

нения лапароскопической аппендэктомии, которые свидетельствуют о ее преимуществах перед классическими вмешательствами:

- 1) возможность одновременной диагностики и операции;
- 2) ранняя активизация больного в послеоперационном периоде, что способствует профилактике спаечного процесса;
- 3) минимальный послеоперационный период, 3-5 дней.

При осложненных формах острого аппендицита (распространенных формах аппендикулярного перитонита) эндоскопическое лечение выполнено у 16 детей. Из них мальчиков 10, девочек 6. До 3 лет было 3 детей, от 4 до 7 лет - 2 детей, от 8 до 11 лет - 3 детей, от 12 до 14 лет - 8 пациентов. 15 детей поступили в сроки до 3 суток от начала заболевания в токсической стадии и 1 ребенок в терминальной фазе перитонита со сроком более 4 суток.

На лапароскопическом этапе операции оценивался характер перитонита и степень распространения его в брюшной полости, затем аспирировали экссудат из мест наибольшего скопления, производили посев его на идентификацию микрофлоры, чувствительность к антибиотикам. Основной этап лапароскопической санации осуществляли путем промывания брюшной полости 0,1% раствором йодопирона до «чистых» промывных вод (1 - 3 л раствора) с последующей аспирацией. Аппендэктомию и дренирование брюшной полости выполняли через доступ Волковича-Дьяконова небольших размеров. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 2 (12,5%) больных: илеоцекальный абсцесс у 1 ребенка, нагноение раны передней брюшной стенки у другого пациента. Летальных исходов не было.

Таким образом, малотравматичное вмешательство (щадящая санация, малый операционный доступ) обусловило более легкое течение послеоперационного периода. У детей после лапароскопической санации отмечается менее выраженный болевой синдром, что дает возможным раннюю активизацию, снижается степень интоксикации в послеоперационном периоде, быстрее восстанавливается функция ЖКТ, что в конечном итоге сокращает время пребывания больного в стационаре.

Однако столь умеренное использование лапароскопической аппендэктомии связано с трудностями экономического плана (значительная стоимость эндоскопического оборудования).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОМЕНТИТЫ

Цан Н.А., Сакович А.В., Макаров П.А.,
Дахер А.И., Цигвинцева Л.В.

Оментиты у детей в зависимости от причин возникновения, их клинического течения подразделяют на первичные и вторичные. Первичные оментиты - сравнительно редкая патология, возникает без предшествующих

оперативных вмешательств в результате заворота, тромбозомболии, гематили лимфогенного заноса инфекции. Более часто встречаются вторичные оментиты как следствие гнойно-воспалительных изменений в брюшной полости.

Проведен анализ историй болезни 30 детей за 1997-1999 гг., у которых оментит развивался как осложнение после оперативных вмешательств по поводу осложненного и неосложненного аппендицита. Из них наиболее часто оментит отмечен у детей, оперированных по поводу разлитого аппендикулярного перитонита – 13 пациентов (43,3%), при местном неотграниченном перитоните – 9 случаев (30,0%), при местном отграниченном перитоните – 6 детей (20,0%). При неперфоративном аппендиците оментит диагностирован у 2 (6,7%) больных.

Среди детей с послеоперационным оментитом 63,3% мальчики и 36,7% девочки. Дети до 3 лет составили 16,5%, от 4 до 7 лет также 16,5%. Более многочисленна группа от 8 до 10 лет – 11 (36,7%) пациентов, затем от 11 до 14 лет – 9 (30,0%) детей. Поступали в клинику больные, оперированные ранее в центральных районных больницах.

В 60% наблюдений во время первой операции по поводу перитонита был произведена резекция сальника в связи воспалительными изменениями в концевых сегментах. В других 40% изменения в сальнике расплелены во время операции как обратимые и резекция его не производилась.

Клинические проявления оментита развились в сроки от 3 суток до 3 месяцев после операции. Наиболее вероятный средний срок развертывания клинической картины оментита – 1-10 суток послеоперационного периода. Начало осложнения обычно совпадало с отменой дезинтоксикационной терапии, несмотря на продолжавшуюся антибактериальную терапию по чувствительности микрофлоры, уже высыянной к этому сроку из гнойного отделяемого из брюшной полости.

Отмечалось появление жалоб на боли в животе, повышение температуры до 38-39°C. Больной ребенок становился малоактивным, ухудшался аппетит, у некоторых появлялись тошнота и рвота, изменялся характер стула.

При пальпации живота чаще всего определялась резистентность передней брюшной стенки без признаков раздражения брюшины. Через 1-3 суток от начала развития осложнения удавалось определить малоподвижный болезненный инфильтрат, который чаще всего располагался в правой половине живота между послеоперационным рубцом и пупком. Также встречалась локализация в правом подреберье, в левой половине живота. При абсцедировании инфильтрата нарастали симптомы интоксикации, появлялось мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины.

Послеоперационный оментит в виде плотного инфильтрата развился у 25 (83,3%) детей, гнойно-некротический оментит мы наблюдали у 5 (16,7%) больных.

Клиническая картина вторичного оментита обладает полиморфизмом, связанным с локализацией, стадией воспаления, характером микрофлоры. В связи с этим диагностика его на основании лишь клиники всегда затруднительна.

Для топической диагностики и выяснения структуры патологического образования применяем метод ультразвуковой эхографии брюшной полости. УЗИ позволяет уточнить подвижность инфильтрата, взаимоотношение с соседними органами, движение частиц химуса в просвете кишечной трубки, дает возможность сравнить размеры патологического образования, его форму и получить эхограммы для сравнения в динамике.

Консервативному лечению подлежит послеоперационный вторичный оментит в стадии инфильтрации. Лечебный комплекс включает в себя дезинтоксикационную терапию, антибактериальную терапию с учетом применявшихся ранее антибиотиков и результатов антибиотикограммы, а также противовоспалительную терапию. Немаловажным компонентом в комплексе консервативной терапии является физиолечение. Вид физиотерапии избирается в зависимости от локализации очага поражения. Если инфильтрат сальника располагается непосредственно под передней брюшной стенкой, применяем УВЧ. При более глубокой локализации вторичного оментита показано применение вихревых токов; при локализации инфильтрата большого сальника в полости малого таза рекомендуется применять токи низкой частоты.

Проводимый комплекс консервативных мероприятий обычно способствует ликвидации инфильтрата за 10-15 суток. Эффект, получаемый в процессе консервативного лечения, необходимо контролировать клиническими и ультразвуковыми методиками. Отмечается улучшение состояния больного ребенка, стихание болей в животе, нормализация температуры тела, уменьшение размеров инфильтрата. Таким образом, консервативно излечено 22 (73,7%) ребенка с инфильтрационным оментитом.

При отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии в течение 2 недель, а также при появлении объективных данных, свидетельствующих об абсцедировании, следует ставить показания к оперативному лечению. 8 (26,7%) детей с вторичным абсцедирующим оментитом оперированы.

Доступ при вторичном оментите избирается с учетом топической диагностики. После вскрытия брюшной полости и нахождения плотного инфильтрата или абсцесса большого сальника оцениваем его размеры, соотношение с окружающими органами и определяем уровень резекции, которую необходимо проводить в пределах здоровых, неизмененных тканей большого сальника. Производя резекцию, лучше захватывать небольшие порции сальника и лигировать их тонкой капроновой нитью во избежание рецидива оментита. В некоторых случаях при релапаротомии операцией выбора является радикальное удаление измененного сальника. Все оперированные нами дети выздоровели.

Выше изложенное позволяет сделать вывод, что профилактикой вторичного оментита служит резекция измененного сальника в пределах здоровых участков при первичном вмешательстве по поводу аппендикулярного перитонита. Своевременно диагностированный вторичный оментит у большинства пациентов можно излечить, применяя комплекс консервативных мероприятий. У ¼ части детей формируется абсцедирующий оментит, что требует резекции сальника.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Камаганцева А.Л., Чукреев В.И., Потапенко Ю.В.,
Огарков И.П., Карлов А.А.**

Неудовлетворенность результатами традиционных методов диагностики и хирургического лечения поздней спаечной непроходимости кишечника (СНК) в связи с их несовершенством, травматичностью и высоким риском рецидива заболевания побудило нас к использованию лапароскопического метода диагностики и лечения СНК как в неотложном порядке, так и по плановым показаниям.

Для проведения диагностических лапароскопий и лапароскопических операций при СНК нами использовалось специальное оборудование фирм «Olympus», «Contec Medical» и эндоскопические инструменты фирм «Karl Storz» (Германия), «Ethicone» (США), USSC (США), «Эндомедиум» (Россия). В работе использовались эндохирургический комплекс производства «Contec Medical», состоящий из телевизионной системы OTV-SX, SONY, монитора SONY с диагональю 54 см, ксенонowego осветителя CLV-S20, автоматического электронного инсуффлятора с трехрежимным уровнем подачи газа UHI, аквапулатор ENDO-RINSE, электрокоагулятора UES-10.

При выполнении операций использовались телескопы 5 мм и 10 мм с углом зрения 0. Ход операции фиксировался на сочетании с видеокамерой видеоманитофоне SONY SVO-9500 MDP.

Минимальный набор необходимых инструментов включал в себя: иглу для наложения пневмоперитонеума (игла Вереша), троакары 5 мм, 10 мм, троакар Ганса-Остина, манипуляторы - зонд-пальпатор, диссекторы, ножницы; использовались также мягкие кишечные зажимы, с помощью которых осуществлялась ревизия петель кишечника; жесткие зажимы для фиксации спая брюшной полости; инструменты для наложения швов.

Эндоскопическая диагностика при поздней СНК позволяет установить точный диагноз и избрать оптимальную тактику лечения. Эффективность лапароскопического адгезиолизиса в сравнении с травматичной ла-