

DIAGNOSIS OF MECHANICAL JAUNDICE WITH THE HELP OF RETROGRADE PANCREATOCHOLANGIOGRAPHY

The application of the method of retrograde pancreatocholangiography in case of different diseases of the biliary tracts, particularly in jaundice, gives new diagnostic possibilities, allows to find out the most adequate plan of the operation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов В. В., Зима П. И., Кочиашвили В. И. Непроходимость желчных путей. М., 1977.
2. Нидерл Б. Хирургия желчных путей. Прага, 1982.
3. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А., Мовчун А. А. Реконструктивная хирургия при пораженных внепеченочных желчных протоках. М., 1980.
4. Петровский Б. В. Хирургические болезни. М., 1980.
5. Deyle P., Nette L., Amman R. Hel. Chir. Acta, 1974, 41, 587.
6. Ogosni K., Niwa M., Hara A., Nebel O. Gastroenterology, 1973, 64, 210.

УДК 616.37—053.2

А. М. МИНАСЯН, Б. Е. БАГРАТУНИ

ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Установлено, что легко протекающие формы панкреатита у детей трудно диагностируются из-за стертости клинической картины. Частой причиной поражения поджелудочной железы являются заболевания пищеварительного тракта, инфекции и простудный фактор. Эти поражения могут быть первичными, вторичными, а также носить функциональный характер.

Согласно литературным данным, начальные легко протекающие формы острого и хронического рецидивирующего панкреатита у детей трудно диагностируются и остаются своевременно нераспознанными [3, 8, 9], что объясняется стертостью клинической картины данного заболевания [3, 4, 5]. Цель настоящей работы сводилась к изучению клиники и симптоматологии начальных, часто легко протекающих форм острой клинической картиной острого поражения поджелудочной железы (ППЖ) и определению его значения в клинике «острого живота» у детей.

Под нашим наблюдением находились больные, поступившие в хирургическое отделение I детской клинической больницы в основном с острыми болями в животе. При подозрении на ППЖ были изучены клиническая картина и симптоматология страдания. Наряду с общепринятыми исследованиями изучалось функциональное состояние поджелудочной железы—определялся уровень амилазы, липазы и альдолазы в крови и диастазы в моче, проводились некоторые функциональные пробы печени, а при необходимости—фиброгастроудоденоскопия и дуоденаж.

Поражение поджелудочной железы выявлено у 60 больных, что составляет 0,47% поступивших. Мальчиков было 32, девочек—28 в возрасте от 2 до 14 лет. Частота заболевания в зависимости от возраста больных отражена в табл. 1.

Таблица 1

| Возраст больных | До 3 лет | 4—7 лет | 8—11 лет | 12—14 лет |
|-----------------|----------|---------|----------|-----------|
| Число больных | 2 | 10 | 22 | 26 |

Как видно из табл. 1, чаще болеют дети старшего возраста, что объясняется гормональными изменениями в этот период жизни, оказывающими влияние на состояние железы, и, кроме того, в этом возрасте дети способны более точно и правильно выражать свои жалобы.

По данным литературы [6], чаще всего острый панкреатит возникает у детей при заболеваниях печени, желчных путей, желудка и 12-перстной кишки. Провоцирующим фактором являются также несоблюдение режима, переедание, слишком холодная или горячая пища, а также перенесенные операции по поводу заворота кишок, аппендицита, портальной гипертензии и в некоторых случаях детские инфекции. В основном эти данные совпадают с нашими прежде проведенными морфологическими исследованиями поджелудочной железы [2, 7]. Определенную роль играет также сезонность заболевания. По нашим наблюдениям, чаще заболевания отмечались осенью (25) и зимой (21), реже—весной (9) и летом (5).

Исходя из этиопатогенеза, больные были разделены на две группы: с первичным поражением поджелудочной железы и вторичным, когда поражение поджелудочной железы сопутствовало основному заболеванию (осложнение). В первой группе был 31 больной. Заболевание проявлялось остро, больные поступили с различными диагнозами. Предполагаемая причина ППЖ у этих больных отражена в табл. 2.

Таблица 2

| Причины поражения поджелудочной железы | Число больных |
|--|---------------|
| Алиментарный фактор | 10 |
| Простудные заболевания | 7 |
| Гепатит | 7 |
| Тупая травма живота (без операции) | 2 |
| Ангина | 2 |
| Невыясненная причина | 3 |

Во вторую группу вошли 29 больных. У 21 больного этой группы ППЖ возникло при остром проявлении основного заболевания (табл. 3).

Таблица 3

| Заболевания | Число больных |
|---|------------------|
| Энтероколит | 6 |
| Гельминты | 6 |
| Гастрит | 3 |
| Портальная гипертензия с желудочным кровотечением (после сперации) | 2 |
| Флегм. аппендицит (после операции) | 2 |
| Непроходимость кишечника (после операции) | 1 |
| Геморрагический гастрит | 1 |

У 8 больных клиника ППЖ была выражена слабо. По-видимому, здесь имело место в основном функциональное нарушение. В табл. 4 приводится частота основного заболевания.

Таблица 4

| Заболевания | Число больных |
|--------------------------------|------------------|
| Колит | 5 |
| Хронический аппендицит | 2 |
| Абдоминальная форма ревматизма | 1 |

Боль является основным симптомом острого ППЖ и может носить самый различный характер [3]. В зависимости от места поражения органа (головка, тело, хвост или тотальное поражение) боли имеют различную локализацию: правая эпимезогастральная локализация (3), верхняя половина живота (4), по всему животу (3). Но чаще всего больные жалуются на боли в области пупка (10), в нижней части эпигастрия (15), в левой эпимезогастральной области (11). При этом боль может иррадиировать в левую половину грудной клетки, левую половину живота, левую ногу. Очень характерны опоясывающие боли (14).

Симптом Керте был положительным у 9 больных, симптом Воскресенского—у 2, симптом Шоффара—у 4, болезненность точки Мейо-Робсона—у 12 больных. У 2 больных наблюдалась быстро проходящая субктеричность.

Как правило, больные беспокоены, боли проявляются в виде приступов, отмечается рвота 1—2 раз в сутки (в 38 случаях). Метеоризм или запор констатирован у 27 больных, жидкий стул—у 4. Лицо бледное, страдальческое. Язык обложен, часто суховатый. Пульс частый. Температура субфебрильная или нормальная. При острых болях живот обычно пассивно участвует в акте дыхания, при этом невозможна глубокая пальпация.

В диагностике поражения поджелудочной железы большое значение имеет определение активности фермента поджелудочной железы. Наиболее ин-

формативным ферментом оказалась липаза, активность которой в крови была повышена у всех больных: до 60 ед. (при норме 0—40 ед.)—у 3, до 80 ед.—у 13, до 100 ед.—у 23, до 200 ед.—у 12 и выше 200—у 4. Активность амилазы крови увеличилась у 44 больных: выше нормы в 2 раза—у 19, в 4 раза—у 17 и в 10 раз—у 8 больных; у остальных активность амилазы была в пределах нормы. Аналогично изменялась активность диастазы мочи. Невысокий уровень амилазы объясняется тем, что больные, поступившие в клинику, в срочном порядке получали интенсивную терапию, которая способствовала снижению этого фермента. Альдолаза крови определялась у 10 больных—у всех больных уровень ее оказался на высших границах нормы. Функциональные пробы печени показали: повышение тимоловой пробы—у 25, сиаловой пробы—у 29 больных. Лейкоцитоз в пределах 10000—12000 отмечался у половины больных. У 12 больных проводилась фиброгастродуоденоскопия, которая выявила у всех больных изменения со стороны желудочно-кишечного тракта: бульбит, гастрит (эрозивный, атрофичный), недостаточность кардиального жома, поверхностная язва желудка. Дуоденаж проведен у 11 больных, из них у 3 обнаружены лямблии, у 2—элементы воспаления.

Лечение панкреатита проводилось комплексно параллельно с лечением основного заболевания: применяли ингибиторы, антибиотики, при острых и стойких болях—поясничная околопочечная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, инфузионная-детоксикационная терапия, антиспазматики, диета и симптоматическое лечение, трипсин и т. д. 14 больным применялся новый метод патогенетической терапии, предложенный Б. Е. Багратуни [1], цель которого сводилась к повышению компенсаторно-приспособительных реакций организма, стимулированию собственных возможностей организма синтезировать биологически активные вещества для борьбы с ППЖ. Суть метода сводится к следующему: курс лечения 7 дней, из них три дня одноразовой внутримышечной инъекцией вводится серотонин в дозе 2 мл и дофамин—1 мл и в течение пяти дней—гидрокортизон по восходяще-нисходящей схеме (25, 50, 75, 50, 25 мг). В течение всех 7 дней вводятся антибиотики. Метод исключает необходимость применения анальгетических препаратов, наркотических средств, внутривенных вливаний, блокад, антигистаминных препаратов. Результаты были удовлетворительными.

Таким образом, острое ППЖ может проявиться легкой и стертой клинической картиной, из-за чего не всегда своевременно распознается. Клинически ППЖ бывает первичным и вторичным и может носить функциональный характер. Частой причиной этих поражений являются заболевания пищеварительного тракта, реже—инфекция и простудный фактор. Лечение комплексное.

Кафедра детской хирургии
Ереванского медицинского ин-
ститута, НИИ общей гигиены и
профзаболеваний

Поступила 24/III 1986 г.

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարումների սկզբնային և թեթև ձևերը հերիսաների մոտ դժվար են ախտորոշվում: Դրանք հաճախ առաջանում են մարսողական համակարգի հիվանդություններից, ինֆեկցիաներից և այլն: Որովայնի անորոշ ցավերի դեպքում անհրաժեշտ է երիսաներին հետազոտել Ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարման ուղղութեամբ: Բացի կլինիկական հետազոտություններից որոշված է նաև ամիլազան արյան մեջ և դիաստազան՝ մեզում, լիպազան և ալբուլազան՝ արյան մեջ:

Բուժումը կոմպլեքսային է, ուղղված պատճառի դեմ, ինչպես նաև հակարբոբոքային, ախտածնային, ախտանշանային, թունազրկող: Կիրառված են ինհիբիտորներ, առաջարկված և օգտագործված է ախտածնային բուժման նոր մեթոդ:

A. M. MINASSIAN, B. Ye. BAGRATOUNI

AFFECTION OF THE PANCREAS IN CHILDREN

The initial, acute affections of the pancreas with light course are difficult for diagnosis in result of weakly expressed picture of the disease. These affections can be initial or not and have functional character. More frequently the causes of this pathology are the diseases of the enteric tract, sometimes other factors. The complex treatment is suggested for these patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Багратуни Б. Е. Новый способ лечения панкреатита (метод. рекоменд.) Ереван, 1978.
2. Геворкян И. Х., Минасян А. М., Арзуманян Г. А. Тр. XXVIII Всесоюзн. съезда хирургов. М., 1967, с. 240.
3. Гудзенко Ж. П. Панкреатит у детей. М., 1980.
4. Губергриц А. Я. Хронические заболевания поджелудочной железы, Киев, 1975.
5. Маслов М. С. В кн.: Педиатрия, т. 4. М., 1963, с. 344.
6. Маценко П. А., Урусов В. А. Острый живот у детей. Иркутск, 1973.
7. Минасян А. М., Бабаян Э. Б., Асланян Г. А. Тр. Ереванского медицинского института, т. XV, кн. 2. Ереван, 1972, с. 439.
8. Martin J., Prispěvek K. Problematice akutnich pankreatitis v detskem vecu, Prac. kt. Lek. (Praha), 1968, 48, 130.
9. Williams H. T., Sherman N. J., Clatworthy H. W., Pediatrics. 1967, 40, 1019.