

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.33-002.44-06:616-005.1-039.35]-08

*Наливкин А.Е., Киримов Р.Я., Разжева И.В., Климович А.С., Демидов И.Н.***РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВ ДЬЕЛАФУА**

Отделение детской хирургии ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского", 129110, Москва

Для корреспонденции: Наливкин Александр Евгеньевич, surgnal@yandex.ru
For correspondence: Nalivkin Aleksandr, surgnal@yandex.ru

В работе представлено редкое заболевание — множественные язвы Дьелафуа с рецидивирующим желудочным кровотечением у ребенка 11 лет. Изложена тактика консервативного и комплексного хирургического лечения с благоприятным исходом.

Ключевые слова: язва Дьелафуа; желудочное кровотечение.

*Nalivkin A.E., Kirimov R.Ya., Razheva I.V., Klimovich A.S., Demidov I.N.***RECURRENT GASTRIC HEMORRHAGE FROM DIEULAFOY'S ULCERS***M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute, 129110 Moscow*

A rare pathology, multiple Dieulafoy's ulcers with recurrent gastric hemorrhage in a 11-year old child, is described with reference to their conservative and combined surgical treatment that resulted in a good outcome.

Key words: Dieulafoy's ulcer; gastric hemorrhage.

Язва Дьелафуа (синдром Дьелафуа) — профузное артериальное желудочное кровотечение через неповрежденную слизистую оболочку, вызванное разрывом аневризмы артерии подслизистого слоя желудка. Язва Дьелафуа чаще локализуется в кардиальном отделе желудка, обычно в пределах 6 см от пищеводно-желудочного перехода по малой кривизне, но может встречаться в пищеводе, тонкой и толстой кишке.

Желудочное кровотечение из язвы Дьелафуа относится к редким заболеваниям и является причиной кровотечения от 0,4 до 1% всех случаев острого желудочного кровотечения. Этиологическим фактором заболевания является истончение слизистой оболочки желудка.

В связи с редкостью развития рецидивирующего профузного желудочного кровотечения из нескольких язв Дьелафуа мы приводим данное наблюдение.

Больной Б., 11 лет, поступил в ГБУЗ МО "МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского" 21.08.2010 с диагнозом: вирусный менингоэнцефалит. Желудочно-кишечное кровотечение.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 10.08.2010, когда повысилась температура до 39°C, стал вялым, адинамичным. Амбулаторно проводилась антибактериальная терапия без клинического эффекта. 13.08.2010 возникли генерализованные тонико-клонические судороги, с диагнозом вирусный менингоэнцефалит госпитализирован в реанимационное отделение Подольской детской городской больницы. Проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. 21.08.2010 для дальнейшего лечения переведен в ДРО МОНИКИ.

При поступлении состояние тяжелое за счет менингоэнцефалита. Проводились стандартное антибактериальное, противовирусное лечение и гормональная терапия дексоном по 36 мг/сут.

27.08.2010 появился дегтеобразный стул, произведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) по большой кривизне желудка, и в антральном отделе выявлены эрозии без продолжающегося кровотечения. 28.08.2010 при контрольной

ФГДС продолженного кровотечения нет, эндоскопическая картина эрозивного гастрита.

03.09.2010 повторно появился дегтеобразный стул, произведены ФГДС и колоноскопия, источника кровотечения выявлено не было. Продолжена консервативная гемостатическая терапия. Несмотря на проводимую терапию, 06.09.2010 началось профузное желудочно-кишечное кровотечение, проявляющееся примесью сгустков крови в стуле и снижением эр. до $1,88 \cdot 10^{12}/л$, Нб до 58 г/л. По экстренным показаниям произведена ФГДС, источника кровотечения не выявлено. При колоноскопии обнаружено поступление крови из тонкой кишки. В связи с профузным желудочно-кишечным кровотечением, возможно из дивертикула Меккеля, по экстренным показаниям выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости в просвете тонкой кишки до связки Трейца визуализируется кровянистое содержимое без видимого источника продолженного кровотечения (дивертикула Меккеля не выявлено). На операционном столе повторная ФГДС, источника кровотечения не обнаружено, в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки отделяемое без геморрагических примесей. С учетом отсутствия продолженного кровотечения операция закончена ревизией брюшной полости. В послеоперационном периоде на фоне консервативной гемостатической терапии состояние больного стабилизировалось, наблюдалось повышение Нб до 75 г/л, эр. до $2,60 \cdot 10^{12}/л$. Продолжена консервативная гемостатическая терапия. 13.09.2010 при контрольной ФГДС в дне желудка по малой кривизне определяется поверхностный язвенный дефект размером $1 \times 0,8$ см с тромбом на дне. С целью профилактики кровотечения проведена обработка язвенного дефекта гемостатическим клеем. 14.09.2010 у ребенка возникло желудочное кровотечение, при ФГДС обнаружено профузное артериальное кровотечение в субкардиальном отделе желудка из ранее выявленной «плоской язвы», выполнены лапаротомия и гастротомия, при которых выявлено истончение стенки желудка и в 6 см от пищеводно-желудочного перехода по малой кривизне

продолженное артериальное кровотечение на фоне незначительно измененной слизистой оболочки (язва Дъелафуа). Произведена остановка кровотечения прошиванием. В послеоперационном периоде в анализах крови повышение Нв до 92 г/л, эр. до $3,02 \cdot 10^{12}/л$. 16.09.2010 повторное желудочное кровотечение, при ФГДС в 2 см от ранее остановленного кровотечения на фоне незначительного изменения слизистой оболочки желудка обнаружена повторная язва Дъелафуа, эндогемостаз с кратковременным эффектом (рис. 1 на вклейке), однако через 3 ч повторное профузное желудочное кровотечение, эндогемостаз без эффекта. Повторная лапаротомия, гастротомия, при ревизии в 2 см от ранее наложенных гемостатических швов выявлено артериальное кровотечение из повторной язвы Дъелафуа. Кровотечение остановлено прошиванием и перевязкой кровоточащего сосуда. Состояние больного улучшилось, однако 20.09.2010 вновь появилось выделение из желудка небольшого количества «кофейной гущи». При ФГДС видимая слизистая оболочка гиперемирована, на передней стенке по малой кривизне ушитый язвенный дефект слизистой оболочки, на задней стенке напротив гемостатических швов определяется эрозия овальной формы с гематином и фибрином на дне. Про-

долженное кровотечения нет. Контрольная ФГДС: продолженное кровотечения отсутствует. 28.09.2010 вновь появилась примесь «кофейной гущи» по желудочному зонду. При ФГДС на задней стенке кардиального отдела желудка 3 эрозивных участка до 0,3 см с тенденцией к слиянию. Учитывая рецидивирующее желудочное кровотечение из язв Дъелафуа, провели ангиографию сосудов желудка, при которой выявлены расширенные извитые артериальные сосуды правой желудочной артерии (рис. 2 на вклейке). С целью остановки кровотечения выполнена эмболизация правой желудочной артерии (рис. 3 на вклейке). Послеоперационное течение без осложнений. Повторных желудочных кровотечений не было. При контрольной ФГДС полное заживление язвенных дефектов.

Ребенок выписан с выздоровлением.

Контрольная ФГДС проведена через 3 мес, 1 год и 3 года. Слизистая оболочка желудка розового цвета, эрозий и язв нет. Полное выздоровление.

Благоприятный исход заболевания у ребенка с рецидивирующими желудочными кровотечениями из язв Дъелафуа был достигнут благодаря комплексному подходу в лечении данной редкой патологии.

Поступила 22.05.14
Received 22.05.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.2/7-001-06-089

Скобелев В.А.¹, Разин М.П.², Сырчин Э.Ф.¹, Ральников В.В.³, Кузнецов С.Ю.¹, Помелов С.А.¹

ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЛЕГКИХ, ДИАФРАГМЫ, КИШЕЧНИКА, СЕЛЕЗЕНКИ, ПОЗВОНОЧНИКА, СПИННОГО МОЗГА И ОБЕИХ ПОЧЕК

¹КОГБУЗ "Кировская областная детская клиническая больница", 610050, г. Киров; ²кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО "Кировская государственная медицинская академия" (ректор — проф. И.В. Шешунов) Минздрава России, 610000, г. Киров; ³КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница № 3", 610050, г. Киров

Для корреспонденции: Разин Максим Петрович, mprazin@yandex.ru
For correspondence: Razin Maxim, mprazin@yandex.ru

Представлено описание клинического случая тяжелой сочетанной автодорожной травмы у ребенка 4 лет с одномоментным повреждением органов грудной и брюшной полостей, позвоночника, спинного мозга и почек; освещены сложности своевременной диагностики и результаты оперативного лечения.

Ключевые слова: сочетанная травма; повреждение внутренних органов; оперативное лечение; дети.

Skobelev V.A.¹, Razin M.P.², Syrchin E.F.¹, Ral'nikov V.V.³, Kuznetsov S.Yu.¹, Pomelov S.A.¹

SEVERE COMBINED INJURY TO THE LUNGS, DIAPHRAGM, INTESTINES, SPLEEN, SPINE, SPINAL CORD, AND BOTH KIDNEYS

¹Kirov Regional Children's Hospital, 610050, Kirov; ²Kirov State Medical Academy, 610000, Kirov;

³Kirov Regional Clinical Hospital N 3, 610050, Kirov

The authors report a case of severe combined injury to the lungs, diaphragm, intestines, spleen, spine, spinal cord, and both kidneys in a 4-year old child inflicted in a car accident with special reference to the difficulties of diagnostics and results of surgical treatment.

Key words: combined injury; damage to internal organs; surgical treatment; children.

В настоящее время в структуре смертности детей лидируют травмы и несчастные случаи, кроме того, в структуре инвалидности они также занимают далеко не последние позиции. Особенности детской травматологии заключаются (помимо прочего) еще и в том, что при каждой травме ребенка всегда есть вина взрослого человека, поэтому вопросы профилактики детского травматизма имеют первоочередное значение для любого человека. Думаем, что полезным для медицинской общественности будет наше описание клинического случая тяжелейшей сочетанной автодорожной травмы у ребенка.

Больной Л., 4 лет, 28.12.2012 доставлен реанимационной бригадой скорой медицинской помощи в приемное

отделение Кировской ОКБ № 3 после автокатастрофы в состоянии крайней тяжести. Диагностирована тупая сочетанная травма грудной и брюшной полостей с двусторонним гемотораксом и внутрибрюшным кровотечением: двусторонние разрывы легких, разрыв левого купола диафрагмы, размождение левой почки, разрыв селезенки, множественные разрывы тонкой кишки, перелом VIII ребра слева, закрытые неосложненные компрессионные переломы Th_{XII} и L_I, закрытый перелом остистого отростка Th_{XII}, травматический шок III степени. После сжатого обследования и противошоковых мероприятий незамедлительно прооперирован бригадой с участием травматолога и детского хирурга: выполнено дренирование обеих плевральных полостей, ушивание разрыва