

# ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 548 ОТ 25 СЕНТЯБРЯ 2014 г.

Председатель: профессор А.Ф. Дронов. Секретарь: Н.О. Ерохина

## ПОВЕСТКА

### 1. Демонстрация

#### Лечение ребенка с синдромом Делафуа

Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. и соавт.

РНИМУ имени Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии;

Детская городская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова

### 2. Демонстрация

#### Абсцесс печени как осложнение деструктивного аппендицита

Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. и соавт.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии

Детская городская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова

### 3. Доклад

#### Новая технология пункционной гастростомии

Рачков В.Е., Захаров И.В., Прохорова Е.С.

ФНКЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева

### 4. Доклад

#### Лапароскопические операции воспалительных заболеваний кишечника у детей

Поддубный И.В., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Афанунов М.В.

МГМСУ имени А.И. Евдокимова, кафедра детской хирургии;

Измайловская детская клиническая больница

## ДЕМОНСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА «СИНДРОМ ДЕЛАФУА, РАЗВИВШИЙСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОРЗАЛЬНО-ЭКЗОФИТНОЙ ГЛИОМЫ СТВОЛА И ДНА IV ЖЕЛУДОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА»

Смирнов А.Н., Афуков И.И., Голованев М.А., Дмитриева И.Б., Чирков И.С.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Цель настоящего сообщения – представить клинический случай лечения *Acinetobacter*-ассоциированной двусторонней бронхопневмонии с правосторонним плевритом, осложнившимся развитием сепсиса у ребенка после удаления опухоли ствола головного мозга, и перевязки кровоточащего аневризмального сосуда двенадцатиперстной кишки (синдром Делафуа).

Синдром Делафуа (*G. Dieulafoy*) – массивное кровотечение из желудка или проксимальной части двенадцатиперстной кишки, обусловленное повреждением (эрозией) подслизистой артериальной ветви. Данный симптом встречается менее чем в 1% всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), он крайне сложен в диагностике.

По своей сути это стрессовая язва расположенная в двенадцатиперстной кишке, однако отличительным моментом является то, что кровотечение возникает из подслизисто расположенного, крупно-

го аневризмального сосуда – из поджелудочно-двенадцатиперстной артерии или ее непосредственной ветви (рис. 1). В основе патогенеза всех стрессовых язв лежит гипоперфузия, развивающаяся на фоне

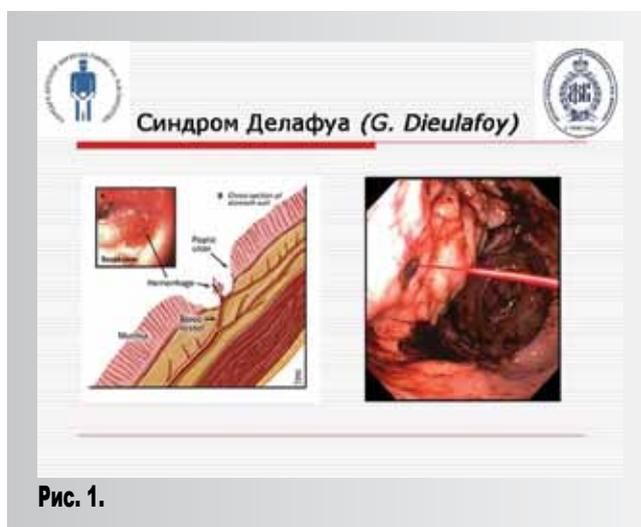


Рис. 1.

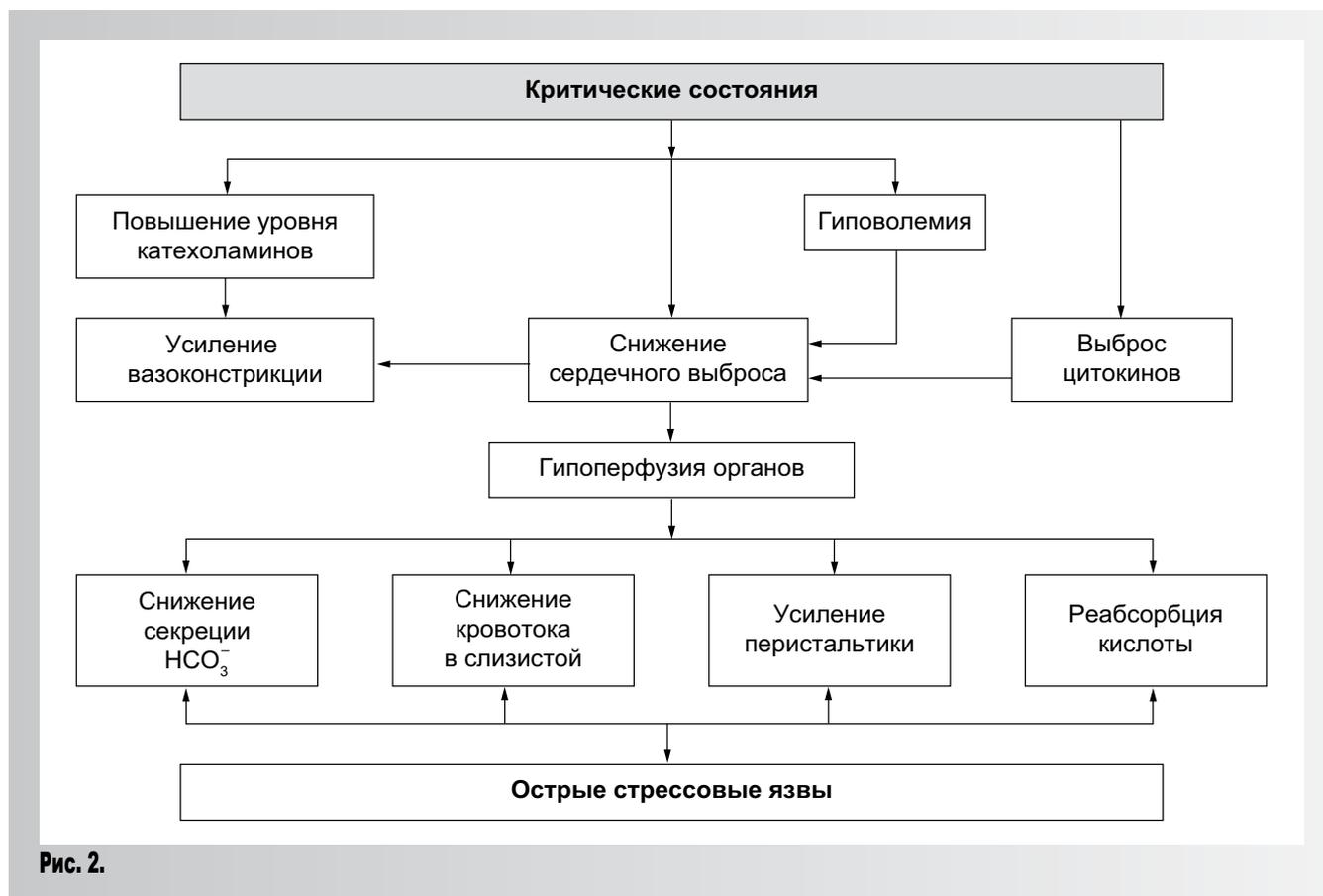


Рис. 2.

критических состояний. Гиперперфузия приводит к снижению секреции бикарбоната и кровотока в слизистой оболочке, усилению перистальтики и реабсорбции соляной кислоты, а это в свою очередь способствует возникновению эрозивно-язвенных дефектов (рис. 2).

### Материалы и методы исследования

*Больной Ч., 13 лет.* В возрасте 11 лет были отмечены явления дисфагии, после проведения комплексного обследования диагностирована опухоль ствола и дна IV желудочка головного мозга. Для проведения оперативного лечения мальчик госпитализирован в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, где в послеоперационном периоде у него развилось массивное кровотечение из ЖКТ неясной этиологии, предположительно из верхних отделов. Дальнейшее лечение проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. Проводился весь комплекс консервативной гемостатической терапии с переменным положительным эффектом. Неоднократное

выполнение ФЭГДС не позволило диагностировать истинную причину массивного кровотечения, поэтому было принято решение выполнить оперативное лечение по витальным показаниям (резкая дестабилизация состояния, профузное кровотечение, постоянные неоднократные гемотрансфузии не позволяли скорректировать показатели красной крови). После выполнения гастротомии в желудке визуализировано небольшое количество сгустков крови, слизистая без патологии, источник кровотечения не выявлен (рис. 3). В связи с этим было решено произвести дуоденотомию в области верхней горизонтальной ветви по передней поверхности, после которой эвакуировано большое количество сгустков крови из просвета, слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, не изменена, на задней стенке визуализирован активно кровоточащий артериальный сосуд до 0,3 см в диаметре, гемостаз достигнут путем прошивания последнего (рис. 4).

Несмотря на то что весь период нахождения в ОРИТ (суммарный срок – 46 дней) при постоянном микробиологическом мониторинге проводи-



Рис. 3.



Рис. 6.



Рис. 4.

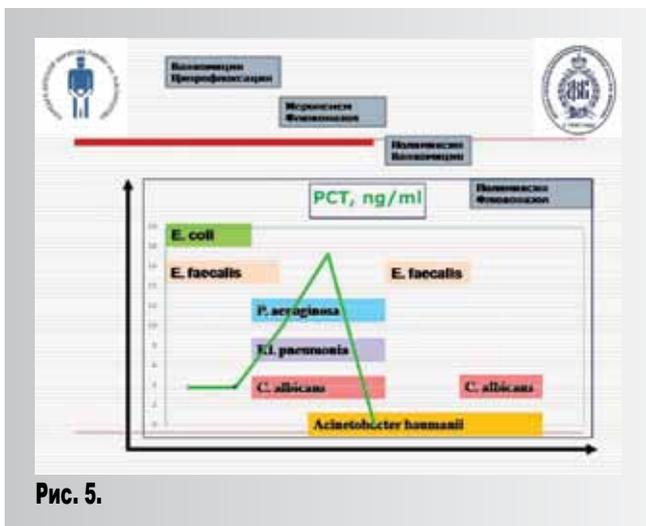


Рис. 5.

лась антибактериальная терапия, были диагностированы двусторонняя пневмония с правосторонним плевритом, сепсис (PCT = 17,3 нг/мл, CRP = 236 мг/мл, WBC = 23,4×10<sup>9</sup>/л). Для исключения очагов инфекции были проведены компьютерная томография (КТ) головного мозга, исследование ликвора, КТ грудной и брюшной полости, ПЦР к оппортунистическим инфекциям, что позволило исключить другие локальные и системные инфекционные процессы.

В посевах мокроты выделена ведущая роль *Acinetobacter baumannii*. Системное введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия (имипенем + сульбактам, меропенем, цефепим) не позволяли купировать инфекционный процесс. Возбудитель сохранял чувствительность лишь к полимиксину. Несмотря на системное введение полимиксина, клинического улучшения не наступило, в связи с этим назначено его комбинированное введение: внутривенные инъекции в сочетании с ингаляциями (рис. 5). Все это привело к снижению уровня маркеров воспаления и улучшению рентгенологической картины легких (рис. 6), стабилизации общего состояния и активизации больного. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

**Выводы**

1. При выборе оптимальных режимов антибактериальной терапии у больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии ключевую роль играет микробиологический мониторинг.

2. Комбинированное, системное и локальное использование антибактериальных препаратов позволяет улучшить результаты лечения нозокомиальных инфекций.

3. Клинические и инструментальные методы исследования не всегда в полной мере способствуют выявлению основного локального инфекционного процесса.

4. Маркеры сепсиса, например, прокальцитонин, позволяют четко дифференцировать системную воспалительную реакцию инфекционной и неинфекционной природы.

5. Синдром Делафуа – крайне редко встречающаяся нозология, весьма затруднительная в дифференциальной диагностике.

## ДЕМОНСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА «АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА»

Смирнов А.Н., Голованев М.А., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Фатеев Ю.Е., Чирков И.С.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Гнойное воспаление в системе воротной вены – пилефлебит – обычно возникает как вторичная болезнь, осложняющая течение основного, не обязательно гнойного заболевания, преимущественно органов брюшной полости. Встречается крайне редко. Наиболее частая причина острого пилефлебита – гнойное воспаление червеобразного отростка. В этом случае воспаление сначала возникает в соответствующей брыжеечной вене, довольно быстро распространяясь на всю мезентериальную, а затем и воротную вену. Несколько реже гнойный пилефлебит вызывают пенетрирующие язвы желудка, проктиты и другие воспалительные заболевания брюшной полости в системе оттока воротной вены.

К нам поступил мальчик, 15 лет. Из анамнеза известно, что 12 августа 2014 г. по месту отдыха в Испании была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита. В послеоперационном периоде возникло осложнение в виде абсцесса брюшной полости. 16 августа 2014 г. проведена нижнесрединная лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости. По данным выписок и со слов родителей антибактериальная терапия после лапароскопической аппендэктомии не проводилась. С 31 августа 2014 г. вновь отмечаются температура до фебрильных цифр, боли в животе. В ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ребенок находится с 5 сентября 2014 г. При осмотре – клиника инфильтрата в брюшной полости, к тому же настораживало резко болезненное поколачивание по правой реберной дуге.

При выполнении УЗИ (рис. 1) подтверждено наличие инфильтрата, расположенного преимуще-

ственно в правой подвздошной области, заподозрено наличие гнойной полости в проекции паренхимы правой доли печени. Проведенная в экстренном порядке мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием (рис. 2) уточнила наличие полостного образования в проекции VI–VII сегмента печени с неоднородным жидкостным содержимым до 30 мм в диаметре и капсулой до 1–2 мм.

На первом этапе было принято решение провести консервативное лечение: инфузионно-детоксикационная, антибактериальная (цефоперазон + сульбактам + метронидазол) терапия и физиотерапия. На этом фоне купированы признаки интоксикации, инфильтрат в брюшной полости полно-



Рис. 1. По данным УЗИ. Инфильтрат в правых отделах брюшной полости. В правой доле печени полость с неоднородным содержимым до 30 мм в диаметре