

## ПРОБЛЕМА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

*Карпова И.Ю.<sup>1</sup>, Стриженок Д.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница №1, Нижний Новгород

**Цель:** представить структуру пациентов с аппендикулярным перитонитом. Сообщить о методах диагностики и вариантах хирургического лечения.

На базе детской городской клинической больницы №1, г. Н. Новгорода с 2017 по 2019 гг. наблюдали 610 пациентов с разными формами острого аппендицита, из них 52 (8,5 %) ребенка пролечено с аппендикулярным перитонитом. Мальчиков было 30 (58 %), девочек — 22 (42 %). Возрастной пик составил  $9,0 \pm 3,4$  лет (min = 2 г. 8 мес.; max = 17 л. 3 мес.).

Давность от начала заболевания варьировала от 6 до 52 часов.

В структуре патологии преобладали местные формы перитонита — 39 (75 %), диффузный вариант выявили у 5 (10 %) больных, распространенный — в 8 (15 %) случаях.

При госпитализации выполняли клинико-лабораторный контроль (общий анализ крови, исследование биохимических показателей, анализ мочи), оценивали маркеры гнойно-септического процесса (С-реактивный белок, СОЭ, прокальцитонин), в рамках дифференциального диагноза проводили рентгенологическое обследование (обзорная рентгенография, экстреторная урография), ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

После предоперационной подготовки всем детям осуществляли оперативные вмешательства. Лапароскопическую технику применили 31 (60 %) пациенту, открытые варианты хирургических коррекций использовали в 21 (40 %) случае, из них: лапаротомии по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бурнею) у 12 (23 %) больных и доступ Шпренгеля на 9 (17 %) операциях.

Интраоперационно выявлено, что гангренозно-перфоративные изменения в червеобразном отростке (ЧО) отмечены в 39 (75 %) случаях. В ряде наблюдений (42 %) ЧО был окутан рыхлым инфильтратом и располагался ретроцекально (26 %). Периаппендикулярные абсцессы у 12 (23 %) пациентов локализовались в полости малого таза, подпеченочное расположение отмечено на 3 (6 %) операциях. Из брюшной полости выполняли забор гнойного выпота на бактериологический посев. При исследовании высевали Грам +/- флору.

С учетом давности и выраженности гнойно-деструктивного процесса в животе формировался спаечный процесс — 11 (21 %), прядь большого сальника была вовлечена в воспаление у 28 (54 %) больных, что в последующем потребовало резекции последнего в пределах здоровых тканей. Перитонеальный дренаж поставили 22 (42 %) детям.

Релапаротомия проведена 1 ребенку. Методику открытого ведения живота выполняли у одного пациента, причиной для повторного формирования лапаростомии был продолжающийся распространенный перитонит. В послеоперационном периоде назначали курс инфузионной, дезинтоксикационной, иммуностимулирующей и антибактериальной терапии. Летальных исходов не было, сроки госпитализации составили  $18 \pm 2,3$  суток.

За последние годы аппендикулярный перитонит чаще диагностировали у детей  $9,0 \pm 3,4$  лет. Лапароскопический метод является предпочтительным в оперативном лечении, однако, в тяжелых случаях разлитого перитонита не исключается конверсия на срединную лапаротомию с возможным формированием лапаростомы.