

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. По-видимому, 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 трансфemorальная 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-

торов, составляют от 10 до 30% [1, 2]. В большинстве случаев рецидивы заболевания возникают за счет непереязанных дополнительных стволов и боковых ветвей яичковой вены, так как из-за сложности трансформальной флебографии довольно часто операцию Иванисевича производят без исследования сосудов.

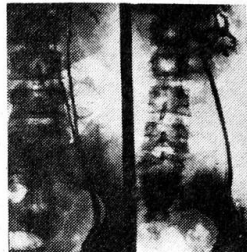
Ввиду большей доступности и достаточной информативности с 1980 г. мы пользуемся следующей схемой обследования больных с варикоцеле. После общеклинических исследований больным непосредственно перед операцией проводим флебографию мошоночным доступом с нашими модификациями. Для этого под местной анестезией разрезом длиной 2—3 см рассекаем кожу у основания мошонки, семенной канатик берем на держалку и выделяем одну из наиболее доступных вен. Вскрываем ее между двумя кетгутowymi держалками и в проксимальный отдел вводим катетер для сосудистого канюлирования на глубину 10—15 мм. Дистальный участок вены ниже катетера перевязываем одной из кетгутовых держалок. Вторую кетгуттовую лигатуру-держалку завязываем на катетере с веной для герметизации. Для предупреждения тромбообразования в катетер вливаем 0,5 мл гепарина, разведенного в 5 мл 0,25% раствора новокаина, затем конец просвета катетера закрываем пробкой. На кожу накладываем 2—3 шва и катетер фиксируем. После этого проводим вначале венографию, а затем экскреторную урографию на пленках размером 30 × 40 см. Контрастное вещество в количестве 20 мл вводим ручным способом в течение 3—4 с. В конце процедуры делаем флебографию, а через 5, 15, 20 мин после этого — экскреторные урограммы. Такое количество вводимого вещества достаточно для контрастирования семенной и почечной вен и оценки раздельной функции почек. При отсутствии патологии почечной вены и связанной с ней функции почки производим операцию Иванисевича с учетом вариантов ветвления яичковой вены. Для облегчения ориентировки в элементах семенного канатика непосредственно перед операцией в ткань яичка вводим 0,3 мл 0,4% раствора индигокармина.

Анализ 60 флебограмм, выполненных мошоночным доступом с 1980 по 1986 г., выявил следующие варианты анатомии яичковых вен: одиночная вена наблюдалась у 24 больных, двойная вена с равными диаметрами просвета — у 15, множественные

яичковые вены (три сосуда и более) — у 8 (рис. 1). Расщепленная яичковая вена была двух видов: а) у 5 больных начальные два ствола сливались в среднем отделе в один (рис. 2а); б) у 8 — одиночная вена в верхнем отделе разделялась на две ветви, впадающие самостоятельно в почечную вену (рис. 2б).



а



б

Рис. 1. Варианты анатомии яичковых вен. Пояснения в тексте.

Рис. 2. Флебограммы яичковых вен.

При обследовании 12 больных с рецидивами варикоцеле у 6 обнаружен рассыпной тип яичковой вены с перевязкой не всех ветвей, у 3 — крупный венозный ствол, впадающий в наружную подвздошную вену; у остальных 3 больных были различные варианты яичковой вены без признаков какой-либо перевязки. Таким образом, причиной рецидива варикоцеле после операции Иванисевича являлось выполнение первого вмешательства без учета имеющихся вариантов ветвления яичковой вены, так как флебография им до операции не проводилась.

Таким образом, предоперационное исследование сосудов мошоночным доступом позволило правильно ориентироваться в строении венозной системы при варикоцеле и в полном объеме выполнить операцию, после которой рецидивов заболевания не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков Ю. Ф., Ерохин А. П., Гераскин В. И., Воронцов Ю. П. // Урол. и нефрол. — 1977. — № 5. — С. 51—55.
2. Лопаткин Н. А., Морозов А. В., Дзеранов Н. К. // Урол. и нефрол. — 1983. — № 6. — С. 50—53.
3. Мохорт В. А., Доста Н. И., Нагошко И. Э. // Урол. и нефрол. — 1986. — № 5. — С. 6—7.

Поступила 29.04.87