

5. Вагнер, Е. А. Хирургия повреждений груди / Е. А. Вагнер. – Москва : Медицина. – 1981. – 288 с.

6. Беньян, А. С. Хирургическая стабилизация грудной клетки при множественных и флотирующих переломах ребер / А. С. Беньян // Вестник Травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2015. – № 3. – С. 86-92.

МЕСТНЫЕ ФОРМЫ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕВОЧЕК: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Ковальчук В.И., Мыслицкая О.Ю., Ковальчук-Болбатун Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Аппендикулярный перитонит остается одним из наиболее тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний у детей. [1] Имеются единичные сообщения о лечении аппендикулярного перитонита у девочек. В месте с тем, изучение особенностей клиники, диагностики и лечения местных форм аппендикулярного перитонита у девочек является актуальным. Это связано с тем, что в патологический процесс вовлекаются органы малого таза – матка и её придатки. Вследствие этого, отмечается увеличение случаев эктопической беременности, развития вторичного поликистоза, ретенционных кист яичников, а также первичного трубно-перитонеального бесплодия, частота которых, по данным отдельных авторов, составляет 10-57% [2]. В настоящее время нет достаточно полной информации о лапароскопическом методе лечения местного аппендикулярного перитонита у девочек, поэтому это и явилось темой исследования.

Цель. Выявить особенности клинической картины, диагностики и лапароскопического способа лечения местных форм аппендикулярного перитонита у девочек.

Методы исследования. В учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в отделении экстренной хирургии за период с 2019 по 2023 гг. находились на лечении с местными формами аппендикулярного перитонита 30 девочек: местный отграниченный перитонит в виде абсцесса был у 20 пациенток (66,7%), местный неотграниченный у 10 пациенток (33,3%).

Результаты и их обсуждение. Клиническая симптоматика острого аппендицита в 100% случаев начиналась с острой боли. Боль локализовались преимущественно в нижних отделах живота у 22 пациенток (73,3%), в правой подвздошной области у 8 (26,7%). Рвота была у 15 пациенток (50%) и носила преимущественно многократный характер. Повышение температуры тела от субфебрильных до фебрильных цифр отмечалось у 15 пациенток (50%). В 5 случаях (16,7%) наблюдались расстройства стула. При поступлении в

стационар все пациентки обследованы согласно клиническому протоколу МЗ РБ: общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, физикальное обследование, УЗИ брюшной полости, пальцевое ректальное исследование.

Во всех случаях (100%) выполнялась лапароскопическая аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости, в 6 случаях (20%) в связи с техническими трудностями выполнялась конверсия. При местном отграниченном аппендикулярном перитоните флегмонозный аппендицит был выявлен у 2 пациенток (6,7%), гангренозный у 4 (13,3%), гангренозно-перфоративный у 14 (46,7%). При местном неотграниченном аппендикулярном перитоните флегмонозный аппендицит был выявлен у 1 пациентки (3,3%), гангренозный у 8 (26,7%), гангренозно-перфоративный у 1 (3,3%).

С целью диагностики послеоперационных осложнений в 100% случаев выполнялось УЗИ брюшной полости на 3-4 сутки. В результате которого были выявлены: инфильтрат в правой подвздошной области у 7 пациенток (23,3%), свободная жидкость в брюшной полости, малом тазу у 10 пациенток (33,3%), признаки пареза кишечника у 4 пациенток (13,3%) и у 3 пациенток (10%) визуализировалось образование в области правых придатков (абсцесс). С целью уточнения характера абсцесса девочкам выполнялось МРТ органов брюшной полости и малого таза с последующей релапароскопической санацией гнойных осложнений. В 2 случаях (6,7%), в связи с развитием клиники кишечной непроходимости, было выполнено устранение кишечной непроходимости лапароскопическим способом. Среднее количество дней при лечении местных форм аппендикулярного перитонита без осложнений в послеоперационном периоде составило 14 дней, 17 дней с развившимися послеоперационными осложнениями.

Выводы.

1. При местных формах аппендикулярного перитонита, наиболее чаще у девочек встречался местный отграниченный перитонит (66,7%).
2. В клинической картине преимущественно наблюдалась боль в нижних отделах живота (73,3%), многократная рвота (50%), повышение температуры тела от субфебрильных до фебрильных цифр (50%).
3. Основным методом лечения местного аппендикулярного перитонита являлась лапароскопическая аппендэктомия с санацией и дренирование брюшной полости.
4. Использование УЗИ брюшной полости в послеоперационном периоде позволяет как можно ранее выявить послеоперационные осложнения.

Список литературы

1. Карасева, О. В. Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей : автореф. дис. ...канд. мед. : 14.00.35 / Карасева Ольга Витальевна ; Научный центр здоровья детей РАМН. – Москва, 2005. – 3 с.
2. Шамсиев, А. М. Репродуктивная функция женщин, перенёсших в детстве распространённый аппендикулярный перитонит/ А. М. Шамсиев, Ш. А. Юсупов // Вестник Авиценны, Акушерство и гинекология. –2019. – Т. 21, № 3. – С. 374-379.