

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ И ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ДИАГНОСТИКА ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Цап Н.А.¹, Огарков И.П.^{1,2}, Чукреев В.И.², Макаров П.А.², Чукреев А.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург

Актуальность. Редкость деструктивных форм панкреатита в детском возрасте, особенно идиопатического генеза, диктует использование опыта «взрослой» хирургии поджелудочной железы, а также определение лечебно-диагностической тактики, основным звеном которой является предупреждение панкреатогенных осложнений.

Цель работы — определить диагностические критерии деструктивного панкреатита и их прогностический риск, оценить результаты лечения.

Материалы и методы. Выборка клинического материала произведена за период 2010–2019 гг. В неотложном порядке поступили 32 ребенка с признаками деструктивного панкреатита (ДП). Возраст детей от 2 до 18 лет, преимуществ по полу нет. Этиопатогенез ДП у 21 (65,6 %) ребенка связан с абдоминальной травмой. Диагностический блок и мониторинг течения панкреатогенных изменений включал клиническое, лабораторное обследование (динамика ферментемии, СРП, ПКТ), лучевую (УЗИ, МРТ) диагностику и лапароскопию.

Результаты. Отечная форма панкреатита была выявлена у 10 (31,2 %) детей по данным УЗИ и повышению показателей амилазы и липазы крови в течение нескольких суток на фоне проводимой консервативной терапии, назначаем сандостатин (октреотид). При прогрессии ферментемии в 5 (15,6 %) случаях процесс распространился за пределы pancreas, сальниковой сумки (геморрагический выпот, бляшки стеатонекроза, реактивного плеврита, формирование псевдокист). Повышение уровня амилазы более 200 Е/л и липазы более 98 Е/л в течение 10 суток от начала заболевания расцениваем как прогностический риск формирования наружных свищей (6) и псевдокист (10) pancreas вне зависимости от способа лечения, сроков проведения первичной операции. Оперативные вмешательства — эндоскопические и открытые, проведены 22 (68,7 %) детям. Операцией выбора явилась лапароскопия (16), потребовалась конверсия в 6 случаях. Лапаротомия, марсупиализация, дренирование брюшной полости выполнена 12 детям. Основное место среди осложнений занимают панкреатические свищи и формирование псевдокист различного размера, нередко прогрессирующие. Тактика их лечения базировалась на результатах МРТ: топографо-анатомические изменения в паренхиме и протоковой системе pancreas, в сальниковой сумке, в панкреатодуоденальной зоне. При кистах головки pancreas проводили навигационную чрезкожную пункцию и санацию полости кисты у 5 детей. Эффективна была у 4-х детей. Рецидив кисты отмечен в одном случае. Более сложные клинические случаи (2) связаны с разрывом pancreas, вирсунгова протока: сформировались псевдокисты с активно функционирующим наружным свищом. Избран путь наложения панкреатоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы. Травматический панкреатит имеет более тяжелое течение в отличие от идиопатического, выше риск повторных оперативных вмешательств, неблагоприятных исходов с формированием панкреатических свищей и кист, на что указывает торпидное течение ферментемии. В хирургическом лечении приоритет за малоинвазивными вмешательствами.