

Таким образом, лапароскопическая ревизия брюшной полости показана всем больным в дооперационном периоде для определения объема, показаний и вида оперативной коррекции.

При спаечной болезни 1 и 2 степеней операцией выбора следует считать лапароскопическое рассечение вызывающих непроходимость спаек. При распространённом спаечном процессе (3 степень) показана срединная лапаротомия с ликвидацией причины непроходимости.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.П. Кирюхин

**Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация**

Проблема хирургического лечения детей с доброкачественными гематологическими заболеваниями сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Несмотря на то, что во многих зарубежных клиниках лапароскопический доступ занял место «золотого стандарта», в нашей стране лапароскопическая спленэктомия пока еще остается редкой операцией, применяемой в единичных лечебных учреждениях.

Данная работа посвящена анализу результатов лечения 285 детей с наследственной микросфероцитарной анемией, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, талассемией, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия в период с 1996 до 2008 г. Возраст детей колебался от 1 до 17 лет. Среди больных преобладали дети с наследственной микросфероцитарной анемией (205 больных).

Результаты. Длительность операции в настоящее время составляет от 35 до 110 мин. (средняя – $64,67 \pm 10,07$ мин.); объём интраоперационной кровопотери составил от 30 до 110 мл ($62,91 \pm 14,46$ мл); интраоперационных осложнений не было; конверсия имела место у 1 больного (0,5%); максимальный срок послеоперационной аналгезии составил около 3 суток ($1,7 \pm 0,735$ дней); раннее послеоперационное осложнение в виде кровотечения из культи было отмечено у 1 больного (0,5%); всем детям в послеоперационном периоде проводился курс антибактериальной терапии; энтеральная нагрузка начиналась через 6-12 часов после операции и была полной через 36-48 часов; дети активизировались и начинали ходить через 24-48 часов после операции; длительность послеоперационной госпитализации колебалась от 2 до 10 суток, в среднем - 4,7 суток; поздних послеоперационных осложнений в нашей группе больных не было; косметические результаты были отличными во всех случаях.

Исследование качества жизни оперированных пациентов (20 детей старше 12 лет) проводилось по стандартной международной шкале SF-36. Результаты обработки анкетных данных показали, что изменения коснулись всех показателей качества жизни, причём наиболее заметно - физической компоненты. Представляется важным улучшение степени самооценки и жизнеспособности, которые являются общими показателями положительных эмоций больного.

Таким образом: лапароскопическая методика в настоящее время является методом выбора и «золотым стандартом» в лечении детей с доброкачественными гематологическими заболеваниями, требующими проведения спленэктомии, вне зависимости от возраста ребенка, размеров селезенки, тяжести нарушения свертывающей системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Е.В. Клеймёнов, Ю.В. Третьякова

**Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация**

Традиционные методы лечения острого аппендицита на протяжении десятилетий остаются стандартными. Однако они не лишены недостатков, таких, как травматичность, высокий процент послеоперационных осложнений. В последние десятилетия все шире используются эндоскопические методы лечения аппендицита и его осложнений, являясь малоинвазивными, «щадящими», что особенно актуально в хирургии детского возраста.

С целью сравнения результатов лечения лапароскопическим и традиционным методами была изучена динамика воспалительной реакции у 63 детей с аппендицитом, осложненным местным неограниченным перитонитом. Из них 21 больной оперирован лапароскопическим методом (первая группа), 42 – традиционным «открытым» методом (вторая группа). Возраст пациентов - 5 - 15 лет. Дренирование брюшной полости у всех пациентов производилось с помощью постановки микроирригатора в малый таз.

Послеоперационное лечение больных в обеих группах включало в себя антимикробную, симптоматическую терапию. Антибактериальная терапия предусматривала сочетание 2-х антибиотиков широкого спектра действия и метронидазола.

Адекватность проводимого лечения отслеживалась по следующим параметрам: уровень лейкоцитоза, ЛИИ по Кальф-Калифу в модификации Рейса, срок нормализации температуры тела, длительность пребывания в стационаре. Данные показатели оценивались на 1, 2, 5 и 7 сутки послеоперационного периода.

Уровень лейкоцитов и ЛИИ до операции у больных в обеих группах существенно не отличался ($18,5 \pm 0,6$ и $17 \pm 0,6$ Г/л, $p > 0,05$).

В первые сутки после операции у всех больных количество лейкоцитов в периферической крови ($11,77 \pm 1,3$ и $12,85 \pm 1,1$ Г/л) достоверно не отличается. Разница среднего ЛИИ ($4,79 \pm 1,3$ и $4,45 \pm 0,7$) также не достоверна.

На 2-3 день после операции разница среднего количества лейкоцитов ($10,79 \pm 0,7$ и $11,28 \pm 2,2$ Г/л) и ЛИИ ($3,67 \pm 0,6$ и $3,52 \pm 0,8$) также равностойна.

На 5 и 7 сутки после операции у пациентов первой и второй групп разница среднего количества лейкоцитов