



ки). Большинство кист являлись солитарными и располагались в верхнем полюсе почки. Диагностика включала в себя УЗ-исследование, КТ и динамическую нефросцинтиграфию. Трое детей страдали поликистозом почек, и была выполнена в 2 случаях лапароскопическая фенестрация наибольших по размерам кист одновременно с обеих сторон, а у одного ребенка — ретроперитонеоскопическая фенестрация с одной стороны. Объемы удаленных и пунктированных кист были в пределах 5–150 мл. В одном случае при выполнении лапароскопии при пункции кисты получен жидкий гной, выполнена конверсия к люмботомии с дренированием внутрипочечного абсцесса.

Общеизвестно, что кисты почек имеют тенденцию к рецидивированию, что заставляет совершенствовать способы их лечения. По нашим данным, из 8 оперированных открытым способом кист рецидивировали 2 (25%), из 12 лапароскопическим доступом — 4 (33,3%), из 4 ретроперитонеоскопическим — 1 (при поликистозе) (25%). Наиболее эффективным оказалось пункционное лечение кист, когда рецидив возник только в 1 случае (17%). Таким образом, склерозирование кист является не только малотравматичным методом лечения, но и достаточно эффективным, позволяющим даже в случае рецидивирования проводить повторные пункции кисты.

616.381-002-072.1-053.2

ГОРОДКОВ С.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Результаты лапароскопического лечения аппендикулярных перитонитов у детей

С 2007 года в клинике применяется лапароскопический доступ при аппендикулярных перитонитах (АП) у детей. С января 2007 по сентябрь 2010 года в клинике находилось 97 детей с АП. Медиана возраста составила 10 лет (min — 2, max — 16; интерквартильный размах — 23–25). Средний срок от начала заболевания — 32 часа (s=5). Местных форм перитонитов было 63 (65%), из них отграниченных — 12; разлитых АП — 34 (35%). Установка портов — стандартная (F. Gotz), формирование культи отростка — петлей Roeder, аппендэктомия лигатурным способом. Санация брюшной полости электроотсосом. Орошение не использовали. Дренирование брюшной полости во всех случаях осуществляли по принципу профессора А.И. Генералова полихлорвиниловой трубкой: у 52 через отдельный вкол в правом подвздошье, у 45 через левый лапаропорт. Средняя продолжительность вмешательства 112 минут (s=15). Конверсий было две (2,06%). Во всех случаях конверсии были связаны с особенностями расположения отростка.

Осложнений не было. Пребывания в отделении реанимации потребовали все дети с разлитым перитонитом и 8 человек с местным АП. Средняя продолжительность пребывания в реанимации — 36,2 час. (s=8). Средний срок восстановления пассажа по кишечнику — 28 часов (s=4). Дренирование брюшной полости заканчивали через сутки после прекращения отделяемого. Средняя продолжительность дренирования брюшной полости при местном перитоните — 38,4 часа (s=7); при разлитом — 124 часа (s=21). Средний срок пребывания в стационаре — 18 суток, главным образом за счет противовоспалительной физиотерапии. Осложнений в отдаленном периоде не было.

Таким образом, лапароскопический доступ при АП у детей позволил осуществить тщательную санацию брюшной полости, полноценное дренирование, минимизацию операционной агрессии, снизить срок пребывания в отделении реанимации и общий стационарный период.