

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

В.Н. Стальмахович.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН
А.А. Дзизинский, кафедра детской хирургии, зав. – доц. В.Н. Стальмахович)

Резюме. Проведен анализ 44 случаев кишечной инвагинации у детей, леченных с использованием лапароскопии. У большинства больных (32) достигнут положительный результат. Пересмотрены традиционные противопоказания к консервативной дезинвагинации. Только явление перитонита и выраженный парез кишечника являются показанием к первичной лапаротомии.

Диагностика и лечение кишечной инвагинации у детей продолжает оставаться актуальной проблемой. Дискутабельны вопросы показаний и противопоказаний к консервативной дезинвагинации. Окончательно не определено место лапароскопии в комплексе обследования и лечения при этой патологии, хотя единичные публикации [2] демонстрируют новые перспективы для отказа от широкой лапаротомии даже при длительном сроке заболевания. В анализе нашего материала представляем возможности эндовидеохирургии в лечении инвагинации кишок у детей.

Материалы методы

Лапароскопия в комплексе диагностики и лечения кишечной инвагинации использовалась у 44 детей. Успешное расправление без лапаротомии достигнуто у 32 больных. Возраст больных – от 2,5 мес. до 5 лет. Большинство составили дети 6-9 мес. (23). Максимальный срок заболевания был 52 часа. По виду инвагинации больные с консервативным лечением (32) распределились следующим образом: 27 детей с подвздошноободочной и 5 – с тонкокишечной. В группе детей с неэффективной попыткой расправления (12) у 6 больных была тонкокишечная инвагинация, из них у 3-х – на дивертикуле Меккеля, у остальных (6) – подвздошнослепободочная.

Лапароскопия выполнялась под интубационным наркозом. Первым этапом проводили пальпацию живота, достоверно определяя наличие инвагината. Трояк для оптики диаметром 5 мм вводили через пупок, что обеспечивает большую косметичность. Внутривентральное давление в пределах 6-9 мм рт.ст. в зависимости от возраста ребенка. После выявления инвагината визуально оценивалась жизнеспособность его тканей и создавалась через прямую кишку пневмокомпрессия с помощью аппарата Ричардсона. Давление в просвете толстой кишки достигало 80-110 мм рт.ст.

Результаты и обсуждение

До настоящего времени многие хирурги придерживаются положений, изложенных Г.А. Баировым [1], согласно которым консервативная дезинвагинация противопоказана при давности заболевания более 12 часов, его рецидиве, возрасте

ребенка старше 1 года. Считалось, что тонкокишечная инвагинация подлежит лечению только открытым способом – при лапаротомии.

В период работы до широкого внедрения лапароскопии в детскую практику мы также придерживались данной тактики. Использование лапароскопии, накопление опыта позволило нам значительно расширить показания к консервативной дезинвагинации. Убедительным достоинством эндоскопии является визуальный контроль за качеством расправления инвагината, оценка нарушений кровоснабжения в стенке кишки и брыжейке, выявление органических причин заболевания и возможность провести фиксацию купола подвижной слепой кишки.

У большинства больных однократного нагнетания воздуха в толстую кишку было достаточным. В 9 наблюдениях инвагинат расправлялся одновременно до илеоцекального угла, а затем возникал симптом баллотации, свидетельствующий о сильном ущемлении головки инвагината в баугиниевом сфинктере. В таких случаях предпринимались 3-4 попытки пневмокомпрессии с интервалом 30-40 секунд, которые заканчивались полной дезинвагинацией.

Тонкокишечная инвагинация, считавшаяся ранее абсолютным показанием к лапаротомии, у пяти детей была устранена с использованием эндовидеотехнологий. У троих из них лечение началось с внутрикишечной пневмокомпрессии, расправления толстокишечного фрагмента, а затем с использованием двух манипуляторов проводилось устранение тонкокишечной его части. Мы обратили внимание, что нет прямой связи между сроками развития инвагинации и степенью циркуляторных нарушений в инвагинированной кишке. Органических причин, кроме дивертикула Меккеля, не встречали. Выраженный илеоцекальный мезаденит, который можно условно отнести к фактору, способствующему развитию заболевания, отмечен у 15 детей.

У 12 больных лапароскопия переведена в лапаротомию, поскольку многократные попытки пневмокомпрессии не позволили провести дезинвагинацию из-за чрезмерного отека терминально-

го отдела подвздошной кишки, ущемленной в баугиниевом жоме (6 больных), а у остальных была тонкокишечная инвагинация, которую на начальном этапе применения лапароскопии мы не пытались расправить.

У 4 детей после дезинвагинации под контролем оптики были выраженные вторичные изменения со стороны червеобразного отростка: отек, интрамуральные гематомы. Всем им выполнена аппендэктомия комбинированным способом. Для этого в точке Мак-Бурнея в брюшную полость вводили троакар 5 или 10 мм (в зависимости от возраста ребенка и толщины передней брюшной стенки). Под контролем оптики захватывали червеобразный отросток и вместе с троакаром выводили его наружу. Для уменьшения натяжения брыжейки червеобразного отростка устраняли пневмоперитонеум. Выполнялась типичная лигатурная аппендэктомия и после повторного создания пневмоперитонеума культя червеобразного отростка мигрировала в брюшную полость. Простота и надежность такого метода аппендэктомии позволяет считать ее операцией выбора при инвагинации.

Ни в одном из наших наблюдений не было технических осложнений в процессе дезинвагина-

ции, вторичных осложнений от неправильной оценки тяжести циркуляторных изменений тканей ущемленной кишки.

У одного мальчика в правой подвздошной области, в точке введения манипуляционного троакара, через 1 мес. выявилась небольших размеров вентральная грыжа. Выполнена в плановом порядке операция по ушиванию мышечного дефекта размером примерно 8 мм. Содержимым грыжи была верхушка червеобразного отростка.

Сравнение техники дезинвагинации под контролем лапароскопа с ее традиционным проведением с использованием рентгеноскопии свидетельствует о преимуществах первого метода:

- отсутствует лучевая нагрузка;
- возможна исходная визуальная оценка состояния тканей, что снимает широкий перечень противопоказаний для дезинвагинации без лапаротомии;
- более объективный контроль за качеством расправления инвагината и состоянием тканей кишки после устранения непроходимости;
- возможность попутной (по показаниям) аппендэктомии и фиксации купола слепой кишки;
- перспектива устранения тонкокишечной инвагинации.

LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

V.N. Stalmakhovich

(Department of pediatric surgery, University of postgraduate medical education)

44 cases of intestinal intussusception in children were analysed. In all cases laparoscopy was used for diagnosis and treatment. In most cases (32) we had good results. We revised contraindications for conservative treatment. Signs of peritonitis and intestinal ileus are the indication for laparotomy.

Литература

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей. – СПб., 1977.

2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей // *Анналы хирургии*. – 1996. – №1, С.77-81.

© БАРАБАШ И.В. –
УДК 616.1:616.728.2

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

И.В. Барабаш.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, кафедра травматологии, ортопедии и В.П.Х., зав. – Лауреат Государственной премии РФ, заслуж. деятель науки и техники РФ, д.м.н., проф. А.П. Барабаш)

Резюме. Проведен анализ ЭКГ у 117 больных с различной патологией тазобедренного сустава, лечившихся методом тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в 3-х возрастных группах: 1 группа – от 20 до 40 лет (33 чел.), 2 – от 41 до 60 лет (68), 3 – от 61 года и старше (16) до операции, на 1, 10, 20, 30 сутки, через 6 месяцев и год после неё. Описаны наиболее типичные изменения на ЭКГ с учетом сопутствующей соматической патологии, как до операции, так и развивающиеся в ответ на воздействие факторов операционной агрессии. Выявлены критические сроки возникновения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (вплоть до развития инфаркта миокарда) и сроки восстановления возникших нарушений после операции. Полученные данные помогут терапевтам поликлиник выработать совместную