

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Горшков А.Ю., Румянцева Г.Н.¹, Марченко А.А.²,
Козлова Н.Г.², Портенко Ю.Г.², Михайлова С.И.²*

¹ *ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет»,*

² *ГБУЗ «Детская областная клиническая больница»*

Тверь. Россия

gorantur@yandex.ru

В публикации описан опыт диагностики и оперативного лечения перитонита аппендикулярного генеза у девочек. Также освещены вопросы реабилитационных мероприятий направленных на профилактику нарушений репродуктивной функции.

Ключевые слова: *аппендицит; хирургические операции; лапароскопия; послеоперационные осложнения; перитонит; девочки; репродуктивная функция.*

THE CHOICE OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT AND REHABILITATION OF GIRLS WITH APPENDICULAR PERITONITIS.

*Gorshkov A.Yu.^{1,2}, Rumyantseva G.N.¹, Marchenok A.A.²,
Kozlova N. G.², Portenko Yu.G.², Mikhailova S. I.²*

¹ *Tver State Medical University,*

² *Children's Regional Clinical Hospital of Tver*

Tver, Russia

The article describes the experience of diagnosis and surgical treatment of appendicular peritonitis in girls. The issues of rehabilitation measures aimed at the prevention of reproductive disorders are also highlighted.

Key words: *appendicitis; surgical operations; laparoscopy; postoperative complications; peritonitis; girls; reproductive function.*

Введение. Аппендикулярный перитонит до настоящего времени занимает значительное место в структуре хирургической патологии у детей. Особой тяжестью течения отличаются разлитые формы перитонита, представляющие серьезную угрозу для жизни ребенка и нарушений фертильной функции у девочек из-за наличия спаечного процесса в малом тазу [1,3]. Поэтому поиск адекватных подходов к хирургическому лечению данной патологии продолжает оставаться одной из актуальных проблем детской хирургии.

Цель работы. Выработать оптимальную лечебно-диагностическую тактику у девочек с гнойным перитонитом аппендикулярного генеза и разработка программы реабилитации для профилактики нарушений репродуктивной функции.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе историй болезни 19 девочек в возрасте от 2 до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2015 по 2020 годы. Все пациентки имели деструктивную форму острого аппендицита (острый гангренозно-перфоративный аппендицит), осложненного перитонитом и поступали в сроки более 24 часа от начала заболевания (15 чел. – 78,9%). Пациенткам выполнялась лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости и установкой

дренажной трубки. Вторичные инфильтративные висцериты (оментит, тифлит, илеит и сальпингит) являются обязательной характеристикой свободных форм перитонита, которые имеют отдаленные последствия в виде спаечной болезни, изменений трофического статуса, нарушений репродуктивной функции. Наиболее часто в воспалительный процесс при разлитом перитоните вовлекаются большой сальник (79,4%) и купол слепой кишки (68,2%), а также следует отметить значимую роль терминального илеита (30,2%). Во всех случаях гнойный выпот, находясь в малом тазу покрывал маточные трубы и яичники. В этиологической структуре гнойного перитонита преобладает *E. coli* (до 66,8%), остальные микроорганизмы имеют второстепенное значение. Всем пациенткам алгоритм обследования включал: сбор анамнеза, клиническое наблюдение с динамическим объективным исследованием больного ребенка от момента его поступления в стационар до момента выписки, методы лучевой диагностики (УЗИ брюшной полости), рентгенологические (рентгенография брюшной полости) [2,3].

При подозрении на наличие абсцедирующих форм перитонита в качестве дополнительного высокоинформативного метода проводилась компьютерная томография органов брюшной полости, в том числе в послеоперационном периоде – 15 пациентов. Нами определены ультрасонографические признаки разлитого и абсцедирующего перитонита (наличие картины деструктивного аппендицита, свободного экссудата в межпетлевом пространстве, абсцессы с УЗ-признаками периаппендикулярного абсцесса I, II и III ст), что позволяло прогнозировать дальнейшую тактику хирургического лечения. Также определялись УЗ маркеры спаечного процесса в малом тазу в отдаленный период (изменение положения матки и придатков по отношению к срединной оси тела).

Результаты и обсуждение. Многообразие патологических процессов при перитоните обуславливает большую сложность их коррекции и требует комплексного подхода в лечении этой категории больных. Сюда относятся: хирургическое вмешательство, дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза, борьба с парезом кишечника и рациональная антибактериальная терапия.

Основное звено в лечении – это своевременное оперативное вмешательство, которое позволяет устранить источник инфекции, санировать инфицированную брюшную полость и обеспечить отток экссудата в послеоперационном периоде [2].

Дренирование полости малого таза по А.И. Генералову используем в клинике с 80 гг. прошлого столетия. Применение этой методики привело к снижению внутрибрюшных осложнений почти в 1,5 раза, в основном за счет уменьшения числа образования послеоперационных абсцессов брюшной полости. Эндоскопическая методика операции, применяемая в клинике с 2008 года, позволяет полностью санировать брюшную полость и устанавливать аспирационный дренаж в полость малого таза под визуальным контролем, учитывая индивидуальные анатомо-морфологические особенности брюшной полости ребенка. Отказ от промывания брюшной полости (с 2005 года) приводит к уменьшению послеоперационных осложнений, в основном, за счет уменьшения случаев ранней спаечно-кишечной непроходимости и сокращения числа нагноений послеоперационной раны. Периаппендикулярные абсцессы I и

II ст. санируем эндоскопически, для лечения периаппендикулярного абсцесса
III ст. - применяем чрескожную пункцию и дренирование абсцесса под контролем УЗИ.

Изучение отдаленных результатов после операций в сроки от 6 мес. до 5 лет демонстрирует значительное уменьшение количества поздних послеоперационных осложнений у пациенток, что будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья в последующем. Всем девочкам проводился курс реабилитационного лечения в течении года после операции. Реабилитационная программа включала: ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, консультация хирурга, педиатра и гинеколога, курсы современных методик физиолечения.

Выводы. Анализ динамики хирургической тактики и послеоперационных осложнений при разлитом гнойном перитоните у детей аппендикулярного генеза показал, что наиболее значимое влияние на сокращение послеоперационных осложнений оказали дренирование брюшной полости по А.И. Генералову, отказ от промывания брюшной полости антисептиками и переход на эндоскопическую методику операции. Ведущую роль в диагностике форм перитонита, наблюдении за его течением выполняет ультразвуковое исследование брюшной полости. Профилактика нарушений репродуктивной функции у девочек после перенесенного гнойного перитонита, включает эндоскопическую методику операции и соблюдение программы реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Аверин В.И., Гринь А.И., Севковский И. А., Лечение аппендикулярного перитонита у детей на современном этапе // Хирургия. Восточная Европа. 2015. №3(15). С. 88-92
2. Карасева О.В., Брянцев А.В., Граников О.Д, Капустин В.А.. и др. Дифференцированный подход к лечению аппендикулярного перитонита у детей // Мед. алфавит. 2014. Т. 1. №5. С.51-55.
3. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Разин М.П., Шамсиев Ж.А. Распространенный аппендикулярный перитонит у детей / Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. : ил.