

Ю. Я. Лобанов, Л. Ю. Черненко, А. А. Аржанников, Е. А. Нагорный

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Уральский государственный медицинский университет  
Детская городская клиническая больница №9  
г. Екатеринбург*

### Аннотация

Представлена статистическая обработка результатов диагностики и лечения аппендикулярных перитонитов у детей (группа 239 пациентов) в возрасте от 6 месяцев до 14 лет за период с 2010 по 2014 год, проведен сравнительный анализ методов лечения открытым способом и с применением эндовидеохирургического лечения.

**Ключевые слова:** аппендицит, перитонит, дети.

Перитонит — самое тяжелое осложнение острого аппендицита. По данным разных авторов, перитонит развивается в 6,2-25,6% случаев острого аппендицита, причем у детей до 3-х лет в 3-4 раза чаще, чем у детей старшего возраста. Аппендикулярный перитонит в детском возрасте занимает первое место по частоте среди перитонитов другого происхождения.

Лечение аппендикулярного перитонита остается одной из сложнейших проблем детской хирургии. Микробная агрессия, нарастающая эндогенная интоксикация, угнетение защитных сил организма, развитие синдрома полиорганной недостаточности, серьезные нарушения гомеостаза при аппендикулярном перитоните создают непосредственную угрозу для жизни больного.

**Цель работы** — статистическая обработка непосредственных результатов диагностики и лечения аппендикулярных перитонитов у детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет.

В клинике детской хирургии УГМУ на базе отделения гнойной хирургии МАУ ДГКБ №9 за период с 2010 по 2014 гг. пролечено 239 больных с деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом, что составило 15,9% от всех больных с острым аппендицитом. Среди больных преобладали мальчики — 128 (53,6%), девочек — 111 (46,4%).

Подавляющее большинство больных — 77 (32,2%) — были в возрасте от 4-х до 7 лет. В возрасте до 3-х лет пролечено 37 детей (15,5%), от 8 до 10 лет — 60 (25,1%), от 11 до 14 лет — 65 (27,2%). Основными причинами

аппендикулярного перитонита у детей является: несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью (62,5%), диагностические ошибки врачей (37,5%). Большинство детей поступило в поздние сроки заболевания (более 24 часов) — 218 больных (91,2%).

В нашей клинике используется классификация перитонитов, принятая на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ в 2005 г. (Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям). В структуре неотграниченных перитонитов выделяют разлитой перитонит — 67 (28%), местный — 46 (19%). Отграниченный перитонит был диагностирован у 126 больных (53%). Среднее пребывание больных с перитонитом составило 16,4 койко-дней.

При поступлении в отделение дети обследуются согласно общему плану. В первую очередь это общий осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи. При необходимости используются дополнительные методы обследования — биохимия крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Всем больным проводилась предоперационная подготовка. Критерием подготовки являлась стабилизация основных показателей: снижение температуры, восстановление почасового диуреза, подъем центрального венозного давления до субнормальных цифр и восстановление центрального и периферического кровообращения.

Все больные оперированы. Методы лечения, которые мы применяем при аппендикулярном перитоните: лапароскопическое

лечение — 186 больных — 78%, лапаротомия выполнена 65 детям (22%). За последние 5 лет возросла роль эндоскопических оперативных вмешательств при лечении аппендикулярного перитонита и составила 78%, что позволило достичь наиболее благоприятного течения послеоперационного периода у детей и снижения числа осложнений.

Послеоперационный период у подавляющего числа пациентов протекал благополучно, среди детей, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости, осложнений выявлено меньше (15-8%), чем у пациентов, которым оперативное вмешательство проведено открытым доступом (8–12,3%). Из 239 больных, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита, развились осложнения у 23 детей, что составило 9,6%. В 5 случаях выполнена релапаротомия, у 9 больных для лечения осложнений применена релапароскопия. В 9 случаях проведено консервативное лечение. Анализ осложнений показал, что наиболее частым осложнением было формирование абсцесса брюшной полости — 8 случаев, инфильтрат брюшной полости отмечен у 6 больных, ранняя спаечная непроходимость

развилась у 7 детей, в единичных случаях отмечено формирование кишечного свища, прогрессирующего перитонита. Наиболее часто осложнения формировались при разлитом (9) и местном отграниченном (10) перитонитах. Интраоперационных осложнений, летальных исходов не было.

#### **Выводы.**

Сравнительный анализ методов лечения аппендикулярного перитонита открытым способом и с применением эндовидеохирургического лечения показал, что последний обеспечивает меньшую продолжительность эндотоксикоза, раннее купирование болевого абдоминального синдрома и восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Операционная травма, обусловленная применением методов «открытой» хирургии, приводит к истощению функциональных резервов организма, повышает частоту критических состояний. Все это в целом приводит к более тяжелому течению заболевания. Применение лапароскопической аппендэктомии в условиях распространенного перитонита способствует более гладкому течению процесса восстановления организма и выздоровления.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия [Текст]/К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб.: Пит-Тал, 1997. — Т2. — 392 с.
2. Баиров Г. А. Гнойная хирургия детей [Текст]: рук-во для врачей/Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 267 с.
3. Карасева О. В. Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей [Текст]: автореф. дис... д-р мед. наук/О. В. Карасева. — М., 2006.
4. Рошаль Л. М. Острый живот у детей [Текст]/Л. М. Рошаль. — М.: Медицина, 1980. — 87 с.

**П. А. Макаров, В. И. Чукреев, А. В. Великанов, А. В. Чукреев,  
О. А. Тимошинова, Е. В. Шаруда**

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

*Детская городская клиническая больница № 9  
г. Екатеринбург*

**Аннотация.** Показан междисциплинарный подход к анализу осложненного течения язв желудка и двенадцатиперстной кишки: этапность и преимущество в выполнении оперативных вмешательств по ликвидации осложнений и последующем лечении у гастроэнтеролога.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, осложнения, дети.