

тичної лапароскопії із застосуванням педіатричної моделі лапароскопа та робочим діаметром портів 5-мм. За період з 2000 по 2014 роки проведено лапароскопічні втручання при синдромі непальпуючих яєчок у 102 хворих. Вік хворих дітей коливався від 1 до 16 років.

#### Результати та їх обговорення

Найоптимальнішим методом в діагностиці черевної форми крипторхізму є діагностична лапароскопія. Лапароскопічні операції при крипторхізмі: лапароскопічне видалення рудиментарного яєчка (при гіпоплазії яєчка більше 30%); двоетапна лапароскопічна орхопексія за методикою Fowler-Stephens; одноетапна лапароскопічна орхопексія. Показами для проведення діагностичної лапароскопії є: всі випадки непальпованого яєчка, коли яєчко не виявляється при огляді; випадки, коли результати інших методів обстеження (УЗД, КТ, МРТ), дозволяють запідозрити або підтверджують розташування яєчка в черевній порожнині. Двоетапна лапароскопічна орхопексія: при першому етапі (ендоскопічне пересічення яєчкових судин), ні в одній дитині не було інтраопераційних ускладнень та помітних розладів порушення мікроциркуляції в яєчку; другий етап (орхопексія), дозволила добитися мобілізації яєчка та його низведення з фіксацією в калитці. Одноетапна орхопексія виконана 17 дітям, у яких яєчко було розташоване в черевній порожнині на відстані 1-3 см від внутрішнього пахового кільця. Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не було. Тривалість оперативного втручання близько 50 хвилин. Післяопераційне перебування в стаціонарі 3-5 днів.

#### Висновки

Лапароскопічний метод: більш інформативний, менш

травматичний та більш ефективний по відношенню до традиційної лапаротомії та є методом вибору при абдомінальній формі крипторхізму; дозволяє зменшити тривалість операції на 30%; дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень та тривалість лікування на (30-40 %).

#### Література

1. Дронов А.Ф., Поддубний И.В., Котлобовский В.Н. "Эндоскопическая хирургия у детей."-М.-издательский дом"ГЭОТАР-мед" 2002,-440с.
2. Алексеева Л.А. Преимущество лапароскопической методики обследования больных с непальпаторными яичками-1998 \Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. Т.157. №3. С. 44-46.
3. Алексеева Л. А., Лапароскопическая диагностика и лечение непальпаторных яичек у детей, дис. канд. мед. наук : 14.00.35 2000.
4. Абдулаев М.И., Лапароскопические и эндоскопические методы лечения некоторых урологических заболеваний.-1999.(с.122-129).
5. Бачиев С. В., Лапароскопия в диагностике и лечении синдрома непальпаторных яичек у детей, дис. канд. мед. наук : 14.00.35 2002.
6. Козулина Н. В., Комплексная оценка результатов хирургического лечения крипторхизма у детей, дис. канд. мед. наук, 2002.
7. The development of the gubernaculum and inguinal closure in the marsupial D. Coveney, G. Shaw, M. Hutson, M. Renfree. -Anat. 2002. -V. 201. -P. 239-256.
8. Cortes, D, Testicular neoplasia in undescended testes of cryptorchid boys-does surgical strategy have an impact on the risk of invasive testicular neoplasia? / D .Cortes, J.Thorup, B. Petersen Til urk J Pediatr. -2004.- Suppl:35-42.- P.46.
9. Loarca E.A., Is necessary to practice orchiectomy in patients with post-puberal maldescended testes? / E.A Loarca, E. S .Ortega // Actas Urol Esp. -2005. -V.29(10). -P.969-73.

Надійшла 01.07.2014 року.

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

П.С. Русак<sup>1</sup>, І.В. Смірнова<sup>2</sup>, В.В. Смирнов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

<sup>2</sup>Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

## MODERN ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND PECULIARITIES IN TREATMENT OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS IN NEONATES

P.S. Rusak<sup>1</sup>, I.V. Smirnova<sup>2</sup>, V.V. Smyrnov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (NMAPE)

<sup>2</sup>Zhytomyr Oblast Children's Clinical Hospital

**Резюме:** У статті освітлені результати діагностики 22 новонароджених, які перенесли гострий гематогенний остеомієліт, на базі хірургічного відділення №1 та відділення патології новонароджених Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні за період з 2004 по 2010 рр. Дана патологія залишається актуальною, незважаючи на значні досягнення медичної науки, без тенденції до зменшення частоти захворювання.

**Ключові слова:** новонароджені, гнійно-септичні захворювання новонароджених, гострий гематогенний остеомієліт.

**Abstract:** Results of twenty two infants' diagnosis with an acute hematogenous osteomyelitis in surgical department №1 and department for newborns of Zhytomyr Oblast Children's Clinical Hospital during 2004-2010 were analysed. Despite the significant progress in the treatment of neonates it is still actual issue in neonatal surgery without any tendency to decrease.

**Keywords:** neonates, pyoinflammatory diseases, an acute hematogenous osteomyelitis.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** З позицій доказової медицини науковцями доведено, що здоров'я новонародженої дитини визначається станом здоров'я матері, особливостями перебігу вагітності та пологів, фізіологічним перебігом неонатального періоду, оптимальною організацією надання спеціалізованої медичної

допомоги вагітним, породіллям та новонародженим [3, 12].

Сучасний розвиток неонатології характеризується впровадженням нових технологій, ефективних методів лікування, інтенсивної терапії та виходження новонароджених. Але частота захворюваності на гострий гематогенний остеомієліт (ГТО), незважаючи на науково-технічний прогрес в

медичній галузі, зокрема в сфері фармакології та неонатології, залишається відносно сталою серед гнійно-запальних захворювань (ГЗЗ) новонароджених, без тенденції до зменшення [5]. Частота захворювання ГГО серед новонароджених в межах 0,19 на 1000 новонароджених (Султанбаєва Т. Ж., 1984) до 0,21–0,41 (Цетгерштерема Р. та співав., 1988) [1], у відсотковому відношенні складає від 5,8 % (Венгеровський, 1964) [1] до 23,4 % (Сітковський М. Б., 1982) [10].

Слід зазначити, що інфекції взагалі та, зокрема для новонароджених та дітей раннього віку, залишаються глобальною проблемою. Вони є однією з провідних причин захворюваності та летальності новонароджених з тяжкою перинатальною патологією протягом останніх років [2].

Загальновідомо, що здоров'я майбутньої людини залежить не тільки від медичного забезпечення, але й від здоров'я батьків, а особливо, матері. Незаперечним є факт, що здоров'я починає формуватись внутрішньоутробно. Перинатальний період взагалі визначає подальшу якість життя людини [14]. Важливе те підгрунтя, на якому здоров'я базується, тобто комплекс мікробної колонізації та контамінації, соматичного статусу, особливостей імунної реакції у батьків, для прогнозування перебігу та можливих негативних наслідків будь-якого захворювання майбутньої дитини.

**Мета роботи:** провести ретроспективний аналіз випадків ГГО у новонароджених з метою покращення якості надання медичної допомоги, результатів лікування та ортопедичних наслідків захворювання.

#### Матеріали і методи

У роботі представлено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого 22 новонароджених дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу ГГО в хірургічному відділенні № 1, патології новонароджених чи відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених у Житомирській обласній дитячій клінічній лікарні за період 2004 по 2010 роки. Розподіл за статтю – 10 хлопчиків та 12 дівчаток. В ранньому неонатальному періоді (до 7 доби) захворювання виявлено у 3 дітей з цієї групи (всі дівчатка).

Проаналізовані наступні показники: залежність акушерського анамнезу матері щодо ГЗЗ, терміни прояву захворювання від народження, ранне встановлення діагнозу ГГО у новонародженого, що мають вплив на ранню діагностику та адекватну хірургічну санацію вогнища ураження, тактику ведення пацієнта та розвиток негативних інвалідизуючих ортопедичних наслідків у хворого в майбутньому.

#### Результати та їх обговорення

Всі стани підвищеного ризику у матері певною мірою сприяють розвитку інфекційної патології у майбутньої дитини через негативний вплив на реактивність плода. А матері, які страждають на ГЗЗ, потребують особливої уваги [11]. Необхідно підкреслити, що внутрішньоутробне інфікування не є нозологічною одиницею в звичайному сенсі, але зумовлює антигенний вплив на організм дитини та викликає порушення його імунологічної реактивності. В подальшому ці зміни підвищують ризик внутрішньоутробної та ранньої неонатальної інфекції [11, 13]. Що підтверджується також результатами нашого аналізу. З 22 проаналізованих карт стаціонарного хворого новонароджених дітей з ГГО у 10 (45,5 %) матерів встановлено ускладнений перебіг вагітності (табл. 1), що в подальшому вплинуло на захворювання дитини. А саме, у 8 (36,4 %) дітей, матері яких перехворіли на ГЗЗ під час вагітності, після народження відбулась маніфестація інфекцій, а в окремих випадках з генералізацією (в 3 випадках з 4х септикопемічного перебігу). В таблиці 1 наведено результати аналізу акушерського анамнезу матерів хворих дітей.

Слід зазначити, що в 4 (18,1 %) випадках в історії був відсутній акушерський анамнез матері, що вказує на недо-

**Таблиця 1. Ускладнення перебігу вагітності матерів новонароджених, хворих на ГГО.**

Рік	Внутрішньоутробне інфікування плода	Загроза переривання вагітності в I та II половині	Перенесені інфекції вірусної та бактеріальної етіології під час пологів	Відсутній акушерський анамнез матері (щодо ГРВІ, пієлонефриту тощо)
2004	3	2	1	-
2006	2	-	-	2
2008	-	-	2	2
2009	-	-	-	1
2010	-	-	-	-
Всього	5	2	3	4

оцінку лікарями можливих наслідків антенатальних факторів для лікування хворого новонародженого, а саме: відсутня настороженість щодо можливого септичного перебігу захворювання внаслідок зниженої реактивності пацієнта, підбору раціональної антибіотикотерапії при умові лікування матері під час вагітності, сенсibiliзації організму дитини до медикаментозних засобів тощо.

Таким чином, несприятливі антенатальні (ГРВІ, соматична патологія під час вагітності, фетоплацентарна недостатність, гіпоксія плода) та інтранатальні фактори (брудні навколоплідні води, тривалий безводний період, патологічні пологи, низька оцінка за Апгар, необхідність реанімаційних заходів) мають незаперечно прогностичне значення для розвитку інфекційного процесу у новонародженого [8, 11, 13].

Локалізація ураження кісток в групі дітей, що проаналізована, наведено в таблиці 2. У таблиці вказані дані з урахування того, що у деяких пацієнтів спостерігалось одночасне ураження декількох кісток. Таким чином, найчастіше спостерігалось ураження плечової (10 випадків – 45,5 %) та стегнової кісток (9 випадків – 41 %). Потрібно відзначити, що в 5 (22,7 %) з 22 дітей було множинне ураження кісток (стегнова та великогомілкова, стегнова та сіднична, плечова та лопатка з ключицею), тобто відбувалось ураження усіх кісток, що формують суглоб (стегновий, плечовий). Також, у 4 (18,2 %) з 22 новонароджених спостерігалась септикопемічна форма ГГО (у 3 пацієнтів – запальний процес локалізувався в одній/обох стегнових та плечовій кістках; у 1 дитини діагностовано вторинний остеомієліт – на фоні пологової травми шийного відділу хребта та асфіксії важкого ступеня в пологах приєдналася внутрішньо-лікарняна інфекція).

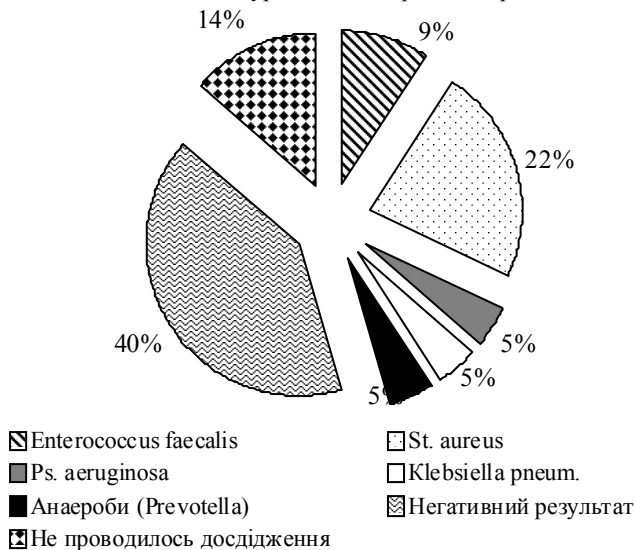
Мікробний спектр збудників ГГО у матеріалі з вогнища запалення у групі хворих, що аналізується, представлено на діаграмі.

Таким чином, серед позитивних результатів бактеріологічного обстеження пацієнтів із збудників переважав золо-

**Таблиця 2. Локалізація гострого гематогенного остеомієліту**

Рік	Стегнова	В/гомілкова	Плечова	Плоскі				Множинні ураження кісток	Септична форма
				ключиця	лопатка	верхня щелепа	сіднична		
2004	3	1	3	1	-	1	1	2	2
2006	2	1	4	-	2	-	-	3	2
2008	2	-	1	-	-	1	-	-	-
2009	1	1	-	-	-	-	-	-	-
2010	1	-	2	-	-	-	-	-	-
Всього	9	3	10	1	2	2	1	5	4

Діаграма. Дані бактеріологічного обстеження гною з вогнища ураження за 5-річний період



тистий стафілокок, що відповідає тенденції останніх років [1, 4, 7, 9, 10, 11, 13]. Необхідно відзначити, що при септикопемічних формах ГГО у всіх 4 пацієнтів спостерігалась різна мікробна картина: в першому випадку – анаеробна флора (Prevotella), в другому випадку – негативний результат бактеріологічного обстеження (в декількох висівах), в третьому – золотистий стафілокок, в четвертому випадку – синьо-гнійна паличка (внутрішньо-лікарняна інфекція).

Бактеріологічне дослідження крові проводилось у 7 новонароджених – у всіх випадках результати були негативні.

Відомо, що успіх лікування ГГО залежить від ранньої діагностики захворювання. Ця аксіома неодноразово підкреслюється науковцями різних хірургічних шкіл [1, 5, 10]. Стандартом діагностики ГГО у дітей вважається дві доби від моменту виникнення захворювання [1, 5, 10]. В нашому дослідженні запізнена діагностика спостерігалась у 5 (22,7%) новонароджених, з них у двох випадках через самолікування батьків та небажання госпіталізації для стаціонарного лікування (діти госпіталізувались після 5 доби від появи скарг). В інших 3 випадках була допущена діагностична помилка на догоспітальному етапі дільничним педіатром (в 2 дітей встановлено діагноз – парез Ерба) та районним ортопедом (при патологічному вивиху стегна пропущений запальний процес у стегновій кістці і призначені стремена Павлика). Ці діти госпіталізовані в екстремедулярній фазі ГГО на 8, 11 та 15 добу від початку проявів захворювання. За даними Грона В. Н., Сопова Г. А. та співав. (2008) показник діагностичних помилок лікаря коливається від 25,1 – 58,3% і допускаються лікарями всіх рівнів та спеціальностей як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах діагностики [5].

Щодо лікування, ми притримувались класичних підходів в лікуванні ГГО – трьох пунктів, які встановлені Т. П. Краснобаєвим, а саме: 1) локальна санація вогнища – постановка голок чи остеоперфорації кістки та пункційна санація суглобу двічі на добу із застосуванням антисептиків та анестетиків, рідше – при незадовільному ефекті даного методу протягом 3 – 4 дб – проводилось оперативне лікування – артротомія з метою розвантаження суглобу; 2) антибактеріальна терапія згідно з антибіотикограмою з 3 – 5 доби (протягом перших дб та у випадках негативних результатів висівів гною призначались антибіотики згідно з мікробним дзеркалом захворювання); 3) вплив на макроорганізм з метою корекції гомеостазу.

Серед антибіотиків системно надавали перевагу при місцевих формах ГГО групі цефалоспоринів II покоління

(цефазолін), рідше – пеніциліни (ампіцилін – згідно з чутливістю) в поєднанні з місцевим підведенням лінкоміцину протягом 14 дб. Але при відсутності позитивного клінічного покращення загального стану дитини та генералізації процесу призначались цефалоспорины III покоління (цефоперазон, цефтріаксон, цефтазідім, цефотаксім) або ванкоміцин (при висіві золотистого стафілококу) в комбінації з аміноглікозидами (гентаміцин, амікацин) та місцевим введенням лінкоміцину або гентаміцину, під прикриттям протигрибковими препаратами (флюконазол). В окремих рідких випадках ми були змушені застосувати карбапенеми (тієнам, меронем) та фторхінолони (пєфлосаксин, ципрофлоксацин) – у дітей з септичним перебігом та множинним ураженням). Після 2 тижнів (7 - 10 дб залежно від санації місцевої вогнища ураження при місцевій формі) системної антибіотикотерапії пацієнт отримував електрофорез з антибіотиком (лінкоміцин, гентаміцин або амікацин) протягом ще 7 дб.

Необхідно відзначити, що всі пацієнти при генералізації процесу та множинних ураженнях проходили лікування у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених, де проводилась корекція гомеостазу, дезінтоксикаційна та імунологічна підтримка.

При огляді в найближчому періоді через 1 та 3 місяці порушення функції уражених кінцівок було виявлено у 3 дітей (що склало 13,6%), які перенесли септичні форми ГГО і потребували надання соціальної допомоги для подальшої ортопедичної реабілітації та корекції.

### Висновки

1. Актуальність цієї проблеми набуває особливого соціально-економічного значення в умовах погіршення репродуктивного здоров'я населення, низьких показників народжуваності, збільшення питомої частки вагітних і новонароджених з високим ризиком інфікування, складності ранньої клініко-рентгенологічної діагностики, імуносупресивного впливу на організм несприятливих екологічних та економічних факторів.

2. У профілактиці негативних наслідків захворювання (хронізація, ортопедичні наслідки) у хворих новонароджених на ГГО відіграють значну роль організаційні заходи: проведення циклу занять з гнійної хірургії новонароджених для лікарів всіх спеціальностей з метою підвищення якості ранньої діагностики та настороженості щодо гнійно-септичних ускладнень у дітей цієї вікової групи; концентрація хворих в спеціалізоване хірургічне відділення обласної дитячої лікарні; покращення знань лікарів дитячих хірургів та ортопедів щодо гнійно-септичної патології новонароджених та важливості врахування анте- та інтранатальних факторів в діагностиці даної патології у дітей цієї вікової групи.

3. Рання діагностика ГГО новонародженого сприяє своєчасному раціональному лікуванню і є запорукою якості життя даної групи пацієнтів у подальшому.

### Література

1. Акжигитов Г. Н., Юдин Я. Б. Гематогенний остеомиелит. – М., Медицина, 1998. – 193 с.
2. Белобородова Н. В. Новые тенденции в антимикробной терапии тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний у детей и значение антибиотиков группы карбапенемов. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 2. – С. 56-60.
3. Гойда Н. Г. Актуальні проблеми охорони материнства та дитинства на етапі реформування медичної галузі в Україні. // Нова медицина. – 2002. – № 1. – С. 18 - 20.
4. Гомелла Т. Л., Каннигам М. Д. Неонатология. – М.: Медицина, 1998. – С. 369 - 374.
5. Грона В. Н., Сопов Г. А., Веселый С. В., Буслаев А. И., Литовка В. К., Латышов К. В., Веселая В. С. Клинические проявления, диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита у детей. // Здоровье ребенка. – 2008. – № 4 (13).
6. Давиденко В. Б., Пашенко Ю. В., Сігаєв Б. С., Штикер С. Ю., Морозов С. В., Пашенко К. Ю. Етіопатогенетичні аспекти

лікування гострого гематогенного остеомиєліту у дітей. //Хірургія дитячого віку. – 2010. – № 1 (26). – С. 38 – 40.

7. Кукуруза Ю. П., Русак П. С. Комплексне лікування гострого гематогенного остеомиєліту у дітей. – Житомир: Косенко, 2004. – 140 с.

8. Матеріали Всеросійського симпозиума дитячих хірургів «Хірургія новонароджених: досягнення і перспективи», матеріали 50 – й «Всесоюзної» (17 – й Всеросійської) наукової студентської конференції «Актуальні питання хірургії, анестезіології і реаніматології дитячого віку», 20 – 23 квітня 2010 г., спеціальний випуск № 3, Москва, 2010. – С. 33, 70, 91, 126, 129, 139, 142 – 143.

9. Павлишин Г. А. Клініко-патогенетичні та морфологічні паралелі перинатальної інфекційної патології у новонароджених та оптимізація лікування. Автореферат д. мед. наук. – К.: 2007.

10. Русак П. С. Захворюваність дітей Житомирської області на гострий гематогенний остеомиєліт. //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, випуск 10, кн. 1, К., 2001. – С. 414 – 419.

11. Ситковский Н. Б., Топузов В. С., Каплан В. М. Гнойная хирургия новорожденных. – К., «Здоров'я», 1982. – С. 112 – 128.

12. Сотникова К. А., Барашнев Ю. И. Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных. – Л., Медицина, 1982. – С. 213.

13. Суліма О. Г. Сучасні аспекти профілактики, діагностики, лікування гіпоксії плода і асфіксії новонароджених. //Нова медицина. — № 1. — С. 21-26.

14. Якименко О. Г. Особливості гострого гематогенного остеомиєліту кісток кульшового суглобу у новонароджених: Автореферат канд. мед. наук. – К.: Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова, 2003. — 143 с.

15. Проблема інфекцій в сучасній неонатології з позицій доказової медицини [Електронний ресурс]: «Львівські реферати». – 2009. – Режим доступу до джерела: [http://referaty.lviv.ua/medicine/7412-problema\\_infektsiy\\_v\\_suchasniy\\_neonatologii\\_z\\_pozitsiy\\_dokazovoi\\_meditisini.html](http://referaty.lviv.ua/medicine/7412-problema_infektsiy_v_suchasniy_neonatologii_z_pozitsiy_dokazovoi_meditisini.html). – Назва з екрана.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.438-007.61-053.3-008.6-07

## ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

### П.С. Русак

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

## ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

### П.С. Русак

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика  
Житомирская областная детская клиническая больница

## TREATMENT OF ABDOMINAL ABSCESSSES IN PEDIATRIC SURGICAL PRACTICE

### P.S. Rusak

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Zhytomyr Oblast Children's Hospital

**Резюме.** Дана робота присвячена досвіду застосування малоінвазивних технологій в дитячій хірургічній практиці. Зокрема висвітлена проблема лікування внутрішньочеревних абсцесів за допомогою лапароскопії. Наведено переваги застосування даного методу над традиційними методами оперативного лікування даної патології.

**Ключові слова.** *Внутрішньочеревні абсцеси, лапароскопія, діти.*

**Резюме.** Даная работа посвящена опыту использования малоинвазивных технологий в детской хирургической практике. В частности освещена проблема лечения внутрибрюшных абсцессов с помощью лапароскопии. Приведены преимущества применения данного метода над традиционными методами оперативного лечения данной патологии.

**Ключевые слова.** *Внутрибрюшные абсцессы, лапароскопия, дети.*

**Abstract.** This work is dedicated to the experience in the use noninvasive technology in pediatric surgical practical person. In particular show problem of the treatment intraabdominal abscess by use of laparoscopy. The advantages of the using given method on traditional methods of the operative treatment this pathology are shown.

**Keywords:** *intraabdominal abscesses, laparoscopy, children.*

Згідно з літературними даними, внутрішньочеревні абсцеси зустрічаються у 6-7 % хворих з ургентною абдомінальною патологією. Така ситуація спонукає до встановлення чітких показів до проведення повторних операцій у дітей, хворих на внутрішньочеревні абсцеси. Однак, важкість основного захворювання та перенесена операція маскують початок важкого післяопераційного ускладнення, котре не має патогномонічних симптомів [2, 3, 5, 6].

Дедалі ширшого застосування в дитячій хірургічній практиці набувають малоінвазивні методи оперативних втручань. Доведено, що кількість післяопераційних ускладнень при використанні лапароскопії менша у 4,5 рази, ніж

при використанні традиційних (тобто, релaparотомії) втручань. Відсутність великого розтину на передній черевній стінці майже виключає ускладнення з боку операційної рани. Нагноєння рани при лапароскопії зустрічається у 20 разів менше. Кількість внутрішньочеревних ускладнень менша у 2,5 рази [1, 4].

За період 2003-2012 рр. ми володіємо досвідом програнованого повторного оперативного лікування 30 дітей з внутрішньочеревними абсцесами. Із них хлопчиків 14 (46,68%), дівчаток – 16 (53,4%). Вік хворих коливався від 4 до 17 років. Відповідно до анамнезу всім дітям проводили оперативні втручання з приводу гострого деструктивного апен-