дения у ребенка яичка в правой половине мошонке нет и периодически замечала увеличение ее в размере, в положении «сна» уменьшается за счет самостоятельного вправления петли кишечника. При локальном осмотре больного ребенка в правой паховомошоночной области определялась припухлость плотноэластической консистенции, размером 2х2,5х1,5 см, резко болезненная при пальпации, кожа над припухлостью не изменена. Правое яичко в мошонке не определяется, выслушивается перистальтика кишечника, и в области правого паха имелось плотное образование округлой формы, размером 5х5х3см., резко болезненное, кожа над ним умеренно гиперемирована. Образование в области паха мама заметила с рождения, но ранее было в виде небольшого безболезненного, умеренно подвижного уплотнения. Предварительный диагноз: ущемленная врожденная правосторонняя паховомошоночная грыжа и острое воспаление дистопированного яичка с перепроцессом на паховую область. К хирургам с ребенком мама ранее не обращалась.

С согласия матери, с учетом сочетания патологических процессов больной ребенок по экстренным показаниям под наркозом взят на операцию. Косым разрезом 4см в правой паховой области рассечены мягкие ткани до грыжевого мешка, последний вскрыт, грыжевая вода прозрачная с геморрагическим оттенком. Ущемленная петля подвздошной кишки после вскрытия наружного пахового кольца признана жизнеспособной и блокады корня брыжейки 0,25% – 7 мл раствором новокаина погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит у основания, перевязан и отсечен. Затем тупо раздвинуты мягкие ткани по ходу дистального конца семенного канатика после вскрытия его влагалища, методом осторожного подавливания на образование в области правого влагалища семенного канатика выведена в рану яичко размером 1х1,5х0,5 см сине- серого цвета. Определялся интравагинальный заворот яичко вокруг оси правого семенного канатика на 360°. Выполнена блокада семенного канатика тем же раствором новокаина и после деторсии яичко признано жизнеспособным и погружено (низведено) в правую половину мошонки и фиксировано ко дну кетгутом (как при крипторхизме). Наложены швы на влагалище семенного канатика и паховый канал ушит по способу Мартынова, а ход в область дистопированного яичка ушит наглухо. Послойные швы, после гемостаза, асептическая наклейка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Носил суспензорий, швы сняты на 6-7-е сутки, заживление per prima. Выписан в удовлетворительном состоянии, через 3-6 месяцев пациент здоров, развитие соответствует возрасту. Локальный статус: правое яичко идентично размерам левого, мошонка безболезненная, отека нет, кожный покров обычного цвета.

Заключение. Данное наше наблюдение, хотя единственное, но уникальное демонстрирует возможность интравагинального заворота яичка вокруг семенного канатика у детей младшего возраста при его дистопии и ущемлении врожденной пахово- мошоночной грыжи.

## Список литературы

- 1. Долецкий С.Н., Зуев Ю.Е., Окулов А.Б. // Хирургия. 1977. №8. С.66-72.
- 2. Bartsch A., Madersbacher H. // Z.Allgemein-med-1973-Bd8N26-S1210.
- 3. Behman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. (Eds), Saunders, Philadelphia 2004.
- 4. Brandt M.L. Pediatric hernias. Surg Clin North Am. Feb 2008;88(1):27-43,
- 5. Bronsther B., Abrams M.W., Elboim C. Inguinal hernias in children a study, 1972; 27:522
- 6. Engum S., Grosfeld J. Hernias in children. In: Spitz L and Coran AG (eds): Operative Paediatric Surgery, 6th ed. London: Hodder Arnold, 2007.
- 7. Lao O.B., Fitzgibbons R.J. Jr, Cusick RA. Pediatric inguinal hernias, hydroceles, and undescended testicles.Surg Clin North Am. Jun 2012;92(3):487-504, vii.

## ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЭХИНОКОКК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ И ЖЕЛТУХОЙ, ВЫЗВАННАЯ ОБТУРАЦИЕЙ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ДОЧЕРНИМИ КИСТАМИ

Байжаркинова А.Б., Келимбердиев С.М., Жанильсинов С.Ш.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, Железнодорожная клиническая больница, Актобе, e-mail: bayzharkinova@mail.ru

Актуальность. Диагностика и лечение осложненных паразитарных заболеваний печени, в частности эхинококка желчного пузыря и желчных путей остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии, клиника не отличается от острого холецистита. По литературным данным исследования показали, что в 80,8% случаев причиной механической желтухи была эхинококковая киста печени, осложнившейся прорывом в желчевыводящие пути. Наиболее характерным и типичным симптомом механической желтухи эхинококковой этиологии была желтушность кожных покровов и склер, которая наблюдалась у всех больных. При этом кожный зуд имелся у 19 (32,2%), ахоличный стул – у 31 (52,6%) больных. Описание эхинококка желчного пузыря и желчных путей не встретился.

Поэтому мы привели случай из практики больную, у которой в связи с эхинококковыми дочерними кистами общего желчного протока развилась обтурационная желтуха, явления гнойного холангита. В дооперационном периоде диагноз эхинококк желчного пузыря при исследовании печени и желчных путей выставить не удалось, так как двойной контур на УЗИ в желчном пузыре принят за эмпиему. Желтуху объ-

яснили гнойным холангитом и сопутствующим головчатым панкреатитом. Больная консультирована гинекологом, терапевтом, осмотрена инфекционистом, паренхиматозная желтуха исключена.

Цель работы, улучшение методов дооперационной диагностики путем лабораторного исследования на паразитарное заболевание и результатов хирургического лечения больных путем совершенствования.

Приводим наш пример: больная К. 48 лет поступила в нашу дежурную клинику с жалобами на тошноту и рвоту, приступообразные боли в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопаточную и поясничную области, периодиически повышение температуры и озноб. Заболела остро, консультирована инфекционистом, паренхиматозная желтуха исключена. В анамнезе отмечает больная аллергические реакции на некоторые пищевые продукты. У больной имеется желтушность кожных покровов, склер и следы расчесов на коже. Предварительный диагноз: острый холецистит, холангит, панкреатит, назначено рентген обследование легких, ЭКГ, анализы крови и мочи на желчные пигменты и диастазу. Лейкоцитоз 13200, диастаза мочи 520 ед. Проводилось консервативное лечение ингибиторами и против интоксикации. В связи с появлением напряжения живота в области правого подреберья (defans muskular.) нарастанием клиники острого холецистита под общим обезболиванием больной произведена операция. Доступ по Федорову: вскрыта брюшная полость. В области печени и желчевыводящих путей перипроцесс. Желчный пузырь увеличен, гиперемирован и напряжен. Произведена холецистэктомия. Вскрыт резко расширенный холедох до 2см, при вскрытии которого вылилась гнойная желчь с несколькими дочерними экинококковыми пузырями. Протирание полость холедоха раствором формалина и дренирование по Вишневскому. К ложе и культе пузырьного протока подведены ограждающие тампоны. Операционная рана зашита послойно, дренаж и тампоны выведены через отдельную рану.

Послеоперационный период протекал гладко, продолжена медикаментозная терапия, желтуха постепенно исчезла, печеночные анализы
нормализовались. В соответствующие сроки
удалены тампоны, затем дренаж. Желчеистечение прекратилось на 20-21 день. УЗИ контрольное исследование-патологии нет. Выписана
больная в удовлетворительном состоянии. Долечивание в поликлинике до 40 днй. Контрольное
обследование и осмотр больной- выздоровление. Отдаленный результат через год пациентка
практически здорова.

Заключение. Таким образом, клиника осложненного эхинококка желчного пузыря и холедоха не отличается от клиники острого холецистита. Единственный способ лечения —

хирургический. Необходимым условием повышения качества плановой диагностики эхинококка желчного пузыря и желчевыводящих путей: это-проведение специфической лабораторной реакции Кацони, которая при эхинококке бывает положительной в 89-90% случаев. Своевременное проведение планового обследования больных с подозрением на эхинококк и санитарно-профилактической работы среди населения врачами общей практики.

## Список дитературы

- 1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей, 1993.
- 2. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Печень, желчныыводящие пути, поджелудочная железа, 2013.-623 с.

## МИКРОСОСУДИСТАЯ ВАЗОКОНСТРИКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Садретдинов Р.А., Воронина Л.П., Сулейманов Р.Д., Полунин А.А.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Цель. Изучить состояние микрокровотока по результатам дыхательной пробы у бесплодных и фертильных больных хроническим простатитом (ХП) в зависимости от наличия инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Материалы и методы исследования. 280 больных ХП были распределены на 4 группы: 70 фертильных больных без ИППП, 70 фертильных больных с ИППП, 70 бесплодных больных без ИППП и 70 бесплодных больных с ИППП. Группу контроля составили 50 соматически здоровых мужчин. Для оценки вазоконстрикции в ответ на активацию симпатической нервной системы в ходе лазерной допплеровской флоуметрии проводилась дыхательная проба. Оценивались следующие показатели: исходный показатель микроциркуляции (ПМ,,,), ПМ во время задержки дыхания (ПМ пых), вычисляли степень снижения показателя микроциркуляции (ПМ %) по формуле: ПМ % = (П $M_{ucx} - \Pi M_{nux}$ ) 100%/  $\Pi M_{uex}$  (%).

Результаты. При наличии в микрососудах необратимых изменений, сопровождающихся застойными процессами в микроциркуляторном русле, исходным спазмом прекапиллярных сфинктеров со сбросом крови по артериоловенулярным шунтам и запустеванием капиллярного русла, реакция микрососудов во время проведения дыхательной пробы становится менее выраженной. В группе контроля медиана ПМ % составила 34,6 [30,9; 39,2] %, у фертильных больных без ИППП – 33,7 [27,6; 38,2] %, у фертильных больных с ИППП – 15,7 [13,7; 19,5] %, у бесплодных