

Рис. 2. Компьютерная томография почек с контрастированием. Расширение левой лоханки

Учитывая результаты обследования, проведено оперативное лечение: диагностическая лапароскопия, пластика пиелoureтерального сегмента слева.

При вскрытии лоханки обнаружены папилломатозные разрастания, которые и вызывали obstruction пиелoureтерального сегмента (рис. 3). Проведена резекция лоханки и мочеточника в пределах здоровых тканей, наложен пиелoureтеральный анастомоз.



Рис. 3. Интраоперационная картина. Папилломатозные разрастания внутри лоханки

По данным гистологического исследования в лоханке и мочеточнике определяются множественные папилломатозные образования, выстланные переходным эпителием.

Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. При проведении контрольного обследования функция почек не нарушена, проходимость пиелoureтерального сегмента слева удовлетворительная.

2. ДЕМОНСТРАЦИЯ: «РЕЗИДУАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ»

Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Залихин Д. В., Халафов Р. В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва;
Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

В клиническом наблюдении представлен опыт лечения ребенка 8 лет с резидуальным аппендицитом, т. е. когда патологические изменения в червеобразном отростке появляются после приступа острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, аппендикулярного абсцесса (по В. И. Колесову).

В анамнезе ребенку выполнена открытая аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита (разрез по Волковичу–Дьяконову–Мак-Бурнею) в Доминиканской Республике. Через 2 дня после операции родители забрали ребенка из стационара, возвратились в Россию и поступили в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова в связи с жалобами ребенка на боли в животе, вялость, субфебрильную температуру тела. При поступле-

нии: состоянии средней тяжести, жалобы на боли в животе, последний подвздут, выражено болезненный в правой подвздошной области и правых отделах, перитонеальные симптомы неявные, пассивная мышечная защита отсутствует; *местно*: разрез не соответствует классическому доступу по Волковичу–Дьяконову–Мак-Бурнею – на 2 см ниже должествующего (практически по паховой связке). Со слов родителей и по данным выписки, аппендикс был удален. При выполнении УЗИ брюшной полости обнаружен инфильтрат в области правого латерального канала – 108×81×48 мм, аппендикс – 56×10 мм, жидкость до 5 мл в правой подвздошной ямке, во всех отделах отечный сальник. Ребенку назначена консервативная терапия: инфузионная (растворы солей, глюкозы), антибак-

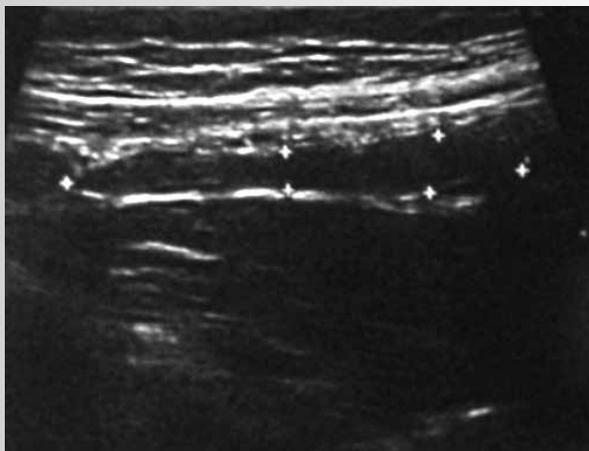


Рис. 1. Ультразвуковая картина червеобразного отростка через 3 мес после первой госпитализации

териальная (меронем, ванкомицин, рифампицин, трихопол), десенбилизирующая (супрастин), а также симптоматическая и общеукрепляющая терапии с положительным эффектом. На контрольном УЗИ брюшной полости перед выпиской культя червеобразного отростка 36×9,6 мм, свободная жидкость и инфильтрат не определяются. Рекомендована плановая аппендэктомия через 3 мес.

При последующей плановой госпитализации состояние ребенка ближе к удовлетворительному. Жалоб нет. Живот не вздут, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, умеренно болезненный локально в проекции средней трети правого латерального канала, перитонеальных симптомов нет, на УЗИ аппендикс 46×6 мм (рис. 1).

Выполнена лапароскопия, 5-миллиметровые троакары установлены типично для доступа к аппендиксу. В правых отделах брюшной полости определялся спаечный процесс, который разделен с использованием би- и монополярной коагуляции. Мы старались как можно меньше использовать острые приемы при выделении червеобразного отростка, отдавая предпочтение тупому способу. При мобилизации аппендикса визуализировано крупное скопление лимфатических узлов размерами до 1,5 см в диаметре, что говорит о хроническом воспалении в этой области. Выделенный червеобразный отросток (до 5 см) удален через троакар, брюшная полость санирована водным раствором хлоргексидина и ушита (рис. 2). Ребенок в течение 4 дней получал цефазолин и на 5-е сутки после УЗИ брюшной полости выписан в удовлетворительном состоянии.

В заключение стоит сказать, что плановые аппендэктомии после купирования острого воспаления червеобразного отростка у детей, протекавшего с образованием аппендикулярного инфильтрата или аппендикулярного абсцесса, не редки. И в этом нет никаких элементов непрофессионализма, если хирург не удалил аппендикс, как в данном случае, однако это должно было быть указано в выписке и сообщено родителям. Почему коллега из Доминиканской Республики не указал данный факт, для нас осталось загадкой. На наш взгляд, хирург ошибся с доступом при выполнении открытой аппендэктомии, сделав разрез практически по паховой складке и обеспечив себе неудобства для мобилизации червеобразного отростка, так как последний располагался в средней трети правого латерального канала.

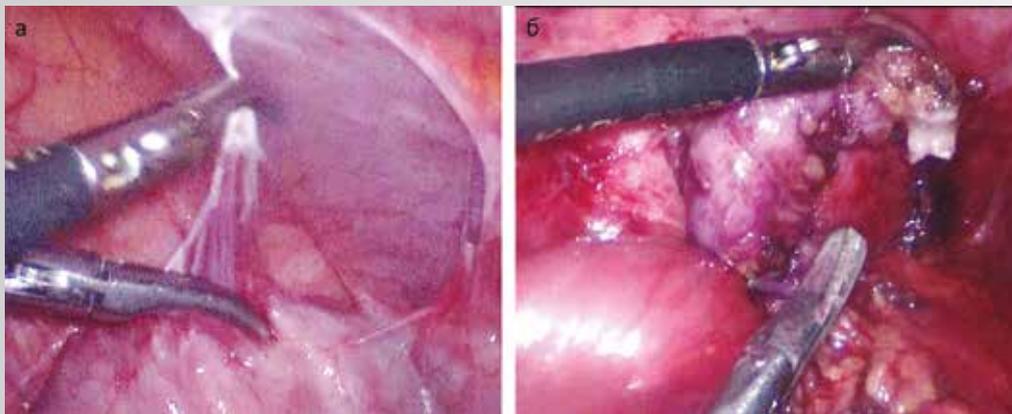


Рис. 2. Интраоперационная картина: а – умеренный спаечный процесс в правом латеральном канале; б – выделенный червеобразный отросток