

Рис. 3. МСКТ таза с контрастированием параректального свища.

плотности к подвздошной кости. Произведен разрез по средней линии промежности от заднего края наружного сфинктера до IV крестцового позвонка. Разделены мышцы тазового дна, резецирован копчик. Свищ от крестцово-подвздошного сустава был направлен вдоль ампулы прямой кишки книзу и кпереди по спирали. Дистальная его часть на протяжении 3–4 см тесно прилежала к стенке кишки. Свищ иссечен вместе с криптой с частичным рассечением сфинктера. Произведено ушивание сфинктера, мышц тазового дна, наложены послойные швы на рану. Параректально справа установлен дренаж Редона.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после операции. В дальнейшем неоднократно осматривался в стационаре (последний раз в мае 2011 г.) (рис. 4). Признаков рецидива свища нет. Стул ежедневный, самостоятельный, каломазания нет.

Использование заднесагиттального промежностного доступа создает хорошие условия для оперирования при расположении свища сзади и по боковым стенкам прямой кишки. При классическом выполнении технологии доступа



Рис. 4. Внешний вид ягодичной области у ребенка И. через 1,5 года после оперативной коррекции.

опасность повреждения анатомических образований малого таза минимальна, но использовать его может только хирург, имеющий достаточный опыт проктологических операций по Pena [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Григович И. Н., Хохлов А. А. // Дет. хир. – 1998. – № 2. – С. 50–53.
2. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Параректит. – М.: Медицина, 1981.
3. Ленишкин А. И. Детская колопроктология. – М.: Медицина, 1990.
4. Ривкин В. Л., Файн С. Н., Лукин В. В. Справочник проктолога. – М.: Медпрактика, 2007.
5. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. – М.: Медицина, 1984.
6. Pena A., de Vries P. A. – 1982. – Vol. 17, N 6. – P. 796–811.

Поступила 09.12.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.682-007.5-089

А. Е. Машков, В. М. Чекмарев, А. В. Бобылев, М. Х. Лузина

ПЕРЕКРУТ АПОПЛЕКСИРОВАННОЙ ГИДАТИДЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского (дир. – член-корр. РАМН Г. А. Оноприенко), МУЗ ВРКБ (главный врач В. Г. Соколенко), Видное

Александр Евгеньевич Машков, д-р мед. наук, проф., руководитель клиники детской хирургии МОНИКИ,

По зарубежным источникам, перекрут апоплексированной гидатиды придатка яичка больших размеров в основном наблюдается у детей 6–13 лет [4, 10, 12–16, 23]. Средний возраст прооперированных $9,0 \pm 1,9$ года [5, 11, 16, 17, 19]. Длина гидатид, по разным источникам, варьируется в пределах 1–17 мм [6, 8, 9, 20, 22, 25], причем размер перекрученных гидатид в несколько раз превышает неперекрытых [24]. Средняя длина большинства гидатид, выявленных на операциях, $4,5 \pm 2,5$ мм [9, 18].

Наличие симптомов отечной (острой) мошонки, признаков перекрута гидатиды обуславливают активную хирургическую тактику – удаление гидатиды [1–3, 7]. Имеются единичные сообщения о кровоизлиянии перекрученной гидатиды, что приводит к значительному увеличению ее размеров и трудностям в диагностике [24]. Также вместо предполагаемого перекрута “мегагидатиды” у детей и подростков существует вероятность обнаружения опухоли [21].



Рис. 2. Размеры удаленной гидатиды придатка яичка.

Приводим собственное наблюдение.

Больной Д., 5 лет, поступил во 2-е хирургическое отделение МУЗ Видновская районная клиническая больница 04.06.10 в 10 ч 00 мин с жалобами на припухлость, боль в области мошонки слева. Заболел внезапно, около 21 ч 00 мин 03.06.10. При поступлении состояние удовлетворительное. Местно: левая половина мошонки пастозна, гиперемирована, увеличена в размерах, пальпаторно болезненна. У корня мошонки пальпируется болезненное образование овальной формы, эластической консистенции. Установлен диагноз: перекрут гидатиды левого яичка. Обследован, лейкоциты крови $4,1 \cdot 10^9/\text{л}$. В экстренном порядке под внутривенным наркозом произведена операция – удаление перекрученной, некротизированной гидатиды придатка левого яичка. Разрезом на мошонке вскрыто околяичковое пространство, выделилось около 4,0 мл серозно-геморрагической жидкости. Яичко и придатки несколько отечны, обычной консистенции. В рану выведено багрово-черного цвета опухолевидное образование на тонкой ножке, мягкоэластической консистенции, овальной формы, с гладкой, а на дистальном отрезке бугристой поверхностью (рис. 1, см. на вклейке. 2). Произведено удаление новообразования – гемостаз; дренирование околяичкового пространства латексным выпускником, наложены швы на рану.

Макропрепарат овальной формы, размером $3,5 \times 1,5$ см, при разрезе стенки тонкие, полость выполнена темно-красными сгустками крови. Послеоперационный диагноз: перекрут гидатиды придатка левого яичка. Реактивный отек тканей в области левой половины мошонки. Описание гистологического исследования: стенка капсулы, состоящая из фибринозно-мышечной ткани, с паретически расширенными сосудами, обширными кровоизлияниями и очаговой воспалительной инфильтрацией, внутренняя поверхность которой выстлана местами сохранившимся уплощенным мезотелием. В просвете образования – компактные массы эритроцитов. Заключение: гидатида с признаками нарушения кровообращения и наличием внутрикапсульного кровоизлияния (рис. 3).

В послеоперационном периоде проводилась симптоматическая терапия, физиолечение, суспензорий. Заживление раны первичным натяжением. Отек, гиперемия в области мошонки значительно уменьшились. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в случае апоплексии перекрученной гидатиды придатка яичка размеры ее могут значительно увеличиваться и напоминать опухоль, что требует онкологической настороженности и гистологического исследования удаленной гидатиды.

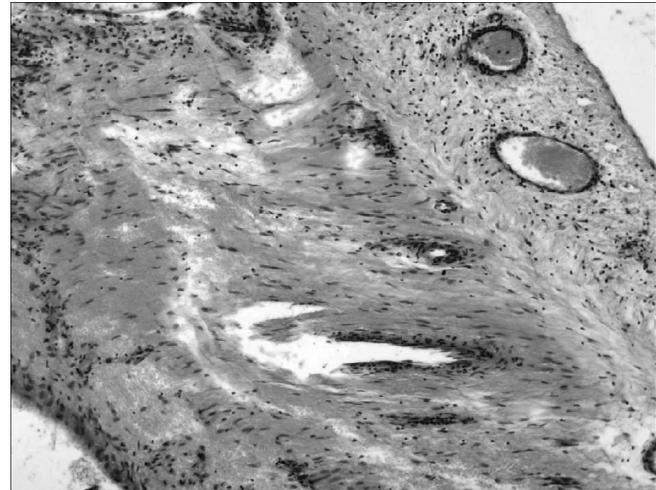


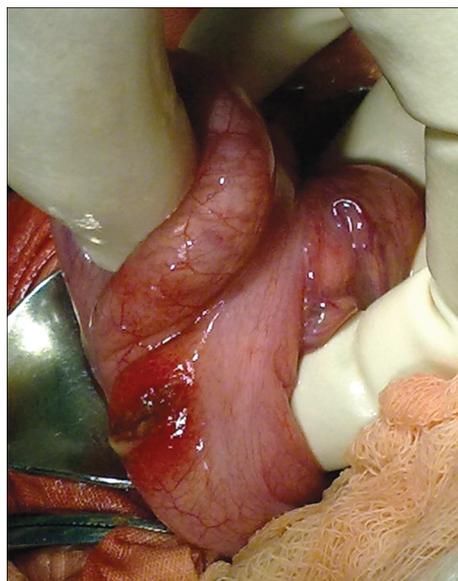
Рис. 3. Гистологический препарат удаленной перекрученной гидатиды придатка яичка (увеличение $\times 100$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Болотов Ю. Н., Минаев С. В., Чумаков П. И. // Дет. хир. – 2010. – № 5. – С. 35–39.
2. Румянцова Г. Н., Карташев В. Н., Аврасин А. Л. и др. // Дет. хир. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
3. Эргашев Н. Ш., Хакимов Т. П. // Дет. хир. – 2010. – № 3. – С. 23–26.
4. Abul F., Fl-Sayer H., Arun N. // Med. Principles Pract. – 2005. – Vol. 14. – P. 177–181.
5. Corbett H. J., Simpson E. T. // Aust. N. Z. J. Surg. – 2002. – Vol. 72. – P. 226–228.
6. Dogra V. S., Gottlieb R. H., Oka M. et al. // Radiology. – 2003. – Vol. 227. – P. 18–36.
7. Cünther P., Schenk J.-P. // Radiologe. – 2005. – Bd 46. – S. 590–595.
8. Hesser U., Rosenborg M., Gierup J. et al. // Pediatr. Radiol. – 1993. – Vol. 23. – P. 529–532.
9. Karmazyn B., Steinberg R., Livne P. et al. // J. Pediatr. Surg. – 2006. – Vol. 41. – P. 500–504.
10. Lyronis I. D., Ploumis N., Vlahakis I. et al. // Indian J. Pediatr. – 2009. – Vol. 76. – P. 407–410.
11. Maroof S. A., Khan K., Khan Y. et al. // J. Med. Sci. – 2009. – Vol. 17, N 1. – P. 40–44.
12. Marulaiah M., Gilhotra A., Moore L. et al. // World J. Surg. – 2010. – Vol. 34. – P. 969–974.
13. McAndrew H. F., Pemberton R., Kikiros C. S. et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2002. – Vol. 18. – P. 435–437.
14. Molokwu C. N., Somani B. K., Goodman C. M. // Br. J. Urol. Int. – 2010. – Vol. 107. – P. 990–993.
15. Murphy F. L., Fletcher L., Pease P. // Pediatr. Surg. Int. – 2006. – Vol. 22. – P. 413–416.
16. Mushtaq I., Fung M., Glasson M. J. // Aust. N. Z. J. Surg. – 2003. – Vol. 73. – P. 55–58.
17. Rakha E., Puls F., Saidul I. et al. // J. Clin. Pathol. – 2006. – Vol. 59. – P. 831–834.
18. Ringdahl E., Teague L. // Am. Fam. Physician. – 2006. – Vol. 74, N 10. – P. 1739–1743.
19. Sammakay N., Cohen R. J., Orford J. et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2003. – Vol. 19. – P. 520–524.
20. Sellars M. E., Sidhu P. S. // Eur. Radiol. – 2003. – Vol. 13. – P. 127–135.
21. Šmakal O., Hartmann I., Grepl M. et al. // Actuelle Urol. – 2010. – Bd 41. – S. 134–135.
22. Strauss S., Faingold R., Manor H. // J. Ultrasound Med. – 1997. – Vol. 16. – P. 189–192.
23. Varga J., Zivkovic D., Grebeldinger S. et al. // Urol. Int. – 2007. – Vol. 78. – P. 73–77.
24. Yang D. M., Lim J. W., Kim J. E. et al. // J. Ultrasound Med. – 2005. – Vol. 24. – P. 87–91.
25. Zöller M., Friderichs-Gromoll S., Kaspareit J. // J. Med. Primatol. – 2009. – Vol. 38. – P. 448–454.

Поступила 23.03.12

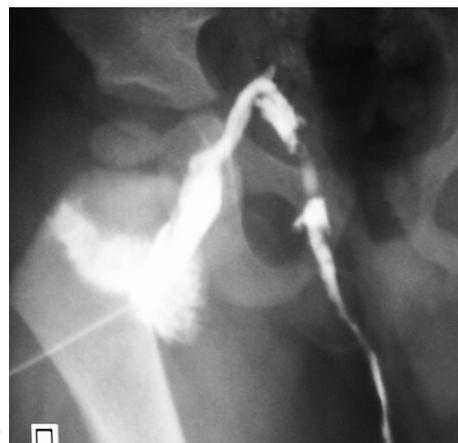
К ст. В. М. Чекмарева и соавт.



Место перфорации купола слепой кишки инородным телом (металлическая пластина от батареечки).

Рис. 2. Фистулограмма ребенка И.

К ст. А. В. Пискалова и соавт.



К ст. С. Н. Зоркина и соавт.



К ст. Маикова и соавт.

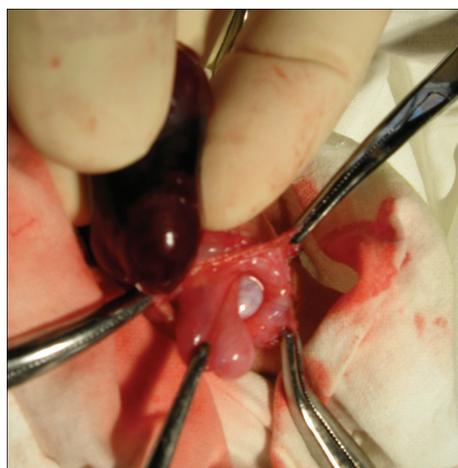


Рис. 1. Вид перекрученной, некротизированной гигагиды во время операции.

Рис. 1. Экскреторная урография (стрелкой обозначен дефект наполнения лоханки справа).

К ст. Ю. Н. Козлова и соавт.

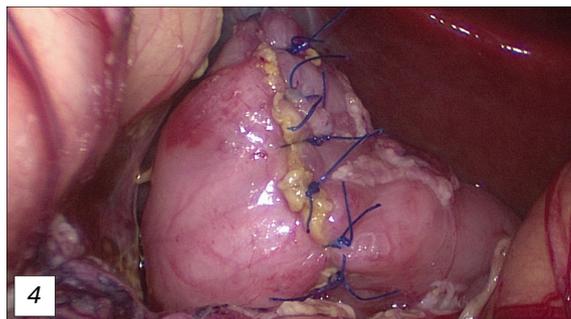
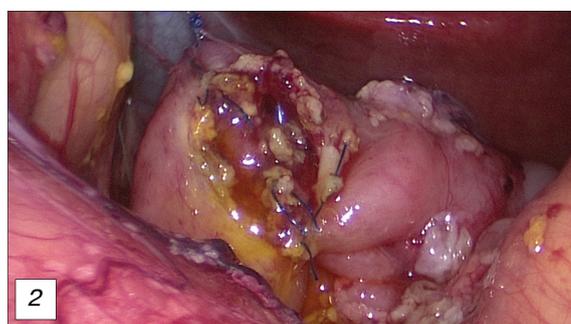
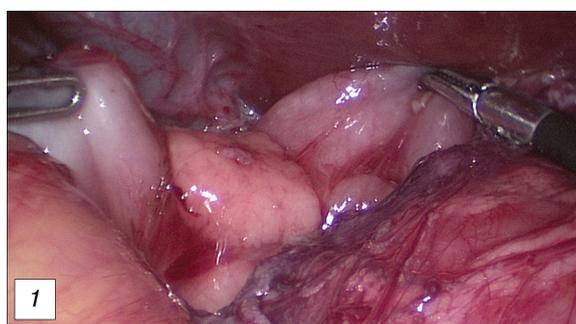


Рис. 1. Эндоскопический вид дуоденальной атрезии в сочетании с кольцевидной поджелудочной железой (зажим справа фиксирует приводящую порцию двенадцатиперстной кишки, зажим слева – отводящий сегмент, между ними – ткань поджелудочной железы).

Рис. 2. Формирование задней стенки дуоденального анастомоза.

Рис. 3. Начало конструкции передней линии дуоденодуоденостомии.

Рис. 4. Окончательный вид лапароскопического анастомоза Кимура.