

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Мыслицкая О.Ю., Ковальчук В.И.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

Myslitskaya O.Y., Kovalchuk V.I.

Educational institution "Grodno State Medical University"

Введение. Аппендикулярный перитонит (АП) и его осложнения по-прежнему остаются актуальной проблемой детской хирургии. Вопросы своевременной диагностики и лечения развившихся послеоперационных осложнений являются к настоящему времени недостаточно изучены и требуют дальнейших исследований.

Цель. Провести анализ результатов диагностики и лечения послеоперационных осложнений аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы. На базе отделения экстренной хирургии учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» за период с 2019 по 2023 гг. находились на лечении 106 пациентов с деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом. Распределение по годам было следующим: в 2019 г.-25 пациентов, что составило 23,6%, в 2020 г.-12 пациентов (11,3%), в 2021 г.- 17 пациентов (16,0%), в 2022- 25 пациентов (23,6%), в 2023- 27 пациентов (25,5%).

Результаты и обсуждения. В гендерной структуре мальчиков было 64 (60,3%), девочек 42 (39,7%). Аппендикулярный перитонит у пациентов в возрастной группе до 1 года был диагностирован у 1 ребенка (0,9%), 1-4 года встретился у 20 пациентов (18,9%), 5-8 лет у 24 детей (22,6%), 9-12 лет у 33 пациентов (31,1%); 13-17 лет у 28 детей (26,4%). В соответствии с классификацией АП отграниченный перитонит был диагностирован у 48 пациентов (45,3%); местный неотграниченный -у 25 пациентов (23,6%); разлитой перитонит — у 19 пациентов (17,9%); общий — у 14 пациентов (13,2%). Лапароскопия при аппендикулярном перитоните использовалась у 89 пациентов (83,9%), лапаротомия выполнена 17 пациентам (16,1%). Устранялся источник перитонита (аппендэктомия), выполнялся внутрибрюшной лаваж 0,9% р-ром NaCl и дренирование брюшной полости. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде было формирование абсцесса брюшной полости у 11 пациентов (10,3%), продолжающийся перитонит у 5 пациентов (4,7%), ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 4 пациентов (36,4%).

Для абсцессов брюшной полости было характерно сохранение болевого синдрома у 11 пациентов (100 %). Локализация боли была преимущественно в правых отделах, носила периодический или постоянный характер.

Возникновение рвоты и тошноты встречалось у 5 пациентов (45,5%). Важным признаком было повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр у 7 пациентов (63,6%).

При продолжающемся перитоните болевой синдром был у 5 пациентов (100 %). Рвота и тошнота встречалась у 3 пациентов (60,0%). Повышение температуры тела до фебрильных цифр было у 5 пациентов (100%), жидкий стул отмечался у 2 пациентов (40,0%).

Ранняя спаечная кишечная непроходимость сопровождалась болевым синдромом у 4 пациентов (100%). Рвота была у 2 пациентов (40,0%). Асимметрия живота отмечалась у 1 пациента (25,0%).

Важным этапом в диагностике осложнений аппендикулярного перитонита было выполнение УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлялось наличие свободной жидкости в брюшной полости, признаки пареза кишечника и визуализировались образования. Для уточнения их характера 7 пациентам (63,6%) была выполнена МРТ органов брюшной полости.

Релапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости при абсцессе брюшной полости выполнялась в среднем на 4-6 сутки после первого оперативного вмешательства. У 10 пациентов (90,9%) после релапароскопии осложнений не наблюдалось, пациенты были выписаны с выздоровлением. У одного ребенка (9,1%) была повторная релапароскопия в связи с развитием ранней спаечной кишечной непроходимости.

Релапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости при продолжающемся перитоните была выполнена на 3-4 сутки с момента первой операции. Повторных оперативных вмешательств не потребовалось, пациенты были выписаны с выздоровлением.

При ранней спаечной кишечной непроходимости у 1 пациента (20,0%), после открытой аппендэктомии на 7 сутки была выполнена релапаротомия, адгезиолизис, устранение кишечной непроходимости, цекостомия, дренирование брюшной полости. У всех остальных 4 детей (80,0%) осуществлялась релапароскопия в среднем на 5-7 сутки с последующим адгезиолизисом, санацией и дренированием брюшной полости.

Выводы. Наиболее частым осложнением аппендикулярного перитонита является абсцесс брюшной полости, продолжающийся перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость. В диагностики осложнений важное значение имеют проведение УЗИ и МРТ органов брюшной полости. Эффективным методом лечения является своевременная релапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости.