

### **Литературные ссылки**

1. Bjerneroth G., Juhlin C., Rastad J. et al. MHC class I and II antigen expression on parathyroid cells and prospects for their allogenic transplantation. *Transplantation*. 1993; 56(3): 717.
2. Alfrey E.J., Perloff L.J., Asplund H.W. et al. Normocalcemia thirteen years after successful parathyroid allografting in a recipient of a renal transplant. *Surgery*. 1992; 111: 234.
3. Hasse C., Schrezenmeier J., Stinner B. et al. Successful allotransplantation of microencapsulated parathyroids in rats. *World J. Surg.* 1994; 18: 630.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

*Худовцова А.В., Ковальчук В.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** В структуре неотложных хирургических вмешательств аппендэктомия, безусловно, занимает лидирующее положение [1, 2]. В настоящее время хирурги все чаще прибегают к лапароскопической аппендэктомии при лечении больных острым аппендицитом, а некоторые клиники, например, детской хирургии, сообщают, что лапароскопическую аппендэктомию выполняют практически в 100% случаев [1, 2].

**Цель исследования:** оценить эффективность лапароскопического метода лечения аппендикулярных перитонитов у детей.

**Материалы и методы.** На базе клиники детской хирургии УЗ «ГОДКБ» за период с 2007 по 2011 гг. было выполнено 71 оперативное вмешательство по поводу аппендикулярного перитонита у детей. В зависимости от метода лечения были выделены 2 группы. Группа I (лапароскопический метод) – 24 пациента, и группа II (лечение «открытым» способом) – 47 пациентов. Средний возраст пациентов составил –  $8,7 \pm 0,4$  лет. Гангренозно-перфоративный аппендицит явился основной морфологической формой осложненного аппендицита – 48 (67,6%). Предоперационная подготовка проводилась по единому протоколу.

Во время диагностической лапароскопии осуществлялись верификация источника перитонита, санация брюшной полости, удаление червеобразного отростка и проведение регионального или общего лаважа в зависимости от распространенности перитонита. Дренирование брюшной полости осуществлялось только одним дренажом к месту наибольших воспалительных изменений. Количество местных перитонитов составило – 62 (87,3%), распространенных форм перитонита – 9 (12,6%).

**Результаты.** Так, показатели ЧСС у оперированных детей в 1-е и 3-и сутки после операции нормализовались быстрее, чем в группе II. Температура в 1-е сутки после операции не имела достоверных различий, но на 3-и сутки отмечалась тенденция к более быстрому снижению температурной реакции у детей, оперированных лапароскопическим методом. ЛИИ с 3-х суток начинал нормализоваться. Важным диагностическим тестом явился анализ крови на прокальцитонин, как показатель развития риска тяжелого септического процесса. Показатель оценивали в раннем послеоперационном периоде, при его значении  $>1,0$  производилось лазерное облучение крови аппаратом «Айболит». Нормализация функций кишечника происходила быстрее в группе I. Перистальтика кишечника восстанавливалась уже к 3-м суткам у 100% больных, во 2-й группе – лишь к 5-м суткам, отхождение газов появлялось на 3-и сутки у 91,6 % больных (во 2-й группе – 40,4%), первая дефекация самостоятельная на 3-и сутки в 95,8% и 42,5%, соответственно.

В раннем послеоперационном периоде после лапароскопического метода лечения промедол назначался только 3 (12,5%) детям группы I (лапароскопический метод), в группе II – 35 (74,5%) детям. Количество койко-дней в группе I составило  $13,3 \pm 1,5$  и  $17,5 \pm 2,2$  в группе II.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: в группе I – у 2 (8,3%) детей (ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1, абсцесс брюшной полости – 1); в группе II – у 4 (8,51%) детей абсцесс брюшной полости. Для устранения осложнений потребовалась лапаротомия.

### **Заключение**

1. Для лапароскопического метода характерна минимальная травматичность и косметический эффект.
2. Возможность визуального осмотра всех областей брюш-

ной полости.

3. Выполнение адекватной санации и лаважа брюшной полости.

4. Отсутствие необходимости в назначении наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

#### **Литературные ссылки**

1. Острый аппендицит : учеб. пособ. для студ. мед. вузов, ординаторов, аспирантов, практ. врачей / А.Г. Кригер, А.Ф. Федоров, П.К. Воскресенский, А.Ф. Дронов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с. : рис. – Библиогр. в конце глав. - ISBN 5-901654-11-0 (в пер.);

2. Хирургические болезни. В 2 т. Т.1: учебник для вузов: рек. УМО по мед. и фарм. образ. вузов России / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 601, [2] с.: ил. – Библиогр.: с. [598]-599, предм. указ.: с. [600-603]. - ISBN 978-5-9704-0737-0 (т. 1) (в пер.). - ISBN 978-5-9704-0738-7 (общ.).

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

*Цилиндзь И.Т.<sup>1</sup>, Колешко С.В.<sup>1</sup>, Кояло С.И.<sup>2</sup>, Цилиндзь И.И.<sup>2</sup>*  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»<sup>2</sup>,  
Республика Беларусь

**Актуальность.** По-прежнему не теряет актуальности проблема паховых грыж и их лечение. Не снижается количество больных, страдающих данной патологией, разрабатываются новые способы герниопластики.

**Цель.** Изучить ближайшие результаты лапароскопической герниопластики при паховых грыжах.

**Материал и методы.** За последние пять лет в клинике общей хирургии находилось 1030 больных с паховыми грыжами. Из них оперированы 967 пациентов (93,9%). По причине тяжелой сопутствующей патологии у 6,1% от оперативного пособия решено