

*Питкевич А.Э., Шмаков А.П., Янушкевич А.А.*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

*УЗ «Витебский областной детский клинический центр»  
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Внедрение малоинвазивных технологий в экстренную хирургию изменило взгляды и подходы к 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 не однозначно

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения у детей с перитонитом аппендикулярного генеза, оперированных лапароскопически.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки изучены все медицинские карты стационарного больного (истории болезни) УЗ «Витебский областной детский клинический центр» (УЗ «ВОДКЦ»), детей, оперированных за период 2016г – 2020г., лапароскопически, по поводу аппендикулярного перитонита.

**Результаты.** За вышеуказанный период в хирургическом отделении УЗ «ВОДКЦ» на лечении находилось 115 пациентов. Средний возраст детей составил 12 лет. При поступлении всем детям выполняли стандартный комплекс инструментальных и клиничко – лабораторных исследований. Предоперационная подготовка проводилась в течение 2-4 часов и включала в себя инфузионную, симптоматическую, антибиотикотерапию (цефалоспорины II-III поколения) в максимальной разовой дозировке внутривенно. Оперативное вмешательство проводили под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов. Карбоперитонеум накладывали пункционно иглой Вереша, в умбиликальной области. Лапаропорты устанавливали: первый (диаметр 5 мм) в левой мезогастральной области для камеры, 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 и целесообразность лапароскопической операции. В 6-ти случаях 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. Затем, брюшная полость повторно санировалась и промывалась 0,9% раствором натрия хлор

до «чистой воды». Дренирование брюшной полости осуществляли у всех детей путем постановки ПВХ трубки в малый таз. По распространенности перитонита, согласно модифицированной классификации, предложенной В.С. Маятом, В.Д. Федоровым (2000г.), пациенты распределены следующим образом. Местный отграниченный перитонит был у 14-ти, местный неотграниченный у 24-х, распространенный диагностирован у 87 детей. Необходимо отметить, что конверсия с лапароскопической на открытую операцию ввиду технических сложностей была выполнена у 4-х пациентов в ходе операций. 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. Дренажи из брюшной полости удаляли на 3-7 сутки, после прекращения отделяемого. Перевод в хирургическое отделение осуществлялся на 2-5 сутки после стабилизации состояния. За указанный период 7-и детям с распространенным перитонитом выполнены программируемые, на 3-4-е сутки, лапароскопические санации брюшной полости. У 2-х пациентов на 3 и 5 сутки развилась острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая лапароскопического адгезиолизиса и санации брюшной полости. У 1-го ребенка диагностирован инфильтрат брюшной полости. Все 115 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний срок пребывания составил 14 суток.

**Выводы.** Лапароскопическая операция при аппендикулярном перитоните может быть успешно использована у большинства пациентов, вне зависимости от возраста, времени заболевания и распространенности перитонита. Течение послеоперационного периода, снижение числа послеоперационных осложнений свидетельствует в пользу современных малоинвазивных технологий.