

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

В.И. Аверин, И.А Севковский, А.А Свирский, А.М. Махлин, А.И.Севковский
Белорусский Государственный медицинский университет, Детский
хирургический центр, Минск, Беларусь

Актуальность: Аппендикулярный перитонит остается актуальной проблемой детской хирургии, что определяет потребность внедрения новых методов хирургического вмешательства с целью санации брюшной полости при этой патологии.

Цель работы - проведение сравнительного анализа лечения детей с аппендикулярным перитонитом с применением лапароскопии и лапаротомии.

Материалы и методы. Нами проведен сравнительный анализ лечения аппендикулярного перитонита с использованием традиционной лапаротомии с 2010 года и лапароскопии у 177 детей в период с 2005-2013 гг.

Две одинаковые по численности группы пациентов обоего пола были сопоставимы по возрасту и формам перитонита. Время от начала заболевания до операции составляло от 3-х часов до 7 суток. Первую группу составили 92 пациента, оперированных открытым способом, вторую – 85 детей, оперированных лапароскопически.

Ввиду особенностей операции из исследований исключены дети, которым требовалась декомпрессия с применением интубации кишечника.

Предоперационная подготовка пациентам обеих групп была идентична и включала инфузионную терапию, коррекцию КОС и электролитов, введение антибиотиков, декомпрессию желудка. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

У больных первой группы аппендэктомия выполнялось кистным способом из доступа по Фовлеру. Гнойный выпот брали на бактериологическое исследование. Затем, проводился лаваж брюшной полости теплым

физиологическим раствором до чистых промывных вод с последующей их аспирацией.

Пациентам второй группы доступ осуществлялся из 3-х точек с установкой 5мм портов в области пупка и мезагастрии слева и 10 мм в правой подвздошной области. Визуально проводили оценку распространенности воспалительного процесса и характер изменений брюшины и петель кишечника.

Особенностью санации брюшной полости при лапароскопии является его этапность, предложенная нашей клиникой. Вначале аспирировали гнойный выпот и проводили 1-й этап лаважа брюшной полости физиологическим раствором в зоне расположения червеобразного отростка. Аппендэктомия выполняли лигатурным методом с обработкой культи 5% спиртовым раствором йода и биполярной коагуляцией. Затем проводили инструментальную ревизию кишечника с разделением инфильтратов, вскрытием абсцессов, ликвидацией деформаций, создающих предпосылки для развития ранней кишечной непроходимости. По ходу ревизии лаваж повторяли. Затем производился третий, окончательный этап лаважа брюшной полости до чистых промывных вод с тщательной аспирацией жидкости и повторным взятием ее для бактериологического исследования.

Результаты и обсуждение. Бактериологическое исследование гнойного выпота в брюшной полости у пациентов обеих групп не выявило различий по микробному спектру. В 53,1% случаев отмечено преобладание монофлоры, представленной *Escherichia coli* либо *Pseudomonas aeruginosa*. У остальных пациентов выявлена смешанная микрофлора. Терапия у пациентов обеих групп включала внутривенное введение комбинации цефалоспоринов 3-4 поколения, аминогликозидов и метронидазола. При необходимости производилась ротация антибиотиков.

Благодаря минимальной операционной травме у пациентов второй группы уменьшалась кратность и длительность применения обезболивающих

препаратов. По сравнению с больными первой группы у них раньше восстанавливалась перистальтика и нормализовалась температура тела.

У 3 детей первой группы течение раннего послеоперационного периода осложнилось продолжающимся перитонитом, что потребовало его санации, выполненной лапароскопически. Еще у 4 пациентов этой группы были выявлены инфильтраты брюшной полости, которые были излечены консервативно с применением антибиотиков группы резерва. В двух случаях наблюдались инфильтрат и гематома послеоперационной раны.

У пациентов второй группы осложнение раннего послеоперационного периода выявлено у одного ребенка - продолжающийся перитонит, потребовавший повторной лапароскопии и санации брюшной полости. Все пациенты выздоровели.

Длительность пребывания пациентов сравниваемых групп в отделении реанимации и в общехирургическом отделении не имело различий ($p > 0,05$).

Выводы. 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, эстетическая составляющая операции и лучший косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными.