

А.Ю. Горшков, Г.Н. Румянцева, А.Н. Казаков, А.А. Юсуфов, О.В. Колесникова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Кафедра детской хирургии, кафедра лучевой диагностики

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Ключевые слова: перитонит, абсцесс брюшной полости, аппендицит, дети.

Резюме. Лапароскопическая аппендэктомия давно является золотым стандартом лечения острого аппендицита и его осложнений у детей. Однако изучение литературы показало, что до сих пор распространены алгоритмы лечения перитонита аппендикулярного генеза, основывающиеся на открытых оперативных вмешательствах. Этой точки зрения придерживается большинство хирургов, оказывающих помощь взрослому населению. С развитием современных технологий, таких как лапароскопия и пункционно-дренирующие методики, обладающие явными преимуществами, результаты лечения достоверно улучшились. В данной публикации приведен анализ лечения детей с абсцедирующими формами аппендикулярного перитонита.

Введение. Появление новых малоинвазивных технологий позволяет не только обеспечивать контроль безопасности целевого хирургического вмешательства за счет лучшей визуализации анатомических структур, но и создавать новые классификации, обеспечивающие эффективные алгоритмы хирургических действий. Оперативная лапароскопия при перитоните обеспечила достоверную диагностику формы и распространенности патологического процесса, что привело к четкому выделению абсцедирующих форм, основной характеристикой которых является формирование в брюшной полости на фоне деструкции червеобразного отростка отграниченного скопления гнойного экссудата - абсцесса, как в виде изолированных гнойников, так и в сочетании со свободным гнойным выпотом. Патогенез образования, стадии формирования абсцессов и их сочетание со свободным гнойным выпотом определяют разновидности возможных абсцедирующих форм.

Приводим используемую нами классификацию острого аппендицита и его осложнений (О.В.Карасева, 2006): аппендицит неструктивный и деструктивный (флегмонозный, гангренозный). Различают следующие осложнения деструктивного аппендицита: 1. эмпиема червеобразного отростка; 2. вторичные висцериты; 3. перфорация червеобразного отростка; 4. аппендикулярный инфильтрат; 5. аппендикулярный перитонит с выделением свободной и ограниченной (абсцедирующей) формы. В свою очередь абсцедирующие формы подразделяют на: периаппендикулярный абсцесс (I, II, III стадии), сочетанный перитонит и тотальный абсцедирующий перитонит.

Таким образом, современная классификация предопределяет алгоритм хирургических действий при аппендикулярном перитоните. Эндоскопическая хирургия показана при периаппендикулярном абсцессе I, II стадии и сочетанном перитоните; при III стадии периаппендикулярного абсцесса – чрескожная пункция и дренирование абсцесса под ультразвуковым контролем; при разлитом тотальном, абсцедирующем перитоните - лапаротомия, цекостома, интубация кишечника.

Цель исследования. Анализ современного подхода лечения абсцедирующих форм аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы. Сообщение основано на анализе лечения 37 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери в 2023 году с различными вариантами абсцедирующих форм аппендикулярного перитонита. Пациенты поступали в сроки более 24 часа от начала заболевания и имели деструктивную форму острого аппендицита (острый гангренозно-перфоративный аппендицит), осложненную перитонитом и периаппендикулярным абсцессом. 1 группа - самая частая форма абсцедирующего перитонита – периаппендикулярный абсцесс I – 24 (64,9%) случая. Во 2 группу вошли дети (6 чел., 16,2%) с периаппендикулярным абсцессом II. 3 группа - пациенты с сочетанным перитонитом - 5 наблюдений (13,5%). В 4 группу вошли 2 случая с периаппендикулярным абсцессом III (5,4%) За период наблюдения случаев тотального абсцедирующего перитонита не было.

Результаты и их обсуждение. В 1 группе больным проводилась диагностическая лапароскопия, на которой выполнялось вскрытие и санация периаппендикулярного абсцесса I и аппендэктомия. Дренирование брюшной полости не проводилось, в связи с тщательной эвакуацией гноя и назначением комбинаций современных антибактериальных препаратов. Отказ от промывания брюшной полости предупреждает повреждение защитного барьера париетальной брюшины, приводящей к стимуляции клеточной пролиферации и развитию спаечного процесса. Вторая группа пациентов с периаппендикулярным абсцессом II, потребовала установки дренажа в полость разрушенного абсцесса, для полной эвакуации гноя. В 3 группе детей, имеющих сочетанный перитонит (периаппендикулярный абсцесс I или II и наличием свободных форм перитонита (ограниченный или разлитой)), проводилась санация брюшной полости, малого таза с установкой 2 дренажей: по Генералову в малый таз и в полость разрушенного абсцесса. Особенностью 1 наблюдения явилось оставление в брюшной полости аппендикса, который на фоне инфильтрата удалить не удавалось из-за высокого риска повреждения стенок кишечника. Метод малоинвазивного чрескожного дренирования под контролем УЗИ применялся у двух (5,4%) пациентов 4 группы. Показаниями для пункции абсцессов брюшной полости явились: эхографические признаки периаппендикулярного абсцесса III (наличие толстой капсулы и неоднородного внутреннего содержимого), хороший акустический доступ и объем

гнояника более 25 мл. После установки в полость гнояника дренажа, проводились ежедневные промывания растворами антисептиков и введения антибиотиков.

Все пациенты с абсцедирующими формами аппендикулярного перитонита, пролеченные согласно представленной тактике, выписаны с выздоровлением. Лапароскопическая аппендэктомия по неотложным показаниям была выполнена у 34 (91,9%) пациентов, остальным (дети 4 группы и один пациент 3 группы) интервальная (отсроченная), в плановом порядке. Интраоперационных осложнений и конверсий в исследуемых группах не было. Все дети выписаны из стационара с выздоровлением. Один случай лечения пациента с сочетанным перитонитом (в 3 группе) был связан с оставлением червеобразного отростка, ввиду риска десерозации прилегающих петель кишечника (спайки, отсутствие опыта разделения формирующегося инфильтрата) и кровотечения. В послеоперационном периоде возникли синдромы кишечной недостаточности и системного воспалительного ответа. Сроки пребывания больного в стационаре составили более 20 суток. Однако выполнение щадящей методики операции и применение массивной антибактериальной терапии позволило избежать таких серьезных осложнений как, ранняя спаечная кишечная непроходимость и образование кишечных свищей. Отсроченная аппендэктомия выполнена пациенту через 6 месяцев.

Выводы. Предложенная современная классификация абсцедирующих форм аппендикулярного перитонита, позволяет персонифицировать хирургический подход к лечению осложнений острого аппендицита. Лапароскопический метод лечения таких форм является наиболее точным для выявления распространенности поражения брюшины. При сочетанном перитоните необходима санация брюшной полости, вскрытие периаппендикулярного абсцесса с адекватным дренированием. При риске повреждения стенок кишечника возможно оставление червеобразного отростка. Эндоскопическая методика операции, массивная антибиотикотерапия, соблюдение программы реабилитационных мероприятий позволяет ликвидировать воспалительный процесс в брюшной полости и в последующем, через 6 месяцев, выполнить отсроченную аппендэктомию. Малоинвазивные методы лечения абсцессов брюшной полости у детей под контролем УЗИ обладают малой травматичностью и высокой эффективностью. Их использование способствует более быстрому излечению больных детей, предотвращая травматичные операции.

Список литературы.

1. Горшков А. Ю., Румянцева Г. Н., Марченко А. А., Козлова Н. Г., Портенко Ю. Г., Михайлова С. И. Выбор метода оперативного лечения и реабилитация девочек с аппендикулярным перитонитом // Современные технологии в медицинском образовании: междунар. Науч-практич. Посвящ. 100-летию Белорус. гос. мед. Ун-та (Минск, 1-5 ноября 2021)

2. Карасева О. В. Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей: дис. д-ра мед. наук: 14.00.35/ Карасёва Ольга Витальевна- М., 2006. 270 с.
3. Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Сергеечев С. П., Горшков А. Ю., Михайлова С. И. // Применение миниинвазивных технологий в лечении абсцедирующего перитонита. Том 24. Номер S1. год 2020 <https://elibrary.ru/item.asp?id=42484920>
4. Юсуфов А. А., Румянцева Г. Н., Горшков А. Ю., Казаков А. Н., Портенко Ю. Г. // Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковой навигацией при абсцессах брюшной полости у детей. Детская хирургия. Том 27. Номер S1. год 2023. <https://elibrary.ru/item.asp?id=50396711>
5. Яницкая М. Ю. Научное обоснование использования методов интервенционного ультразвука в диагностике и лечении хирургической патологии у детей: дисс. д-ра мед. наук: 14.01.19/ Яницкая Мария Юрьевна – Уфа. 2019 г. 296 с.