

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

В.И. Ковальчук, А.В. Худовцова

Гродненский государственный медицинский университет

Введение. На современном этапе достигнуты значительные успехи в хирургическом лечении аппендикулярного перитонита, однако у детей эта проблема остается весьма существенной. По литературным данным, все большее предпочтение отдается лапароскопическому методу лечения деструктивного аппендицита и его осложнений. Однако отношение к эндоскопической методике операции при аппендикулярном перитоните у детей остается неоднозначной, что и явилось целью настоящего исследования. В обсуждении результатов лечения детей с аппендикулярным перитонитом актуальными становятся вопросы, которые раньше интересовали детских хирургов в меньшей степени: какой ценой для организма ребенка далось выздоровление и каким становится состояние здоровья пациента [1, 3].

Целью данного исследования явилось оценка эффективности лапароскопического и «открытого» методов лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2011 гг. на базе клиники детской хирургии УЗ «ГОДКБ» было проведено 71 оперативное вмешательство по поводу аппендикулярного перитонита у детей. Для изучения результатов лечения были выделены 2 группы. Группа I (эндовидеохирургический метод) – 24 пациента и группа II (лечение «открытым» способом) – 47 пациентов. Мальчиков было 45 (63,38%), девочек – 26 (36,62%). Средний возраст пациентов составил – $8,7 \pm 0,4$ лет. Давность заболевания в обеих группах – $2,51 \pm 0,2$ суток. Гангренозно–перфоративный аппендицит явился основной морфологической формой осложненного аппендицита – 48 (67,6%), приведшей к развитию распространенных форм перитонита. Предоперационная подготовка проводилась по единому протоколу. При установлении диагноза перитонита 29 (40,84%) детей были госпитализированы в реанимационное отделение.

Во время диагностической лапароскопии осуществлялась верификация источника перитонита, санация брюшной полости, удаление червеобразного отростка и проведение регионального или общего лаважа в зависимости от распространенности перитонита. Количество местных перитонитов составило – 62 (87,3%), распространенных форм перитонитов – 9 (12,6%). В раннем послеоперационном периоде динамика системного воспалительного ответа оценена по показателям прокальцитонина (ПКТ), количества лейкоцитов, нейтрофилов, скорости оседания эритроцитов в общеклиническом анализе крови, температуры тела, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), частоты сердечных сокращений. Достоверность определялась по непараметрическим показателям, с использованием критерия Манна–Уитни. Оценена функция желудочно–кишечного тракта (восстановление перистальтики, отхождение газов, первая дефекация, отделяемое по зонду). Проведен анализ послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение. Проведенный математический анализ клинико–лабораторных данных обнаружил целый ряд весомых признаков в течение раннего послеоперационного периода после лапароскопии и «открытого» метода лечения у детей с аппендикулярным перитонитом.

Таблица – Восстановление функции кишечника

Функция кишечника	группа	сутки после операции		
		1–е	3–и	5–е
Перистальтика	I	19(79,2%)	24(100%)	24(100%)
	II	15(31,9%)	27(57,4%)	37(78,7%)
Отхождение газов	I	–	22(91,6%)	24(100%)
	II	–	19(40,4%)	47(100%)
Первая дефекация	I	–	23(95,8%)	24(100%)
	II	–	20(42,5%)	47(100%)

Так, показатели ЧСС у оперированных детей в 1–е и 3–и сутки после операции нормализовались быстрее, чем в группе II. Температура в первые сутки после операции не имела достоверных различий, но на 3–и сутки отмечалась тенденция к более быстрому снижению температурной реакции у детей, оперированных лапароскопическим методом. ЛИИ также начиная уже с 3–их суток начинал нормализоваться.

Важным диагностическим тестом явился анализ крови на прокальцитонин, как показатель развития риска тяжелого септического процесса. Показатель оценивали в раннем послеоперационном периоде, и при его значении $> 1,0$, производилось лазерное облучение крови аппаратом «Айболит» (5 пациентов). Нормализация функций кишечника (перистальтика, отхождение газов, стул) происходит быстрее в группе I (дети, оперированные лапароскопическим методом). В раннем послеоперационном периоде после лапароскопического метода лечения промедол назначали только 3 (12,5%) детям группы I (эндовидеохирургический метод), в группе II – 35 (74,5%) детям. Количество койко–дней в группе I составила $13,3 \pm 1,5$ и $17,5 \pm 2,2$ в группе II.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде составили: в группе I – у 2 (8,3%) детей (ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1, абсцесс брюшной полости – 1); в группе II – у 4 (8,51%) детей абсцесс брюшной полости. Для устранения осложнений потребовалась лапаротомия.

Таким образом, на основании оценки ближайших результатов при использовании лапароскопического и «открытого» методов лечения аппендикулярного перитонита у 71 ребенка, выявлен ряд

показателей раннего послеоперационного периода, достоверно доказывающий большую эффективность лапароскопического метода лечения.

Выводы.

- 1) Минимальная травматичность и косметический эффект;
- 2) Возможность визуального осмотра всех областей брюшной полости;
- 3) Выполнение адекватной санации и лаважа брюшной полости;
- 4) Отсутствие необходимости в назначении наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Цветницкий, Ф.В. Современные проблемы диагностики аппендикулярных перитонитов у детей/ Ф.В. Цветницкий, В.П. Макусев // Хирургия. –2000. – № 3. – С. 12–18.
2. Димедович, Б.Ю. Проблемы острого перитонита / Б.Ю. Димедович, А.Р. Ерохин // Хирургия. – 2001. – № 4. – С. 15–17.
3. Абакумов, В.Д. Неосложненный аппендицит/ Абакумов В.Д. // Хирургия. – 2007. – № 2. – С. 24–26.