

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров М.Я., Врублевский В.Я., Кондратьева Л.Т. и др. // Ранняя диагностика заболеваний: Сб.ст. – М., 1994. – С. 148-150.
2. Ханевич М.Д., Хайбулин М.А., Лутков И.В. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 6. – С. 74-79.
3. Abcanon H.J., Alexander-Williams J. et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1994. – V. 89, No. 8. – Suppl. – P. 182-193.
4. Bacon H.E. Cancer of the colon, rectum and anal canal. – Philadelphia, 1964.
5. Corman M.L. Colon and Rectum Surgery. – Philadelphia, 1992.
6. Morson B.C. // Clin. Gastroenterol. – 1976. – V .53. – P. 505-525.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

С.В. Антохин, М.Ю. Фениксов, Н.А. Чернов

Калужская областная детская больница

Острый аппендицит – самая распространенная патология в практике детского хирурга, требующая экстренного хирургического вмешательства. Частота этого заболевания в разных возрастных группах составляет от 3 (младший возраст) до 42%. Несмотря на то, что в лечении аппендицита достигнуты большие успехи, проблему нельзя считать окончательно решенной [1]. На это указывает большой процент осложнений оперативного лечения (абсцессы брюшной полости, спаечный процесс). В связи с этим представляет интерес применение метода лапароскопии в лечении этого заболевания.

В отделении хирургии Калужской областной детской больницы в период с 2001 по 2006 г. выполнено 344 лапароскопических аппендэктомий. Возраст больных – от 2 до 15 лет. В работе была использована методика, разработанная на кафедре хирургических болезней детского возраста РГМУ, ее модификация – аппендэктомия, ассистированная лапароскопией. Методика сочетает в себе возможности лапароскопии и традиционной аппендэктомии. Первые попытки подобных операций были осуществлены Де Коком (1977) и М. Пелози (1993).

Методику традиционной лапароскопической аппендэктомии мы применяем с 2000 г., с ее помощью выполнено 174 операции. В апреле 2004 г. впервые в отделении был применен метод аппендэктомии, ассистированной лапароскопией, который используется по настоящее время. Суть операции состоит в следующем. Наложение пневмоперитонеума и введение оптики проводятся в типичной точке выше пупка, первый операционный троакар вводится также в типичной точке – левой подвздошной области, а второй троакар мы вводим не над лоном, а в правой подвздошной области. Место пункции определяем под контролем оптики: оно должно находиться перпендикулярно основанию червеобразного отростка, т.е. между проколом и основанием отростка должно быть наименьшее расстояние. Скелетируем отросток по обычной методике с использованием биполярной коагуляции. Затем захватываем верхушку отростка и вместе с троакаром эвакуируем аппендикс из брюшной полости как можно ближе к слепой кишке. Для того чтобы достигнуть этого, иногда приходится выполнять декомпрессию. Вне брюшной полости осуществляем перевязку основания отростка двумя викриловыми лигатурами, далее проводим коагуляцию, пересечение отростка и обработку его культи (при необходимости на этом этапе возможно наложение кисетного шва). Затем культя погружается в брюшную полость, правая подвздошная ямка орошается раствором диоксида, раны уши-

ваются. Статистика выполненных аппендэктомий представлена в таблице.

Лапароскопические аппендэктомии, выполненные в хирургическом отделении Калужской областной детской больницы с 2001 по 2006 г.

Аппендицит	Вмешательство	Количество операций
Катаральный	Лапароскопическая аппендэктомия	4
Флегмонозный	Лапароскопическая аппендэктомия	282
Гангренозный с перитонитом	Лапароскопическая аппендэктомия с дренированием брюшной полости	53
Хронический	Лапароскопическая аппендэктомия	5
ИТОГО		344

В трех случаях при деструктивных формах в послеоперационном периоде отмечены осложнения: два инфильтрата правой подвздошной области (купированы консервативно), один абсцесс брюшной полости. Эти осложнения наблюдались в период становления и освоения методик.

Интраоперационных осложнений и летальных исходов не было. За последние 2 года не было осложнений в виде абсцессов брюшной полости, исчезли поздние спаечные кишечные непроходимости и отмечалось всего два случая ранней кишечной непроходимости у детей, оперированных с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным разлитым гнойно-фибринозным перитонитом.

Практически исчезли «напрасные» аппендэктомии по поводу катарального аппендицита, им на смену пришли конкретные диагнозы, выявленные в результате диагностической лапароскопии. В 143 наблюдениях диагностической лапароскопии, кроме случаев отсутствия хирургической патологии в брюшной полости, выявлены заболевания: вагинальный перитонит, малый гемоперитонеум (больные были пролечены консервативно), перитонит неясной этиологии (проводилась срединная лапаротомия), мезаденит, апоплексия яичника, киста брыжейки, дивертикул Меккеля, аппендикулярный инфильтрат.

Изложенное позволяет сделать следующие выводы. Лапароскопическая аппендэктомия как «классическая», так и ассистированная, имеют следующие преимущества:

- малую травматичность операционного доступа и манипуляций;
- отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции, благодаря специальному освещению и интраоперационному увеличению;
- уменьшение послеоперационной боли, пареза кишечника;
- раннее восстановление нарушенных функций организма и физической активности пациента;
- сокращение сроков пребывания в стационаре;
- отличный косметический результат.

Применяемые методики позволяют значительно улучшить результаты диагностики: отсутствуют диагностические ошибки, сведено к минимуму количество так называемых «ненужных аппендэктомий» (катаральные формы), в 24% случаев лапароскопия носит диагностический характер.

Преимущества эндовидеоскопической аппендэктомии позволяют значительно снизить, – по сравнению с традиционной операцией – частоту послеоперационных осложнений: острую спаечную кишечную непроходимость, инфильтраты и абсцессы брюшной полости и раневые осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2004.
2. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей. – М., 2002.

ПЕРВИЧНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ АМИЛОИДОЗ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

А.В. Баранов, А.К. Ягофиров

Тамбовская областная больница

Первое упоминание об изолированном амилоидозе бронхолегочной системы встречается в работе А. Лессера в 1877 г. В 1958 г. С. Проуз дал полное описание этого заболевания, и с того времени большинство авторов рассматривают эту патологию как клиническую форму первичного амилоидоза.

Чаще всего (90% наблюдений) встречается трахеобронхиальный тип с субмукозным отложением амилоида и нодулярная форма изолированного амилоидоза бронхолегочной системы, значительно реже диагностируются опухолеподобные диффузно-альвеолярно-септальные формы. Средний возраст пациентов с этим заболеванием превышает 50 лет, хотя в отдельных клинических наблюдениях есть лица и более молодого возраста. Соотношение заболевших мужчин и женщин – 2:1.

Клиника и течение зависит от формы амилоидоза. Основными клиническими проявлениями являются малопродуктивный кашель, боли в грудной клетке, кровохарканье, прогрессирующий бронхообструктивный синдром. Диагностика затруднена из-за отсутствия патогномичных клинических признаков. У пациентов с поражением трахеобронхиального дерева выслушиваются сухие свистящие хрипы. В клиническом анализе крови отмечается повышенная СОЭ и тромбоцитоз. Происходит угнетение иммунной системы и прогрессирование амилоидогенеза. При эндоскопическом исследовании трахеи и бронхов выявляется отечная слизистая с грубыми складками по типу «булыжной мостовой». Биопсия позволяет верифицировать диагноз. Этиопатогенетическая терапия не разработана. Кортикостероиды и цитостатики противопоказаны.

При изолированных формах амилоидоза с обтурацией просвета бронха, развивающейся гиповентиляцией легочной ткани методом выбора является хирургическое лечение.

Приводим собственное наблюдение.

В 1-е хирургическое отделение Тамбовской областной больницы 12.11.05 г. поступила пациентка К. 49 лет с жалобами на сухой кашель, боли в грудной клетке.

В анамнезе: частые простудные заболевания. В октябре 2005 г. у больной появился сухой кашель и боли в левой половине грудной клетке. Лечилась в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: левосторонняя пневмония. Существенного эффекта от лечения не было.

С подозрением на рак левого легкого госпитализирована в 1-е хирургическое отделение для оперативного лечения.

Наследственный и аллергологический анамнез не отягощены.

Данные объективного обследования: состояние удовлетворительное; телосложение правильное, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков нет. ЧДД 16-18 в минуту. Грудная клетка конической формы. Перкуторно над легочными полями звук легочный. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 в минуту, АД 140/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа без патологии, слева верхняя доля уменьшена в объеме за счет ателектаза S3, в корне неправильной формы округлое