**Методические указания для студентов**

**РЕШЕНИЕ СИМПОЗИУМА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ**

**«АППЕНДИКУЛЯРНЫЕ ПЕРИТОНИТЫ У ДЕТЕЙ»**

          В основу рабочей классификации аппендикулярного перитонита должен быть положен принцип подразделения перитонита по распространенности поражения брюшины, выраженности пареза кишечника, характера флоры и органной недостаточности. Целесообразно подразделять перитонит на разлитой и местный (неотграниченный и отграниченный). В свою очередь при местном отграниченном перитоните следует выделять плотный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс. Особое внимание следует обратить на сочетание разлитого и отграниченного перитонита.

          Из разнообразных патофизиологических нарушений при перитоните основными являются: дегидратация, расстройства микроциркуляции, гипертермия, нарушения метаболизма и кислотно-щелочного состояния.

          Основой предоперационной подготовки является борьба с гиповолемией, дегидратацией. При проведении инфузионной терапии, прежде всего, необходимо назначать растворы гемодинамического и дезинтоксикационного действия (производные желатины и крахмала, солевые растворы, альбумин, плазма крови). Объем и качество инфузионной терапии зависят от тяжести перитонита, характера гемодинамических нарушений и возраста больного. Весь комплекс предоперационных мероприятий должен быть выполнен в довольно сжатые сроки (не более 2-3 часов.).

          Важное значение необходимо придавать рациональной антибиотикотерапии. За 30 минут до начала операции внутривенно вводится антибиотик широкого спектра действия (предпочтительно амоксициллин/клавуланат), после операции проводят комбинированную антибиотикотерапию (цефалоспорин 3-го поколения + аминогликозид + метронидазол).

          К оперативному вмешательству следует приступать, когда компенсированы и стабилизированы гемодинамика, КОС, водно-минеральный обмен, а температура тела не превышает 38°С.

          Основным доступом при аппендикулярном перитоните является широкий доступ по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову. Срединная лапаротомия выполняется при разлитом абсцедирующем перитоните. После тщательной аспирации выпота промывание брюшной полости не обязательно, так как доказано уменьшение частоты послеоперационных осложнений у больных, которых промывание после операции не применялось. Для дренирования брюшной полости целесообразно использовать способ А.И. Генералова. При выраженном парезе кишечника с явлениями нарушений микроциркуляции необходимы мероприятия по декомпрессии желудочно-кишечного тракта – интубация через цекостому или анальное отверстие.

          Для дифференциальной диагностики аппендикулярных инфильтратов и периаппендикулярных абсцессов и для выявления наиболее частых послеоперационных гнойных осложнений брюшной полости необходимо шире использовать ультразвуковое исследование.

          В раннем послеоперационном периоде вновь могут возникнуть нарушения гомеостаза, обусловленные операционной травмой и продолжающимся воспалительным процессом. Коррекция гемодинамических изменений и метаболического ацидоза не отличается от проводимой в предоперационном периоде.

          Современный уровень развития эндохирургии и накопленный опыт лапароскопических операций у детей позволяют достаточно широко использовать минимально инвазивные методы при лечении различных форм аппендикулярного перитонита. Лапароскопическая методика дает возможность практически во всех случаях успешно выполнить все этапы операции – аппендэктомию, тщательную прицельную санацию брюшной полости, а по показаниям и ее дренирование. При необходимости всегда возможен переход на лапаротомию, когда предполагается декомпрессия желудочно-кишечного тракта.

          При сравнительной оценке лапароскопической и традиционной аппендэктомии при перитоните доказаны неоспоримые преимущества эндоскопической методики: более гладкое течение полеоперационного периода, уменьшение в 3 раза количества осложнений, в 2 раза сокращение сроков госпитализации.

          Широкое внедрение в клиническую практику новых методов диагностики и терапии аппендикулярного перитонита позволят значительно улучшить результаты лечения этого тяжелого заболевания детского возраста.