

Запорізький державний медичний університет
факультет післядипломної освіти, кафедра дитячих хвороб
(курс дитячої хірургії)

Апендикулярний перитоніт у дітей

лекція друга
для лікарів-інтернів дитячих хірургів

**Аппендикулярный
перитонит является одним
из наиболее тяжелых
гнойно-воспалительных
заболеваний брюшной
полости детского
возраста.**

**По данным А.А.Гумерова
аппендикулярный
перитонит в 72% случаев
является причиной
развития у детей сепсиса
и синдрома полиорганной
недостаточности.**

**За более чем столетний период
хирургического лечения
острого аппендицита детскими
хирургами сделаны
значительные успехи. Так
летальность с 90% в конце XIX
века в последние годы
практически сведена к нулю.**

До настоящего времени ни в одной, используемой детскими хирургами, классификации перитонита чётко не выделены все формы, при которых в брюшной полости формируются абсцесс или абсцессы

**Также недостаточно изучены
возможности использования
лапароскопии при
абсцедирующих формах
аппендикулярного
перитонита**

**В долапароскопический
период вопрос о форме и
распространённости
процесса в брюшной полости
решался в основном из
разреза в правой
подвздошной области**

**Понимание перитонита как
воспаления брюшины (И.В.
Давыдовский, 1963) в
широком смысле слова,
правомерно с позиций общей
патологии, но не отвечает
запросам клиницистов**

Хорошо известно, что при неосложненном деструктивном аппендиците имеется гиперемия прилегающей к червеобразному отростку брюшины и небольшое количество реактивного серозного выпота (см. фото)



Фото 10. Серозный выпот в полости малого таза.



Фото 11. Флегмонозный аппендицит.

**Но эти изменения не определяют
клиническую картину и течение
заболевания, которые характерны
для перитонита, не меняют нашу
хирургическую тактику,
применяемую при неосложнённом
аппендиците**

**Небезосновательно А.И.
Струков (1979) считает, что о
перитоните можно говорить
только тогда, когда в брюшной
полости имеется гнойный
экссудат**

**Важным критерием,
характеризующим
аппендикулярный перитонит,
кроме формы патологического
процесса, является его
распространённость в брюшной
ПОЛОСТИ**

**С этих позиций, острые
гнойные экссудативные
процессы в брюшной полости
можно разбить на свободные,
отграниченные и их сочетание**

При свободном воспалительном процессе в брюшной полости имеется свободный гнойный экссудат, без анатомо-морфологического отграничения его распространения (см. фото)

Свободный гнойный выпот при разлитом перитоните.



Фото 12. Гнойный выпот в полости малого таза.

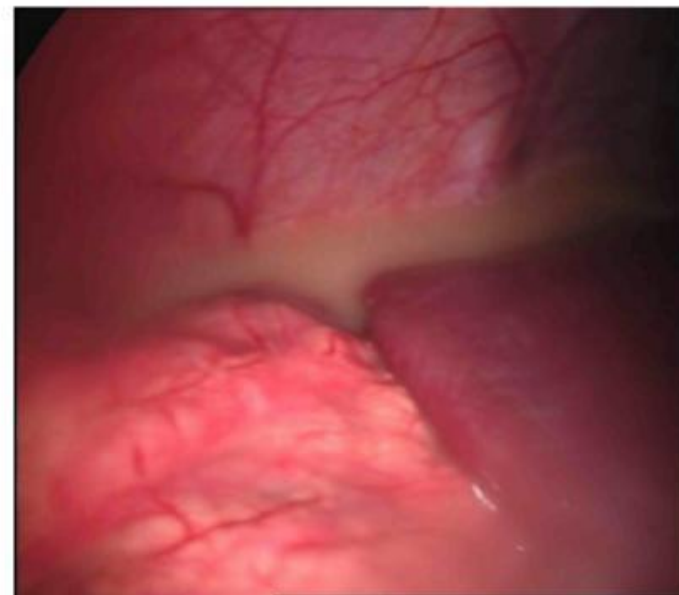


Фото 13. Гнойный выпот в правом латеральном канале.

Свободный аппендикулярный перитонит:

- ограниченный** (свободный гнойный выпот в пределах не более трёх анатомических областей брюшной полости, как правило – малый таз, правая подвздошная область и правый латеральный канал)
- разлитой** (свободный гнойный выпот занимает более трёх анатомических областей брюшной полости)

Свободные формы аппендикулярного перитонита.

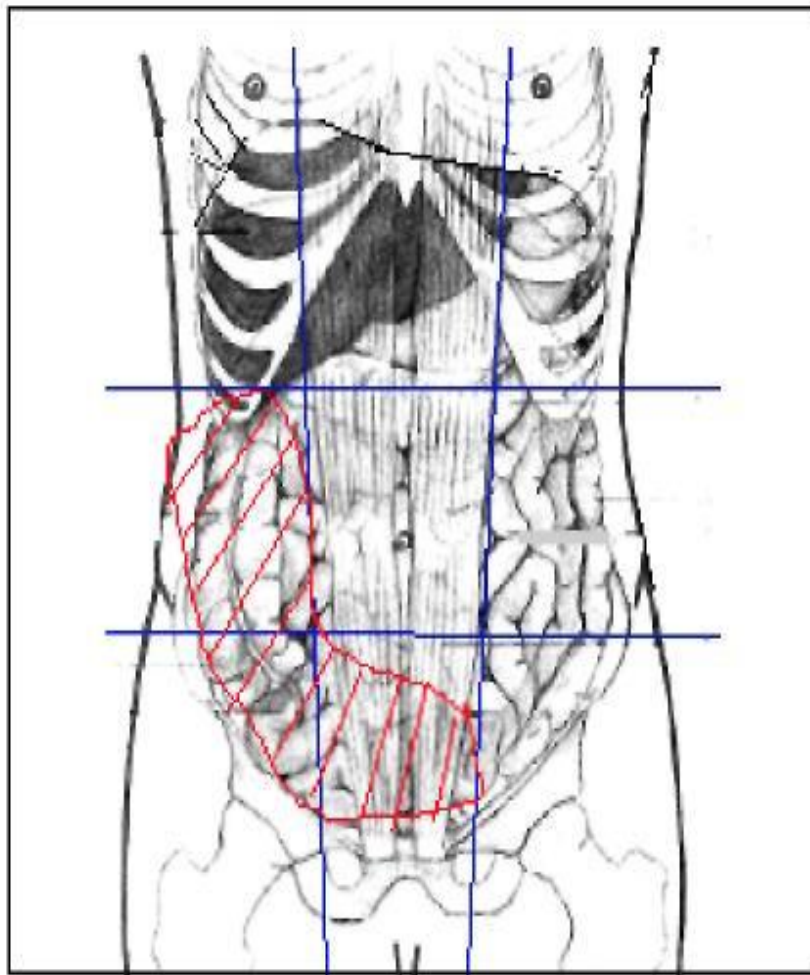


Рис. 1. Ограниченный перитонит.

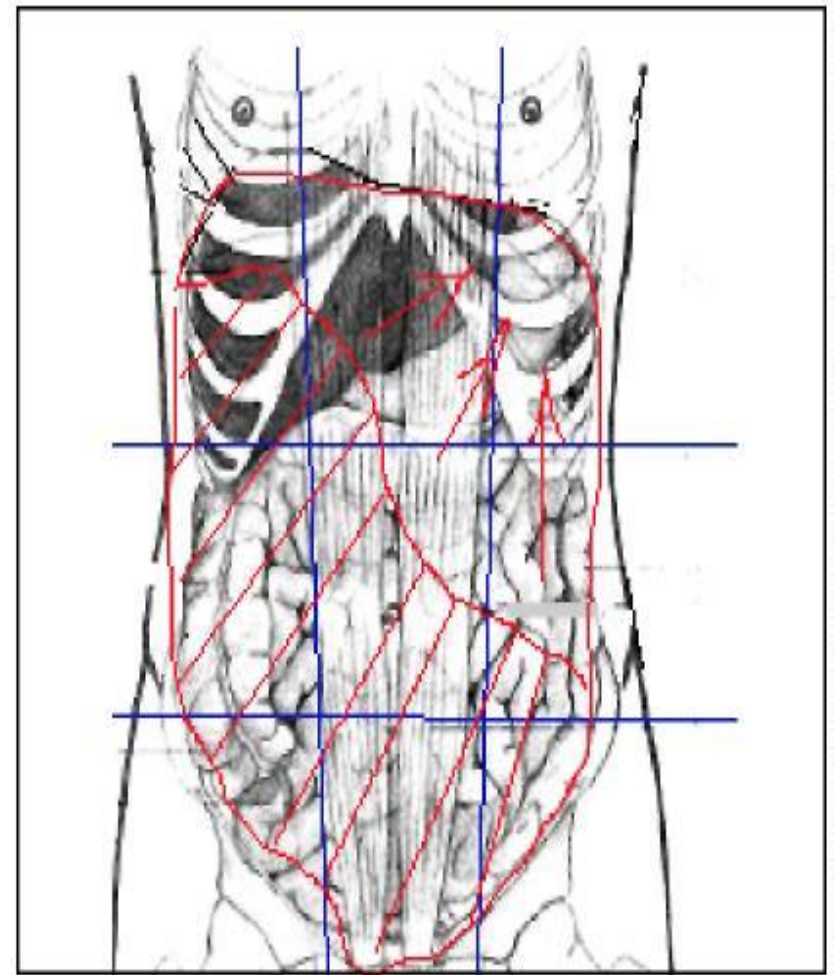


Рис. 2. Разлитой перитонит.

**Отграниченными формами
аппендикулярного перитонита у
детей являются его
абсцедирующие формы
Эндоскопически
периаппендикулярные
абсцессы подразделяются на
три стадии**

**I-я стадия – инфильтративные
изменения слабо выражены,
отграничение гнойного
экссудата происходит
вследствие слипчивого
процесса и легко разрушается
(фото)**

Периаппендикулярный абсцесс I – вид до разрушения.



Фото 14. Периаппендикулярный абсцесс I.



Фото 15. Периаппендикулярный абсцесс I.

Периаппендикулярный абсцесс I – эндоскопическое разрушение.



Фото 16. Периаппендикулярный абсцесс I.



Фото 17. Периаппендикулярный абсцесс I.

**II-я стадия - умеренно
выраженные инфильтративные
изменения в органах и тканях,
формирующих стенки абсцесса;
последние находятся в рыхлом
спаечном процессе и хорошо визуально
дифференцируются, что определяет
возможность безопасного разрушения
(фото)**

Периаппендикулярный абсцесс I, II – вид после разрушения



Фото 18. Периаппендикулярный абсцесс I стадии.

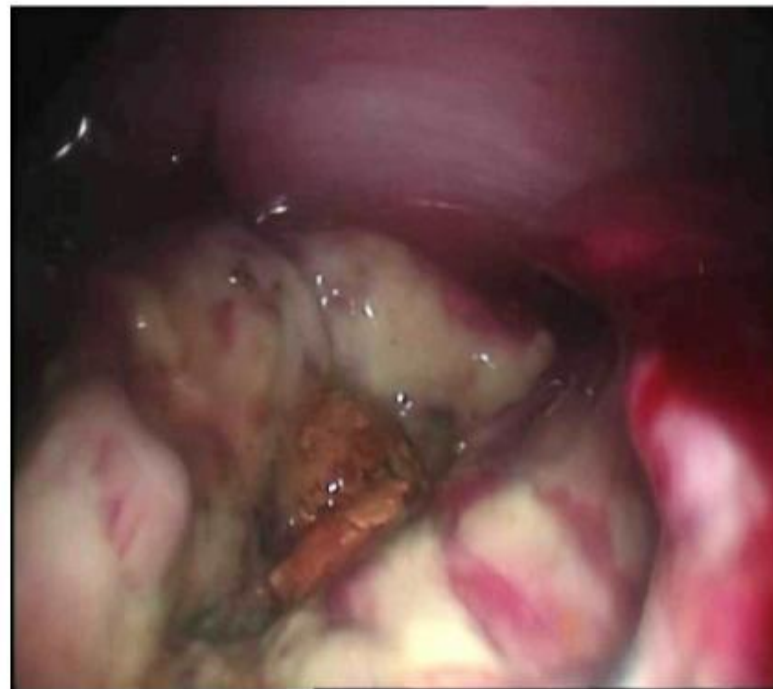


Фото 19. Периаппендикулярный абсцесс II стадии.

**инфильтративные изменения с
плотными сращениями между
органами и с нарушением их
визуальной дифференцировки
(фото)**

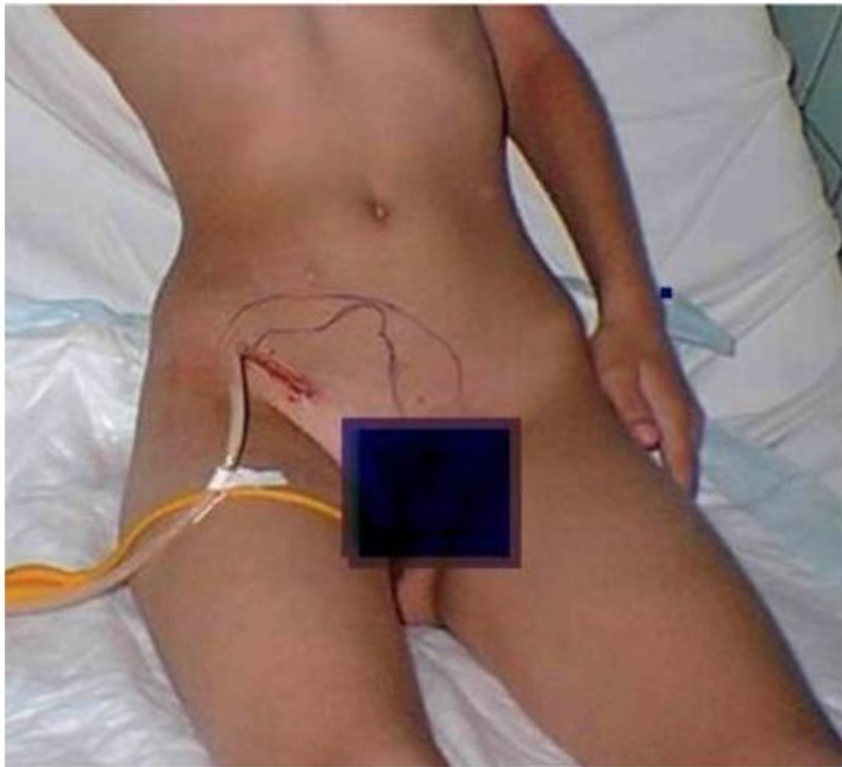


Фото 20. Периаппендикулярный абсцесс III стадии.



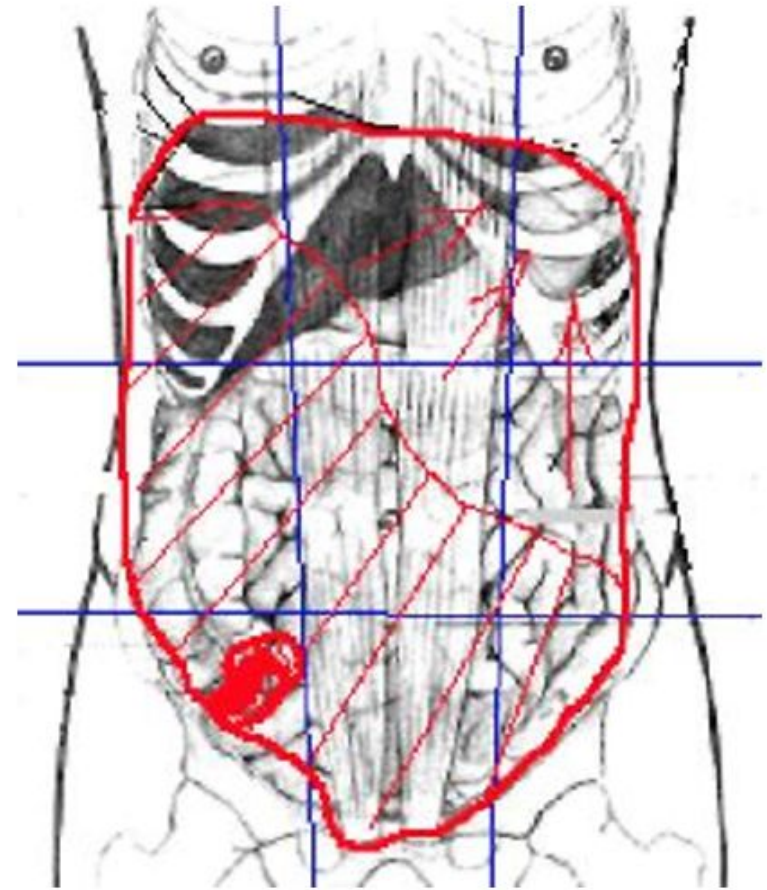
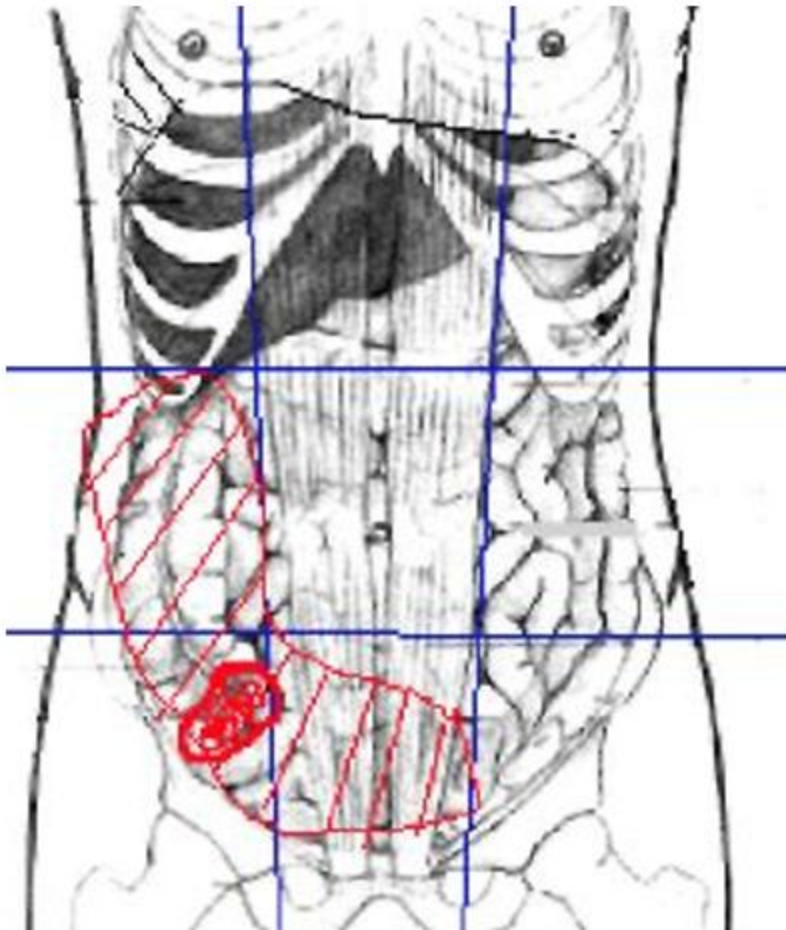
Фото 21. Периаппендикулярный абсцесс III стадии.

Сочетанный перитонит –

сочетание свободного гнойного выпота в брюшной полости с аппендикулярным абсцессом

(по сути – это сочетание свободного аппендикулярного перитонита с отграниченным; периаппендикулярный абсцесс при этом может быть разных стадий, а свободный перитонит – отграниченным либо разлитым (фото))

Периаппендикулярный абсцесс. Ограниченный перитонит. Периаппендикулярный абсцесс.
Разлитой перитонит.



**Тотальный абсцедирующий
перитонит – сочетание свободного
гнойного выпота в брюшной
полости с множественными
абсцессами брюшной полости**

**(самый тяжёлый вариант течения
аппендикулярного перитониту у детей,
своего рода – «абдоминальный сепсис»)**

В законченном виде
классификация аппендикулярного
перитонита у детей, исходя с
вышеизложенного, в свете
эндоскопического опыта его
лечения, может быть
представлена следующим образом

периаппендикулярный абсцесс (I,II,III)

Аппендикулярный перитонит
сочетанный

тотальный абсцедирующий
Свободные формы

ограниченный
разлитой

Абсцедирующие формы

периаппендикулярный абсцесс (I,II,III)

сочетанный

тотальный абсцедирующий

Получены интересные данные

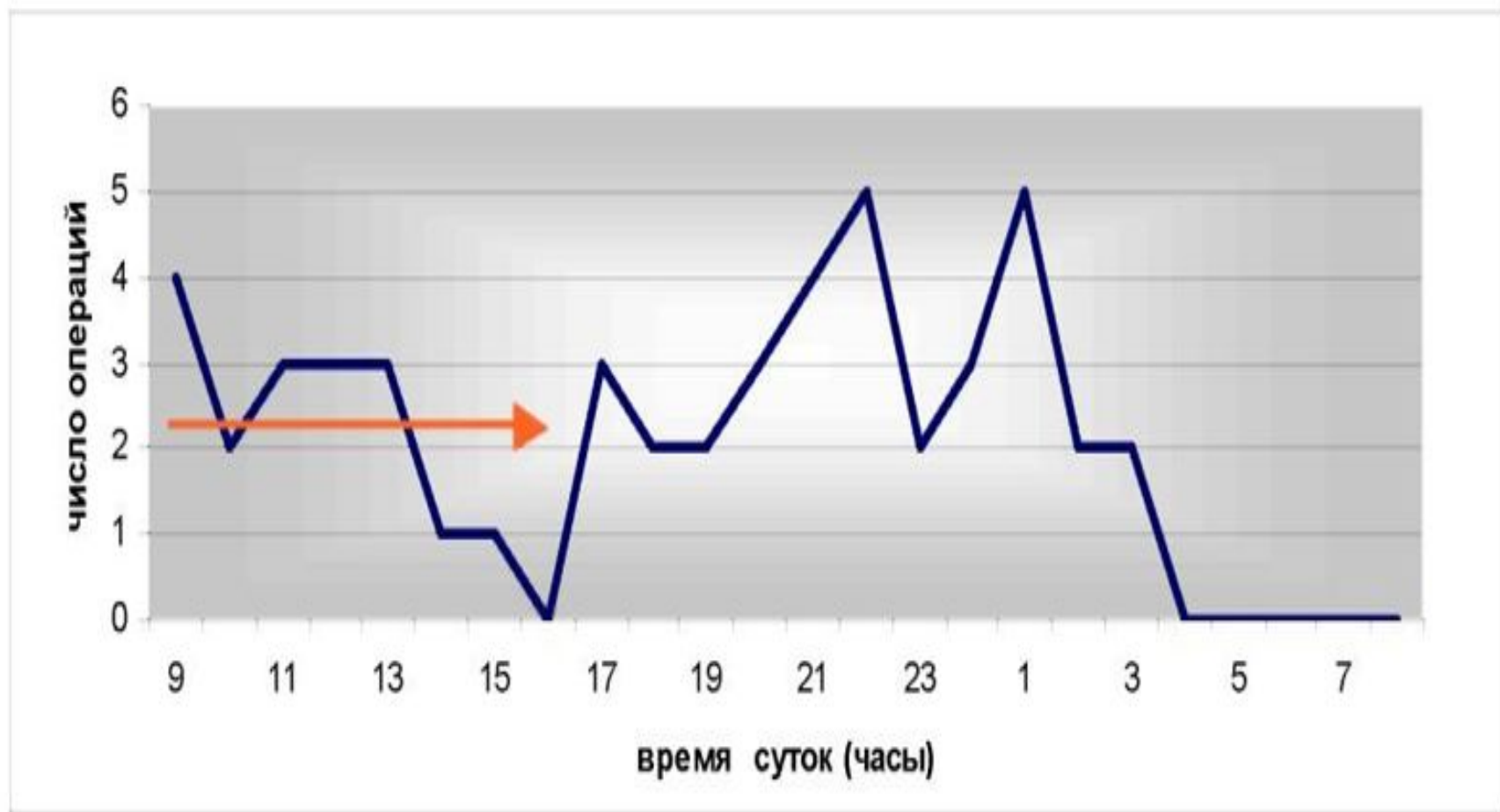
при почасовом анализе

количества операций при

аппендикулярном перитоните

на протяжении суток

Распределение операций при аппендикулярном перитоните по времени суток (n=49, 2001г.)



**Для объективизации стадии
аппендикулярного
перитонита, кроме
клинических данных,
целесообразно учитывать
также лапароскопическую и
ультразвуковую семиотику**

I-я стадия *(аппендикулярного перитонита)*

Клин

ика

Живот равномерно умеренно вздут.

**Перистальтика выслушивается во
всех отделах, ослаблена, неравномерна.**

Отмечается рвота без признаков

“застоя”

УЗИ-картина

**Петли кишечника равномерно
расширены до 20мм. Перистальтика
ослаблена, неравномерная. В малом
тазу отмечается небольшое
количество свободной жидкости**

Лапароскопия

Петли тонкой кишки слегка подвздуты, их передне-задний размер не превышает 20мм. Стенка кишки несколько отёчна, полнокровна. Видимая перистальтика ослаблена. В брюшной полости имеется небольшое количество гнойного выпота. Изменения на протяжении кишечника выражены неравномерно, преимущественно в терминальном отделе подвздошной кишки.

II-я стадия *(аппендикулярного перитонита)*

Клин

ика

Живот равномерно вздут.

**Перистальтика резко ослаблена,
выслушиваются единичные
кишечные шумы. Отмечается
многократная рвота «застойным»
содержимым.**

УЗИ-картина

Петли кишечника неравномерно расширены до 35мм. Видимая перистальтика отсутствует, движение химуса маятникообразное с поступательным компонентом.

Желчный пузырь обычной формы, содержимое неоднородное с осадком. В малом тазу и между петлями кишечника умеренное количество свободной жидкости.

Лапароскопия Петли

тонкой кишки умеренно вздуты, передне-задний размер от 20 до 35мм. Стенка кишки утолщена, местами с поперечной исчерченностью и фибринозными наложениями. Содержимое петель кишечника жидкое. Визуальная перистальтика резко ослаблена. Размеры желчного пузыря слегка увеличены. В брюшной полости умеренное количество гнойного выпота.

III-я стадия

(аппендикулярного перитонита)

Клин

ика

Выраженное вздутие живота.

Перистальтика не выслушивается.

Множественная рвота с примесью

«кишечного» содержимого.

УЗИ-картина

Во всех отделах брюшной полости визуализируются петли кишечника, диаметром более 35мм, заполненные жидким содержимым. Стенка кишки утолщена (>5мм). Движения химуса отсутствует. Желчный пузырь увеличен в объёме, заполнен аморфным содержимым с гиперэхогенными включениями, стенка желчного пузыря отёчна (двойной контур). Определение свободной жидкости в брюшной полости затруднено из-за скопления жидкости в просвете кишок.

Лапароскопия

Ткани передней брюшной стенки отёчны. Петли тонкой и толстой кишки резко вздуты, представляют собой “баллоны” с жидким содержимым, их диаметр превышает 35мм.

Стенка кишки с выраженными микроциркуляторными нарушениями, наложениями фибрина, легко ранима. Возможно образование спонтанных перфораций.

Перистальтика отсутствует. Во всех отделах брюшной полости большое количество гнойного выпота, между петлями кишок рыхлый спаечный процесс. Желчный пузырь перерастян, стенка его резко отёчна.

Лечение аппендикулярного перитонита

- 1. Предоперационная подготовка**
(продолжительностью не более 3 часов)
- 2. Оперативное вмешательство**
- 3. Послеоперационный период**

Критерии эффективности предоперационной подготовки

- **Снижение температуры тела**
 - **Уменьшение тахикардии**
 - **Увлажнение кожи и слизистых**
 - **Повышение ЦВД**
- **Восстановление почасового диуреза**

Цель оперативного вмешательства

- Устранение первичного очага инфекции**
- Санация брюшной полости**
- Рациональное дренирование брюшной полости**

**В связи с рекомендациями симпозиума
детских хирургов (г. Харьков, 2000г.) –
нецелесообразно промывать брюшную
полость после эвакуации
электроотсосом из неё гнойного
выпота**

**Если при разлитом перитоните не
рекомендуется промывать
брюшную полость, то при местном
неограниченном перитоните делать
это категорически запрещается из-за
реальной опасности распространения
инфекции**

**Резецировать большой сальник,
если в этом есть необходимость,
необходимо небольшими
порциями, а не единым блоком**

**В качестве дренажей брюшной
полости используют
перфорированные
полихлорвиниловые трубки или
перчаточную резину**

Основными направлениями лечебного процесса послеоперационного периода являются:

- Устранение гиповолемии**
- Проведение целенаправленной антибактериальной терапии**
- Борьба с интоксикацией**
- Коррекция метаболических нарушений**
- Борьба с парезом кишечника**
- Проведение полисиндромной симптоматической терапии**

**После выписки со стационара
больные, перенёсшие перитонит,
нуждаются в диспансерном
наблюдении и реабилитации,
сущность которых сводится к
проведению общеукрепляющего и
физиотерапевтического лечения,
направленного на профилактику
спаечного процесса в брюшной
полости.**



Благодарим за внимание !