

стью проведения интенсивной предоперационной подготовки.

3. Отмечались случаи выполнения операции детям с аппендикулярным перитонитом без предоперационной подготовки и внутривенной инфузионной терапии. Такие операции, как правило, заканчивались неблагоприятно.

4. Серьезной ошибкой было выполнение операции одним хирургом без ассистента (напомним, что это категорически запрещено соответствующими приказами МЗ СССР и МЗ РСФСР) или малоопытным хирургом. Операции детям требуют участия наиболее опытного, квалифицированного специалиста.

5. У детей с аппендицитом, осложненным перитонитом, имели место операции под местной анестезией, что нельзя признать оправданным. Такая тактика исключает возможность адекватной санации брюшной полости, ведет к образованию абсцессов различной локализации и кишечных свищей.

6. Одной из частых причин ухудшения состояния и присоединения различных осложнений являлось отсутствие необходимой инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде. Лечение ребенка с аппендикулярным перитонитом должно начинаться с предоперационной подготовки, включать радикальную операцию с санацией брюшной полости и продолжаться с первых же минут послеоперационного периода.

Анализируя ошибки, допущенные врачами на третьем этапе оказания медицинской помощи — в специализированных детских хирургических отделениях, мы отметили в отдельных наблюдениях неоправданно длительное выжидание, ошибки в случаях сложной диагностики и необычного течения основного процесса, недостаточную санацию брюшной полости, редкое применение перидуральной анестезии при осложненных перитонитом острых аппендицитах.

Поступила 07.12.86.

УДК 616.34—007.44—053.2—07—08

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

А. А. Мустафин, В. И. Булашов, А. В. Акинфиев

*Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

В диагностике и консервативном лечении инвагинации кишечника у детей широкое распространение получили способы, предусматривающие ретроградное нагнетание в толстый кишечник воды, бариевой взвеси, воздуха [1, 4, 5]. Эта процедура выполняется преимущественно после введения обезболивающих и спазмолитических препаратов [1, 3], пресакральной новокаиновой блокады [5], реже — под наркозом [3, 6]. Для контроля за ходом дезинвагинации и эффективностью лечения большинство авторов используют рентгеноскопию. С. Я. Дольский и соавт. [2] сообщают о возможности дезинвагинации с помощью и под контролем фиброколоноскопии.

Консервативная дезинвагинация считается безопасной при определенных условиях (у детей до одного года со сроком заболевания до 12—24 ч при локализации головки инвагината в толстой кишке) и имеет порог эффективности.

Применяющаяся нами видоизмененная методика диагностики и консервативного лечения инвагинации включает трансанальное закрытое ступенеобразное нагнетание воздуха обязательно под наркозом и пальпаторный контроль эффективности. При подозрении на инвагинацию кишечника со сроком заболевания до 32 ч больному на-

значают премедикацию и в операционной под масочным ингаляционным или кеталаровым наркозом проводят пальпацию живота. При этом совершенно достоверно можно выявить кардинальный симптом инвагинации кишечника — наличие колбасовидной «опухоли» в брюшной полости — и определить ее размеры, расположение, подвижность. Для дезинвагинации в прямую кишку вводят интубационную трубку № 8—10 с манжеткой, соединенную с баллоном Ричардсона и моновакуумметром. Раздувают манжетку и подтягивают трубку кнаружи, что приводит к obturации анального канала и предотвращению преждевременного сброса воздуха из толстой кишки. Воздух нагнетают под давлением 40—80 мм рт. ст. (5,3—10,7 кПа). Пальпаторно и визуально совершенно отчетливо наблюдается прохождение воздуха до инвагината и в последующем его перемещение до правой подвздошной области. После исчезновения «опухоли» или вздутия кишечника, затрудняющего пальпацию, от интубационной трубки отсоединяют баллон Ричардсона с моновакуумметром и выпускают воздух из кишечника. Повторно проводят пальпацию живота. Отсутствие пальпируемой «опухоли» свидетельствует об успешности дезинвагинации. При сохраняющейся, как правило, уменьшившейся «опухоли» вновь нагнетают воздух.

Этот метод был использован у 45 детей в возрасте от 2 мес до 3 лет с давностью заболевания до 32 ч. Пальпация живота под наркозом позволила исключить инвагинацию кишечника у 11 детей. Из 34 больных консервативное лечение было успешным у 29. Консервативная дезинвагинация была безуспешной у 5, но и в этих наблюдениях инвагинат переместился в слепую кишку, что позволило у 3 больных выполнить операцию доступом Мак-Бернея и облегчить тем самым течение послеоперационного периода. У одного ребенка был выявлен некроз подвздошной кишки, у одного причиной инвагинации была гиперплазия лимфоидной ткани подвздошной кишки. Осложнений, связанных с применением описанного метода, не наблюдали.

Одним из решающих факторов для достижения положительного результата является, на наш взгляд, проведение консервативной дезинвагинации под наркозом. Повидимому, наряду с обезболиванием и прекращением психомоторного возбуждения уменьшается спазм кишечника в зоне инвагинации. Процедуру выполняют в более спокойной обстановке, что благоприятствует большей настойчивости врача. Не случайно, под наркозом успешное расправление инвагината достигалось в 94% случаев [4], а при проведении консервативной дезинвагинации без наркоза — в 24,0—72,4% [3, 5, 6].

Кроме того, немаловажное значение имеет отсутствие лучевой нагрузки на ребенка и медицинский персонал. По данным Ленинградского НИИ радиационной гигиены, величина средней дозы (560 мрад) на костный мозг ребенка до 2 лет при ирригоскопии значительно превышает дозы, сопровождающие другие виды рентгенологических процедур. Это обстоятельство оказывает пси-

хологическое воздействие на хирурга и зачастую вынуждает его прекращать процедуру, ограничившись единственной попыткой.

По нашим данным, отказ от рентгенологического контроля не снижает диагностических возможностей метода. Мы неоднократно убежились в том, что при пальпации продвижение инвагината под действием нагнетаемого воздуха вполне отчетливо ощущается. После эвакуации воздуха при повторной пальпации живота можно определять не только нерасправившийся инвагинат, но даже инфильтрированную петлю кишечника. Поступление же воздуха в тонкую кишку сопровождается заметным вздутием живота в мезогастральной области, сохраняющимся после отхождения воздуха из толстой кишки.

Таким образом, апробация способа диагностики и консервативного лечения инвагинации кишечника у детей под наркозом с пальпаторным контролем свидетельствует о его безопасности и высокой эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. // Неотложная хирургия детей. — Л., Медицина, 1983.
2. Долецкий С. Я., Стрекаловский В. П., Климанская Е. В., Сурикова О. А. // Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. — М., Медицина, 1984.
3. Куш Н. Л., Кононунченко В. П. // Педиатрия. — 1971. — № 1. — С. 73—74.
4. Левин М. Д., Мишарев О. С., Овчаренко В. А. // Вестн. хир. — 1984. — № 4. — С. 90—94.
5. Рошаль Л. М. // В кн.: Детская хирургия. — М., Медицина, 1970. — Т. 2.
6. Фельдман Х. И. // Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте. — М., Медицина, 1977.

Поступила 26.05.87.

УДК 616.147.22—007.64—073.75

ФЛЕБОГРАФИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

С. И. Белых, Р. Х. Галеев, Г. М. Сафин

Кафедра урологии (зав.— доц. С. И. Белых) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, урологическое отделение Республиканской клинической больницы (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Для выяснения причин варикоцеле, особенно при рецидивах заболевания, в настоящее время широко рекомендуется трансферморальная флебография с катетеризацией почечной и яичковой вен. Однако данный метод доступен только для лечебных учреждений, где имеются вазографические кабинеты, а варикоцеле нельзя отнести к редким заболеваниям, так как оно диагностируется у 8—20% молодых мужчин и у 8,4% мальчиков 10—15 лет. Существующая связь фертильности с варикозным расширением

вен семенного канатика делает варикоцеле социальной проблемой [3].

Основным методом лечения варикоцеле на сегодня является перевязка внутренней семенной вены по методу Иванисевича или ее эмболизация. Из-за технической сложности последней многими урологами и детскими хирургами в основном выполняется операция Иванисевича. Однако в последние годы все чаще стали появляться сообщения о рецидивах варикоцеле после операции Иванисевича, которые, по данным ряда ав-