

Матер конф: «Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии»
Бобруйск, сентябрь 2012 г. //Хирургия Восточная Европа.-2012.-№ 3.- С.218-219.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ПЕРИТОНИТ: ЛАПАРОСКОПИЯ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЯ?

Аверин В.И., Севковский И.А., Свирский А.А., Махлин А.М., Шедь О.Б.
Кафедра детской хирургии БГМУ, Детский хирургический центр, УЗО
«1 ГКБ», Минск

Актуальность: Проблема лечения аппендикулярного перитонита остается остроактуальной по настоящее время и определяет необходимость поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Целью работы явилось проведение сравнительного анализа результатов лечения детей с аппендикулярным перитонитом с применением видеолапароскопии и лапаротомии.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения аппендикулярного перитонита у 50 детей в возрасте от 2 до 15 лет оперированных лапароскопически и 50 детей той же возрастной группы, оперированных открытым способом в период с 2005 г. до 2012г. Сроки от момента заболевания до операции составляли от 3-х часов до 7 суток. Сравнимые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу и формам перитонита. Дети, которым понадобилась декомпрессия с применением интубации кишечника, исключены из исследования. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка, включавшая инфузионную терапию в объеме 20-30 мл/кг, введение антибиотика (цефалоспорин III-IV поколения), назогастральный зонд для декомпрессии, снижение температуры, коррекция КОС. Оперативное вмешательство традиционным методом выполняли из доступа по Фовлеру. После аппендэктомии, оценивали состояние брюшины, распространенность перитонита, характер воспалительного изменения кишечника. Определяли объем оперативного вмешательства, осуществляли лаваж физиологическим раствором и дренирование (по показаниям) брюшной полости. Лаваж осуществляли до аспирации визуально чистых промывных вод.

Лапароскопию выполняли из трех доступов установкой двух 5 мм портов в области пупка и слева в мезогастрии, и одного 10 мм над лоном справа. Проводили оценку распространенности перитонита и характер изменений кишечника. Аспирировали гной и проводили первый этап лаважа брюшной полости физиологическим раствором. Аппендэктомию выполняли лигатурным методом с дополнительной обработкой культи 5% йодом и биполярной коагуляцией. Затем проводили ревизию кишечника с разделением инфильтратов, абсцессов, деформаций, создающих предпосылки для ранней кишечной непроходимости. Во время ревизии лаваж повторяли. Затем производили третий окончательный этап лаважа брюшной полости до чистых промывных вод с тщательной аспирацией жидкости и последующим ее бактериологическим исследованием на количество микробных тел. Дренирование брюшной полости проводили по показаниям.

Результаты и обсуждение. Бактериологическое исследование гнойного выпота в брюшной полости у пациентов обеих групп выявило отсутствие различий по микробному спектру, высеянной патогенной флоры. Отмечено преобладание монофлоры *Escherichia coli* в 47,8% случаев, либо *Pseudomonas aeruginosa* - 5,3%. У 21,2% пациентов в посевах обнаружено два вида патогенных микробов. Чаще всего это было сочетание *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* - 9,5%, а так же *Clebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Staph. aureus*. Сочетание трех видов флоры отмечено в 4,2% с идентификацией *E. Coli* и β haemolytic *Streptococcus*, *Str. constellatus*, либо *Clebsiella pneumoniae* или *Pseudomonas*. Антибактериальная терапия у пациентов обеих групп не имела существенных различий до получения результатов посевов с учетом чувствительности к препаратам, и включала комбинацию цефалоспоринов (Роцефин Цефтриаксон, Биофуросим, Цефаксон Цефепим Цефоксон) и макролидов (амикацин) и метранидазола. В тяжелых случаях и при отсутствии эффекта, антибиотики ротировали и применяли Тивомер, Ванкомицин, Инванз, Аугментин, Амоксиклав, Офлоксацин, Тиенам, Зивокс, Стизон.

Отмечено уменьшение кратности и длительности применения обезболивающих препаратов, а также сроков восстановления перистальтики кишечника у пациентов первой группы.

Длительность пребывания пациентов сравниваемых групп в отделении реанимации не имела достоверного различия и в среднем составила 3,06 для лапароскопической группы, и 3,26 соответственно для пациентов второй группы. Общее количество койко-дней в хирургическом стационаре для пациентов первой группы так же не имело достоверной разницы и составило 11,4 и 12,6 дней соответственно.

Ранний послеоперационный период у пациентов второй группы осложнился продолжающимся перитонитом, потребовавшим лапароскопической санации, у одного ребенка. Еще у троих пациентов выявлен послеоперационный инфильтрат брюшной полости, что потребовало смены антибиотиков. У двоих пациентов наблюдались осложнения со стороны операционной раны – инфильтрат и гематома – лечение консервативное, с выздоровлением. У пациентов группы лапароскопического лечения осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Все пациенты выписаны из стационара, летальности в обеих группах не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей с применением миниинвазивных и традиционных методов выявил отсутствие достоверной разницы по срокам пребывания пациентов в ОИТР и хирургическом стационаре. Однако, отсутствие ранних послеоперационных осложнений, меньшие потребности пациентов в обезболивающих препаратах, более быстрое восстановление перистальтики кишечника и косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопию к более широкому применению в детских хирургических стационарах.