

хирургического лечения с последующей адъювантной химиотерапией в течение трех месяцев. Проанализировав результаты международных исследований, отмечена безопасность проведения неоадъювантной химиотерапии, отсутствие ее влияния на сроки выполнения, подходы к хирургическому лечению и частоту послеоперационных осложнений, тенденции к высоким показателям выживаемости. Рекомендовано проведение 3-4 курсов по схеме FOLFOX у пациентов с клинической стадией T4 и T4b. Отмечено увеличение частоты патоморфоза 1-2 степени, снижалась частота периневральной и сосудистой инвазии, несостоятельности анастомозов и внутрибрюшных абсцессов, риск повторных операций. Общая выживаемость увеличивалась только у пациентов с поражением 4 и более лимфатических узлов, уменьшается риск прогрессирования в течение первых лет [1]. Применение схемы FOLFOXIRI в большинстве случаев привело к прогрессированию болезни, осложнениям III–IV степени [2].

Выводы. Неоадъювантная химиотерапия при раке ободочной кишки может быть внедрена в клиническую практику у пациентов с опухолями T4a/b и клинически определяемыми множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы. Данных за увеличение общей выживаемости не получено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федянин, М. Ю. Неоадъювантная химиотерапия при раке ободочной кишки / М. Ю. Федянин, А. А. Трякин // Тазовая хирургия и онкология, – 2022. – 12(2). – С. 46–54
2. Zhou, H. A pilot phase II study of neoadjuvant triplet chemotherapy regimen in patients with locally advanced resectable colon cancer / H. Zhou, Y. Song, J. Jiang // Chin J Cancer Res, – 2016. – 28(6). – P. 598–605.

ДИАМЕТР ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА БОЛЕЕ 6 ММ: ВАРИАНТ НОРМЫ ИЛИ ПРИЗНАК ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА?

Побылец А. М., Русин И. В., Кояло С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. При инструментальной диагностике острого аппендицита (ОА) диаметр червеобразного отростка (ЧО) является одним из основных критериев, подтверждающих воспалительные изменения в данном органе. Диаметр ЧО более 0,6 см принято считать признаком ОА [1]. Однако на практике в значительном количестве случаев диаметр червеобразного отростка близок, или несколько больше 0,6 см, что вызывает трудности с определением тактики лечения.

Цель. Оценить диаметр ЧО у пациентов, у которых диагноз ОА был снят при динамическом наблюдении

Методы исследования. Обследование пациентов проводилось в период динамического наблюдения во время нахождения пациентов в стационаре с

подозрением на ОА. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование правой подвздошной области и лабораторное исследование уровня лейкоцитов капиллярной крови в динамике. Выбраны следующие критерии включения в исследование: ультразвуковая визуализация ЧО на всем протяжении, не оперированные пациенты, у которых диагноз ОА снят на основании клинической картины и лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение. С июля 2021г. по июль 2022г. произведено ультразвуковое исследование у 60 пациентов с подозрением на острый аппендицит. Критериям включения в исследование соответствовали 21 человек, среди них – 18 женщин и 3 мужчин. Средний возраст пациентов составил $30 \pm 7,5$ лет. 17 пациентам выставлен диагноз мезаденит, 4 пациентам выставлен диагноз кишечная колика. Уровень лейкоцитов при поступлении составил $9,6 \pm 3,4 \cdot 10^9/\text{л}$, при повторном анализе отмечена тенденция к снижению лейкоцитоза: $7,2 \pm 2,2 \cdot 10^9/\text{л}$,

Как правило для визуализации ЧО требовалась компрессия передней брюшной стенки датчиком, что в свою очередь проводила к деформации ЧО. Поэтому во всех случаях высота ЧО не соответствовала ширине.

Ширина ЧО в поперечном врезе составила $0,49 \pm 0,17$ см, высота ЧО в поперечном срезе составила $0,38 \pm 0,1$ см. При этом у 4 (19%) пациентов ширина ЧО превысила 0,6 см.

Полученные данные близки к данным литературы, где средний диаметр нормального ЧО составляет $5,6 \pm 1,3$ мм, а максимальный диаметр нормального ЧО доходит до 1,1 см. Поэтому для определения воспалительных изменений в ЧО рекомендуется ориентироваться на структуру стенки и характер содержимого просвета органа [2].

Выводы. Диаметр ЧО более 0,6 см не может быть достоверным признаком ОА, для точной диагностики ОА необходима применять дополнительные сонографические признаки данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Deshmukh, S, Verde, F, Johnson, PT, Fishman, EK, Macura, KJ. Anatomical variants and pathologies of the vermiform appendix. Emerg Radiol. 2014 Oct;21(5):543-52. doi: 10.1007/s10140-014-1206-4. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24570122; PMCID: PMC4324638.
2. Yaqoob, J, Idris, M, Alam, MS, Kashif, N. Can outer-to-outer diameter be used alone in diagnosing appendicitis on 128-slice MDCT? World J Radiol. 2014 Dec 28;6(12):913-8. doi: 10.4329/wjr.v6.i12.913. PMID: 25550996; PMCID: PMC4278152.