

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ: ЛАПАРОСКОПИЯ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЯ?

Гринь А. И¹., Аверин В. И²., Севковский И. А¹., Севковский А. И².

¹Республиканский научно-практический центр детской хирургии

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на внедрение в медицинскую практику новейших технологий и антибактериальных препаратов, проблема лечения аппендикулярного перитонита остается острой и актуальной и в настоящее время, что определяет необходимость поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Цель: оценить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом, оперированных традиционно и лапароскопически.

Материал и методы. С 1 января 2014 г. до 1 сентября 2018 г. в РНПЦ детской хирургии было пролечено 307 детей по поводу аппендикулярного перитонита (166 мальчиков, 141 девочка), что составило около 10% от всех пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита за этот период. Основную группу (66,5%) составили дети от 3 до 11 лет, дети до 3-х лет – 14,9%. Бригадами скорой медицинской помощи в стационар доставлены 51% пациентов, 9% детей направлены детскими поликлиниками, 18% – другими стационарами города, 21% – самостоятельно обратились в приемное отделение центра. Продолжительность заболевания до поступления была разной: до 24 ч – 29,6% детей, позже 24 ч – 70,4%.

При поступлении все дети жаловались на боль в животе. Рвота отмечалась в 81,5% случаев (однократная – 13,1%, многократная – 86,9%), повышение температуры – в 81,5% (менее 38°C – 22,8%, более 38°C – 77,2%), жидкий стул – в 23,6%, дизурия – в 10,4%. До операции для верификации диагноза у 50% детей было выполнено УЗИ органов брюшной полости. Признаки острого аппендицита выявлены в 89% случаев. В первые 6 часов после поступления были оперированы 229 (75%) пациентов. Всем

детям до операции в течение 2-4 часов проводилась предоперационная подготовка.

Лапароскопически прооперировано 149 (48,5%) детей – 1 группа, традиционно – 158 (51,5%) – 2 группа. Если в 2014 г. оперировано лапароскопически 30% детей, то в 2018 – 76%. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, сроку от начала заболевания до госпитализации ($P>0,05$). Сроки наблюдения до операции у детей, оперированных лапароскопически, были достоверно выше ($P<0,05$). Не наблюдалось статистического различия между группами по формам перитонита ($P>0,05$). Отграниченный перитонит выявлен у 33% детей, местный неотграниченный – 19%, разлитой – 40%, общий – 8%.

Результаты и обсуждение. Объем оперативного пособия в обеих группах значимо не различался. Всем детям выполнена аппендэктомия. Резекция большого сальника произведена в 60% случаев. Лаваж брюшной полости был выполнен у 70% пациентов, санация брюшной полости – у 7%. Дренирование брюшной полости выполнялось по показаниям: при лапароскопических операциях достоверно чаще – в 43% случаев ($P<0,01$). Продолжительность лапароскопических операций была достоверно выше ($P<0,01$).

При гистологическом исследовании червеобразного отростка флегмонозное воспаление выявлено в 23% случаев, гангренозное – в 77%. Бактериологическое исследование выпота из брюшной полости у пациентов обеих групп не выявило различий по микробному спектру патогенной флоры (преобладание монофлоры *Escherichia coli* в 52%).

После лапароскопических операций пациентам требовалось менее интенсивное и менее продолжительное обезболивание, чем после лапаротомии ($P<0,001$). У них в более ранние сроки восстанавливалась перистальтика кишечника и начиналась энтеральная нагрузка, в более ранние сроки отмечалась нормализация температуры ($P<0,001$). Антибактериальная терапия у пациентов обеих групп не имела существенных различий. Длительность пребывания пациентов, оперированных лапароскопически, в реанимационном отделении и в стационаре, была достоверно ниже ($P<0,001$).

У 10 пациентов, оперированных лапароскопически, в раннем послеоперационном периоде возникло 10 осложнений. У одного ребенка выявлен инфильтрат брюшной полости, что потребовало усиления антибактериальной терапии (вылечен консервативно). Одному ребенку выполнен лапароскопический адгезиолизис по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. Восемью детям были выполнены лапароскопическая санация брюшной полости, адгезиолизис по поводу продолжающегося перитонита, ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости.

У 11 пациентов второй группы выявлено 13 осложнений: у 4 детей нагноение раны, у 2 – серома послеоперационного рубца, у 1 – абсцесс брюшной полости, у 1 – ранняя спаечная кишечная непроходимость, в 5 случаях дети повторно оперированы по поводу продолжающегося перитонита, ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости (4 операции выполнены лапароскопически, 1 релапаротомия). Все пациенты выписаны из стационара, летальности в обеих группах не было.

Выводы. Статистический анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей показал, что сроки пребывания детей, оперированных лапароскопически, в отделении интенсивной терапии и в стационаре были достоверно ниже. Меньшие потребности пациентов в анальгетиках, быстрое восстановление перистальтики кишечника, возможность ранней энтеральной нагрузки, ранняя нормализация температуры, меньшее количество послеоперационных осложнений, косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными.