

# ПАНКРЕОНЕКРОЗ У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Шейбак В.М., Полягошко А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

**Введение.** В последние годы наблюдается увеличение деструктивных форм панкреатита, в том числе у детей. Считают, что эта тенденция связана с ухудшением экологической ситуации, изменением питания. Однако относительная редкость патологии ведёт к поздней диагностике и выбору неверной тактики лечения.

**Цель исследования** – анализ клинической картины, особенностей диагностики и лечения детей с острым деструктивным панкреатитом.

**Материал и методы исследования.** Был проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов Гродненской областной детской больницы с острым деструктивным панкреатитом, в период с 2009 по 2014 годы.

**Результаты и их обсуждение.** За это время на лечении находилось 3 пациента с деструктивными формами острого панкреатита. В 2009 году – один мальчик: 2 года 5 месяцев и две девочки: 15 лет, 9 лет. Из них двое пациентов жители села, один – житель города. Были выставлены следующие диагнозы: острый геморрагический панкреатит; острый тотальный панкреонекроз; острый панкреатит, субтотальный панкреонекроз соответственно. Двое имели осложнения: острый геморрагический перитонит, ССВО, синдром полиорганной недостаточности, парапанкреатит, ОРДС, токсический гепатит, парез кишечника 2 степени. Кроме того, имелись сопутствующие заболевания: анемия, ОРВИ, ЖКБ, пневмония, олигофрения и пневмоторакс. Срок лечения в стационаре составил 15, 100 и 75 дней. Жалобы: вялость, боль в эпигастральной области и рвота – отмечались у всех пациентов, в одном случае многократная рвота, с примесью крови; жидкий стул – у двух пациентов; кроме этого, в одном случае наблюдалось повышение температуры тела. Двое пациентов имели повышенные показатели амилазы крови: 367 и 783 Ед/л; у третьего данный показатель был в норме – 35–60 Ед/л. У всех пациентов наблюдалось повышение диастазы в моче: от 1665 до 3232 Ед/л; также всем было определено содержание диастазы в брюшной полости: у двоих пациентов данный показателя был повышен – 1041 и 4036 Ед/л. Снижение гемоглобина наблюдалось у двух пациентов: 73 и 103 Г/л. Кроме того у всех пациентов наблюдалось повышение СРБ, АсАТ, АлАТ. Всем пациентам было проведено УЗИ органов брюшной полости: визуализировались изменения поджелудочной железы. МРТ и КТ-исследования были выполнены двум пациентам, с помощью которых четко визуализируется распространённость патологического процесса. При лечении панкреонекроза все пациенты получали инфузионную и антибактериальную терапию. Все пациенты получали антиферментную терапию. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение: лапаро-

скопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки; кроме этого, одному пациенту были выполнены следующие оперативные вмешательства: релапаротомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства; другому – релапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинного пространства. Средний койко-день составил 63 дня. Все дети были выписаны с улучшением.

**Выводы.** Наблюдается рост заболеваемости деструктивными формами панкреатита. Современный метод визуализации (КТ, МРТ) даёт больше информации, чем ультразвуковое исследование, тем самым дополняя его. Целесообразен перевод детей с панкреонекрозом из районных больниц в специализированные детские хирургические отделения. Течение панкреонекроза требует этапных оперативных вмешательств.

#### Литература:

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. – 2009. – 736 с.
2. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. – 2009. – 1168с.

## **РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ**

**Шейбак В.М.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Введение.** Ожог это травма, которая резко меняет жизнь пострадавшего и его близких. Ожог, полученный в детском возрасте, следует рассматривать как критическую ситуацию для ребенка и его семьи. Проблема лечения детей с термическими ожогами достаточно сложна и актуальна. В последнее время наблюдается рост количества поступлений в стационар пациентов с достаточно обширными ожогами. Развитие ожоговой болезни наблюдается в случаях поражения более 5% поверхности тела у детей раннего возраста. При поверхностных ожогах выведение из ожогового шока проводится в отделении интенсивной терапии и в последующем предупреждение стадии токсемии и гнойных осложнений достаточно отработано путем лечения под однослойной марлевой повязкой, с применением антибактериальной терапии, современных методов детоксикации и технических средств, используемых у пациентов с термическими ожогами (кровать Клинитрон, матрасы с обдувом подогреваемым воздухом). Вопросы реабилитации недостаточно разработаны и требуют дальнейшего изучения и внедрения в практику. Имобилизационный стресс, перевязки, уколы, операции наносят психоэмоциональную травму ребенку, что требует рабо-