

## РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 4 СТЕПЕНИ И ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА 3

Голиков Д.Е., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Харитонова А.Ю.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

**Актуальность.** Сочетание травматического повреждения поджелудочной железы (ПЖЖ) 4 ст. и периаппендикулярного абсцесса (ПА) 3 мы встретили в своей практике впервые, причем не нашли подобных клинических наблюдений в доступной нам литературе.

**Цель.** Представить лечебно-диагностический алгоритм при сочетании травмы ПЖЖ с повреждением Вирсунгова протока и ПА 3.

**Материалы и методы.** Мальчик, 10 лет поступил в экстренном порядке через три часа после падения (ударился животом о деревянную планку) с жалобами на резкую боль в животе. При поступлении выполняли клинико-лабораторное обследование, УЗИ и СКТ брюшной полости

**Результаты.** На основании проведенного обследования был установлен диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв ПЖ 4ст. Разрыв печени 2 ст. Малый гемоперитонеум. По данным СКТ диагностирован глубокий разрыв паренхимы ПЖЖ на границе головки и тела с повреждением Вирсунгова протока. В посттравматическом периоде проводили инфузионную, антибактериальную терапию, эпидуральную анестезию, зондовое кормление в тощую кишку, пункцию и дренирование оментобурсита под контролем УЗИ (получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким уровнем амилазы). На 10 сутки посттравматического периода на фоне клинического благополучия при контрольной МР ХПГ помимо посттравматических изменений ПЖ выявлено формирование жидкостного образования с капсулой в правой подвздошной области, несвязанного с забрюшинными клетчаточными пространствами. Проводили дифференциальный диагноз между панкреатогенным и аппендикулярным абсцессом, который на фоне антибактериальной и обезболивающей терапии не имел клинических проявлений. При детальном УЗИ был визуализирован измененный червеобразный отросток в полости абсцесса. При пункции под контролем УЗИ получено 20 мл густого гноя с зловонным запахом, в полость абсцесса установлен дренаж 10 Fr. По данным микробиологического исследования получен рост E.coli. Дренаж из сальниковой сумки удален на 14 сутки после установки, из полости абсцесса — на 4-е сутки. На 16 сутки после травмы на фоне нормализации уровня амилазы крови удален назоинтестинальный зонд и начато кормление через рот. Ребенок был выписан домой на 25 сутки в удовлетворительном состоянии. В плановом порядке через 6 мес. выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Катамнез через 9 мес. — жалоб нет, при УЗИ брюшной полости патологических эхообразований не выявлено.

**Заключение.** Интенсивная терапия, проводимая по поводу тяжелого повреждения ПЖЖ, нивелировала клиническую картину острого аппендицита, осложнившегося формированием абсцесса. Использование современных диагностических и хирургических технологий позволило снизить хирургическую агрессию и добиться хороших результатов в лечении пациента.