

Матиевская И.А., Питкевич А.Э.

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»

Актуальность. Абсцессы печени(АП) - редко встречаемая патология в практике детского хирурга, что объясняет позднюю диагностику и несвоевременное лечение. Число осложнений и летальность при оперативном лечении с применением традиционных оперативных доступов достигает 46%.

Цель исследования. Представить наш клинический случай диагностики и лечения абсцесса печени больших размеров у ребенка 2-х лет малоинвазивным методом. Оценить объем и специфичность диагностических мероприятий, адекватность выбранного лечения.

Материалы и методы: Анализ медицинской документации пациента М, 2-х лет.

Результаты: Пациент М, сельский житель, переведен в УЗ “Витебский областной детский клинический центр” 1.04. 2016 года из инфекционного отделения центральной районной больницы Витебской области. Диагноз направившего учреждения: ОРИ тяжелое течение. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Сепсис? Выписка из медицинских документов ЦРБ: ребенок заболел 24.03.2016, повысилась температура тела до 39С, с 25.03.2016 присоединился жидкий стул 3-4 раза в сутки. Фельдшером ФАПа назначено лечение: амоксициллин, ибуфен, цефекон, в возрастных дозировках. С 29.03.2016 по 1.04.2016 находился на лечении в ЦРБ, где получал цефотаксим в/в, амикацин в\в. В связи в отрицательной динамикой переведен в УЗ “ВОДКЦ”.

При поступлении в 19.40. 1.04.2016 в УЗ “ВОДКЦ” состояние ребёнка тяжелое. Живот увеличен в объеме, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень занимает всю правую половину живота, нижний край у входа в малый таз. Селезенка пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Стул 2 раза в день, разжиженный. Ребенок госпитализирован в реанимационное отделение. Выставлен диагноз: Объемное образование печени. Гепатоспленомегалия. Синдром системного воспалительного ответа. Анемия средней степени тяжести. Назначено лечение: меропенем 550мл х 3р\д в\в, ванкомицин 210мг х 3р\д в\в, метронидазол 0,5% 20мл х 3р\д в\в, октагам 50мл в\в, инфузионная терапия в возрастных дозировках. На УЗИ органов брюшной полости от 1.04.2016 КВР правой доли 137 мм. Левая доля 58х83 мм. Капсула на визуализируемых участках без особенностей. Внутрипеченочные структуры хорошо дифференцированы.

Паренхима неоднородная. В структуре правой доли определяется объёмное образование 112x81 мм с чёткими неровными контурами, неоднородной эхоструктуры, пониженной эхогенности, наличием васкуляризации. Визуализируемые фрагменты внутривенных сосудов и желчных протоков не дилатированы, их стенки не изменены. Со стороны других органов патологии не выявлено. Заключение: Объёмное образование печени (нейробластома?). Гепатоспленомегалия, токсическая нефропатия. Мультисрезовая компьютерная томография от 4.04.2016: Печень увеличена в размерах, кранио-каудальный размер правой доли – до 169 мм по правой среднеключичной линии, край печени выступает из-под реберной дуги на 10 см. В правой доле печени по диафрагмальной поверхности определяется гетерогенное образование 115 x 73 x 80 мм, многокамерное, жидкостное, кальцинатов в структуре не определяется. Умеренное контрастное усиление капсулы образования. Заключение: Объёмное образование правой доли печени (гигантский многокамерный абсцесс печени). Нарушение кровотока в правой доле печени, увеличение лимфатических узлов в воротах печени.

Общий анализ крови от 1.04.2016: эритроциты- $2,6 \times 10^{12}$ \л, гемоглобин – 81 г\л, лейкоциты – 56×10^9 \л, миелоциты -1%, юные-2%, палочкоядерные-23%, сегментоядерные-68%, лимфоциты-2%, моноциты-3%, СОЭ- 47 мм\час.

Биохимический анализ крови от 1.04.2016: общий белок- 46,9 г\л, альбумин-22,1 г\л, мочевины- 5,45 ммоль\л, креатинин- 63,6 мкмоль\л, С-реактивный белок- 108 мг\л, билирубин-12,2 мкмоль\л, глюкоза-3,8 ммоль\л, щелочная фосфатаза- 303,5 Ед\л, АсАТ-38,1 Е\л, АлАТ- 45,0 Е\л, амилаза- 11,47 Е\л, кальций- 1,22 ммоль\л, натрий – 136 ммоль\л, калий- 3,8 ммоль\л, хлориды – 106 ммоль\л.

Гемостазиограмма от 4.04.2016 г.: АЧТВ-34,7 с, ПВ- 19,3 с, ПТИ- 70%, фибриноген- 3,1 г\л.

ИФА ВИЧ-отриц. 5.04.2016.

ИФА HBsAg- отриц. ИФА AntiHCV-отриц. 6.04.2016.

Кровь на эхинококкоз 5.04. ИФА IgGк антигенам эхинококков отриц.

На четвертые сутки от момента поступления в ВОДКЦ, пациенту М, был выставлен диагноз: абсцесс правой доли печени. Синдром системного воспалительного ответа. 5.04.2016. в 9.30 под УЗИ-контролем по передней поверхности произведена пункция абсцесса правой доли печени. Получено 30 мл густого гноя. Полость абсцесса промыта 0,9% NaCl. Поставлен дренаж. Бактериологическое исследование: посев роста не дал.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась УЗИ-контроль, в динамике, отмечено уменьшение образования печени. 9.04.2016 пациент М, был переведен для дальнейшего лечения в хирурги-

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

ческое отделение. 2.05.2016 удален дренаж. 6.05.2016 пациент выписан с
выздоровлением.

Через год после операции ребенку произведено контрольное обследо-
вание. Выполнены общеклинические анализы крови, мочи, УЗИ органов
брюшной полости– отклонений от нормы не выявлено.

Выводы:

1. Внедрение в клиническую практику современных технологий
позволило диагностировать, четко определить локализацию и объем аб-
сцесса печени.

2. Малоинвазивный метод дренирования под УЗ-контролем – ма-
лотравматичный, косметически приемлемый и эффективный способ лече-
ния, требующий внедрения в практику.