через 1-1,5 месяца. Трубчатый дренаж из холецистостомы удаляли по мере уменьшения или исчезновения выделения желчи. Все пациенты с панкреонекрозом получали интенсивную терапию с применением тропных к ткани поджелудочной железы антибиотиков (карбапенемы, аминогликозиды, цефалоспорины III, IV поколений), сандостатин, местную гипертонию, инфузионную терапию, экстракорпоральную детоксикацию, ГБО-терапию.

Среднее пребывание больных с панкреонекрозом составило 40,5 дней.

Умерло 3 детей с панкреонекрозом (4,5%): 1 ребенок с забрюшинной флегмо-

ной, тяжелым сепсисом с полиорганной недостаточностью; 2 детей с флегмоной толстой кишки, тяжелым сепсисом с полиорганной недостаточностью.

В 4 наблюдениях сформировались кисты поджелудочной железы, которые дренированы под контролем УЗИ. Дети выздоровели.

Выводы

– несмотря на редкость острого панкреатита у детей, следует помнить о возможности развития тяжелых форм заболевания;

– в этиологии острого панкреатита имеет значение закрытая травма живота, нарушение диеты, хронические заболевания ЖКТ, печени, желчного пузыря;

– в диагностике деструктивного панкреатита наряду с клиникой большое значение имеют лабораторные данные, УЗИ, КТ, лапароскопия;

– при инфицированном панкреонекрозе необходимо адекватное дренирование и санация сальниковой сумки;

– в интенсивной терапии панкреонекроза большая роль принадлежит сандостатину, современной адекватной антибактериальной терапии, экстракорпоральной детоксикации.

Список литературы

1. Баиров Г.А. Хирургия поджелудочной железы у детей. – Л.: Медицина, 1978 – 167 с.
2. Барская М.А., Воскиварова Л.И., Мунин Г.А. Характеристика абдоминальной травмы у детей. // Политравма у детей: Тезисы докладов Всероссийского симпозиума детских хирургов. Самара: СамГМУ, 2001. – 142 с.
3. Болезни поджелудочной железы у детей / Под ред. С.В. Бельмера и соавт. – М.: Медпрактика-М, 2015.
4. Гасилина Т.В., Бельмер С.В. панкреатиты у детей // Лечащий врач. – 2009. – № 1.
5. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей. Издание 2-е, исправленное и дополненное. – СПб.: Издательство «Деан», 2000. – 480 с.
6. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей/ Вашенко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Красногоров В.Б. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 320 с.
7. Острый панкреатит у детей (клиника, диагностика, лечение). Пособие для врачей / Цуман В.Г., Римарчук Г.В., Щербина В.И., Семилов Э.А., Наливкин А.Е., Сивенкова Н.В. и др. – Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского. 2001. – 40 с.
8. Kandula L., Lowe M.E. Etiology and outcome of acute pancreatitis in infants and toddlers // J. Pediatr. – 2008. – Vol. 152. – P. 106–110.
9. Cofini M., Favoriti P., Quadrozzi F. Acute pancreatitis in pediatric age: our experience on 52 cases // Minerva Pediatr. – 2014, Aug. Vol. 66, N 4. – P. 275–280.