

Соколов Ю.Ю., Коровин С.А.

ВАРИАНТ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Российская медицинская академия последилового образования Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва; Тушинская детская городская больница, Москва

Sokolov Yu.Yu., Korovin S.A.

VERSION OF THE CLASSIFICATION ACUTE APPENDICITIS AND PERITONITIS IN CHILDREN

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Pediatric Surgery, Moscow; Tushinskaya City Children's Hospital, Moscow

Резюме

Работа посвящена обсуждению варианта практически ориентированной классификации аппендикулярного перитонита у детей. Рассмотрены положения, основополагающие при структурировании групп больных, исходя из возможностей и ограничений лапароскопических технологий.

Ключевые слова: аппендикулярный перитонит у детей, классификация, лапароскопия

Abstract

Work is devoted to discussion of variant of practically oriented classification appendicular a peritonitis at children. The positions being at fundamental in structuring groups of patients, based on the capabilities and limitations of laparoscopic techniques.

Key words: appendicular peritonitis in children, classification, laparoscopy

Дальнейшее улучшение результатов лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита (АП) в детском возрасте невозможно без обсуждения вопросов классификации заболевания [1, 3–5]. Широкое применение лапароскопии в последние годы не может не вносить коррективы как в трактовку интраоперационных данных, так и в хирургическую тактику. В ходе лапароскопии возможно адекватное определение распространенности поражения брюшной полости при аппендикулярном перитоните, что позволяет выполнить необходимый комплекс лечебных мероприятий.

Длительное время существовавшая и весьма успешно применявшаяся в нашей клинике классификация АП потребовала пересмотра с позиции лапароскопических методик, частота использования которых у больных с острым аппендицитом и перитонитом достигает 97%. На страницах специализированных изданий среди хирургов также продолжают дискуссии по вопросам классификации АП [2, 6–8]. Прошедший в Смоленске в апреле

2000 г. симпозиум детских хирургов, посвященный вопросам АП, подтверждает актуальность рассматриваемой проблемы, в связи с чем мы считаем необходимым изложить свои позиции по данному вопросу.

Материал и методы исследования

В основе настоящего исследования лежит ретроспективный анализ хирургического лечения с применением лапароскопических технологий 2828 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с острым аппендицитом и перитонитом, наблюдавшихся в 2005–2012 гг. в Тушинской детской городской больнице.

Результаты исследования

В группе 1939 больных с деструктивным аппендицитом и местным перитонитом или абсцессом I стадии лапароскопия была эффективна в большинстве наблюдений. Число конверсий в период освоения методики составило 19 (1%) случаев.

В группе 11 больных с распространенным перитонитом II стадии лапароскопия была эффективна у 9 (79%) больных, конверсия потребовалась в 3 (0,1%) наблюдениях.

У 99 больных с ограниченным перитонитом и у 249 больных с комбинированным АП III стадии отмечено наибольшее число конверсий – 66 (15%). Оперативное вмешательство в этих случаях было завершено из лапаротомного доступа в правой подвздошной области.

Обсуждение результатов исследования

Более 20 лет в клинике использовали классификацию АП, которая предусматривала его подразделение по степени распространенности на разлитой и ограниченный, а каждый из них – на три стадии. Учитывали также форму аппендицита, степень изменения брюшины, характер и количество выпота в брюшной полости, степень выраженности пареза кишечника. При ограниченных формах АП оценивали степень выраженности капсулы гнояника, в связи с чем в развитии периаппендикулярного абсцесса выделяли 3 стадии [1].

При ретроспективном анализе клинического материала было установлено, что наибольшую группу составили пациенты с деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом или абсцессами I стадии, которым были выполнены лапароскопическая аппендэктомия и в ряде случаев по показаниям дренирование брюшной полости однопросветным дренажом. При этом методика выполнения лапароскопической аппендэктомии не отличалась для всех форм деструктивного аппендицита. К тому же достоверная визуальная оценка в ходе лапароскопии распространенности гнойного выпота и возможность простой аспирации последнего из брюшной полости исключают, на наш взгляд, необходимость выделения I стадии перитонита.

Точно так же выделение I стадии абсцесса, когда в ходе вмешательства возможно полное разрушение сращений, в настоящее время не требует дополнительных мероприятий в ходе лапароскопической аппендэктомии. Все эти дети могут быть отнесены к группе больных с деструктивным аппендицитом.

Так называемая переходная стадия перитонита I–II служила показанием к санации брюшной поло-

сти путем одномоментного промывания ее раствором антисептика, что должно было предупредить развитие послеоперационных осложнений, связанных с возможной недооценкой распространенности поражения брюшной полости в ходе вмешательства из доступа в правой подвздошной области. По мере внедрения лапароскопии произошел отказ от расширения показаний к промыванию брюшной полости при перитоните I–II стадии. В связи с этим стадия перитонита I–II должна трактоваться как диффузный перитонит и обозначать вариант распространенного процесса, вышедшего за границы очага воспаления, что не требует активного промывания брюшной полости в ходе лапароскопического вмешательства.

В случаях распространенного перитонита II стадии хирургическая тактика включала лапароскопическую аппендэктомию и санацию (промывание раствором антисептика) брюшной полости с дренированием однопросветным дренажом.

Разлитой перитонит II–III стадии отражает обширное распространение воспалительного процесса в брюшной полости на фоне пареза кишечника, что до внедрения лапароскопии обычно требовало выполнения срединной лапаротомии. В настоящее время перитонит II–III стадии не исключает возможность адекватного вмешательства в лапароскопическом варианте. Указанные больные являются единичными в структуре аппендикулярного перитонита и требуют четкого соблюдения всех основных положений оперативного лечения тяжелых форм данной патологии.

При установлении III стадии разлитого, или тотального, перитонита выставляются показания для этапного лечения больного – повторных ревизий и санаций брюшной полости. Представленная форма АП не может быть успешно санирована одномоментно, что требует повторных санаций в ходе лапаротомии или лапароскопии. Все вышеперечисленные формы АП могут быть объединены в вариант распространенного перитонита, где одним из составляющих и основополагающих моментов оперативного лечения является санация брюшной полости.

Ограниченные формы АП в настоящее время необходимо рассматривать с позиции возможностей и ограничений метода лапароскопии. Когда после лапароскопической аппендэктомии сохраня-

лась остаточная гнойная полость, подобная ситуация расценивалась как абсцесс II стадии, требующий пролонгированного активного дренирования. При переходной II–III стадии абсцесса могут существовать ограничения для лапароскопической аппендэктомии, но вместе с тем имеются условия для удаления червеобразного отростка после конверсии.

Максимальная выраженность отграничения трактуется как абсцесс III стадии. В связи с этим сформировался стереотип мышления, что при абсцессе III аппендэктомия невыполнима. Вместе с тем технические трудности при аппендэктомии могут возникать и при менее выраженном отграничении, но при наличии других негативных факторов, таких как атипичная локализация червеобразного отростка, значительные размеры воспалительного инфильтрата, наличия механической кишечной непроходимости, что не всегда соответствует III стадии абсцесса. Наш опыт применения лапароскопии ставит под сомнение положение о противопоказаниях метода при III стадии абсцесса. Именно лапароскопия порой является единственным достоверным методом оценки возможности аппендэктомии и дренирования брюшной полости при отграниченном АП.

Таким образом, необходимость активного дренирования остаточной гнойной полости после лапароскопической (открытой) аппендэктомии или без нее позволяет нам отнести стадии абсцесса II и III в единую стадию отграниченных перитонитов – периаппендикулярных абсцессов.

При комбинированных формах АП сочетаются отграниченный (абсцесс) и распространенный процессы. Хирургическая тактика у данной категории больных определяется необходимостью активного дренирования остаточной полости абсцесса и санацией распространенного процесса.

Таким образом, накопленный опыт лапароскопических вмешательств позволил переосмыслить ранее применяемую в клинике классификацию АП и предложить практически ориентированную классификацию аппендицита у детей. В основе структу-

рирования больных с острым аппендицитом и АП лежат возможности и ограничения выполнения всего объема необходимых лечебных мероприятий при лапароскопии.

Исходя из вышеизложенного целесообразно предложить следующий вариант практически ориентированной классификации аппендицита:

1. деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный, перитонит I и абсцесс I стадии);
2. распространенный перитонит:
 - диффузный (перитонит I–II стадии);
 - разлитой (перитонит II, II–III стадии);
 - тотальный (перитонит III стадии);
3. отграниченный перитонит (периаппендикулярный абсцесс II–III, III стадии, аппендикулярный инфильтрат);
4. комбинированный перитонит.

Исходя из вариантов классификационной оценки острого аппендицита для каждой выделенной стадии задачами оперирующего хирурга являются:

1. лапароскопическая аппендэктомия;
2. лапароскопическая аппендэктомия, санация брюшной полости (в том числе ее промывание);
3. лапароскопическая аппендэктомия, активное дренирование полости гнойника;
4. лапароскопическая аппендэктомия, санация брюшной полости, активное дренирование полости гнойника.

Выводы

1. С внедрением в практику лапароскопии стало возможно предложить вариант практически ориентированной классификации острого аппендицита и перитонита.

2. Классификация предполагает разделение аппендицита и перитонита по распространенности и учитывает возможности и ограничения лапароскопических методик.

3. Для каждой выделенной стадии перитонита требуется необходимый объем оперативного вмешательства.

Список литературы

5. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапова А.В. Осложненный аппендицит у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.
6. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: Гэотар-Мед, 2002. – 404 с.
7. Рошаль Л.М., Карасева О.В. К вопросу классификации острого аппендицита и его осложнений // Российский педиатрический журнал. 2006. №2. С. 34–38.
8. Щитинин В.Е., Коровин С.А., Дворовенко Е.В. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей // Детская хирургия. 2000. №4. С. 13–15.
9. Щитинин В.Е., Коровин С.А. Современные взгляды на вопросы классификации аппендикулярного перитонита у детей // Российские медицинские вести. 2001. №1. С. 17–20.
10. George W. Holcomb III, Shawn D. St. Peter. Current Management of Complicated Appendicitis in Children // Eur. J. Pediatr. Surg. 2012. Vol. 22, N 1. P. 207–212.
11. Faiz S. C., Blackburn J. C. et al. Laparoscopic and conventional appendicectomy in children: outcomes in English hospitals between 1996 and 2006 // Pediatr. Surg. Int. 2008. Vol. 24, N 6. P. 1223–1227.
12. Iqbal C. W., Ostlie D. J. The Minimally Invasive Approach to Appendectomy: Is Less Better? // Eur. J. Pediatr. Surg. 2012. Vol. 22, N 1. P. 201–206.

Авторы

Контактное лицо:**Соколов
Юрий Юрьевич**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии РМАПО. E-mail: sokolov-surg@yandex.ru.

**КОРОВИН
Сергей Афанасьевич**

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии РМАПО. E-mail: korovinsa@mail.ru.