

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ САНАЦИЯМ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ.

**Введение.** Проблема лечения больных с аппендикулярным перитонитом является актуальной в настоящее время. Одним из основных условий успешного лечения данной категории больных является деконтаминация брюшной полости. Достигается это комплексом лечебных мероприятий, основную роль в этом играет оперативное вмешательство, во время которого устраняется источник перитонита и санируется брюшная полость. Однако не всегда даже самая тщательная санация приводит к полному излечению. Уже через 12-24 часа после установления дренажных трубок они отграничиваются от брюшной полости большим сальником, стенками внутренних органов и перестают функционировать. Все это приводит к скоплению экссудата в брюшной полости, усилению эндотоксикоза, прогрессированию перитонита.

В настоящее время прослеживается стремление хирургов к выполнению наименее травматичных вмешательств при ликвидации источника перитонита и санации брюшной полости. Все чаще используется программированная санационная лапароскопия, которая имеет ряд преимуществ перед открытыми методами операций.

До настоящего времени показания к проведению программированных санационных лапароскопий установлены недостаточно четко. По данным различных литературных источников критерии для постановки показаний к повторным санациям разнообразны, учитываются наличие одновременно нескольких факторов. Выделяют следующие объективные критерии: выраженные воспалительные изменения париетальной и висцеральной брюшины, сопровождающиеся массивным плотными наложениями фибрина, гнойный характер перитонеального экссудата с контаминацией бактерий больше  $10^4$  КОЕ/мл (по другим данным - более  $10^6$ ), мангеймский перитонеальный индекс более 20, давность заболевания свыше 24 часов.

**Цель.** Проанализировать опыт применения в хирургическом отделении для детей учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» повторных санационных лапароскопий при лечении пациентов с аппендикулярными перитонитами, определить основные критерии для постановки показаний к программированным санациям брюшной полости.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезней 14 детей с аппендикулярным перитонитом, которым проводилась повторная санация брюшной полости в детском хирургическом отделении УЗ «МОДКБ» за период с 2011 по 2014 годы. При определении основных показаний к программированной санации брюшной полости анализировали следующие данные: давность заболевания, интраоперационные находки, лабораторные показатели и клинические данные перед повторной санацией.

**Результаты и обсуждение.** По возрастному критерию пациенты распределяются следующим образом: до 5 лет - 5 детей, 5-10 лет - 2, старше 10 лет - 7 пациентов. Из них 10 девочек, мальчиков 4.

Сроки от начала заболевания острым аппендицитом: 24-48 часов - 5 больных (35%), более 48 часов - 9 детей (65%). Повторная лапароскопическая санация брюшной полости производилась в сроки до 48 часов у 10 пациентов, позже 48 часов - у 4.

У всех больных, которым производилась лапароскопическая санация брюшной полости позднее 48 ча-

**Шашкина Н.В., Пыжык В.Н., Неверко К.Н.,  
Зинкевич А.В.**

Учреждение здравоохранения "Минская областная детская клиническая больница",  
пос. Лесной, Минский район, Минская область,  
Беларусь

**О ПОКАЗАНИЯХ К ПРОГРАММИРОВАННЫМ**

сов после первой операции, имело место формирование межпетлевых абсцессов (в 100% случаев), в то время как у больных с программированной санацией в сроки 24-48 часов формирующиеся абсцессы были обнаружены только у одного ребенка(10%). Это указывает на необходимость проведения санации в сроки до 2 суток, что позволит минимизировать травматичность проведения повторной операции и добиться лучших результатов лечения.

добиться лучших результатов лечения.

Все пациенты разделены на 2 группы. В первую группу входили дети, лапароскопическая санация у которых запланирована в конце первичной операции ( 7детей -50%), вторая группа (остальные 50%) - у которых показания к повторной санации установлены на 2 сутки после первичной операции на основании клинико-лабораторных данных. Проанализированы протоколы операций в обеих группах с целью выявить общие критерии( интраоперационные данные) , которые бы позволили установить показания к повторной лапароскопической санации в конце первичной операции.

У первой группы больных таковыми критериями являются:

- характер перитонита( фибринозно-гнойный, разлитой либо общий) - 6 пациентов из 7;
- выраженные воспалительные изменения со стороны брюшины (отечная, гиперемированная кишка с налетом фибрина) - 6 из 7;
- сроки заболевания свыше 48 часов -5 больных из 7;
- наличие массивных наложений фибрина с тенденцией к формированию абсцессов (аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием либо межпетлевые абсцессы) - 4 из 7.

При исследовании протоколов первичных операций второй группы выявлены некоторые общие критерии, которые имели место во всех случаях и опираясь на которые можно поставить показания к программированной санации. К ним относятся:

- сроки заболевания свыше 48 часов( в 80% случаев)
- гнойный выпот с колибациллярным запахом ( каловым) 80%
- распространенность перитонита - разлитой либо общий 100%

У всех пациентов второй группы в раннем послеоперационном периоде по данным ОАК и БАК отмечалось увеличение СОЭ и СРБ, уменьшение количества тромбоцитов в сравнении с таковыми лабораторными показателями при поступлении, клинически - субфебрильная лихорадка с одно-двухкратным подъемом температуры выше 38, клиника продолжающегося перитонита, ранней спаечной кишечной непроходимости. Данные клинико-лабораторные критерии явились основными в показании к повторной санации брюшной полости. У первой группы пациентов в 85% случаев имело место схожая клиническая картина в раннем послеоперационном периоде.

**Выводы.** На основании проведенного исследования не удалось определить единые объективные критерии, совокупность которых позволила бы установить конкретные показания к повторной санации брюшной полости в силу индивидуальной реактивности каждого организма в ответ на гнойно-воспалительные процессы. Показания выставляются на основании субъективных впечатлений хирурга по результатам первичной операции и клинико-лабораторных данных раннего послеоперационного периода. Оптимальные сроки проведения программированных санаций - не позднее 48 часов, что позволяет