

Клінічний випадок успішного лікування дитини, хворої на прогресивний геморагічний панкреонекроз



**С.Є. Марков, М.І. Кондрацький,
М.А. Босенко, С.О. Фєдченко**

Черкаська обласна дитяча лікарня

Панкреатит — це запальне захворювання підшлункової залози, що перебігає з болем у животі й порушенням травлення. У практиці дитячого хірурга вкрай рідко зустрічається некротичний панкреатит. У статті наведено приклад комплексного консервативного та оперативного лікування геморагічного панкреонекрозу з добрим результатом. Дитина вилікувана та виписана з лікарні.

Ключові слова: діти, панкреатит, геморагічний панкреонекроз.

Панкреатит — це запальне захворювання підшлункової залози (ПЗ), для якого характерний перебіг із болем у животі й порушенням травлення. Розрізняють гострий, хронічний і реактивний панкреатит. У дітей гострий панкреатит розвивається найчастіше як ускладнення вірусної інфекції — епідемічного паротиту або грипу. У формуванні хронічного запалення ПЗ провідна роль належить запальним захворюванням дванадцятипалої кишки (дуоденіт), жовчовивідних шляхів, вірусним та бактеріальним інфекціям. Доведено, що на функцію ПЗ негативно впливає переїдання, зловживання концентрованими бульйонами, міцною кавою, копченостями, солодощами. Часто надмірне вживання свіжих овочів і соків, зокрема цитрусових, може призвести до порушення вироблення ПЗ травних ферментів. За даними різних авторів, летальність при гострому панкреатиті знаходиться в межах від 2 до 8 % у дорослих (достовірних даних для дітей немає). Летальність при панкреонекрозі коливається від 10 до 15 %, при геморагічній формі — 70—90 %. В умовах хірургічного стаціонару протягом першої доби від початку захворювання ця патологія не розпізнається у 10—43 % хворих (І.С. Білий, В.І. Десятерик). Не менш складне завдання — своєчасно визначити форму панкреатиту, глибину розвитку деструктивних змін у ПЗ. Кількість діагностичних помилок при деструктивних формах захворювання сягає 52—62 % (В.М. Буянов, А.С. Балаликін).

Стаття надійшла до редакції 30 вересня 2013 р.

Босенко Максим Анатолійович, зав. відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії, лікар вищої категорії
18000, м. Черкаси, вул. 30-річчя Перемоги, 16
E-mail: labamos@ukr.net

Наводимо власне спостереження успішного лікування прогресивного панкреонекрозу в дитини.

Хвору М. віком 17 років переведено у відділення анестезіології та інтенсивної терапії з Чигиринської центральної районної лікарні (ЦРЛ). У Чигиринську ЦРЛ хвора надійшла за ургентними показниками 27.04. 2013 р. зі скаргами на біль у животі, в основному навколо пупа, у правій та лівій підреберних ділянках, у нижніх відділах живота, на сильний біль у попереку, нудоту та слабкість. Вважає себе хворою протягом 6 год, коли з'явилися нелокалізовані болі в животі інтенсивного характеру та була одноразова блювота. Об'єктивно: загальний стан при надходженні середньої тяжкості, ближче до тяжкого. Правильна тілобудова, задовільне живлення. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення, дещо блідуваті. Периферичні л/вузли не збільшені. Температура тіла — 36,7°C. Язик вологий, обкладений біля кореня білим нальотом. Пульс 82 уд./хв, ритмічний, задовільного наповнення, АТ — 100/70 мм рт. ст. У легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні. Живіт правильної форми, бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, болючий в епігастрії, правій та лівій підреберних ділянках з іррадіацією в поперек, дещо менше — в нижніх відділах. Перистальтика кишок послаблена. Симптомів подразнення очеревини немає. Симптом Пастернацького різко позитивний з обох боків. Сечовиділення часте, безболісне, вільне. Діурез та випорожнення відповідають нормі. Визначено попередній діагноз «гострий пієлонефрит», призначено дообстеження.

Консультація гінеколога: патологічних змін геніталій не виявлено, але при проведенні УЗД органів малого таза в черевній порожнині (ЧП) помічено значну кількість вільної рідини. Запідозрені внутрішньочеревна кровотеча, апоплексія яєчників (?), у зв'язку з чим після відповідної підготовки 27.03.2013 р. хворій виконано нижньосерединну лапаротомію. Під час ревізії ЧП патологічних змін в органах малого таза не було. У ЧП виявлено до 1,5 л серозно-геморагічного каламутного ексудату. Лапаротомічний розріз розширено до верху, розкрито порожнину малого сальника, виявлено різко збільшену щільну ПЗ темно-вишневого кольору, в порожнині малого сальника — каламутний желеподібний випіт кольору м'ясних помий. Проведено санацію ЧП з подальшим дренажуванням ПХВ-трубкою порожнини малого сальника та ПХВ-дренажами підпечінкового простору, малого таза, лівого фланку.

Діагноз після операції: гострий панкреатит з ускладненням панкреонекрозом геморагічної форми; розлитий серозно-ферментативний перитоніт; лівобічний ексудативний плеврит.

У відділенні інтенсивної терапії Чигиринської ЦРЛ хвора отримувала масивну інфузійну терапію за рахунок глюкозо-сольових розчинів, «Реамберин», метронідазол, «Сульперазон», октреотид, омепразол, апротинін, метаклопромід, папаверин,

платифілін, кеторолак, «Анальгін», дифенгідрамін, тримеперидин. Усі препарати вводились парентерально. За добу виділення через дренаж склали 1000 мл, через назогастральний зонд — 200 мл, обсяг добового діурезу — 1700 мл. За даними гемограми: лейкоцитоз — $19,3 \times 10^9$ з переважанням нейтрофілів та різким зсувом уліво, глюкоза крові — 7,9 ммоль/л, амілаза сечі — 15,4 мг/(с · л). Останні загальноклінічні та біохімічні лабораторні показники були без патологічних значень. При проведенні ФГДС виявлено дуодено-гастральний рефлюкс. ЕКГ, рентгенографія органів грудної порожнини — без патологічних змін.

28.03.2013 р. хвору переведено у ВазЛІТ Черкаської ОДА для подальшого лікування. Клінічний діагноз при переведенні: гострий панкреатит, геморагічний панкреонекроз, що швидко прогресує, розлитий серозно-ферментативний перитоніт; панкреатогенний шок тяжкого ступеня; поліорганна недостатність II—III ст. При переведенні до Черкаської ОДА загальний стан дитини був важкий за рахунок інтоксикаційного синдрому, раннього післяопераційного періоду. Хвора була свідомою, йшла на елементарний контакт, орієнтується в часі і просторі. Скарги на незначний біль у ділянці післяопераційної рани, швидко втому, сонливість. Шкірні покриви блідо-рожеві. Дихання через природні шляхи адекватне, самостійне. У легенях аускультативно жорстке дихання. ЧСС — 130, АТ — 110/60 уд./хв, ЧД — 24, SpO₂ (без O₂) — 93%. Серцеві тони ритмічні, приглушені. Язик вологий. Живіт піддутий, доступний пальпації, перистальтика сумнівна.

Ураховуючи анамнез захворювання, клінічні та дані лабораторного обстеження, хворій було призначено лікування: голод, антибактеріальна терапія (меропенем 1 г × 3 рази в/в, метронідазол 500 мг × 3 рази в/в, левофлоксацин 500 мг × 2 рази в/в), антиферментативна терапія (октреотид 100 мкг × 3 рази підшкірно), гістопротективна терапія (апротинін), спазмолітики (папаверин з платифіліном), реокоректори та інтенсивна терапія, парентеральне харчування з подальшим ентеральним харчуванням. Враховуючи тривалість інтенсивної терапії з великими обсягами рідини за добу, необхідність вимірювання ЦВТ, проведення парентерального харчування, тривалу в/в інфузію лікарських засобів, дитині проведено катетеризацію підключичної вени.

З метою вибору найліпшого шляху лікувальної тактики, зважаючи на важкість перебігу геморагічної форми панкреонекрозу, було прийнято рішення про проведення пункції епідурального простору зі встановленням епідурального катетера та безперервною інфузією розчину 2% лідокаїну інфузоматом. Це дало змогу взяти під контроль больовий синдром, зняти вісцеральний вазоспазм, нормалізувати моторику кишечника. За рахунок епідуральної анестезії (за даними В.А. Корячкіна та співавт.) знімається спазм сфінктера Одді, панкреатичних та жовчних проток, внаслідок

док чого нормалізується відтік панкреатичного секрета й жовчі, збільшується перфузія ПЗ, прискорюється нормалізація показників амілази крові та сечі. Пункція епідурального простору була проведена на рівні L1-L2, катетер заведено краніально до рівня T8-T9. АТ утримувався на рівні 120/70 — 110/70 мм рт. ст. увесь час проведення безперервної епідуральної анестезії.

Стан хворої поступово покращувався, з повільною позитивною динамікою за клінічними ознаками і за лабораторними даними. Дівчинка була спокійна, контактна. Скарг практично не було, післяопераційна рана загоювалася задовільно. Поступово нормалізувалось випорожнення, діурез задовільний за весь час спостереження у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії. Поступово поліпшувались із подальшою нормалізацією показники лабораторних обстежень. Періодична помірна гіперглікемія (максимально до 8,17 ммоль/л) утримувалась до 07.04, потім стали нормальними показники глюкози крові. Динаміка показників сироваткової α -амілази (о/л): 28.03 — 6360, 29.03 — 2782, 30.03 — 927,6, 31.03 — 584,3, 01.04 — 356,3, 02.04 — 214,3, 03.04 — 181,6, 05.04 — 137,4, 07.04 — 240,3, 09.04 — 215,7, 15.04 — 187,6.

Проводилося щоденне УЗД стану органів ЧП, малого таза та заочеревинного простору.

Вибрані результати УЗД

УЗД нирок та (01.04). Печінка, біліарна система: топографія печінки не змінена. Розміри: права частка — 167 мм, ліва частка — 67 мм, збільшені обидві. Контури рівні, чіткі, структура дифузно-ущільнена, однорідна. Ехогенність підвищена. Внутрішньопечінкові судини не ущільнені. Внутрішньопечінкові жовчні протоки ущільнені. Судинний малюнок збіднений. Ворітна вена — 11,0 мм, не розширена. Додаткових утворень немає. Жовчний міхур: форма овальна. Розміри: 75 × 34 мм. Контури рівні, чіткі, стінки не потовщені. Вміст однорідний. ПЗ (розміри сегментів): головка — 29 мм, тіло — 23 мм, хвіст чітко не візуалізується. Контури нерівні, нечіткі, ехогенність підвищена. Структура дифузно-ущільнена, однорідна. Додаткових утворень немає. Типова топографія нирки (права): звичайні розміри, контури рівні, чіткі. Паренхіма однорідна. Чашково-мискова система не ущільнена. Відділи сечоводу не візуалізуються. Додаткових утворень немає. Сечовий міхур не наповнений. Селезінка (розміри): 147 × 90 мм, не збільшена, контури чіткі, рівні, капсула не ущільнена, паренхіма однорідна, ехогенність середня. Селезінкова вена не розширена. Вільна рідина в правій плевральній області об'ємом 10 мл, у лівому діафрагмальному синусі вільної рідини до 3 мл. Висновок: ехоознаки хронічного панкреатиту, дифузних змін паренхіми печінки, гепатомегалії, незначної кількості вільної рідини в плевральних порожнинах.

Ультразвукове дослідження органів ЧП (08.04). Печінка, біліарна система: топографія печінки не змінена. Розміри: права частка — 177 мм, ліва частка — 60 мм, збільшена права частка. Контури рівні, чіткі, структура однорідна. Ехогенність підвищена. Внутрішньопечінкові судини не ущільнені. Внутрішньопечінкові жовчні протоки стінки ущільнені. Судинний малюнок помірно збіднений. Ворітна вена — 9,8 мм, не розширена, холедох — 3,6 мм, не розширений. Додаткових утворень немає. Жовчний міхур: форма овальна, розміри — 76 × 35 мм, контури рівні, чіткі, стінки не потовщені. Вміст ехогенності — осад. ПЗ (розміри сегментів): головка — 33 мм, тіло — 23 мм, хвіст — 36 мм. Контури рівні, нечіткі, ехогенність підвищена. Структура дифузно-ущільнена, однорідна. Додаткові освіти: в області хвоста гіпоехогенна ділянка неправильної форми розміром 17 × 11 мм. Селезінка — екранована газами. Висновок: ехоознаки хронічного панкреатиту, реактивних змін паренхіми печінки, помірної гепатомегалії.

Ультразвукове дослідження органів ЧП (29.04). Печінка, біліарна система: топографія печінки не змінена. Розміри: права частка — 142 мм, ліва частка — 48 мм, не збільшені. Контури рівні, чіткі, структура однорідна. Ехогенність підвищена. Внутрішньопечінкові судини не ущільнені. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не ущільнені. Судинний малюнок збіднений. Ворітна вена 8,0 мм, не розширена; холедох — 3,9 мм, не розширений. Додаткових утворень немає. Жовчний міхур овальної форми, розміри: 50 × 38 мм, контури рівні, чіткі, стінки не потовщені. Вміст однорідний. ПЗ (розміри сегментів): головка — 18 мм, тіло — 15 мм, хвіст — 20 мм. Контури рівні, нечіткі, ехогенність підвищена. Структура дифузно-ущільнена, однорідна. Додаткові освіти: над тілом у парапанкреатичній ділянці гіпоехогенне округле утворення розміром 49 × 23 мм, з рівними нечіткими контурами, з ехопозитивним включенням усередині (катетер), об'ємом 12 мм. Селезінка (розміри): 105 × 45 мм, не збільшена, контури чіткі, рівні, капсула не ущільнена, паренхіма однорідна, ехогенність середня. Селезінкова вена не розширена. Додаткових утворень немає. Висновок: ознаки хронічного панкреатиту, жирового гепатозу, що формується парапанкреатичною кістою.

8.04.2013 р. припинено поступово знижувати інфузію лідокаїну, видалено епідуральний катетер. Хвору в стані середньої важкості переведено у відділення дитячої хірургії для подальшого лікування. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом, видалені дренажі. Хвора поступово почала пити та їсти. Консультована дитячим гастроентерологом на предмет подальшої реабілітації, дієти, диспансерного нагляду. 29.04.2013 року дівчинку виписано додому в задовільному стані.

Оглянута через 3 міс, має задовільний стан.

Література

1. Альбіцький В.Б. Хірургічні хвороби (клінічні лекції для субординаторів): У 2 т.— 1993.
2. Атанов Ю.П. Клінічна оцінка деяких синдромів панкреонекрозу // Хірургія.— 1993.— № 10.— С. 64—70.
3. Атанов Ю.П. Клініко-морфологічні ознаки різних форм деструктивного панкреатиту // Хірургія.— 1991.— № 11.— С. 62—68.
4. Бондарчук О.І., Кадошук Т.А., Терентьев Г.В. та ін. Спосіб дренажу заочеревинного простору при деструктивному панкреатиті // Хірургія.— 1992.— № 1.— С. 89—92.
5. Гагушін В.А., Соловйов В.А. Ретроперітонеостомія в хірургії панкреонекрозу // Хірургія.— 1996.— № 6— 1996.— С. 66—68.
6. Кирилов Ю.Б., Потапов А.А., Смирнов Д.А. та ін. Діагностика та лікування гострого панкреатиту // Хірургія.— 1991.— № 11.— С. 53—56.
7. Кубишкін В.А. Дренуючі операції при гострому панкреатиті // Хірургія.— 1997.— № 1.— С. 29—32.
8. Кубишкін В.А., Савельєв В.С. Панкреонекроз. Стан і перспектива // Хірургія.— 1993.— № 6.— С. 22—27.
9. Лоуренс Д.Р., Бенніт П.М. Клінічна фармакологія: У 2 т.— М.: «Медицина», 1993.
10. Мараховский Ю.Х. Хронический панкреатит. Новые данные об этиологии и патогенезе. Современная классификация. Успехи в диагностике и лечении.— 2009.
11. Молитвословів А.Б., Кадошук Ю.Т., Гасе М.В. Сучасні принципи консервативного лікування гострого панкреатиту // Хірургія.— 1996.— № 6.— С. 38—41.
12. Пенін В.А., Писаревський Г.Н. Проблеми діагностики гострого панкреатиту // Хірургія.— 1993.— № 12.— С. 62—66.
13. Пугаєв А.В., Багдасаров В.В. Хірургічне лікування ускладнень гострого панкреатиту // Хірургія.— 1997.— № 2.— С. 79—81.
14. Пугаєв А.В., Богомолова Н.С., Багдасаров В.В. та ін. До патогенезу гнійних ускладнень гострого панкреатиту // Вісник хірургії.— 1995.— Т. 154. II, № 1.— С. 32—34.
15. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Глушко В.А. та ін. Хірургічне лікування гострого деструктивного панкреатиту // Хірургія.— 1994.— № 3.
16. Сильнов Ю. В., Бодухін М. В., Щербюк А. М. та ін. Метод ендоскопічної медикаментозної денервації шлунка в лікуванні гострого панкреатиту // Хірургія.— 1992.— № 1.— С. 58—61.
17. Сирбу І.Ф., Капштарь А.В., Могильний В.А. Діагностика та лікування гострого панкреатиту // Хірургія.— 1993.— № 3.— С. 47—51.
18. Bowyer M.W. Острый панкреатит // <http://critical.ru/pankreatit>.

Клинический случай успешного лечения ребенка, больного прогрессирующим геморрагическим панкреонекрозом

С.С. Марков, М.И. Кондрацкий, М.А. Босенко, С.А. Федченко

Черкасская областная детская больница

Панкреатит — это воспалительное заболевание поджелудочной железы, протекающее с болями в животе и нарушением пищеварения. В практике детского хирурга крайне редко встречается некротический панкреатит. В статье приведен пример комплексного консервативного и оперативного лечения геморрагического панкреонекроза с хорошим результатом. Ребенок вылечен и выписан из больницы.

Ключевые слова: дети, панкреатит, геморрагический панкреонекроз.

Case report: successful treatment of child with progressive hemorrhagic necrotizing pancreatitis

S.S. Markov, M.I. Kondrats'kyi, M.A. Bosenko, S.O. Fyedchenko

Cherkasy Region Children's Hospital

Pancreatitis — is an inflammatory disease of pancreas accompanied with abdominal pain and indigestion. Necrotizing pancreatitis is rare disease in child surgery practice. The example of complex conservative and surgical treatment for hemorrhagic necrotizing pancreatitis with good result is described in this article. Child was cured and discharged from hospital.

Key words: children, pancreatitis, hemorrhagic necrotizing pancreatitis.