

# ОСЛОЖНЕНИЯ АППЕНДЕКТОМИИ: ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ

Вакульчик В.Г. к.м.н., доцент; Гринь А.И.

*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь*

**Цель:** представить редкие осложнения после аппендэктомии.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование. Критерии включения: изолированное гнойное воспаление большого сальника, подтвержденное патогистологическим исследованием. Критерии исключения: сочетание нескольких типов осложнений с участием большого сальника, эффективность консервативного лечения. Согласно установленным критериям, в исследование, за период с 1996 по 2011 год в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», включены 13 детей.

**Результаты.** Мальчиков среди них было 8, девочек – 5. Распределение по возрасту: до 1 года – не наблюдали; 1 - 3 года – 4 ребенка; 4 - 6 лет – 2 пациента; 7 – 10 лет – 3, 11 – 13 лет – 2; 14 - 16 лет – 2 больных.

Семерым пациентам аппендэктомия была выполнена в нашей больнице, шестеро детей оперированы в хирургических отделениях ЦРБ Гродненской области и после возникновения осложнений переведены в УЗ «ГОДКБ». У 10 детей диагноз деструктивного аппендицита подтвержден патогистологически (у 5 из них во время аппендэктомии был диагностирован перитонит), у двоих пациентов заключение представлено не было, у 1 ребенка гистологические признаки простого аппендицита. Резекция сальника во время первой операции выполнялась у двоих детей. После первичной операции четверо детей выписаны из стационаров с выздоровлением, 9 пациентам релапаротомия была выполнена в раннем послеоперационном периоде после аппендэктомии. Осложнение манифестировало в большинстве случаев на 6 – 12 сутки после оперативного вмешательства (11 наблюдений) и только в одном случае развилось через 2 месяца.

При развитии осложнения дети отмечали боль в животе, тошноту, рвоту, повышение температуры тела. В 10 наблюдениях в брюшной полости при пальпации определялось патологическое образование: в правом подреберье – у 3 детей, справа и ниже от пупка – у 6 пациентов, над лоном – у 1 девочки. В большинстве случаев пальпируемое образование было округлой формы, без четких границ, малоподвижное, плотное, болезненное, разных размеров, без признаков размягчения. В трех наблюдениях инфильтрат пальпаторно не определялся.

С целью уточнения диагноза и выбора лечебной тактики применялись: ультразвуковое обследование, обзорная рентгенография органов брюшной полости, магниторезонансная томография, диагностическая

лапароскопия. При УЗ исследовании определялось неправильной формы, неоднородное, изоэхогенное с гиперэхогенными включениями образование, с нечеткими контурами, разных размеров. В некоторых случаях в брюшной полости отмечалось наличие свободной жидкости. При рентгенологическом обследовании у 5 детей выявлены обеднение кишечника газом, горизонтальные уровни жидкости в кишечнике, без клинических признаков кишечной непроходимости. В 6 случаях выполнена диагностическая лапароскопия.

Все дети оперированы. Время, прошедшее от момента поступления больного в стационар до выполнения операции, было различным, зависело от клинической картины болезни, тяжести состояния больного, необходимости предоперационной подготовки и возможной эффективности консервативного лечения. Консервативное лечение проводилось у 7 пациентов, от 4 до 30 суток, но оказалось неэффективным. Двое детей оперированы сразу после госпитализации после проведения кратковременной предоперационной подготовки, четверо – после предоперационной подготовки и консервативного лечения через 1 – 2 суток после развития осложнения.

В 6 случаях выполнялась диагностическая лапароскопия, в 2 из них выполнена лапароскопическая оментэктомия. В 8 случаях для релапаротомии использовался правосторонний трансректальный доступ, в 1 – доступ по Фовлеру справа, срединная лапаротомия выполнена двум больным. Резекция измененного участка сальника в пределах макроскопически неизмененных тканей выполнена шести пациентам, оментэктомия произведена пяти детям. Лаваж брюшной полости и ее дренирование потребовались девяти больным.

В послеоперационном периоде у одного ребенка развилась ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость, ликвидированная консервативными мероприятиями, диагностировано инфекционное осложнение области оперативного вмешательства.

Все дети выздоровели. Летальных исходов не было. Время пребывания в стационаре составило в среднем 34 дня.

На основании проведенного анализа можно выделить два варианта течения послеоперационного оментита: подострое (9 пациентов) и острое (4 детей). Второй вариант течения связан с быстрым развитием абсцесса сальника, прорывом его в свободную брюшную полость и появлением клиники перитонита.

**Выводы.** Гнойный оментит – редкое осложнение после аппендэктомии. Наблюдается чаще при деструктивных аппендицитах с перитонеальными осложнениями, преимущественно у детей младшего возраста. Во время первичной операции макроскопически сальник может быть не изменен. Лечение – оперативное.