Государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

Имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Педиатрический факультет

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Зав. Кафедрой: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Руководитель ординатуры: КМН, доцент Портнягина Э.В

.

**Реферат**

**Острый аппендицит у детей**

Выполнил: ординатор кафедры детской

хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Блинов А.В.

Красноярск 2020 г.

**Оглавление:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | определение | 1 стр. |
|  | особенности анатомии правой подвздошной области у детей | 2 стр. |
|  | Клинико-морфологическая классификация | 4стр. |
|  | Клиническая картина | 5стр. |
|  | Методы диагностики | 9стр. |
|  | Оперативное лечение | 10стр. |
|  | Послеоперационное лечение | 13стр. |
|  | Литература | 14стр. |

**Острый аппендицит (ОА**)- неспецифическое воспаление червеобразного отростка, очень распространенное заболевание детского возраста. ОА является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей.

**Этиология и патогенез острого аппендицита.**

Острый аппендицит по существу является энтерогенной аутоинфекцией, неспецифическим воспалительным процессом, при котором происходит обструкция просвета отростка. При этом секрет слизистой, не имея выхода из отростка, накапливается в просвете, растягивая его. В результате повышается внутрипросветное давление, что порой ведет к артериальной обструкции и ишемии. Слизистая подвергается очаговым изъязвлениям или даже полной деструкции, и тогда фибринозно-гнойный экссудат появляется уже и на серозной поверхности. Кишечные бактерии проникают в измененную слизистую и вызывают диффузное интрамуральное поражение с расплавлением стенки отростка. Сочетание бактериальной инфекции и артериальных инфарктов приводит к его гангрене и перфорации. Ученые придают значение целому ряду факторов, способствующих развитию инфекционного процесса в червеобразном отростке. Так, например, установлено несомненное влияние алиментарного фактора (злоупотребление мясной пищей), перенесенных соматических или инфекционных заболеваний. Из паразитарных организмов наиболее часто в отростке обнаруживаются острицы, однако в отличие от аскарид обструкцию они вызывают очень редко. Вопрос о механизме развития патологического процесса при остром аппендиците по сути дела до сих пор остается открытым. Существует несколько теорий патогенеза заболевания:

* Теория застоя
* Замкнутых полостей
* Глистной инвазии
* Нервно-сосудистая
* Инфекционная
* Гематогенная
* Баугиноспазма

Актуальными на данный момент являются две теории : **нервно- сосудистая и инфекционная**, которые многие авторы объединяют в единый патогенитеческий процесс.

**Особенности анатомии правой подвздошной области у детей.**

Изучение особенностей хирургической анатомии правой подвздошной области у детей имеет большое практическое значение, как для диагностики острого аппендицита, так и для выполнения оперативного вмешательства. Наибольший интерес представляет топография илеоцекального отдела кишечника – наиболее сложного образования пищеварительного тракта. Это объясняется тем, что в детском возрасте в этой области может локализоваться ряд заболеваний: врожденные пороки развития, инвагинация, опухоли, воспалительные процессы.

* Кожа живота у детей отличается нежностью, эластичностью и упругостью.
* Подкожно-жировая клетчатка, как правило, развита слабо.
* Поверхностная фасция очень тонкая и слабо выражена.
* Мышечные слои трудно дифференцируются.
* Переход мышечной части в апоневротическую слабо заметен.
* Предбрюшинной клетчатки практически не бывает.
* Брюшина очень тонкая, нежная, легко рвется, тесно связана с поперечной фасцией.
* Кровеносные сосуды передней брюшной стенки эластичны, легко спадаются и мало кровоточат
* Слепая кишка обычно находится в правой подвздошной области, но величина, форма и топография кишки весьма вариабельны, что в известной мере объясняется особенностями развития кишечника, связанными с его поворотом. Необходимо отметить, что если первый и второй поворот заканчиваются в эмбриональном периоде, то третий продолжается длительное время ужи при жизни. Поэтому слепая кишка чаще лежит выше чем у взрослых примерно до 10 лет, а так же более подвижна(coecum mobile).
* Отверстие, ведущее из слепой кишки в червеобразный отросток, у новорожденных обычно круглое и широко зияет. В возрасте одного года сформировывается заслонка Герлаха.
* Червееобразный отросток, у новорожденных относительно длиннее и шире сем у взрослых.
* Строение стенки отростка имеет возрастные особенности. Стенка очень тонка, слизистая не образует складок, нет крипт. Мышечная оболочка не бедна мышечными элементами и эластическими волокнами.
* По данным большинства ученых червеобразный отросток у новорожденных имеет конусовидную форму. Характерным является отсутсвие резкой границы между отростком и слепой кишкой, что объясняется воронкообразным началом, которое может сохраниться до 2-х летнего возраста.
* В возрасте до года фолликулов в отростке нет.
* Практическое значение имеет знание анатомии и топографии большого сальника. В зависимости от возраста ребенка положение и величина сальника различны. Особенно недоразвит он у детей первых лет жизни (тонкий, короткий, беден жировой клетчаткой). Данный факт объясняет более злокачественное течение острого аппендицита и склонность к разлитым процессам.

**Варианты расположения червеобразного отростка:**

Несмотря на многообразие положения червеобразного отростка, наиболее часто встречаются его следующие типы локализации. Наиболее часто (до 45%) червеобразный отросток имеет нисходящее положение. При этом варианте расположения червеобразный отросток спускается вниз к области входа в малый таз. Если слепая кишка расположена низко, а червеобразный отросток имеет достаточную длину, его верхушка может прилежать к мочевому пузырю или стенке прямой кишки. При данном варианте расположения червеобразного отростка в клинической картине могут превалировать дизурические расстройства, учащение стула.

Передневосходящее положение отростка отмечается у 10% больных. При таком варианте клиническая картина наиболее ярко выражена и обычно не вызывает диагностических трудностей.Задневосходящее (ретроцекальное) положение червеобрзного отростка наблюдается у 20% больных. При этом варианте червеобразный отросток располагается за слепой кишкой и направляется дорсально кверху. Ретроцекальное расположение червеобразного отростка, особенно если он расположен забрюшинно, создает при аппендиците наибольшие диагностические трудности.Латеральное положение отростка отмечено в 10% случаев. Обычно отросток находится кнаружи от слепой кишки, направлен несколько кверху. Диагностика заболевания при таком варианте расположения обычно не вызывает трудностей.Медиальное положение червеобразного отростка встречается в 15% случаев. Отросток направлен к средней линии и верхушка его обращена к корню брыжейки тонкой кишки. В данном случае клиническая картина нетипична. Воспалительный процесс легко распространяется на всю брюшную полость, вызывая разлитой перитонит или образование межпетлевых абсцессов.

**Клинико-морфологическая классификация**

В основу классификации аппендицита легли клинико-морфологические стадии его развития. На основании патологоанатомической картины выделяют четыре формы острого аппендицита: **катаральный, флегмонозный(эмпиема, как вариант развития флегмоны), гангренозный и перфоративный.**

При **катаральном** аппендиците серозная оболочка отростка гиnеремирована, отросток напряжен, в просвете его могут находиться каловые камни.

Для **флегмонозного** аннендицита характерно гнойное воспаление всех слоев червеобразного отростка. Стенка его гиперемирована, часто покрыта фибринозным налетом. Нередко отросток булавовидно утолщен из-за наличия в его просвете гноя. Это эмпиема червеобразного отростка. Брыжейка отростка при флегмонозном аппендиците утолщена, отечна. В брюшной полости почти у половины больных выявляется серозно-гнойный экссудат.

При **гангренозном** аппендиците происходят деструктивные изменения всей толщи стенки отростка. Он утолщается, приобретает землистый цвет, покрывается гнойными наложениями. Стенка отростка становится дряблой и легко разрывается. Воспалительный процесс, как правило, переходит на париетальную брюшину, слепую и подвздошную кишки. В брюшной полости скапливается серозно-гнойный или гнойный экссудат. Измененный червеобразный отросток окутывается сальником, что является началом формирования аппендикулярного инфильтрата.

**Перфоративный** аппендицит развивается в тех случаях, когда происходит гнойное расплавление стенки отростка и его содержимое выходит в брюшную полость. Такая форма аппендицита встречается у детей старшего возраста при несвоевременном (позднем) обращении за медицинской помощью или несвоевременной диагностике данного заболевания. У детей старшего возраста при перфоративном аппендиците чаще формируется **аппендикулярный инфильтрат**, а у младшей возрастной группы (дети до 3 лет) - генерализованный перитонит.

**Клиническая картина.**

Разнообразие клинических проявлений острого аппендицита зависит от расположения червеобразного отростка, степени выраженности воспалительного процесса, реактивности организма и возраста пациента. Наибольшие трудности возникают в группе детей до 3 лет. У детей старше 3 лет острый аппендицит начинается постепенно. Основным симптомом является боль, которая возникает в эпигастральной области или около пупка, затем захватывает весь живот и только через несколько часов локализуется в правой подвздошной области. Обычно боль носит постоянный ноющий характер. Рвота наблюдается обычно в первые часы заболевания и, как правило, бывает однократной. Язык слегка обложен белым налетом. У ряда детей отмечается задержка стула. Жидкий, частый стул с примесью слизи часто отмечается при тазовом расположении отростка. Температура тела в первые часы бывает нормально или субфебрильной. Высокие цифры лихорадки не характерны для неосложненных форм острого аппендицита. Характерным симптомом является тахикардия, не соответствующая высоте лихорадки. Общее состояние при остром аппендиците страдает незначительно, но может ухудшаться при распространении воспалительных явлений на брюшину. Больные обычно находятся в вынужденном положении, лежат на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями. Как правило, у больных с острым аппендицитом нарушается сон, дети спят очень беспокойно, просыпаются во сне, или не спят вовсе. Аппетит у ребенка с острым аппендицитом снижен или отсутствует. При осмотре форма живота обычно не изменена. В начале заболевания передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, по мере распространения воспалительного процесса становится заметным отставание в дыхании ее правой половины. Наибольшую информацию для врача представляет пальпация живота. Пальпацию живот проводят по общепринятым правилам. Начинают ее обычно с левой подвздошной области в направлении против часовой стрелки. Поверхностная пальпация позволяет выявить локальную болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки. Чтобы убедиться в отсутствии или наличии ригидности мышц передней брюшной стенки важно каждый раз при перемене точки пальпации держать руку на животе, дожидаясь вдоха больного. Это позволяет дифференцировать активное напряжение от пассивного. Среди многочисленных симптомов острого аппендицита наибольшее значение имеют локальная болезненность в правой подвздошной области (94 – 95%), пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки (86 – 87%) и симптомы раздражения брюшины, в первую очередь симптом ЩеткинаБлюмберга. **Однако симптомы раздражения брюшины приобретают диагностическую ценность лишь у детей старше 6 – 7 лет** и не являются постоянными (55 – 58%). Перкуссия передней брюшной стенки обычно болезненна. Ценным методом диагностики является пальпация живота во сне, которая позволяет выявить локальное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, особенно у беспокойных детей, осмотр которых в состоянии бодрствования затруднен. При длительном отсутствии стула (более 24 часов) показано выполнения очистительной клизмы. Если причиной боли в животе являлась задержка стула, то после выполнения клизмы болевой синдром купируется. В ряде случаев, при трудностях в диагностике, полезным является проведение ректального пальцевого исследования, особенно в случаях тазового расположения червеобразного отростка или наличия инфильтрата, которое позволяет выявить болезненность передней стенки прямой кишки. Если диагноз острого аппендицита не вызывает сомнений, проведение 12 ректального пальцевого исследования не является обязательной диагностической манипуляцией.

**Особенности клинической картины у детей младшего возраста.**

У новорожденных детей воспаление червеобразного отростка развивается крайне редко и диагностируется, как правило, только при развитии перитонита. Применение современных средств визуализации, в первую очередь ультразвукового исследования, позволяет установить диагноз острого аппендицита у новорожденных до развития осложнений. Клиническая картина острого аппендицита у детей ясельного возраста чаще всего развивается бурно, на фоне полного здоровья. Ребенок становится беспокойным, капризным, отказывается от еды, температура тела повышается до 38 – 39°С. Возникает многократная рвота. Часто развивается многократный жидкий стул. В кале могут определяться патологические примеси (прожилки крови, слизь). Осмотр живота у маленького ребенка часто сопряжен с трудностями. Ребенок беспокоится, сопротивляется осмотру. Пальпацию живота у таких пациентов необходимо проводить теплыми руками, предварительно успокоив ребенка. У детей раннего возраста отмечается отставание правой половины живота в акте дыхания, умеренное его вздутие. Постоянным симптомом является пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, которое иногда бывает сложно выявить при беспокойстве ребенка. Общим правилом в диагностике острого аппендицита у детей является следующее: чем младше ребенок, тем чаще симптомы интоксикации превалируют над локальной клинической картиной, достигая своего пика у новорожденных, у которых местные проявления в начале заболевания могут вовсе отсутствовать.

**Острый аппендицит у детей с атипичным расположением червеобразного отростка.**

Приблизительно две трети отростков расположены позади слепой или ободочной кишки и одна треть - над тазовой брюшиной. В некоторых случаях отросток локализуется ниже слепой кишки, перед подвздошной кишкой или позади нее и даже может быть эктопированным, например, в грыжевой мешок. Иногда верхушка его направлена в свободную брюшную полость, и известны случаи, когда она достигала противоположного квадранта живота. При наличии незавершенной ротации кишечника отросток может быть обнаружен в правом верхнем квадранте живота или, менее часто - в левой половине. Недостаточное знание особенностей клиники при возможных вариациях расположения отростка может привести к диагностическим ошибкам. Воспаление червеобразного отростка при подпеченочном его расположении сопровождается болями в правом подреберье, многократной рвотой. В этой же области определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, резкая болезненность при поколачивании в области правой реберной дуги. Температура тела, показатели

крови, частота пульса такие же, как и при типичном расположении воспаленного червеобразного отростка. Поскольку острый холецистит у детей наблюдается редко, то при наличии описанной картины заболевания следует в первую очередь думать об остром аппендиците. При воспалении аппендикса, расположенного в малом тазу, беспокоят боли внизу живота или над лоном. Вовлечение в воспалительный процесс мочевого пузыря сопровождается болезненным и учащенным мочеиспусканием, появлением патологических изменений в анализах мочи (эритроциты, лейкоциты). Переход воспалительного процесса на стенку прямой кишки сопровождается частым жидким стулом, патологическими примесями в кале (слизь, кровь). Напряжения мышц передней брюшной стенки не определяется. Локальная болезненность может быть выявлена только над лоном при глубокой пальпации. Другие симптомы, характерные для острого аппендицита, не определяются. Самая ценная информация для установления диагноза может быть получена при пальцевом исследовании прямой кишки: обнаружение резко болезненного нависания или инфильтрата. Может помочь в диагностике УЗИ брюшной полости. Ретроцекальное, внутрибрюшинное расположение воспаленного червеобразного отростка характеризуется ноющими болями в правой половине живота. Как и при любой другой локализации острого аппендицита имеется общая симптоматика: повышение температуры тела, тахикардия, изменения со стороны показателей крови, тошнота и рвота. Локальное мышечное напряжение в правой подвздошной области может отсутствовать, но при глубокой пальпации определяется резкая болезненность в области купола слепой кишки. Помогает в диагностике также выявление симптома Бартомье-Михельсона. В отличие от данной локализации забрюшинное ретроцекальное расположение воспаленного аппендикса сопровождается болями в правой поясничной области, иррадиирующими в половые органы; так как в воспалительный процесс вовлекается мочеточник, развиваются дизурические явления. Живот у детей с данной локализацией отростка бывает мягким, безболезненным. Напряжение мышц и болезненность могут определяться в правой поясничной области. Нередко у ребенка наблюдается картина тяжелой гнойной интоксикации с высокой (до 40°С) температурой тела. При исследовании мочи могут быть выявлены изменения, характерные для мочекаменной болезни: эритроциты, лейкоциты, белок. Медиальное расположение червеобразного отростка имеется у детей с длинной брыжейкой слепой кишки вследствие ее большой подвижности. В случае развития воспалительного процесса в отростке болевой синдром локализуется ниже пупка по средней линии или ближе к левой подвздошной области. При вовлечении в воспалительный процесс сигмовидной кишки у детей появляется частый жидкий стул с прожилками крови. В ранние сроки с момента заболевания может наблюдаться клиническая картина перитонита из-за недостаточного отграничения воспалительного процесса. Живот при пальпации будет напряженным и болезненным над местом локализации червеобразного отростка: по средней линии ниже пупка, в левой подвздошной области. Изменения показателей крови указывают на наличие воспалительного процесса в брюшной полости. При обратном расположении брюшной полости (слепая кишка в левой подвздошной области) клиническая картина острого аппендицита будет иметь место в левой подвздошной области.

**Методы диагностики.**

Лабораторное обследование. Вспомогательную информацию о наличии у ребенка острого аппендицита дают лабораторные исследования крови и мочи. Изменения со стороны крови неспецифичны и непостоянны. Однако, как при всяком воспалительном процессе, при остром аппендиците наблюдается повышенное количество лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Сдвиг формулы особенно характерен для деструктивных форм аппендицита. Факт значительного сдвига при нормальном количестве лейкоцитов свидетельствует о тяжелой интоксикации организма. Изменения со стороны мочи при воспалении типично расположенного червеобразного отростка не определяются.

Ночью обычно можно воспользоваться осмотром во время естественного сна, днем для выявления местных объективных симптомов (локальной болезненности и пассивного напряжения мышц) приходится использовать медикаментозный сон При этом мышечное напряжение и болезненность при пальпации живота у поверхностно спящего малыша сохраняются, а ребенок просыпается от боли во время пальпации болезненной области живота или реагирует на это отталкиванием руки исследующего.

Лучевые методы обследования. Из вспомогательных методов, используемых для диагностики острого аппендицита, применяется рентгенологическое исследование (ирригоскопия и -графия), УЗИ и диагностическая лапароскопия. Рентгенография брюшной полости может оказать определенную помощь в диагностике аппендицита, особенно у маленьких и грудных детей. Наиболее важный рентгенологический симптом - необычное расположение газа в кишечнике в правом нижнем квадранте живота, свидетельствующее о кишечной обструкции или генерализованном илеусе. Кальцифицированные каловые конкременты являются достаточно достоверным признаком аппендицита, но они обнаруживаются лишь в 20% случаев.

**Лечение**

Лечение острого аппендицита только оперативное. Экстренное оперативное вмешательство непосредственно после госпитализации в хирургический стационар, либо после кратковременной предоперационной подготовки (в зависимости от тяжести состояния пациента) показано: • при установлении диагноза острого аппендицита; • невозможности его исключения после проведения всего комплекса диагностических мероприятий и динамического наблюдения более 12 часов.

Предоперационная подготовка. Дети с неосложненными формами острого аппендицита, как правило, не нуждаются в специальной предоперационной подготовке. Предоперационная подготовка показана пациентам с многократной рвотой, высокой лихорадкой (выше 38ºС) и другими симптомами тяжелой интоксикации. Проводится коррекция водно-электролитных нарушений, снижение температуры тела (НПВС, физические методы). Длительность предоперационной подготовки не должна превышать 2 часов. Оперативное вмешательство проводится в условиях общей анестезии с использованием миорелаксантов и ИВЛ. Перед оперативным вмешательством, в составе премедикации, или что более предпочтительно, во время индукции анестезии вводится антибактериальный препарат. Используют цефалоспорины I – II поколения: цефазолин 20 – 30 мг/кг, цефуроксим 20 – 30 мг/кг; полусинтетические пенициллины: ко-амоксиклав 25 мг/кг.

Оперативное лечение. Операцию по поводу острого аппендицита проводит квалифицированный врач отделения, а по дежурству старший хирург бригады с обязательным наличием ассистента. В настоящее время отдается предпочтение лапароскопической аппендэктомии, которая позволяет произвести полную ревизию органов брюшной полости, сопряжена с меньшим риском развития спаечных осложнений и раневой инфекции, отличается меньшей травматичностью и приводит к отличному косметическому эффекту. Несмотря на это, традиционное вмешательство не утратило полностью своего значения. Аппендэктомия выполняется по витальными показаниям, единственным противопоказанием к ее проведению является агональное состояние пациента. Традиционная аппендэктомия. Выполняется разрез в правой подвздошной области по МакБурнею-Волковичу-Дьяконову. Слепая кишка с червеобразным отростком выводится в рану. В брыжейке червеобразного отростка у его основания зажимом проделывают «окно», через которое проводят лигатуру из синтетического нерассасывающегося материала 2-0 – 3-0, брыжейку перевязывают и отсекают. Допустимо выполнение аппендэктомии как лигатурным, так и погружным способом. При выполнении аппендэктомии погружным способом предварительно вокруг основания отделенного от брыжейки червеобразного отростка накладывают кисетный шов рассасывающимся синтетическим материалом 3-0 – 4-0. На основание червеобразного отростка накладывают зажим Кохера, зажим снимают и в этом месте отросток перевязывают лигатурой из рассасывающегося материала. Выше лигатуры накладывают зажим Кохера и между зажимом и лигатурой отросток пересекают. Культю отростка обрабатывают раствором йода и при необходимости погружают кисетным швом в стенку слепой кишки. В тех случаях, когда червеобразный отросток не удается вывести в рану, выполняют ретроградную аппендэктомию. Слепую кишку максимально выводят в рану. Затем пережимают основание отростка зажимом Кохера и перевязывают по этому месту лигатурой. Между зажимом и лигатурой отросток пересекают. Культю обрабатывают йодом и погружают кисетным швом. После этого слепая кишка становится более мобильной. Выделенный отросток извлекают в рану, брыжейку его перевязывают. Операционную рану послойно ушивают наглухо.

Лапароскопическая аппендэктомия. Для проведения лапароскопической аппендэктомии необходимо соблюдение ряда условий. - Наличие специалиста, владеющего методикой лапароскопических вмешательств и имеющего соответствующий сертификат; - Наличие необходимого оборудования: монитора, цифровой видеокамеры, инсуффлятора, коагулятора, системы подвода углекислого газа (центральной разводки или баллона) и специальных инструментов; - Наличие анестезиолога, владеющего методикой проведения анестезии при вмешательствах, сопровождающихся наложением карбоксиперитонеума. Лапароскопические вмешательства противопоказаны при тяжелой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Относительным противопоказанием служит наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости. В каждом случае возможность выполнения лапароскопического вмешательства решается с участием оперирующего хирурга, анестезиолога и профильного специалиста. Троакары устанавливают в трех точках: через пупок, в точке МакБурнея слева и надо лоном. После введения троакаров и наложения пневмоперитонеума проводят осмотр брюшной полости. Осмотр начинают с правой подвздошной области, далее осматривается полость малого таза, левые отделы живота, верхний этаж брюшной полости. При типичном расположении червеобразного отростка его захватывают зажимом и осторожно натягивают. Стандартными биполярными щипцами производят коагуляцию брыжейки отростка от верхушки к основанию с последующим пересечением ее ножницами. При атипичном расположении отростка (ретроцекальном, забрюшинном) выполняют ретроантероградную аппендэктомию. Формируют окно в брыжейке в том месте, где она доступна для манипуляций. После этого брыжейку коагулируют и пересекают сначала ретроградно до верхушки, а затем антероградно до основания. Далее на основание скелетированного аппендикса накладывают 2 петли Редера. Для этого отросток при помощи зажима помещают в петлю, захватывают и слегка натягивают. В этом положении петля затягивается на его основании. Лигатуру пересекают. На расстоянии 5 – 6 мм от лигатуры производят биполярную коагуляцию отростка, после чего его пересекают по нижней границе зоны коагуляции и извлекают из брюшной полости. Выполняют санацию брюшной полости и троакары извлекают. На раны накладывают узловые швы.

**Послеоперационное лечение.**

В послеоперационном периоде проводят антибактериальную терапию. Как правило, используют комбинацию цефалоспоринов I – II поколения или полусинтетических пенициллинов с аминогликозидами. Возможно использование только цефалоспоринов III поколения. Обязательно в схему 20 антибактериальной терапии добавляют метронидазол. Антибактериальную терапию проводят в течение 4 – 5 суток. Обезболивание после традиционной аппендэктомии требуется на протяжении 2 – 3 суток, после лапароскопической – обычно в течение первых суток после операции. Кормить ребенка начинают с первых послеоперационных суток, назначают щадящую диету в течение 2 – 3-х суток, затем больного переводят на общевозрастную диету. На 4 – 5-е послеоперационные сутки выполняют контрольное ультразвуковое исследование, клинический анализ крови и мочи. При отсутствии осложнений (скопление жидкости, наличие инфильтрата) и нормальной картины периферической крови и мочи после снятия швов (на 7- е сутки после традиционной аппендэктомии и на 4 – 5-е после лапароскопической) ребенок может быть выписан. Посещать детское дошкольное учреждение или школу ребенок может через неделю после выписки. От занятий физической культурой дается освобождение на 1 месяц.

Литература:

1. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. – М.: Медицина, 1980.
2. Лёнюшкин А.И., Ворохобов Л.А., Слуцкая С.Р. Острый аппендицит у детей.// М.: Медицина.- 1964.
3. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей» Разумовкий А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Москва, 2013
4. «Медикаментозный сон в диагностике острого аппендицита у детей младшей возрастной группы», Кожевников В.А., Назарова И.М. // Изд.: «Детская хирургия»,2005