

вздошной области с кальцинированными стенками, не накапливающее контрастное вещество. Размер — 16х6х5см, прилежит к толстой и тонкой кишке, а также к передней брюшной стенке и поясничной мышце. Четкой связи описанного образования с тонкой и толстой кишкой не выявлено. Гинеколог: данных за онкологическое заболевание не выявлено. При лабораторном исследовании в показателях клинического и биохимического анализов крови отклонений от нормы выявлено не было. Онкомаркеры СА 19–9, СА 125, АФП, РЭА — показатели в рамках референсных значений. УЗИ почек: связи описанного образования с правой почкой, расширения мочеточника не выявлено. Онколог: рекомендовано хирургическое лечение, удаление вышеописанного образования с последующей гистологической оценкой материала. Выполнена видеолaparоскопия. На операции выявлено описанное ранее образование размером 15х6х5см, плотноэластической консистенции, интимно спаянное с париетальной брюшиной правого бокового канала и висцеральной брюшиной восходящей ободочной кишки — кистозно трансформированный червеобразный отросток. Основание червеобразного отростка не изменено, диаметром до 0,7см. Без технических сложностей выполнена лапароскопическая аппендэктомия с частичной резекцией купола слепой кишки. Целостность кистозно измененного червеобразного отростка не нарушена. Извлечение червеобразного отростка выполнялось в контейнере через порт для ручного ассистирования при лапароскопических операциях.

Полученные результаты. Течение послеоперационного периода гладкое. Заживление ран передней брюшной стенки первичным натяжением. При контрольном УЗИ брюшной полости на 3 сутки послеоперационного периода — патологии со стороны брюшной полости, свободной жидкости или ограниченных скоплений не выявлено. Пациентка выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода. При биопсии: Фрагменты стенки кисты представленной фиброзной тканью, с эпителиальной выстилкой, представленной цилиндрическим железистым тонкокишечным эпителием, содержащей в просвете следы базофильных масс. При дополнительной окраске на слизь, отмечается наличие слизистого секрета в просвете кисты, в стенке кисты встречаются редуцированные лимфоидные фолликулы. Заключение: Мукоцеле червеобразного отростка.

Выводы. Подавляющее большинство описанных случаев мукоцеле являются цистаденомами, однако, по данным некоторых авторов, от 12 до 36% выявляются цистаденокарциномы. Мукоцеле чаще всего является случайной находкой при использовании инструментальных методов диагностики или интраоперационно. В случае мукоцеле червеобразного отростка верный предоперационный диагноз особенно важен, так как позволяет хирургу планировать ход оперативного вмешательства, предотвращая развитие псевдомиксомы брюшины и ее осложнений.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

МИГУНОВА Е.В., ПОПОВА И.Е., КОКОВ Л.С., РОГАЛЬ М.Л., МАГОМЕДБЕКОВ М.М.

*НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
irinap2504@bk.ru*

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) встречается более чем у 10% населения в мире. Осложнением ЖКБ является острый калькулезный холецистит у 15–20% больных, который в 15–33% сочетается с холедохолитиазом и механической желтухой. В настоящее время нет универсального метода диагностики холедохолитиаза. Наличие в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского современной аппаратуры расширяет возможности постановки диагноза.

Цель исследования. Разработка нового диагностического алгоритма для улучшения результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 139 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, находившихся на лечении в институте с 2008 по 2016 годы. Возраст пациентов — от 16 до 92 лет (61,5±2,5 года). Мужчин — 38; женщин — 101.

В диагностический алгоритм включены ультразвуковое исследование (УЗИ), гепатотобилисцинтиграфия (ГБСГ), магнитно-резонансная холангиография (МРХГ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и антеградная фистулография.

Результаты. Первым этапом диагностического алгоритма является клинический осмотр, сбор анамнеза, лабораторные данные и УЗИ, что позволяет в 91% случаев установить диагноз острого калькулезного холецистита, а за счет наличия билиарной гипертензии у 86% пациентов позволяет заподозрить холедохолитиаз. Однако следует учитывать, что у 9% пациентов при первичном УЗИ не был выявлен калькулезный холецистит. По клиническим данным были установлены показания к повторному УЗИ, при котором в 100% случаев диагноз острого калькулезного холецистита был установлен.

При УЗИ у 58% больных при первичном осмотре холедох не был визуализирован. Чувствительность УЗИ в выявлении холедохолитиаза составила 59%, в диагностике билиарной гипертензии — 86%.

Вторым этапом диагностического алгоритма является оценка желчевыводящих путей, которая может быть осуществлена при помощи неинвазивных методов диагностики: ГБСГ и МРХГ.

ГБСГ выполнена у 87,8% больных, чувствительность при диагностике холедохолитиаза составила 97%, специфичность 68,4%.

МРХГ выполнено у 53% пациентов. Чувствительность МРХГ в выявлении калькулезного холецистита 100%, би-

лиарной гипертензии — 87%. При диагностике холедохолитиаза чувствительность — 88,9%.

Для верификации диагноза выполняли ЭРХПГ с последующей эндоскопической папилосфинктеротомией и холедохолитоэкстракцией.

При дуоденоскопии с прицельным осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС) патология выявлена у 87% пациентов, папиллит — у 37,2%, стеноз БДС — у 26,5%, парапапиллярный дивертикул — у 25,6%, вклиненный конкремент — в 9%. Отсутствие поступления желчи было отмечено у 46% больных, тогда как холедохолитиаз был впоследствии выявлен у 74%.

Заключение. Комплексное использование нескольких методов лучевой диагностики позволило нам разработать алгоритм диагностики острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, что способствовало улучшению лечения этого заболевания.

КОРРЕКЦИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

МОКРУШИНА О.Г., РАЗУМОВСКИЙ А.Ю., ШУМИХИН В.С., КОШКО О.В., ЭМИРБЕКОВА С.К.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва
mokrushina@yandex.ru*

Цель: сравнить результаты лечения новорожденных с дуоденальной обструкцией после открытой операции и лапароскопии.

Материалы и методы: 153 пациента находилось на лечении с 2010 по 2017 годы. Из исследования исключены 7 пациентов: двое с массой тела менее 1000 г, двое — с критическими пороками сердца, один — с голопроэнцефалией, 2 — с критической массой тела при рождении. Для проведения анализа сформированы две группы. Критерием разделения на группы выбрали способ операции. 1-я группа — 69 пациентов, которым выполнена лапаротомия и наложение diamond-shape anastomosis. 2-я группа — 72 пациента, которым выполнена лапароскопия и эндоскопическое наложение diamond-shape anastomosis. В обеих группах для наложения анастомоза использовали монофиламентную нить 6/0, накладывали анастомоз отдельными узловыми швами.

Результаты: Интраоперационных осложнений не встретилось в обеих группах. Во второй группе не было конверсий. Операционное время в первой группе $67 \pm 11,4$ мин, во второй группе $71 \pm 12,0$ мин. В послеоперационном периоде: в первой группе ИВЛ $2,3 \pm 0,8$ дней, во второй — $1,3 \pm 0,6$ дней. Старт энтеральной нагрузки, в среднем, в первой группе на $8,6 \pm 1,2$ день, во второй — на $5,1 \pm 1,2$ день. Полностью энтеральное питание восстановлено в первой группе на $15,4 \pm 3,5$ день, во второй группе — на $12,6 \pm 4,4$ день. Послеоперационный период в первой группе составил $19,0 \pm 6,7$ дней, во второй — $16,4 \pm 4,4$ дней. Осложнения возникли в первой группе — у 8 пациентов (11,6%), во второй — у 1 пациента (1,4%). Осложнения в первой группе: несостоятельность анастомоза — 3 пациента (4,3%). Им

выполнена релапаротомия, повторное наложение швов на анастомоз. Перфорация тонкой кишки вследствие НЭК у 4 пациентов. Им тоже выполнена релапаротомия, выведена энтеростома. После выздоровления через 3 и 4 недели энтеростомы закрыты. У одного ребенка из первой группы возник хилоперитонеум. Выполнен лапароцентез, лечение проводилось консервативно, используя энтеральную паузу и внутривенное введение сандостатина в течение 10 дней. Хилоторакс купирован, ребенку начата энтеральная нагрузка, через 12 дней выписан домой. Во второй группе у одного ребенка возникла перфорация 12-перстной кишки на 5 послеоперационные сутки. Выполнена релапароскопия, наложены узловые швы. Дальнейшее лечение — без осложнений. 5 детей (3 (4,3%) в первой группе, 2 (2,8%) во второй группе) умерли в послеоперационном периоде. Причины смерти в первой группе у 2 детей была генерализованная инфекция, оба ребенка имели низкую массу тела при рождении. У одного, с синдромом Дауна и пороком сердца, причиной смерти стала сердечная недостаточность. Во второй группе у обоих детей, которые умерли, причиной смерти была генерализованная инфекция, оба ребенка имели низкую массу тела при рождении.

Выводы: лапароскопия может быть применена для коррекции дуоденальной обструкции. Лапароскопия не удлиняет операционное время. После лапароскопической операции сокращается длительность проведения ИВЛ. Это связано с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде. После лапароскопической операции быстрее восстанавливается пассаж по кишечнику. Это позволяет начать раньше кормить ребенка и сократить время пребывания ребенка в больнице. В нашей серии мы отметили уменьшение количества послеоперационных осложнений после лапароскопических операций.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЛЛОНОДУЛЯРНОГО СИНОВИТА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НЕЖИВОВ Р.Н., СТЕПАНЮК В.М., МУСАИЛОВ В.А.

*Филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского»
Минобороны России, Красногорск
vitalikstepanyuk@outlook.com*

Пигментный виллонодулярный синовит — редкое заболевание (частота 2:1000000), характеризующееся пролиферативными изменениями синовиальной оболочки, отложением гемосидерина, образованием ворсинок, паннуса. Клинические варианты: виллонодулярный бурсит и виллонодулярный тендосиновит. Преобладающий пол — женский. В 30% случаев развитию синовита предшествует травма сустава. Лечение хирургическое. Вероятность рецидива — 25–40%.

В хирургическое отделение поступила пациентка 53 лет с жалобами на опухолевидное образование наружных квадрантов правой ягодицы, вызывающее тянущие боли в положении сидя. Новообразование появилось в 2015 году. Выполнено МРТ — многоузловое образование между боль-