

Разин М.П., Лапшин В.И., Семакин В.И., Смирнов А.В., Скобелев В.А., Набиева Г.Г.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ АБСЦЕСС БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ

Кировский государственный медицинский университет;
Кировская областная детская клиническая больница

Razin M.P., Lapshin V.I., Semakin V.I., Smirnov A.V., Skobelev V.A., Nabieva G.G.

CHRONIC POST-OPERATIVE ABSCESS OF THE ABDOMINAL CAVITY IN A 12-YEAR-OLD CHILD

Kirov State Medical University; Kirov Regional Children's Clinical Hospital

Резюме

Авторы представляют клиническое наблюдение успешного лечения хронического послеоперационного абсцесса брюшной полости у ребенка 12 лет, развившегося через 5 лет после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита.

Ключевые слова: хронический перитонит, абсцесс брюшной полости, оперативное лечение, дети

Abstract

The authors present data obtained during the clinical supervision of successful treatment of chronic post-operative abscess of the abdominal cavity in a 12-year-old child developed in 5 years following appendectomy for phlegmonous appendicitis.

Key words: chronic peritonitis, abscess of the abdominal cavity, surgery, children

Гнойные послеоперационные осложнения острого аппендицита у детей – актуальная проблема детской хирургии. Анатомо-физиологические особенности детского организма предрасполагают к распространению и генерализации гнойных процессов [1, 2]. По данным С.Л. Либова, ограниченные перитониты встречаются у детей в 1,2–2,8% случаев, он же высказал предположение о возможности организации абсцесса брюшной полости с его «медленным рассасыванием или формированием очага дремлющей инфекции», приводя в качестве примера единственный случай формирования послеоперационного абсцесса брюшной полости у ребенка через полгода после аппендэктомии [3]. Более поздние сообщения свидетельствуют об ограничении местных аппендикулярных перитонитов у детей в 13,7% случаев и не фиксируют случаев хронизации таких осложнений [4, 5].

Другой вариант развития послеоперационных осложнений брюшной полости в виде осумковавшихся неспецифических хронических аппендикулярных перитонитов (абсцессов) описан в работах классиков R. Virshov, W. Körte, J. Mikulicz-Radecki

(цит. по С.Л. Либову [3]). В своей монографии С.Л. Либов [3] считает такие осложнения скорее воспалительными, нежели спаечными, и указывает на необходимость исключения опухолевого процесса.

Приводим клинического наблюдения лечения ребенка с хроническим абсцессом брюшной полости.

Больной Е., 12 лет, поступил в хирургическое отделение Кировской областной детской клинической больницы 01.02.2017 г. с жалобами на сильные боли в животе. Заболел 2 суток назад, когда появились боли в животе, был подъем температуры до 37,5 °С. В анамнезе аппендэктомия открытым способом по поводу флегмонозного аппендицита в 2012 году (отмечено существенное удлинение петли сигмовидной кишки), послеоперационный период гладкий. Травм, гемотрансфузий не было.

Состояние при поступлении средней тяжести. Температура 37,3 °С. Кожа и видимые слизистые чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца ясные,

ритмичные. Патологических шумов нет. Пульс 100 в минуту. Живот активно напрягает в правой подвздошной области, болезненный, слабopоложительные перитонеальные симптомы справа. Печень, селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Проведено обследование. Общий анализ крови от 01.02.17 г.: лейкоциты $14,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 68%, эозинофилы 0%, лимфоциты 18%, моноциты 4%, эритроциты $4,59 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 13,7 g/dl, гематокрит 39,0%, тромбоциты $297 \times 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов 27 мм/ч. Длительность кровотечения – 1'30; время свертывания – 4'30; фибриноген 4,29 г/л; МНО 1,05; количество протромбина 92,2%. Группа крови A_{β} (II), резус-фактор « – », фенотип c-cW-c+E-e+K-h+, эритроцитарные антитела не обнаружены. Кислотно-основное состояние 01.02.17 г.: pH 7,361; $p\text{CO}_2$ 47,7 мм рт.ст.; $p\text{O}_2$ 42,7 мм рт.ст.; сHCO_3 26,4 ммоль/л; BE 0,4 ммоль/л; BEесf 1,0 ммоль/л; BV 48,4 ммоль/л. Электролиты крови 01.02.17 г.: натрий 135,2 ммоль/л, хлор 99,2 ммоль/л, калий 4,45 ммоль/л, ионизированный кальций 1,170 ммоль/л, Osm 269,9 мОсм/кг. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в малом тазу, в боковых каналах – выпот. Справа от пупка определяется гипоехогенное с жидкостным компонентом в центральной части образование размером 31x33 мм с высокорезистентным кровотоком в стенке образования – инвагинат.

Были сформулированы показания к диагностической лапароскопии с подозрением на инвагинацию кишечника. Под эндотрахеальным наркозом севофлюраном после инсуффляции гелия в брюшную полость введены 3 троакара. При ревизии выяснено, что к послеоперационному рубцу в правой подвздошной области припаяна инфильтрированная прядь большого сальника и петля удлиненной сигмовидной кишки с «образованием». Конверсия. Косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. Брюшина в этом месте утолщена до нескольких миллиме-

тров, отечная, блестящая. При выделении инфильтрата (в капсуле, напоминающей сахарную глазурь) выяснилось, что инфильтрат представляет собой «опухоль» сигмовидной кишки с инфильтративным ростом, прорастающую брюшину в правой подвздошной области. Рост «опухоли» из противобрыжеечного края. Размеры $5 \times 5 \times 3$ см. Произведена резекция сигмовидной кишки вместе с «образованием», наложен сигмосигмоанастомоз. Дренирование брюшной полости. Послойное ушивание раны. Йод. Асептическая повязка.

В послеоперационном периоде ребенок получал цефуроксим, амикацин, фрагмин, инфузионную терапию, парентеральное питание. Гистологическое заключение 11737–1 от 9.02.2017 г. – в препарате сигмовидной кишки участки фиброзной ткани с некрозом и выраженной лейкоцитарной инфильтрацией – стенка абсцесса. Многочисленные разнообразные посе́вы биологических жидкостей не констатировали роста микрофлоры и грибковой флоры.

15.02.17 г. в удовлетворительном состоянии с нормальными клинико-лабораторными и сонографическими характеристиками выписан домой.

Обсуждение. Нам пришлось столкнуться с крайне редким послеоперационным осложнением острого аппендицита у детей – формированием хронического абсцесса брюшной полости. Причиной его формирования могли явиться недостаточная санация брюшной полости во время первичной аппендэктомии, устойчивость возбудителя к проводимой антибиотикотерапии, а также высокие индивидуальные иммунорезистентные особенности макроорганизма, не позволившие осложнению развиться по более вероятному у детей «острому» сценарию.

Цель публикации данного наблюдения – показать возможность развития хронических абсцессов после операций на органах брюшной полости у детей даже при «гладком» течении послеоперационного периода и подчеркнуть необходимость использования объективных методов инструментальной диагностики.

Литература

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. Перевод с англ. СПб., 1997.
2. Детская хирургия. Национальное руководство / Рук. для врачей, под ред. Исакова Ю. Ф., Дронова А. Ф. М.: Гэотар-Медиа, 2009. С. 427, 738.

3. *Либов С.Л.* Ограниченные перитониты у детей. Л.: Медицина, 1983.
4. *Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Федоров К.К., Габинская Т.А.* Острый аппендицит у детей. М.: Медицина, 1998.
5. *Разин М.П., Лапшин В.И., Скобелев В.А., Смоленцев М.М.* Новые возможности лечения аппендикулярного перитонита в детской практике // Вятский медицинский вестник. 2015. №2 (46). С. 97–98.

References

1. *Ashkraft K. U., Holder T.M.* Pediatric surgery. SPb., 1997. (in Russ)
2. Pediatric surgery. Nacional'noe rukovodstvo. Ruk. dlya vrachej, pod red. *Isakova Yu.F., Dronova A.F.* M.: Ghoetar-Media, 2009. P. 427, 738.
3. *Libov S.L.* Limited peritonitis in children. L.: Medicina, 1983. (in Russ)
4. *Yudin Ya.B., Prokopenko Yu.D., Fedorov K.K., Gabinskaya T.A.* Acute appendicitis in children. M.: Medicina, 1998. (in Russ)
5. *Razin M.P., Lapshin V.I., Skobelev V.A., Smolencev M.M.* New possibilities of treatment of appendicular peritonitis in children's practice // Vyatskij medicinskij vestnik. 2015. №2 (46). P. 97–98. (in Russ)

Авторы

РАЗИН Максим Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировского ГМУ. Адрес: 610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112. ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. Телефон/факс: (8332) 51-26-79. E-mail: mprazin@yandex.ru
ЛАПШИН Виталий Иванович	Ординатор хирургического отделения КОГБУЗ КОДКБ, тел.: (8332) 62-11-15
СЕМАКИН Александр Сергеевич	Ординатор хирургического отделения КОГБУЗ КОДКБ, тел.: (8332) 62-11-15
СМИРНОВ Александр Владимирович	Кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации КОГБУЗ КОДКБ, тел.: (8332) 62-02-38
СКОБЕЛЕВ Валентин Александрович	Кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением КОГБУЗ КОДКБ, тел.: (8332) 62-11-15
НАБИЕВА Гульшан Гусейн-кызы	Аспирант кафедры детской хирургии Кировского ГМУ, тел.: (8332) 51-26-79

Принята к печати: 25.08.2017 г. ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ Не указан. КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить. FINANCING SOURCE Not specified. CONFLICT OF INTERESTS Not declared