



П.С. Русак

ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАПАРОСКОПІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих з абсцесами черевної порожнини шляхом використання абдомінальної лапароскопії.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 30 дітей віком від 4 до 17 років з абсцесами черевної порожнини у період з 2001 до 2008 р. Всіх пацієнтів прооперовано з приводу гострого апендициту, перитоніту в терміни від 1 до 3 тиж перед повторним лікуванням. У 10 пацієнтів під час лапаротомії проведено санацію черевної порожнини із застосуванням фізіологічного розчину з антибіотиками, у 20 — із застосуванням ліпосомальних препаратів. Вибір методу лікування здійснювали з урахуванням клінічної картини перебігу захворювання та стану пацієнта.

Результати та обговорення. 10 пацієнтів прооперовано у строки до десяти днів після виконання апендектомії. Середній термін лікування становив 10,3 доби, кількість санацій черевної порожнини — 2,5 на одного пацієнта. 18 хворих прооперовано через 2 тиж після виконання апендектомії. Середній термін лікування становив 8,9 доби, кількість санацій черевної порожнини — 2,1 на одного пацієнта. Двох дітей прооперовано через 3 тиж після проведення апендектомії. Середній термін лікування — 7,1 доби, кількість санацій черевної порожнини — 1 на одного пацієнта.

Висновки. Оперативне лікування абсцесів черевної порожнини, які виникають у пізній післяопераційний період (пізніше 10-ї доби), дає кращі результати порівняно з лікуванням абсцесів, котрі виникають у ранній післяопераційний період (до 10-ї доби), що пояснюється затуханням запальних процесів в очеревині, петлях кишечника, пасмі чепця, обмеженням зони ураження і формуванням адекватної імунологічної відповіді. Застосування ліпосомальних препаратів з антибіотиками дає змогу тривало підтримувати концентрацію антибіотиків у парієтальній та вісцеральній очеревині, що неможливо за звичайної санації. Лапароскопічна санація черевної порожнини із застосуванням ліпосомальних препаратів має беззаперечні переваги над санацією черевної порожнини із застосуванням фізіологічного розчину з антибіотиками при лапаротомії у разі раціонального та адекватного відбору пацієнтів для її виконання.

Ключові слова: абсцеси черевної порожнини, лапароскопія, діти.

Згідно з даними літератури, внутрішньочеревні абсцеси трапляються у 6—7 % хворих з ургентною абдомінальною патологією [4]. Це спонукає до встановлення чітких показань до проведення повторних операцій у дітей з внутрішньочеревними абсцесами. Однак тяжкість основного захворю-

вання та перенесена операція маскують початок тяжкого післяопераційного ускладнення, яке, на жаль, не має патогномонічних симптомів.

Дедалі ширшого застосування в дитячій хірургічній практиці набувають малоінвазивні методи оперативних втручань. Доведено, що кількість

післяопераційних ускладнень при використанні лапароскопії у 4,5 разу менша, ніж при використанні традиційних (релапаротомних) втручань. Відсутність великого розтину на передній черевній стінці мінімізує ризик ускладнення з боку операційної рани. Нагноєння рани при лапароскопії трапляються у 20 разів рідше, а кількість внутрішньочеревних ускладнень у 2,5 разу менша [3].

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих з абсцесами черевної порожнини шляхом використання абдомінальної лапароскопії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У період з 2001 до 2008 р. проведено програмоване повторне оперативне лікування 30 дітей з внутрішньочеревними абсцесами, з них 14 (46,68 %) хлопчиків і 16 (53,4 %) дівчаток. Вік хворих — від 4 до 17 років. Згідно з даними анамнезу всім дітям проведено оперативні втручання з приводу гострого деструктивного апендициту: з приводу гангренозного апендициту з місцевим гнійним перитонітом — 12 (40,0 %) осіб, гангренозно-перфоративного апендициту з місцевим каловим перитонітом — 6 (20,0 %), гангренозного апендициту з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом — 7 (23,3 %), гангренозно-перфоративного апендициту з міжпетельними абсцесами — 5 (16,7 %). Дані щодо термінів проведення повторної операції наведено у табл. 1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Установлено, що у випадках, коли хворий потребує повторного втручання на черевній порожнині у зв'язку з наявністю внутрішньочеревних ускладнень, найбільш шадним та малотравматичним втручанням є лапароскопія, яка дає змогу не лише оглянути всі (зокрема малодоступні) відділи черевної порожнини і таким чином оцінити ступінь поширення патологічного процесу, а і провести повну санацію черевної порожнини. Якщо під час діагностичної лапароскопії у черевній порожнині виявлено каламутний серозний та/або гнійний випіт, відклади фібрину, пухкі злуки, абсцеси, необхідно застосувати лікувальну лапароскопію.

Ми пропонуємо проводити санацію черевної порожнини розчином із ліпосомальними препаратами.

Після обробки операційного поля виконують розріз шкіри над пупком до 0,5 см, за складкою шкіри ділянки пупкового кільця. Тупим шляхом за допомогою затискача типу «москіт» створюють вхід у черевну порожнину, крізь який вводять тупий троакар, порт залишають у черевній порожнині. Накладають карбоксиперитонеум під тиском 12–14 мм рт. ст. Крізь порт вводять лапароскоп. Проводять ретельну ревізію черевної порожнини, визначають поширеність та локалізацію патологічного процесу (оглядають бічні кармани, тазову порожнину, петлі кишечника, підпечінкову ділянку). Праворуч та ліворуч у клубових ділянках вводять два порти, крізь які за допомогою маніпуляторів виконують оперативне втручання. Враховуючи дані попередньо проведених УЗД та КТ органів черевної порожнини, під візуальним контролем здійснюють поетапне розкриття абсцесу. Проводять аспірацію вмісту порожнини абсцесу для подальшого мікробіологічного та цитологічного дослідження. Потім виконують санацію тазового дна, бічних карманів черевної порожнини ліпосомальними препаратами (ЛП) з насадженими антибіотиками. З допомогою маніпуляторів у порожнину абсцесу встановлюють мікроіригатор, крізь який відбувається дренажування в післяопераційний період. Мікроіригатор видаляють з черевної порожнини на 3-тю—4-ту добу. У післяопераційний період дитина отримує антибактеріальну терапію і фізіотерапевтичні процедури. Перед випискою дитини зі стаціонару проводять контрольне УЗД органів черевної порожнини і надають рекомендації.

У 20 (66,6 %) дітей з внутрішньочеревними абсцесами лікування проводили із застосуванням лапароскопічного обладнання (група I). У цій групі переважали хлопчики (12 (60,0 %)). Вік хворих становив від 4 до 17 років.

Для визначення переваг того чи того методу створено контрольну групу (група II) з 10 хворих дітей з внутрішньочеревними абсцесами, яких прооперували «відкритим» способом.

Обидві групи були порівнянними за віковою, статевою та клінічною структурою. Кожну групу розподілено на підгрупи залежно від застосування ЛП: IA (лапароскопія + ЛП) — 10 хворих, IB (лапароскопія) — 10, ПА (відкрита операція + ЛП) — 5, ПБ (відкрита операція) — 5 хворих.

Тривалість стаціонарного лікування за інших однакових умов можна розглядати як показник якості лікувального процесу. В нашому дослідженні середня тривалість лікування в стаціонарі у групі IA становила $(6,3 \pm 0,5)$ доби (табл. 2), тоді як у групі ПБ — $(9,1 \pm 0,79)$ доби ($p < 0,05$). Результати однофакторного дисперсійного аналізу дають підстави стверджувати, що цей показник суттєво відрізнявся на 95 %-довірчому рівні у дітей, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ЛП та у дітей, прооперованих лапаротомно ($F_{\text{факт}} = 8,43 > F_{0,95} = 4,84$; $p = 0,01$).

Т а б л и ц я 1
Термін виконання оперативного втручання після першої операції

Кількість днів після операції	Кількість оперованих дітей
До 10	10 (33,3 %)
10–20	18 (60,03 %)
Понад 20	2 (6,73 %)

Т а б л и ц я 2

Порівняння результатів лікування дітей з абсцесами черевної порожнини

Показник	ІА (n = 10)	ІБ (n = 10)	ІА (n = 5)	ІБ (n = 5)
Тривалість лікування в стаціонарі, доба	6,3 ± 0,5, p < 0,05	6,8 ± 0,6	8,4 ± 0,84	9,1 ± 0,79
Кількість оперативних втручань	1,6 ± 0,1	1,9 ± 0,1	1,4 ± 0,12	1,6 ± 0,15
Ранні ускладнення ¹	0	1 (4 %)	2 (8 %)	4 (16 %)
Лейкоцитарний індекс інтоксикації після операції, од.	1-ша доба	8,7 ± 0,5	8,1 ± 0,6	8,3 ± 0,92
	3-тя доба	3,1 ± 0,2	3,4 ± 0,2	3,9 ± 0,52
	7-ма доба	0,9 ± 0,1	1,0 ± 0,1	1,5 ± 0,17
Оцінка самопочуття після операції, бали ²	1-ша доба	2,1 ± 0,1	2,0 ± 0,1	2,0 ± 0,14
	3-тя доба	3,8 ± 0,3	3,6 ± 0,3	3,1 ± 0,29
	7-ма доба	5,0 ± 0,3	4,9 ± 0,3	4,1 ± 0,46

¹ До ранніх ускладнень ми відносили: ранню злукову непрохідність, нагноєння післяопераційної рани, виражений больовий синдром, який потребував застосування наркотичних препаратів.

² За 5-бальною шкалою.

Лейкоцитарний індекс інтоксикації застосовано як сумарний показник стану опірності організму хворого (див. табл. 2). Результати статистичної оцінки цього показника у дітей, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ЛП, та у дітей, прооперованих лапаротомно, у першу добу після втручання свідчать про відсутність достовірних відмінностей ($F_{\text{факт.}} = 0,02 < F_{0,95} = 4,84$; $p = 0,90$). У подальші терміни спостереження лейкоцитарний індекс інтоксикації швидше та статистично достовірно нормалізувався у дітей, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ЛП, порівняно з дітьми, прооперованими лапаротомно ($F_{\text{факт.}} = 20,12-47,72 \gg F_{0,95} = 4,84$; $p = 0,001-2,6 \cdot 10^{-5}$).

Порадившись із психологом, ми розробили 5-бальну шкалу оцінки самопочуття (5 балів — відмінно, 4 бали — добре, 3 бали — задовільно, 2 бали — погано, 1 бал — дуже погано). Пацієнт самостійно оцінює інтенсивність больового синдрому. При лапароскопічній методиці санації органів черевної порожнини пацієнти не відчували інтенсивного больового синдрому. Починаючи з 3-ї доби, самопочуття пацієнтів було задовільним. Після виконання «відкритих» лапаротомій самопочуття пацієнтів стабілізувалося на 7—8-му добу. Статистична оцінка самопочуття пацієнтів переконливо свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей у першу та третю добу між пацієнтами, прооперованими лапароскопічно із застосуванням ЛП і прооперованими лапаротомно ($F_{\text{факт.}} = 2,73-4,04 < F_{0,95} = 4,84$; $p = 0,07-0,13$). Проте на 7-му добу спостерігали суттєво кращу оцінку самопочуття пацієнтів, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ліпосомальних препаратів, порівняно з лапаротомією ($F_{\text{факт.}} = 5,56 > F_{0,95} = 4,84$; $p = 0,03$).

Дані щодо термінів розкриття абсцесів, середнього ліжко-дня та середньої кількості лапароскопічних санацій на 1 хворого наведено у табл. 3.

Результати дослідження імунологічних показників крові наведено у табл. 4.

Значущим був вплив лікування як на лімфоцитарну, так і на нейтрофільні ланки ІКК. Так, кількість лімфоцитів на 5—6-ту добу лікування у разі лапароскопічної санації нормалізувалася і становила $(2,08 \pm 0,29) 10^9/\text{л}$, у разі лапаротомної залишалася нижчою за вікову норму — $(1,59 \pm 0,21) 10^9/\text{л}$; нейтрофілів — при лапароскопічній санації нормалізувалася і становила $3,97 \pm 0,61$, у разі лапаротомної залишалася вищою за віковий норматив — $(5,85 \pm 0,30) 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) Більш прискорена динаміка в бік збільшення кількісних показників імунного статусу хворих дітей, які були прооперовані лапароскопічно, з наступною більш швидкою нормалізацією була одним із свідчень загального стимуляційного впливу лапароскопічної санації з ліпосомальними препаратами на представництво ІКК у периферійній крові.

Збільшення хелперно-супресорного індексу до 1,65 стверджено у групі дітей, оперованих лапа-

Т а б л и ц я 3

Результати оперативного втручання у дітей

Термін виконання хірургічного втручання, доба	Загальна кількість хворих	Кількість ліжко-днів	Кількість втручань на 1 хворого
До 10-ї	10 (33,3 %)	10,3	2,5
На 10—20-ту	18 (60,0 %)	8,9	2,1
Пізніше 20-ї	2 (6,7 %)	7,1	1,0

Т а б л и ц я 4
Динаміка імунологічних показників дітей, оперованих з приводу абсцесів

Показник		До санації (n = 30)	Після лапаротомної санації на 5–6-ту добу (n = 10)	Після лапароскопічної санації на 5–6-ту добу (n = 20)
Лейкоцити	10 ⁹ /л	8,70 ± 1,38	7,90 ± 1,31	6,70 ± 1,19
Лімфоцити	10 ⁹ /л	2,02 ± 0,33	1,59 ± 0,21	2,08 ± 0,29 [#]
	%	23,2	20,1	31,03
Нейтрофіли	10 ⁹ /л	3,79 ± 0,81	5,85 ± 1,20*	3,97 ± 0,61 [#]
	%	43,56	74,1	59,33
Т-лімфоцити (CD3)	10 ⁹ /л	0,77 ± 0,26	0,60 ± 0,15	1,27 ± 0,28
	%	68,07	54,3	61,24
Т-хелпери (CD4)	10 ⁹ /л	0,77 ± 0,21	0,47 ± 0,17	0,80 ± 0,21 [#]
	%	38,03	29,5	38,31
Т-супресори (CD8)	10 ⁹ /л	0,61 ± 0,21	0,40 ± 0,15	0,49 ± 0,14
	%	30,05	25,02	23,44
Т-хелпери/Т-супресори		1,26	1,17	1,63
В-лімфоцити (CD22)	10 ⁹ /л	0,38 ± 0,07	0,40 ± 0,13	0,70 ± 0,08
	%	19,02	25,30	33,92
Натур. кілери (CD16)	10 ⁹ /л	0,30 ± 0,21	0,34 ± 0,17	0,54 ± 0,19
	%	15,09	21,42	25,88
Фагоцитоз нейтрофілів	10 ⁹ /л	0,99 ± 0,23	2,61 ± 0,41*	2,51 ± 0,46*
	%	26,13	44,58	63,37
Фагоцитарний індекс		7,07 ± 0,40	8,10 ± 0,51	9,15 ± 0,55*
IgG, г/л		10,04 ± 1,36	10,20 ± 1,62	11,18 ± 1,58 [#]
IgA, г/л		1,16 ± 0,52	1,08 ± 0,50	1,68 ± 1,02
IgM, г/л		1,48 ± 0,46	1,39 ± 0,44	1,52 ± 0,51

* Різниця щодо вихідного показника статистично значуща (p < 0,05).

[#] Різниця щодо кінцевого показника у пацієнтів з лапаротомним оперативним втручанням статистично значуща (p < 0,05).

роскопічно за рахунок підвищення рівня Т-хелперів (CD4), що підтверджує їх вплив на зростання фагоцитарної активності клітин у такій клінічній ситуації. Вплив лапароскопічної санації з ліпосомальним препаратом на вміст імуноглобулінів основних класів периферичної крові не виявив суттєвих змін, був помірним і дещо вибіркоким.

Збільшення рівнів IgA та IgG у межах вікової норми (відповідно до (11,18 ± 1,58) та (1,68 ± 1,02) г/л; p < 0,05) зафіксовано на 5–6-ту добу після лікування. Вміст IgM також не перевищував регіональної норми, а на 5–6-ту добу лікування незначне його збільшення (до (1,52 ± 0,51) г/л) зафіксовано в групі дітей, оперованих лапароскопічно. Це пояснюється тим, що IgM як імуноглобулін первинного реагування (IgA та IgG є імуноглобулінами завершальної фази запалення) був необхідним протягом усього періоду лікування як

білок опсонізаційної дії для підвищення фагоцитарної активності нейтрофілів. Така динаміка вмісту імуноглобулінів сприяла швидшим змінам кількості та якості фагоцитарно-нейтрофільної ланки імунного захисту. На 5–6-ту добу фагоцитарна активність нейтрофілів у пацієнтів, оперованих лапароскопічно, була ще підвищеною, проте меншою, ніж показник пацієнтів, оперованих лапаротомно.

ВИСНОВКИ

Оперативне лікування абсцесів черевної порожнини, які виникають у пізній післяопераційний період (пізніше 10-ї доби), дає кращі результати порівняно з лікуванням абсцесів, котрі виникають у ранній післяопераційний період (до 10-ї доби), що пояснюється затуханням запальних процесів в очеревині, петлях кишечника, пасмі чепця, обме-

женням зони ураження і формуванням адекватної імунологічної відповіді.

Застосування ліпосомальних препаратів з насадженими антибіотиками дає змогу тривало підтримувати концентрацію антибіотиків у парієтальній та вісцеральній очеревині, що неможливо за звичайної санації.

Активация імунної системи відбувається швидше після лапароскопічної санації черевної порожнини розчинами ліпосомальних препаратів. Так, середній рівень лімфоцитів на 6-ту добу після ла-

пароскопічної абдомінальної санації становить $(2,08 \pm 0,29) 10^9/\text{л}$, що вище порівняно з аналогічним показником після санації черевної порожнини із застосуванням фізіологічного розчину з антибіотиками при лапаротомії $((1,59 \pm 0,21) 10^9/\text{л})$.

Лапароскопічна санація черевної порожнини із застосуванням ліпосомальних препаратів має беззаперечні переваги над санацією черевної порожнини із застосуванням фізіологічного розчину з антибіотиками при лапаротомії у разі раціонального та адекватного відбору пацієнтів для її виконання.

Література

1. Волошин Ю.Л., Русак П.С., Шевчук Д.В. Абдомінальні ускладнення у дітей, оперованих з приводу ургентних станів // Шпитальна хірургія.— 2008.— № 2.— С. 87—88.
2. Давиденко В.Б., Штикер С.Ю., Межирова Н.М. та ін. Новий метод детоксикаційної терапії в комплексному лікуванні розлитих перитонітів у дітей // Хірургія дитячого віку.— 2004.— Т. 1, № 4 (5).— С. 36—40.
3. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей.— М.: Гэотар-мед, 2002.— С. 60—85.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей.— М.: Медицина, 1988.— С. 128—160.
5. Русак П.С. Применение липосомальных препаратов в лечении послеоперационных перитонитов и профилактике спаечной болезни у детей // Матер. VI Рос. конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии».— М., 2007.— С. 296—297.
6. Сушко В.І., Кривченя Д.Ю., Данилов О.А. та ін. Хірургія дитячого віку: підручник.— 2-ге вид., перероб. і доп.— К.: Медицина, 2009.— 800 с.
7. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия.— Изд. 2-е.— М.: Гэотар-мед, 2001.— С. 138—151.
8. Meier H., Lehmann R.R. Special aspects of abdominal adhesions in children // Langenbecks Arch. Chir. Suppl. II. Vtrh. Dtsch. Ges. Chir.— 1990.— S. 1031—1034.
9. Szomstein S., Lo Menzo E., Sempendorfer C. et al. Laparoscopic lysis of adhesion.— Bariatric Institute, Cleveland, USA, 2000.— P. 123—140.

П.С. Русак

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шурика МЗ Украины, Киев
Житомирская областная детская клиническая больница

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных с абсцессами брюшной полости путем использования абдоминальной лапароскопии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 30 детей в возрасте от 4 до 17 лет с абсцессами брюшной полости за период с 2001 по 2008 г. Все пациенты были прооперированы по поводу острого аппендицита, перитонита в сроки от 1 до 3 нед перед повторным лечением. У 10 пациентов провели санацию брюшной полости с использованием физиологического раствора с антибиотиками при лапаротомии, у 20 пациентов — с использованием липосомальных препаратов. Выбор метода лечения проводили с учетом клинической картины течения заболевания и состояния пациента.

Результаты и обсуждение. 10 пациентов были прооперированы в сроки до десяти суток после проведения аппендэктомии. Средняя продолжительность лечения составила 10,3 суток, количество санаций брюшной полости — 2,5 на одного пациента. 18 пациентов прооперированы через 2 нед после проведения аппендэктомии. Средняя продолжительность лечения составила 8,9 суток, частота санаций брюшной полости — 2,1 на одного пациента. Двое детей были прооперированы через 3 нед после проведения аппендэктомии. Средняя продолжительность лечения составила 7,1 суток, количество санаций брюшной полости — 1,0 на одного пациента.

Выводы. Оперативное лечение абсцессов брюшной полости, возникших в поздний послеоперационный период (позднее 10-х суток), дает лучшие результаты по сравнению с лечением абсцессов, которые возникли в ранний послеоперационный период (до 10-х суток), что объясняется затуханием воспалительных процессов в брюшине, петлях кишечника, пряди сальника, ограничением зоны поражения и формированием адекватного иммунологического ответа. Использование липосомальных препаратов с антибиотиками позволяет более длительное время концентрировать антибиотики на парієтальній і вісцеральній брюшине, чого нельзя достичь при обычной санації. Лапароскопическая санація брюшной полости с использованием липосомальных препаратов имеет неоспоримые преимущества перед санацією брюшной полости с использованием физиологического раствора с антибиотиками при лапаротомии при условии рационального и адекватного отбора пациентов для ее применения.

Ключевые слова: абсцессы брюшной полости, лапароскопия, дети.

P.S. Rusak

P.L. Shupik National Medical Academy of Post-Graduate Education, Kyiv
Zhytomyr Oblast Children's Hospital

TREATMENT OF INTRA-ABDOMINAL ABSCESSSES WITH LAPAROSCOPY

The aim – to improve the treatment results in patients with intra-abdominal abscesses with abdominal laparoscopy implementation.

Materials and methods. The treatment results in 30 children from 4 to 17 years old with intra-abdominal abscesses in the period of 2001–2008 years is analyzed. All the patients were operated on for acute appendicitis, peritonitis in a period of 1 to 3 weeks before re-treatment. 10 patients had abdominal sanitation using physiological saline with antibiotics at laparotomy, in 20 patients – with the liposomal medication. The choice of treatment was carried out taking into account the clinical signs of the disease and the patient's condition.

Results and discussion. 10 patients were operated on within the up to ten days period after the appendectomy. The average duration of treatment was 10.3 days, the amount of the abdominal cavity sanitation – 2.5 per patient. 18 patients were operated on within 2 weeks after an appendectomy. The average duration of treatment was 8.9 days, the frequency of abdominal cavity sanitation – 2.1 per patient. Two children were operated on after 3 weeks after an appendectomy. The average treatment duration was 7.1 days, the abdominal cavity sanitation number – 1.0 per patient.

Conclusions. Surgical treatment of abdominal abscesses that occurred in the late postoperative period (within 10-days) gives better results compared with the treatment of abscesses, which emerged in the early postoperative period (10-days), due to peritoneum, intestine loops, omentum locks inflammation attenuation, the affected area limiting and the adequate immunological response formation. The use of liposomal solutions with antibiotics allows antibiotics more time to concentrate on parietal and visceral peritoneum, which can not be achieved with conventional rehabilitation. Laparoscopic abdominal sanitation with liposomal medication has undeniable preferences before abdominal sanitation with antibiotics saline for laparotomy with rational and adequate selection of patients for its application.

Key words: intra-abdominal abscesses, laparoscopy, children.