

Лапароскопическое лечение спаечной кишечной непроходимости у детей.

В.М.Одинак, А.Л.Камаганцева, В.И.Чукреев, Ю.В.Потапенко
Кафедра детской хирургии, УГМА

В клинике детской хирургии УГМА в 1994 - 1998 г.г. проведено лапароскопическое лечение 62 больных, страдавших различными формами поздней спаечной непроходимости кишечника; 40 пациентов в прошлом перенесли операции по поводу острого аппендицита, в том числе 29 -осложненного перитонитом, 6 пациентов страдали инвагинацией кишечника, 6 были оперированы по поводу закрытых травм органов брюшной полости. В послеоперационном периоде 5 пациентов перенесли релапа-ротомию по поводу поздней спаечной непроходимости кишечника.

С клиникой сверхострой и острой спаечной непроходимости кишечника поступили 28 пациентов с жалобами на приступообразные боли в животе, рвоту содержимым желудка (иногда с примесью желчи), вздутие живота, задержку стула и газов. Диагноз: спаечная непроходимость кишечника, подострая форма установлен у 34 детей. Эти дети неоднократно консервативно лечились по поводу поздней спаечной непроходимости кишечника, страдали частыми запорами, метеоризмом, болями в животе.

Для проведения телевизионной лапароскопии применялось оборудование фирм "Olympus", "Contec Medical" и эндоскопические инструменты фирм "Karl Storz", "Ethicone", USSC.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Точка для первого вкола выбиралась с учетом расположения рубцов на передней брюшной стенке, а также данных клинического и рентгенологического исследований. Для предотвращения травматизации кишечных петель использовался троакар Ганса-Остина. Через обойму троакара в брюшную полость нагнетался CO₂. Все последующие проколы брюшной стенки проводились под контролем лапароскопа.

Распределение больных в зависимости от распространенности спаечного процесса в брюшной полости представлено в таблице № 1.

Таблица № 1

Степень выраженности спаечного процесса брюшной полости
(n = 62)

Распространенность спаечного процесса	Количество больных (%)
I степень	15 (23,4%)
II степень	36 (57,3%)
III степень	9 (15,0%)
IV степень	2 (3,2%)
Итого:	62 (100%)

После ревизии брюшной полости было установлено, что у 53 пациентов имела место обтурационная поздняя спаечная непроходимость кишечника, у 9 - странгуляционная. При этом обнаружены, шнуровидные спайки в 45% случаев, плоскостные в 30% случаев, сращение петель кишок в виде "двустволок" в 40% случаев. Особенно часто наблюдалась фиксация петель к послеоперационному рубцу передней брюшной стенки - 65%. Уровень непроходимости определялся после тщательной ревизии петель кишечника и обнаружения участка, где перерастянутые кишечным содержимым петли переходили в спавшийся участок кишечника.

Разделение спаек проводилось с помощью коагулирующих ножниц, что полностью исключало кровопотерю. После разделения спаек вновь проводился тщательный осмотр кишечных петель с целью определения эффективности разделения спаек, оценивалась проходимость кишечника, отсутствие деформации кишечных петель, а также состояние микроциркуляции в кишечной стенке. В 9 случаях (14,5%) после лапароскопии была проведена лапаротомия. Показаниями к ней явились: выраженный спаечный процесс брюшной полости и невозможность эффективного разделения спаек у 6 пациентов; вскрытие просвета кишки, произошедшее у трех пациентов при попытке отделения петель кишечника, плотно фиксированных к передней брюшной стенке на большом протяжении. Во время лапаротомий проведено разделение брюшных сращений и ушивание

ран кишечника. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, лапароскопическое лечение поздней спаечной непроходимости кишечника оказалось эффективным в 85,5% случаев. Ближайший послеоперационный период у этих пациентов характеризовался гладким течением, быстрым восстановлением перистальтики кишечника (у всех больных самостоятельный стул получен в первые 3-е суток), ранней активизацией пациентов и переходом на амбулаторное лечение через 7 суток после оперативного лечения.

Следовательно, внедрение и широкое использование эндоскопических интраабдоминальных операций в клинической практике позволит значительно улучшить лечебно-диагностическую помощь детям, страдающим спаечной непроходимостью кишечника.

Лечение врожденных деформаций грудной клетки у детей.

В.М.Одинак, Б.Ш.Фельдман, Е.Г.Некрасова

Кафедра детской хирургии

Врожденные деформации грудной клетки встречаются примерно у одного из 100 детей, при этом воронкообразная деформация составляет 90-91% от общего числа и помимо косметического дефекта приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению и ротации сердца, искривлению позвоночника, нарушениям дыхания и кровообращения (Willital S.и соавт., 1977). У 10-15% таких больных имеет место глубокое специфическое поражение соединительной ткани, связанное с синдромными состояниями, сопровождающимися необычными послеоперационными осложнениями: транзиторная гипогликемия, нарушения сердечного ритма, острые аневризмы аорты, пролапс митрального клапана (Гераськин В.И., Рудаков С.С.с соавт., 1986г.)

В отделении торакальной хирургии за период с 1989 по 1997 г.г. обследовано 118 больных с врожденными деформациями грудной клетки, из них 76 с воронкообразной и 39 с килевидной деформацией грудной клетки. Мальчиков было 70, девочек 48. Формирование деформации грудной клетки с раннего возраста отмечено у 62 пациентов. У остальных детей деформации замечены в возрасте от 5 до 12 лет. Синдромные поражения соединительной ткани на почве синдрома, Марфана отмечены у 8 больных, у 4 из них марфаноидный