

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

¹Питкевич А.Э., ²Шмаков А.П., ¹Литвяков М.А., ¹Янушкевич А.А.,
²Питкевич П.А.

¹Витебский областной детский клинический центр

²Витебский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Витебск

Актуальность. Внедрение малоинвазивных технологий в ургентную хирургию расширило представление и подходы к хирургическому лечению многих заболеваний у детей. В практике детских хирургов лапароскопическая аппендэктомия в настоящее время стала «золотым стандартом» в лечении неосложненных форм острого аппендицита. В то же время отношение к лапароскопическому вмешательству при перитоните остается дискуссионным [1-5].

Цель. Оценить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

Методы исследования. Методом сплошной выборки изучены все медицинские карты стационарного пациента (истории болезни) УЗ «Витебский областной детский клинический центр» (УЗ «ВОДКЦ»), детей, находившихся на лечении с января 2021г. по декабрь 2024г. по поводу деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом.

Результаты и их обсуждение. За вышеуказанный период, 4 года, в хирургическом отделении УЗ «ВОДКЦ» на лечении находилось 124 пациента. В гендерной структуре мальчики (83-67%) преобладали над девочками (41-33%). Возраст детей составил от 2-х до 16 лет, в среднем – 11 лет. Время от начала заболевания до госпитализации составило: до 24 часов – 19 пациентов, 24-36 часов – 34, 36-48 часов – 19, более 48 часов – 52 ребенка. Городские жители составили 69%. Большая часть пациентов была доставлена бригадой скорой медицинской помощи – 50 пациентов, направлены участковым педиатром – 21 ребенок, хирургами центральных районных больниц – 23, детскими хирургами поликлиник – 3, направлены из инфекционной больницы – 6, обратились самостоятельно- 21 пациент. В направлениях чаще всего, 72 пациента, указывался диагноз острый аппендицит, перитонит – у 15-и, ОРВИ – у 8-и, мезаденит – у 3-х, гастроэнтерит – у 5-и детей. Ранее, за медицинской помощью с болями в животе обращались семеро детей (в первые 2 часа от начала заболевания), трое из них осматривались врачами детскими хирургами. В результате осмотра острая хирургическая патология была исключена. Шесть пациентов при госпитализации имели двухстороннюю пневмонию ассоциированную с коронавирусной инфекцией (COVID 19). Один пациент направлен из ЦРБ области с распространенным перитонитом. За 5 суток до

этого ему выполнялась аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита традиционным способом. Оперативные вмешательства выполняли 11 врачей-детских хирургов, со стажем работы по специальности от 2-х до 46 лет. Все обследование и лечение детей осуществлялось в рамках клинических протоколов: «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и ограниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях», «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и генерализованным перитонитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях», утвержденных Постановлением МЗ РБ № 50 от 18.05.2021 года. При поступлении всем пациентам выполняли стандартный комплекс инструментальных и клиническо – лабораторных исследований. Предоперационная подготовка проводилась в течение 2-4 часов и включала в себя инфузионную, симптоматическую, антибиотикотерапию (цефазолин, метронидазол). Оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов. Карбоксиперитонеум накладывали пункционно иглой Вереша, в умбиликальной области. Лапаропорты устанавливали: первый (диаметр 5 мм) в левой мезогастральной области для оптики, второй (диаметр 5 мм) в левой подвздошной области, третий (диаметр 10 мм) в правой подвздошной области. При ревизии оценивали расположение червеобразного отростка, количество, характер и распространенность патологического выпота, возможность, целесообразность и безопасность лапароскопической операции. В одном случае у пациента с аппендикулярным инфильтратом и аномально расположенным аппендиксом, хирургом было выбрано традиционное оперативное вмешательство. Первичная санация брюшной полости проводилась электроотсосом. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась лигатурным способом с использованием петли Редера, коагуляция брыжейки отростка выполнялась биполярно. Брюшная полость 2-3 раза санировалась и промывалась 0,9% раствором натрия хлор до «чистой воды». Дренаж брюшной полости осуществляли у всех детей путем постановки дренажа типа Джексона-Пратта в малый таз по А. И. Генералову. По распространенности перитонита, пациенты распределены следующим образом: аппендикулярный инфильтрат выявлен у 11 детей, аппендикулярный абсцесс у 26, местный неотграниченный перитонит выставлен у 36-и пациентов, разлитой у 32-х, общий диагностирован в 19 случаях. В послеоперационном периоде все дети продолжали лечение в отделении реанимации. Проводилась антибиотикотерапия (цефалоспорины II-III поколения в комбинации с аминогликозидом и метронидазолом), инфузионная терапия, борьба с порезом кишечника. Дренаж из брюшной полости удаляли на 3-7 сутки, после прекращения отделяемого. Перевод в хирургическое отделение осуществлялся на 2-5 сутки после стабилизации состояния. В послеоперационном периоде двум детям с общим перитонитом, на 3-4-е сутки, выполнена лапароскопическая санация брюшной полости. У одного пациента с подпеченочным аппендикулярным абсцессом на 7 сутки развилась острая

спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая лапароскопического адгезиолизиса и санации брюшной полости. Конверсии на открытое оперативное вмешательств при лечении осложнений не было. Все 124 пациента выписаны в удовлетворительном состоянии. Сроки госпитализации варьировали от 7 до 28 дней. Средний койко-день пациентов в стационаре составил 14 суток.

Выводы. Лапароскопическая операция при перитоните аппендикулярного генеза может быть успешно реализована у практически всех пациентов, вне зависимости от возраста, времени заболевания и распространенности перитонита. Течение послеоперационного периода, снижение числа послеоперационных осложнений свидетельствует в пользу современных малоинвазивных технологий.

Список литературы

1. Аппендикулярный перитонит у детей: эффективная хирургическая тактика и интенсивная терапия / О. В. Карасева, К. Е. Уткина, А. Л. Горелик [и др.] // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24, № 2. – С. 62-70. – doi: 10.18821/1560-9510-2020-24-2-62-70.
2. Лапароскопические вмешательства у детей с осложнённым аппендицитом / С. А. Коровин, А. В. Дзядчик, Е. В. Дворовенко, Ю. Ю. Соколов // Медицинский совет. – 2018. – № 17. – С. 232-236.
3. Лапароскопический доступ в лечении распространенного аппендикулярного перитонита – возможности метода и его безопасность. Рандомизированное клиническое исследование / А. С. Арутюнян, Д. А. Благовестнов, П. А. Ярцев [и др.] // Вестн. новых мед. технологий. – 2021 – Т. 28, №4. – С. 21-25.
4. Мамонтова, Н. В. Перитонит у детей, диагностика, оперативное лечение, послеоперационное ведение / Н. В. Мамонтова, Е. М. Харченко, А. К. Смирнов // Детская хирургия, проблемы и решения. – 2022. – № S4 (22). – С. 39-43.
5. Тактика лечения при перитонитах у детей / Ш. К. Халилов, М. Я. Аллаев, К. З. Кодиров [и др.] // Экономика и социум. – 2020. – № 4 (71). – С. 959-962.

РЕАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Полынский А.А., Язепчик А.В., Дубровицк О.И.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Лечение пациентов с паховыми грыжами остается одной из актуальных проблем и в настоящее время, так как количество паховых