

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

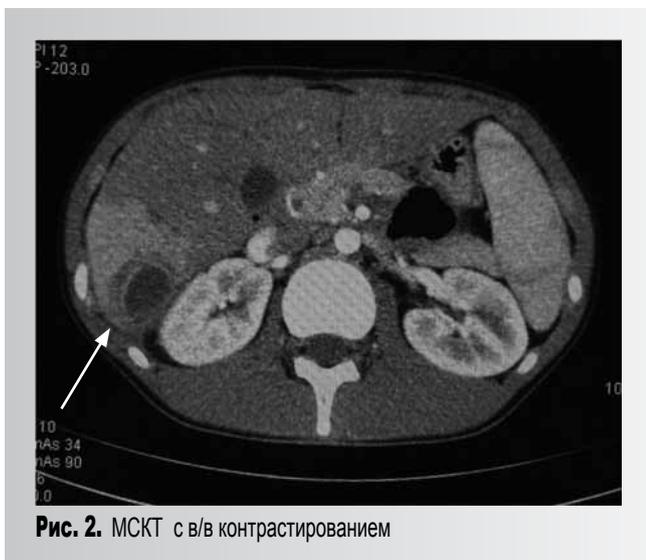


Рис. 2. МСКТ с в/в контрастированием

стью регрессировал. Однако на контрольном УЗИ полость абсцесса сохранялась в проекции правой доли печени.

15 сентября 2014 г. под общей анестезией и контролем ультразвукографии (рис. 3) произведена пункция иглой Bard Magnum Green в пересечении средней подмышечной линии и X межреберья на глубину 40 мм. Без технических трудностей получено около 7 мл густого сливкообразного гноя (в посеве – *E. coli*). Полость промыта раствором диоксидина до чистых вод, игла удалена. Компрессия по правой реберной дуге в течение 20 мин с целью гемостаза. Наложена асептическая наклейка (спирт + левомеколь).

В послеоперационном периоде антибактериальную терапию изменили (имепенем + цила-



Рис. 3. Операция: Пункция, санация абсцесса правой доли печени

статин + ванкомицин + метронидазол), на контрольном УЗИ на 7-е сутки, 1 и 3 мес – паренхима правой доли печени без патологии. Ребенок выписан из стационара на 7-е послеоперационные сутки с выздоровлением.

Цель данной демонстрации – ознакомить аудиторию детских хирургов с таким крайне редким осложнением деструктивного аппендицита, как абсцесс печени на фоне пилефлебита. Таким образом, как показывают данные литературы и собственные клинические наблюдения, пункционное лечение под ультразвуковой навигацией является малоинвазивным, максимально атравматичным и весьма эффективным в лечении абсцесса, расположенного в толще паренхимы печени.

ДОКЛАД «НОВЫЙ МЕТОД МАЛОИНВАЗИВНОЙ ГАСТРОСТОМИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ У ДЕТЕЙ»

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

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, Москва; Европейский медицинский центр (ЗАО «Юропиан Медикал Сентер»), Москва

Гастростомия – одна из самых распространенных паллиативных операций, применяемых при невозможности энтерального питания через рот. Показания к гастростомии в детском возрасте: непроходимость глотки и/или пищевода вследствие рубцового стеноза или атрезии пищевода, трахеопищеводные свищи, перфорация пищевода, ротоглоточная дисфагия, вызванная органическим поражением или дегенеративными заболеваниями

ЦНС, опухолями головного мозга, тяжелые воспалительные изменения слизистой пищевода – мукозиты – у онкологических больных после химио- или лучевой терапии.

При выполнении вмешательства должны быть соблюдены следующие принципы: малая инвазивность, относительная простота выполнения, безопасность процедуры, обеспечение адекватного питания, герметичность. Наиболее традиционна