

УДК 616.36-002-021.5-072.1-089-06

ВЕСЕЛЫЙ С.В., ГРОНА В.Н., ЧЕРКУН А.В., БУСЛАЕВ А.И., СОПОВ Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Областная детская клиническая больница, г. Донецк, Украина

СЛУЧАЙ РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА У ПОДРОСТКА ПОСЛЕ ВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. Популярность метода лапароскопической аппендэктомии в последнее время значительно увеличилась. Много исследований, преимущественно ретроспективного характера, которые были проведены у взрослых, показывают значительные преимущества лапароскопии. К преимуществам метода можно отнести уменьшение послеоперационной боли, снижение риска развития раневой инфекции, более короткий срок пребывания на койке, возможность быстрее вернуться к повседневной деятельности. Потенциальные недостатки лапароскопической аппендэктомии включают большее время вмешательства, высокую стоимость используемых инструментов и оборудования. Кроме того, до конца не изучен системный эффект двуокиси углерода на организм.

Приведено наблюдение случая реактивного гепатита после лапароскопического лечения. После проведения комплексного лечения ребенок выздоровел.

Ключевые слова: видеохирургическое лечение, гепатит, дети.

В последнее время развитие хирургии характеризуется активным внедрением в практику разнообразных видеохирургических методов диагностики и лечения различной патологии, что меняет взгляды на современную хирургию. Общеизвестными преимуществами лапароскопических методов являются малая травматичность вмешательства, широкий обзор операционного поля, быстрая реабилитация в послеоперационном периоде, уменьшение времени пребывания в стационаре и лучший косметический эффект [4]. Особенно важны данные преимущества в работе детского хирурга. Однако, как и у каждого метода, у лапароскопических методов существуют и свои недостатки, такие как высокая стоимость оборудования и расходных материалов, большая продолжительность времени вмешательства [1–3]. Также не до конца изучено системное действие углекислого газа на организм при наложении карбоксиперитонеума. В подтверждение сказанного приводим наше наблюдение.

Больная Б., 16 лет (история болезни № 13793), поступила 29.11.2013 г. в хирургическое отделение областной детской клинической больницы (ОДКБ) г. Донецка с жалобами на боли в животе. За неделю до поступления у ребенка появились боли в животе, отмечался подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Обратились в больницу по месту жительства, с подозрением на острый аппендицит девочка была госпитализирована в хирургическое

отделение. В ходе наблюдения острая хирургическая патология была исключена. 25.11.2013 г. состояние ребенка ухудшилось: усилились боли в животе, отмечалась многократная рвота. Пациентка была осмотрена хирургом, гастроэнтерологом, произведена фиброгастродуоденоскопия. Установлен диагноз: гастропатия, бульбит, панкреатопатия, колит. Назначена консервативная терапия. Состояние ребенка не улучшалось. 27.11.2013 г. ввиду сохранявшегося болевого абдоминального синдрома девушка была госпитализирована в инфекционное отделение. Проводилась антибактериальная, спазмолитическая, инфузионная терапия, однако без эффекта. Сохранились боли в животе, субфебрильная лихорадка. Повторно осмотрена хирургом, заподозрено воспаление червеобразного отростка, предложено оперативное лечение, от которого родители больной отказались. Для дальнейшего лечения ребенок был направлен в ОДКБ.

Анамнез жизни без особенностей. Менструации с 12 лет, регулярные. В семейном анамнезе у отца и тети по отцовской линии — поликистоз почек. При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Лихорадит на

© Веселый С.В., Грона В.Н., Черкун А.В., Буслаев А.И., Сопов Г.А., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

субфебрильных цифрах. В легких дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная. Живот при пальпации мягкий, несколько вздутый, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга, Раздольского, Воскресенского — отрицательные. Печень у края реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Диагноз при поступлении — подозрение на острый аппендицит. При поступлении лейкоцитоз 12,2 Г/л. Произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости — патология не выявлена. В ходе динамического наблюдения диагноз острой хирургической патологии был исключен, однако жалобы на боли в животе и повышение температуры до субфебрильных цифр сохранялись. Девочке был назначен дuspatalin, без положительного эффекта. 04.12.2013 г. произведена ирригоскопия, выявлена долихосигма, компенсированная форма, толсто-тонкокишечный рефлюкс I ст., левосторонний спастический колит с явлениями гиперкинезии. Девочка консультирована гастроэнтерологом, рекомендован курс консервативной терапии (омез, флемоксин, макмирор, мотилиум, линекс, мезим). Контрольное УЗИ органов живота, общеклинические лабораторные диагнозы без патологии. 16.12.2013 г. в терапию добавлен салofальк. На фоне проводимой терапии состояние ребенка не улучшалось, сохранялись боли в животе и субфебрильная лихорадка. В связи с этим принято решение о проведении диагностической лапароскопии, на чем также настаивали родители ребенка.

20.12.2013 г. произведено оперативное лечение. Приводим выдержку из протокола операции. Под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля произведено наложение карбоксиперитонеума и наложение лапаростомического порта через пупок. Два дополнительных лапаростомических порта наложены в правой и левой подвздошных областях. В брюшной полости установлен объем газа 12 литров, скорость инсuffляции газа в брюшную полость — 12 литров в минуту. Ревизия брюшной полости. Parietalная брюшина не изменена. Желудок, печень и желчный пузырь, селезенка, тонкая кишка визуально не изменены. Толстая кишка без особенностей. Матка макроскопически не изменена, правая и левая маточные трубы одного диаметра на всем протяжении, фимбрии несколько отечные. Левый и правый яичник 5,5 × 5,0 × 3,5 см и 5,5 × 5,0 × 3,0 см соответственно, белесоватые, без патологических образований, сквозь их белочную оболочку просвечивают единичные фолликулы. У фимбриальной части правой маточной трубы обнаружена гроздь тонкостенных кист округлой формы, диаметром до 1,0 см, которые выполнены жидким содержимым. Одна из кист черного цвета на перекрученном основании. Большой сальник не изменен, лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки от 0,2 до 0,6 см в диаметре. Червеобразный отросток

длиной 8 см, располагался ретроцекально, верхушка ретроперитонеально, напряжен, на большом протяжении фиксирован плоскостными спайками к слепой кишке. Тест на ригидность зондом-пальпатором положительный. Спайки, деформирующие червеобразный отросток, коагулированы и пересечены. Произведена аппендэктомия: брыжейка червеобразного отростка коагулирована и пересечена. Основание червеобразного отростка лигировано двумя кетгутowymi лигатурами (узел Редера), отступя к телу ≈ на 0,7 см, аппендикс коагулирован и отсечен. Червеобразный отросток удален. Параовариальные кисты мобилизованы при помощи биполярной коагуляции и удалены. Санация брюшной полости. В полости малого таза осушено до 10 см³ серозного выпота. Контроль на гемостаз — кровотечения нет. Десuffляция. Троякарные раны ушиты. Асептические повязки. Диагноз: хронический аппендицит, резидуальная форма; перекрут параовариальной кисты справа. Гистологическое заключение № 11163-65: катаральный аппендицит с гиперплазией лимфоидных фолликулов; № 11166-69: стенка кисты представлена волокнистой соединительной тканью с полнокровием сосудов, изнутри выстлана цилиндрическим эпителием.

Первые двое суток послеоперационный период протекал гладко. Ребенок получал инфузионную терапию, антибактериальную терапию, общеукрепляющее лечение. После проведенного вмешательства боли в животе ушли. 23.12.2013 г. при осмотре обращает на себя внимание появившееся увеличение живота. Живот мягкий, болезненный во всех отделах, при перкуссии в правом и левом подреберье — притупление, над остальной поверхностью определяется тимпанит. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяется газ в толстой кишке, больше слева, в эпимезогастрии. Чаш Клойбера, свободного газа в брюшной полости нет. При УЗИ — печень увеличена в размерах, левая доля — 52 мм, правая доля — 126 мм, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, паренхима гомогенная, остальные органы брюшной полости без патологии. В биохимическом анализе крови повышения билирубина, трансаминаз отмечено не было. В последующие дни сохранялось равномерное вздутие живота. 26.12.2013 г. проведено контрольное УЗИ органов живота — сохраняется увеличение печени в размерах, правая доля выступает из-под края реберной дуги на 7,5 см. Ребенок повторно осмотрен педиатром. Учитывая анамнестические, клинические и данные инструментальных методов исследования, нельзя исключить наличие реактивного гепатита без нарушения функции печени. В терапию добавлен урсофальк, флемоклав солютаб. Исследованы маркеры вирусных гепатитов, результаты отрицательные. С 08.01.2014 г. пациентка продолжала консервативное лечение во II соматическом отделении ОДКБ. Постепенно состояние ребенка улучшалось: интенсивность болей в животе уменьшилась, размеры печени

также уменьшились до +1,5 см ниже края реберной дуги. При УЗИ от 20.01.2014 г. — размеры долей печени не изменены, паренхима гомогенная, эхогенность паренхимы средняя, нормальная эхографическая картина органов брюшной полости. В удовлетворительном состоянии ребенок выписан из отделения. Осмотрена через 1 месяц после выписки: жалоб не предъявляет, объективные и лабораторные данные, УЗИ живота — без патологии. Выздоровление.

Список литературы

1. Дронов А.Ф. Видеолaparоскопические операции в неотложной детской хирургии / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, К.А. Дедов [и др.] // Детская хирургия. — 2000. — № 4. — С. 15-21.
2. Дронов А.Ф. Лапароскопические операции при остром аппендиците у детей: реальные пути улучшения результатов лечения / А.Ф. Дронов, В.И. Котловский, И.В. Поддубный [и др.] // Мат-лы симпозиума «Эндоскопическая хирургия у детей». — Уфа, 2002. — С. 41-45.
3. Запорожченко А.Г. Лапароскопічне лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей / А.Г. Запорожченко // Український журнал хірургії. — 2012. — 3 (18). — С. 93-98.
4. Adwan H. Laparoscopic versus open appendectomy in children: A UK District General Hospital experience / Adwan H., Weerasuriya C.K., Endleman P., Barnes A., Stewart L., Justin T. // Journal of Pediatric Surgery. — 2014. — 49 (2). — P. 277-279.

Получено 18.04.14 ■

Веселий С.В., Грона В.М., Черкун О.В., Буслаев О.І., Сопов Г.О.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк, Україна

ВИПАДОК РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТУ В ПІДЛІТКА ПІСЛЯ ВІДЕОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. Популярність методу лапароскопічної апендектомії останнім часом значно збільшилася. Багато досліджень, переважно ретроспективного характеру, що були проведені у дорослих, показують значні переваги лапароскопії. До переваг методу можна віднести зменшення післяопераційного болю, зниження ризику розвитку ранової інфекції, більш короткий термін перебування на ліжку, можливість швидше повернутися до повсякденної діяльності. Потенційні недоліки лапароско-

пічної апендектомії включають більший час втручання, високу вартість інструментів та обладнання, що використовуються. Крім того, до кінця не вивчений системний ефект двоокису вуглецю на організм.

Наведено спостереження випадку реактивного гепатиту після лапароскопічного лікування. Після проведення комплексного лікування дитина одужала.

Ключові слова: відеохірургічне лікування, гепатит, діти.

Vesyoly S.V., Grona V.N., Chercun A.V., Buslayev A.I., Sopot G.A.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Regional Children's Clinical Hospital, Donetsk, Ukraine

CASE OF REACTIVE HEPATITIS IN AN ADOLESCENT AFTER LAPAROSCOPIC TREATMENT

Summary. Recently, laparoscopic appendectomy is increasingly being favored. Many studies, mostly retrospective reviews in adults, show the significant advantages of the laparoscopic approach. Possible advantages of the method include reduced postoperative pain, a lower wound infection rate, a shorter length of hospital stay, and a possibility of faster return to daily activities. Potential disadvantages

of laparoscopic appendectomy include more intervention time, the high cost of tools and equipment being used. Besides, systemic effect of carbon dioxide on the body is not fully understood.

Case report of reactive hepatitis after laparoscopic treatment is given. After a comprehensive treatment, the child recovered.

Key words: laparoscopic treatment, hepatitis, children.