

А.В. Некрутов¹, О.В. Карасева²

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

² НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Лапароскопия в диагностике и лечении острых вторичных оментитов у детей

Контактная информация:

Некрутов Александр Вадимович, научный сотрудник отделения неотложной хирургии и травм детского возраста НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, Москва

Адрес: 119180, Москва, ул. Б. Полянка, д. 20, тел.: (495) 633-58-28, e-mail: nekrutov@mail.ru

Статья поступила: 08.08.2009 г., принята к печати: 02.11.2009 г.

В статье представлены результаты исследования роли большого сальника в формировании интраперитонеального воспалительного очага. Острые вторичные оментиты систематизированы по степени тканевых воспалительных изменений в большом сальнике. Описана видеолaparоскопическая семиотика стадий оментита. Предложена и обоснована оригинальная дифференцированная лапароскопическая тактика в соответствии с морфологическим состоянием ткани большого сальника. Показано влияние различной хирургической тактики на качество течения послеоперационного периода.

Ключевые слова: дети, лапароскопия, острый аппендицит, большой сальник, оментит.

Одним из основных факторов, определяющих течение послеоперационного периода при острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей, является участие большого сальника в формировании интраперитонеального воспалительного очага. Выполняя защитную функцию, большой сальник сам нередко становится причиной продолженного воспаления и спайкообразования в раннем послеоперационном периоде, что в ряде случаев приводит к необходимости повторных оперативных вмешательств [1, 2]. Иммунокомпетентность и активное участие большого сальника в защитных реакциях брюшной полости [3–5] требуют от хирурга

дифференцированного подхода к вопросу любых манипуляций в отношении этого органа.

Внедрение в клиническую практику лапароскопических методов диагностики и лечения острого аппендицита у детей позволило нам рассмотреть и проанализировать проблему вторичного оментита на качественно новом уровне — с позиций малоинвазивной эндоскопической хирургии.

Целью работы было улучшение результатов лечения острого аппендицита у детей путем оптимизации хирургической тактики на основе лапароскопической диагностики стадий вторичного оментита.

A.V. Nekrutov¹, O.V. Karaseva²

¹ Scientific Center of Children's Health of Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

² Moscow Research Institute of Emergency Surgery and Traumatology of the Health Care Department

Laparoscopy in diagnostics and treatment of acute recurrent omentitis in children

The article describes the results of research of the role of gastrocolic omentum in developing an intraperitoneal inflammatory focus. Acute recurrent omentitis cases are systematized by degree of tissue inflammatory alterations in gastrocolic omentum and the video-laparoscopic semiotics of omentitis stages. The authors offer and justify an original differentiated laparoscopic tactics in line with the morphological state of gastrocolic omentum's tissue. It shows the impact of various surgical tactics on the quality of post-operation progress.

Key words: children, laparoscopy, acute appendicitis, gastrocolic omentum, omentitis.

В исследование были включены 880 детей в возрасте от 3 до 16 лет, оперированные в клинике в период с января 2000 по май 2009 г., по поводу различных форм деструктивного аппендицита, осложнившегося в дооперационном периоде развитием вторичного оментита. Всем детям была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, при аппендикулярном перитоните — в сочетании с санацией и дренированием брюшной полости по А.И. Генералову. Большой сальник резецировали в 280 (31,8%) случаях.

В ходе работы были выполнены 3 клинических исследования, в которых детально изучены патоморфологические, диагностические и клинические аспекты острого вторичного оментита, включая вопросы хирургической тактики.

1. Разработка и обоснование дифференцированной лапароскопической хирургической тактики в отношении измененного большого сальника.

Для систематизации оментитов по степени воспалительных изменений, определяющих хирургическую тактику при лапароскопической операции, в 130 наблюдениях мы выполнили прицельное гистологическое исследование измененной пряди большого сальника с последующим анализом и сопоставлением полученных результатов с лапароскопической картиной у тех же больных.

2. Сравнительное исследование различной хирургической тактики при деструктивном оментите:

- в основную группу вошли больные, которым была произведена резекция деструктивно измененной пряди большого сальника;
- в контрольную — дети, которым резекцию деструктивно измененной пряди большого сальника не выполняли. Группа была сформирована ретроспективно из наблюдений начального периода исследования, до обоснования лапароскопической хирургической тактики и разработки диагностических критериев стадии вторичного оментита (табл. 1).

3. Оценка эффективности хирургической тактики, адекватной морфологическому состоянию ткани большого сальника, при различных стадиях вторичного оментита.

В клинических исследованиях по оценке эффективности предложенной хирургической тактики был проведен детальный анализ течения послеоперационного периода.

По данным проведенного нами исследования, частота вторичного оментита у детей при деструктивном аппендиците, в целом, составляет 21,3%; при деструктивном аппендиците, не осложненном перитонитом — 17,7%; при аппендикулярном перитоните — 55,8%.

Среди обследованных детей было 585 (66,5%) мальчиков и 295 (33,5%) девочек. Наиболее часто вторичный оментит встречался в возрастной группе 8–12 лет. Средний возраст больных составил $10,0 \pm 2,0$ года. Таким образом, распределение по полу и возрасту отражает общие закономерности острого аппендицита у детей и не имеет каких-либо особенностей при развитии вторичного оментита.

Структура острого аппендицита, осложненного вторичным оментитом, характеризуется увеличением числа деструктивных форм и аппендикулярного перитонита по сравнению с острым аппендицитом в целом. Флегмонозный аппендицит составил 51,5%, гангренозный — 27,7%, гангренозно-перфоративный — 20,8% (63,3; 18,0 и 11,5%, соответственно, при остром аппендиците в целом).

Аппендикулярный перитонит был диагностирован в 218 (24,8%) случаях. В его структуре преобладали свободные формы (разлитой и ограниченный перитонит), которые встречались в 1,6 раза чаще абсцедирующих (периаппендикулярный абсцесс, сочетанный перитонит) (табл. 2).

Более чем в половине наблюдений, у 61,9% детей ($n = 135$), при разлитом и ограниченном перитоните, участие большого сальника в патологическом процессе не привело к отграничению воспаления. У 23,0% ($n = 50$) — отмечалось частичное отграничение воспалительного очага (сочетанный перитонит), и только у 15,1% детей ($n = 33$) при формировании изолированного периаппендикулярного абсцесса ограничительная роль большого сальника была полностью реализована.

Таблица 1. Характеристика групп сравнения

Критерии		Группы сравнения	
		основная	контрольная
Число наблюдений (абс.)		209	37
Деструктивный аппендицит (абс., %)		116 55,5%*	17 45,9%*
Аппендикулярный перитонит (абс., %)		93 44,5%*	20 54,1%*
Средний возраст (годы)		$10,5 \pm 2,2^*$	$10,4 \pm 1,9^*$
Пол (абс., %)	мальчики	135 64,6%*	27 73,0%*
	девочки	74 35,4%*	10 27,0%*
Средняя длительность заболевания (ч)		$34,7 \pm 19,2^*$	$32,9 \pm 18,4^*$

Примечание.

* — различия (между основной и контрольной группами) не достоверны ($p > 0,05$).

Таблица 2. Структура аппендикулярного перитонита

Общее число (абс., %)	число (абс., %)	Аппендикулярный перитонит (абс., %)					
		формы					
		свободные		абсцедирующие			
		ОП	РП	ПА	сочетанные		
					всего	ПА + РП	ПА + ОП
880 100%	218 24,8%	97 44,5%	38 17,4%	33 15,1%	50 23,0%	17 7,9%	33 15,1%
		135 61,9%		83 38,1%			

Примечание.

ОП — ограниченный перитонит; РП — разлитой перитонит; ПА — периаппендикулярный абсцесс.

Классификация аппендикулярного перитонита — Л.М. Рошаль, О.В. Карасева, 2006 [6].

Средняя длительность болезни до поступления в стационар зависела от его формы и составила при деструктивном аппендиците $27,4 \pm 18,3$ ч, при аппендикулярном перитоните — $40,7 \pm 25,4$ ч.

При поступлении у всех больных имелась клиническая картина острого аппендицита, в 218 (24,8%) случаях осложненного перитонитом. Дооперационное УЗИ органов брюшной полости было выполнено в 71,5% наблюдений. С оснащением клиники сканерами Expert и Premium класса (Philips IU 22, Philips HDI 500, Philips HD 11; датчики 9, 12, 17 MHz) появилась возможность эхографической диагностики участия большого сальника в воспалительном процессе. Выраженность же воспалительных изменений детализировали только во время диагностической лапароскопии. Таким образом, мы полностью разделяем точку зрения авторов [2, 4, 7–9], утверждающих, что отсутствие органоспецифической симптоматики при остром вторичном оментите не позволяет клинически поставить точный диагноз до операции.

С этих позиций лапароскопия представляет собой наиболее значимый и высокоинформативный метод достоверной диагностики патологических изменений червеобразного отростка и его осложнений, в том числе и вторичного оментита. За счет широкой визуализации брюшной полости и возможности прицельного увеличения зоны интереса она позволяет детализировать характер, степень и распространенность воспалительных процессов, структуру очага воспаления. В отличие от традиционного доступа из правой подвздошной области, лапароскопия не нарушает сложившихся к моменту операции анатомо-морфологических соотношений, что также способствует верификации изменений со стороны большого сальника при остром аппендиците у детей.

Для разработки критериев, определяющих хирургическую тактику в отношении измененной пряди большого сальника, нами проанализированы результаты гистологического исследования. В зависимости от степени тканевых воспалительно-деструктивных изменений все наблюдения распределились на три группы (стадии), соответствующие основным формам неспецифического экссудативного воспаления: серозному, фибринозному, фибринозно-гнойному.

При дальнейшем сопоставлении результатов гистологического исследования с интраоперационной картиной

измененных участков большого сальника у тех же больных нами была описана лапароскопическая семиотика стадий вторичного оментита. Таким образом, оментит каждой стадии имеет патогномоничную лапароскопическую и гистологическую картину.

Оментит I (серозный оментит)

Лапароскопическая картина. Измененная прядь большого сальника во всех наблюдениях отечна, гиперемирована, при инструментальной пальпации — мягко-эластической плотности, в 91,5% случаев фиксирована к очагу воспаления, отводится легко (100%); после отведения определяется неизменная поверхность ткани. Признаки тканевой инфильтрации отсутствуют (рис. 1).

Гистологическая картина соответствует серозному воспалению. В ткани большого сальника отмечаются периваскулярная и тканевая инфильтрация лейкоцитарно-моноцитарными элементами. Характерно мукоидное набухание тканей без деструкции волокнистых структур. Процесс в большинстве случаев обратимый. Исходом является разрешение воспалительного процесса с полной регенерацией тканей (рис. 2).

Таким образом, для оментита I патогномонично отсутствие явлений тканевой деструкции и обратимость воспалительного процесса с последующей полной регенерацией измененных тканей, что является основанием для отказа от резекции большого сальника.

Оментит II (фибринозный оментит)

Лапароскопическая картина. Измененная прядь большого сальника гиперемирована, более чем в половине наблюдений (51,0%) покрыта налетом фибрина белесовато-серого цвета, при инструментальной пальпации инфильтрирована (100%) (патогномоничный признак тканевой деструкции), в большинстве случаев (59,7%) от очага воспаления не отводится (рис. 3).

Гистологическая картина соответствует фибринозному воспалению. Ткань большого сальника пропитана нитями фибрина и инфильтрирована сегментоядерными лейкоцитами. Отмечаются единичные мелкоочаговые кровоизлияния. Процесс прогрессирующий. Исходом является частичная регенерация с замещением измененных участков соединительной тканью и формированием спаечного субстрата (рис. 4).

Рис. 1. Оментит I. Ткань большого сальника отечна, гиперемирована. Крупные сосуды умеренно полнокровны



Рис. 2. Оментит I. Серозное воспаление. Умеренная воспалительная инфильтрация по ходу межуточной ткани, мукоидное набухание стенок артериол. $\times 100$

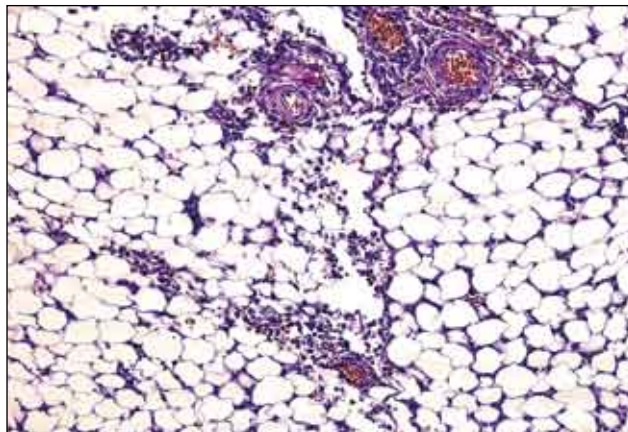
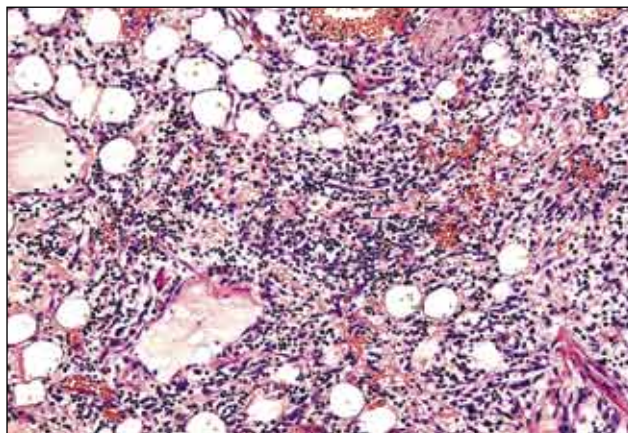


Рис. 3. Оментит II. Купол слепой кишки и червеобразный отросток окутаны прядью большого сальника. Последняя отечна, гиперемирована, инфильтрирована, неравномерно покрыта налетом фибрина, отмечаются единичные участки кровоизлияний, от очага воспаления не отводится



Рис. 4. Оментит II. Фибринозное воспаление. Ткань большого сальника полнокровна, пропитана фибриновым экссудатом, выраженная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, множественные петехиальные кровоизлияния. $\times 50$



Таким образом, основной характеристикой оментита II является появление на фоне воспалительных изменений налета фибрина и признаков тканевой деструкции.

Оментит III (фибринозно-гнойный оментит)

Лапароскопическая картина. Измененная прядь большого сальника серого, буро-желтого, багрово-синюшного, вплоть до черного, цвета, инфильтрирована, в ряде случаев (4,2%) — «хрящевидной» плотности. Большой сальник плотно фиксирован к аппендиксу, нередко образует с ним единый конгломерат. Отведение от воспалительного очага невозможно (100%). В 18,3% наблюдений измененная прядь представляет собой сформированное ложе червеобразного отростка (рис. 5).

Гистологическая картина. Диффузная инфильтрация распадающимися сегментоядерными лейкоцитами с наличием фибрина, множественными крупноочаговыми кровоизлияниями различной стадии развития и формированием некроза ткани большого сальника. Жировая клетчатка не визуализируется. Процесс прогрессирующий. Исходом является замещение некротизированных

участков соединительной тканью с развитием спаек. Возможен переход острой фазы воспалительного процесса в хроническую (рис. 6).

Таким образом, для оментита III патогномонично наличие участков глубокого нарушения тканевой микроциркуляции и очагов некроза различных размеров и распространенности.

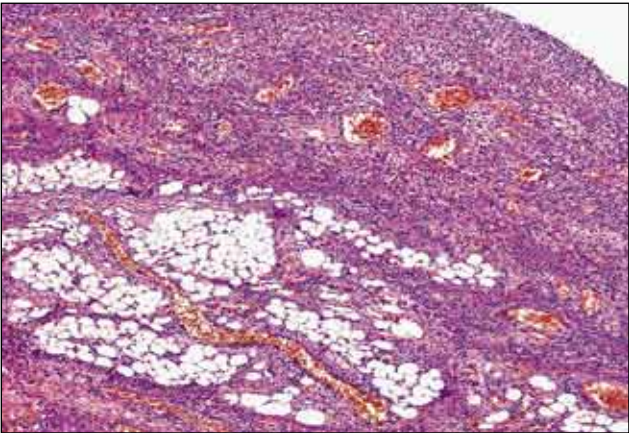
Характерными лапароскопическими признаками оментита III являются: цвет, отражающий глубокие нарушения тканевой микроциркуляции с развитием воспалительно-деструктивных и некротических изменений, — серый, буро-желтый, багрово-синюшный, черный, а также наличие значительно уплотненной контактной пряди в виде сформированного ложа червеобразного отростка.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что лапароскопическая семиотика стадий вторичного оментита достоверно отражает гистологические изменения и может служить основанием для принятия решения о дифференцированной хирургической тактике, адекватной морфологическому состоянию ткани. Определяющими критериями показаний к резекции большого сальника

Рис. 5. Оментит III. Прядь большого сальника резко отечна, гиперемирована, с множественными участками кровоизлияний, представляет собой сформированное ложе червеобразного отростка; при пальпации манипулятором — «хрящевидной» плотности, легко ранима, от очага воспаления не отводится



Рис. 6. Оментит III. Фибринозно-гнойное воспаление. Диффузная инфильтрация распадающимися сегментоядерными лейкоцитами, выраженное полнокровие сосудов, множественные очаговые кровоизлияния. Отмечается обширный участок некроза ткани большого сальника, пропитанный фибринозным экссудатом с отложением нитей фибрина. ×25



являются наличие и степень процессов тканевой деструкции. Таким образом, при отсутствии деструктивных изменений резекция не показана, в случае деструктивного оментита большой сальник необходимо резецировать в пределах здоровых тканей. Адекватная хирургическая тактика в отношении измененного большого сальника при полноценной санации первичного очага воспаления обеспечивает закономерное протекание процессов регенерации в брюшной полости, соответствующее тяжести формы острого аппендицита (табл. 3). Причем при аппендикулярном перитоните качество течения послеоперационного периода в наибольшей

степени зависит от распространенности и степени выраженности воспалительных изменений в брюшной полости, которые определяют форму перитонита (табл. 4). При деструктивных стадиях оментита (оментит II, III) затяжное течение воспалительного процесса в послеоперационном периоде было отмечено несколько чаще, как в случаях с деструктивным аппендицитом, так и с аппендикулярным перитонитом (табл. 3, 4). Данный факт обусловлен более выраженными воспалительными изменениями париетальной и висцеральной брюшины со стороны перифокальных тканей и смежных органов при глубоких деструктивных изменениях в большом сальнике.

Таблица 3. Течение послеоперационного периода при адекватной хирургической тактике у больных с деструктивным аппендицитом

Стадия оментита	Общее число (абс., %)	Критерии								
		КД (сут.)	t ° (сут.)	боль (сут.)	УЗ-признаки					
					всего		ИСП		выпот	
					абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)
I	503 78,0%	7,0 ± 2,1	3,8 ± 1,5* ^{I-II} ; I-III	2,9 ± 1,4* ^{I-II}	86 17,1%* ^{I-II} ; I-III	5,9 ± 1,5	77 15,3%	6,7 ± 1,3	9 1,8%	5,1 ± 0,8* ^{I-II} ; I-III
II	116 18,0%	7,6 ± 2,2	4,0 ± 1,2	3,4 ± 1,8	26 22,4%	5,6 ± 0,9	24 20,7%* ^{I-II} ; II-III	6,6 ± 1,0	2 1,7%	4,5 ± 0,2* ^{II-III}
III	26 4,0%	8,2 ± 2,3* ^{I-III} ; II-III	4,6 ± 1,6	3,5 ± 0,5	6 23,1%	7,8 ± 0,2* ^{I-III} ; II-III	4 15,4%	7,5 ± 1,2* ^{I-III} ; II-III	2 7,7%* ^{I-III} ; II-III	8,0 ± 0,2
Всего	645 100%	7,6 ± 2,2	4,1 ± 1,4	3,3 ± 1,2	118 18,3%	6,4 ± 0,9	105 16,3%	6,9 ± 1,2	13 2,0%	5,9 ± 0,4

Примечание. — прядь большого сальника не резецирована; — прядь большого сальника резецирована; КД — койко-дни; t° — гипертермия; боль — болезненность; ИСП — инфильтративно-спаечные процессы; * — различия достоверны (p < 0,05).

Сравнительный анализ различной хирургической тактики в случаях с оментитом II показал, что лучшие результаты были получены в основной группе, где деструктивно измененную прядь большого сальника резецировали (хирургическая тактика адекватна морфологическому состоянию ткани). При деструктивном аппендиците отмечалось более гладкое течение послеоперационного периода: температура тела нормализовалась на 3,2 сут раньше; боль при пальпации живота сохранялась на 2,8 сут

меньше; инфильтративно-спаечные процессы (по данным УЗИ) встречались в 3,2, а спаечная кишечная непроходимость — в 6,6 раза реже; послеоперационных осложнений не было; дети находились в стационаре на 5,8 сут меньше, чем в группе сравнения. В контрольной группе отмечалось 3 (17,6%) послеоперационных осложнения, которые были представлены инфильтратами брюшной полости. В основной группе осложнений не было (табл. 5, 6).

Таблица 4. Течение послеоперационного периода при адекватной хирургической тактике у больных с аппендикулярным перитонитом

Стадия оментита	Общее число (абс., %)	Критерии								
		КД (сут.)	t ° (сут.)	боль (сут.)	УЗ-признаки					
					всего		ИСП		выпот	
					абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)
I	60 30,3%	14,4 ± 4,7* ^{I-II; I-III}	6,7 ± 2,1	5,9 ± 2,3* ^{I-II; I-III}	31 51,7%* ^{I-II; I-III}	6,7 ± 1,9* ^{I-II; I-III}	27 45,0%* ^{I-II; I-III}	9,3 ± 2,6* ^{I-II; I-III}	4 6,7%* ^{I-II; I-III}	3,8 ± 0,8* ^{I-II; I-III}
II	93 47,0%	16,8 ± 6,9	7,3 ± 3,8	7,3 ± 4,5	64 68,8%* ^{II-III}	9,1 ± 5,4	56 60,2%	11,0 ± 7,9	8 8,6%* ^{II-III}	7,1 ± 1,4
III	45 22,7%	16,2 ± 5,8	8,1 ± 3,4	7,0 ± 4,6	35 77,7%	10,1 ± 5,2	29 64,4%	12,3 ± 1,8	6 13,3%	7,8 ± 1,5
Всего	198 100%	15,8 ± 5,8	7,4 ± 3,1	6,7 ± 3,8	130 65,7%	8,6 ± 4,2	112 56,6%	10,9 ± 4,1	18 9,1%	6,2 ± 1,2

Примечание.
□ — прядь большого сальника не резецирована; □ — прядь большого сальника резецирована; КД — койко-дни; t° — гипертермия; боль — болезненность; ИСП — инфильтративно-спаечные процессы; * — различия достоверны (p < 0,05).

Таблица 5. Течение послеоперационного периода при различной хирургической тактике у больных с оментитом II

Группа наблюдений	Критерии								
	КД (сут.)	t ° (сут.)	боль (сут.)	УЗ-признаки					
				всего		ИСП		выпот	
				абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)	абс., %	длит. (сут.)
Деструктивный аппендицит									
Контрольная (n = 17)	13,4 ± 3,0*	7,2 ± 0,9*	6,2 ± 0,7*	13 76,5%*	10,4 ± 0,3*	13 76,5%*	10,4 ± 0,3*	–	–
Основная (n = 116)	7,6 ± 2,2*	4,0 ± 1,2*	3,4 ± 1,8*	26 22,4%*	5,6 ± 0,9*	24 20,7%*	6,6 ± 1,0*	2 1,7%	4,5 ± 0,2
Аппендикулярный перитонит									
Контрольная (n = 20)	17,2 ± 7,4	6,7 ± 2,4	8,2 ± 4,9	17 85,0%*	10,5 ± 4,8	14 70,0%*	13,0 ± 5,5	3 15,0%*	8,0 ± 5,0
Основная (n = 93)	16,8 ± 6,9	7,3 ± 3,8	7,3 ± 4,5	64 68,8%*	9,1 ± 4,4	56 60,2%*	11,0 ± 6,9	8 8,6%*	7,1 ± 1,4

Примечание.
□ — прядь большого сальника не резецирована; □ — прядь большого сальника резецирована; КД — койко-дни; t° — гипертермия; боль — болезненность; ИСП — инфильтративно-спаечные процессы; * — различия (между основной и контрольной группами) достоверны (p < 0,05).

Таблица 6. Послеоперационные осложнения и повторные операции при различной хирургической тактике у больных с оментитом II

Группа наблюдений	Послеоперационные осложнения (абс., %)				Повторные операции (абс., %)
	Всего	АБП	ИБП	РСКН	
Деструктивный аппендицит					
Контрольная (n = 17)	3 17,6%	–	3 17,6%	–	–
Основная (n = 116)	–	–	–	–	–
Аппендикулярный перитонит					
Контрольная (n = 20)	1 5,0%	–	–	1 5,0%*	1 5,0%*
Основная (n = 93)	6 6,5%	4 4,3%	1 1,1%	1 1,1%*	3 3,2%*

Примечание.

□ — прядь большого сальника не резецирована; □ — прядь большого сальника резецирована; АБП — абсцесс брюшной полости; ИБП — инфильтрат брюшной полости; РСКН — ранняя спаечная кишечная непроходимость; * — различия (между основной и контрольной группами) достоверны ($p < 0,05$).

При *аппендикулярном перитоните* показатели течения послеоперационного периода у больных основной группы также имели преимущества по сравнению с контрольной. Так, в контрольной группе выпот в брюшной полости встречался в 1,7 раза, инфильтративно-спаечные процессы — на 9,8% чаще и протекали на двое суток дольше, чем у больных основной группы; спаечная кишечная непроходимость в контрольной группе встречалась в 1,4 раза чаще, нежели в основной. В обеих группах практически с одинаковой частотой встречались послеоперационные осложнения. Повторные операции в контрольной группе выполнялись в 1,6 раза чаще, чем в основной (табл. 5, 6). Отсутствие значимых различий частоты послеоперационных осложнений в группах сравнения при аппендикулярном перитоните можно объяснить распространенными воспалительными изменениями, составляющими морфологическую и патофизиологическую основу перитонита. В группе деструктивного аппендицита проведенный анализ с высокой степенью достоверности ($p = 0,01 \pm 0,01$) показал влияние деструктивно измененной пряди большого сальника на развитие осложнений и течение послеоперационного периода. Таким образом, проведенное исследование позволило всесторонне рассмотреть проблему вторичного оментита

на современном уровне, включая вопросы диагностики, классификации и хирургической тактики.

При лапароскопической диагностике деструктивных стадий оментита (оментит II, III) показана резекция большого сальника. Сохранение в брюшной полости деструктивно измененной пряди вследствие прогрессирования и необратимости тканевых изменений приводит к развитию осложнений инфильтративно-спаечного характера в послеоперационном периоде.

При недеструктивном оментите (оментит I) резекция большого сальника нецелесообразна, как и расширение объема резекции за пределы деструктивных изменений при оментите II и III, поскольку начальные воспалительные изменения обратимы, и ликвидация первичного очага, морфологического субстрата воспаления, приводит к полной регенерации ткани большого сальника.

Вывод. Лапароскопическая диагностика стадий вторичного оментита позволяет оптимизировать хирургическую тактику при остром аппендиците у детей и добиться улучшения результатов лечения — уменьшить частоту послеоперационных осложнений и сократить длительность пребывания ребенка в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Барская М.А., Осипов Н.Л., Завьялкин В.А. Диагностика и лечение оментитов при остром аппендиците у детей // Детская хирургия. — 2008. — № 3. — С. 16–17.
- Степанов Э.А., Костомарова Г.А., Дронов А.Ф. и др. Воспалительные заболевания большого сальника у детей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1986. — № 4. — С. 86–89.
- Березовская С.Э. Структурная организация большого сальника как иммунокомпетентного органа (экспериментально-морфологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ярославль. — 1990. — 153 с.
- Либерманн-Мефферт Д., Уайт Х. Большой сальник: Анатомия, физиология, патология, хирургия, исторический очерк. Пер. с англ. Шилова Б.Л. — М., Медицина. — 1989. — 336 с.

- Territo M.G. Macrophages (Ed. Thompson R.A.). New York. — 1980. — Recent Advances in Clinical Immunology. — P375–398.
- Рошаль Л.М., Карасева О.В. К вопросу о классификации острого аппендицита и его осложнений // Российский педиатрический журнал. — 2006. — № 2. — С. 34–38.
- Голованов Я.С., Баиров А.Г. Абсцедирующий оментит у детей // Вестн. хир. — 1988. — Т. 140, № 2. — С. 74–77.
- Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей // Детская хирургия. — 2002. — № 5. — С. 42–44.
- Kimber C.P., Westmore P., Hutson J.M. Primary omental torsion in children // J. Paediatr. Child. Hlth. — 1996. — V. 32. — P. 22–24.