

## ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У РЕБЕНКА С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ

Сварич В.Г.<sup>1,2</sup>, Сварич В.А.<sup>3</sup>, Каганцов И.М.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Россия;

<sup>2</sup> Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар, Россия;

<sup>3</sup> Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар, Россия;

<sup>4</sup> Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

**Описание наблюдения.** Девочка, родилась от вторых срочных патологических родов в 40 нед. путем кесарева сечения с весом 3295 г, ростом 51 см. На основании клинических данных и данных обследования был установлен основной диагноз билиарной атрезии, симптома холестаза, холестатического гепатита с высокой степенью гистологической активности Knobel (3-4-4-3), степень фиброза METAVIR — P2. В возрасте 2 мес. была выполнена операция лапаротомия, портоэнтеростомия по Касаи, биопсия печени, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка была выписана по месту жительства. В дальнейшем ребенок находился под наблюдением гастроэнтеролога с периодической госпитализацией в педиатрическое отделение Республиканской детской клинической больницы для контроля и лечения. Однако ввиду необратимости изменений в печени, прогрессирования портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, рецидивов холангита, сохраняющейся гипербилирубинемии в возрасте 3 лет ребенок был переведен в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, где была выполнена операция родственной ортотопической трансплантации левого латерального сектора печени. Через месяц пациентка выписана под наблюдение педиатра по месту жительства. В возрасте 4 лет ребенок поступил в отделение интенсивной терапии и реанимации республиканской детской клинической больницы с жалобами на многократную рвоту, кашель, повышение температуры до 39,7 °С. После проведенного обследования был установлен диагноз правосторонней приобретенной диафрагмальной грыжи с ущемлением петель кишечника в грыжевых воротах и кишечной непроходимостью на фоне трансплантата печени, и после консультации с лечащим врачом-трансплантологом выполнена лапаротомия под общим обезболиванием, во время которой обнаружен дефект правого купола диафрагмы в диаметре до 3 см, в котором ущемлены находящиеся в правой плевральной полости цианотичные петли тонкой кишки и правая половина толстой кишки. Произведено низведение петель кишок из плевральной полости в брюшную полость с ушиванием дефекта диафрагмы двухрядным швом. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок был выписан с выздоровлением под наблюдение детского хирурга и педиатра по месту жительства.

**Заключение.** В приведенном примере приобретенная диафрагмальная грыжа после трансплантации печени явилась редким, но потенциальным возможным послеоперационным осложнением, в большинстве случаев протекающим бессимптомно. Вышеуказанная патология клинически проявилась сочетанием симптомов со стороны дыхательной и пищеварительной системы. Любое лечение детей с пересаженной печенью должно осуществляться в тесном контакте с лечащим врачом-трансплантологом.

**Ключевые слова:** диафрагмальная грыжа; билиарная атрезия; трансплантация печени.