

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**

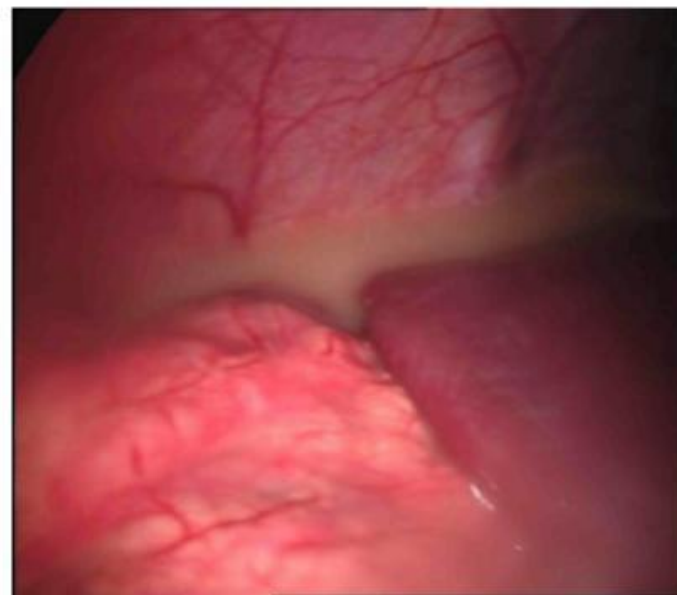
**С этих позиций, острые  
гнойные экссудативные  
процессы в брюшной полости  
можно разбить на свободные,  
отграниченные и их сочетание**

**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.

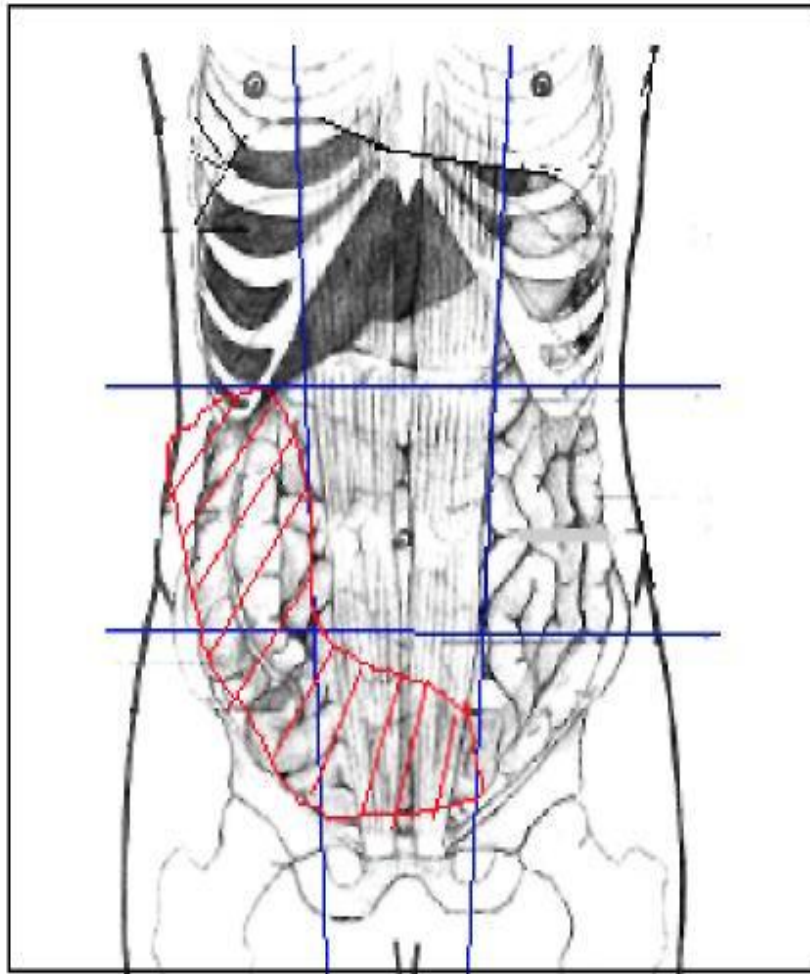


Рис. 1. Ограниченный перитонит.

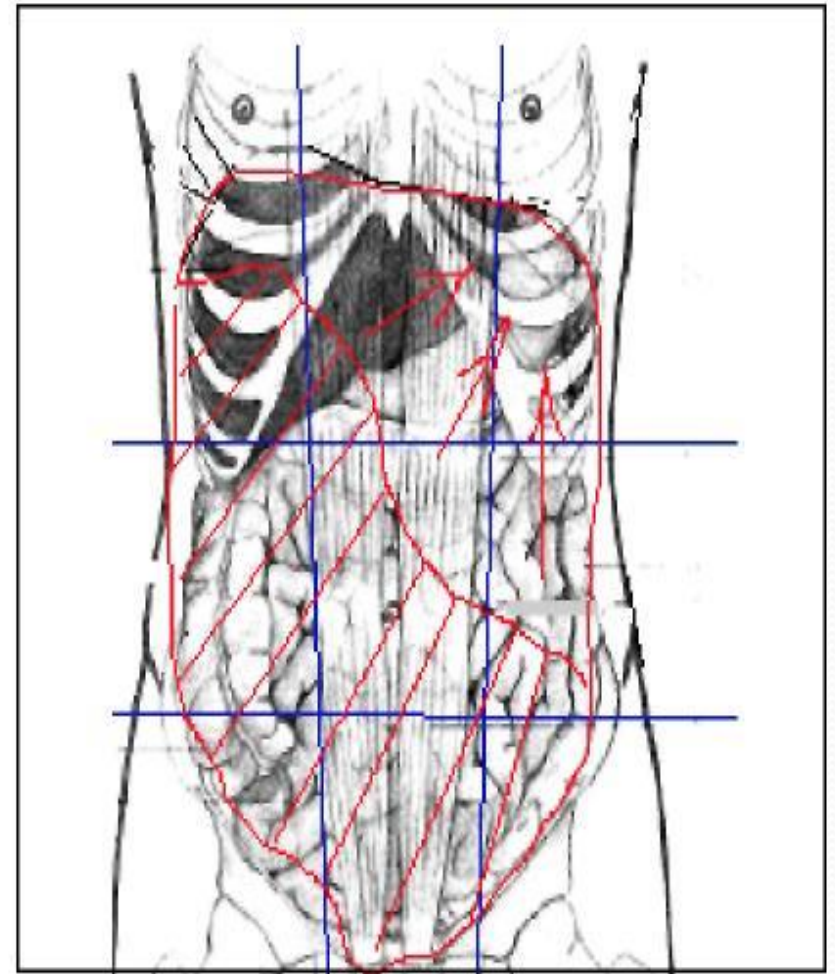


Рис. 2. Разлитой перитонит.



**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.

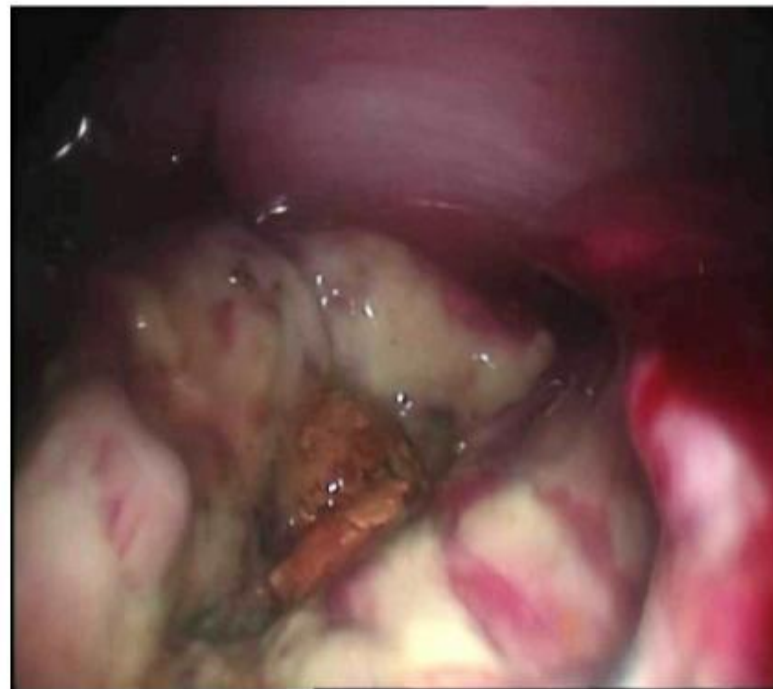
**II-я стадия - умеренно  
выраженные инфильтративные  
изменения в органах и тканях,  
формирующих стенки абсцесса;  
последние находятся в рыхлом  
спаечном процессе и хорошо визуально  
дифференцируются, что определяет  
возможность безопасного разрушения  
(фото)**



**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.**



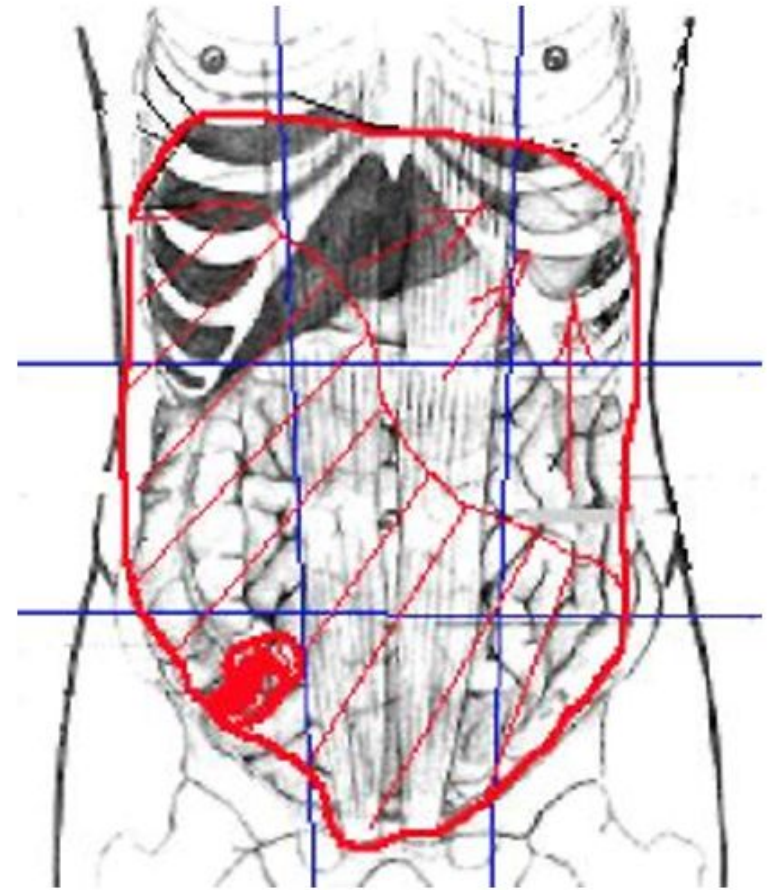
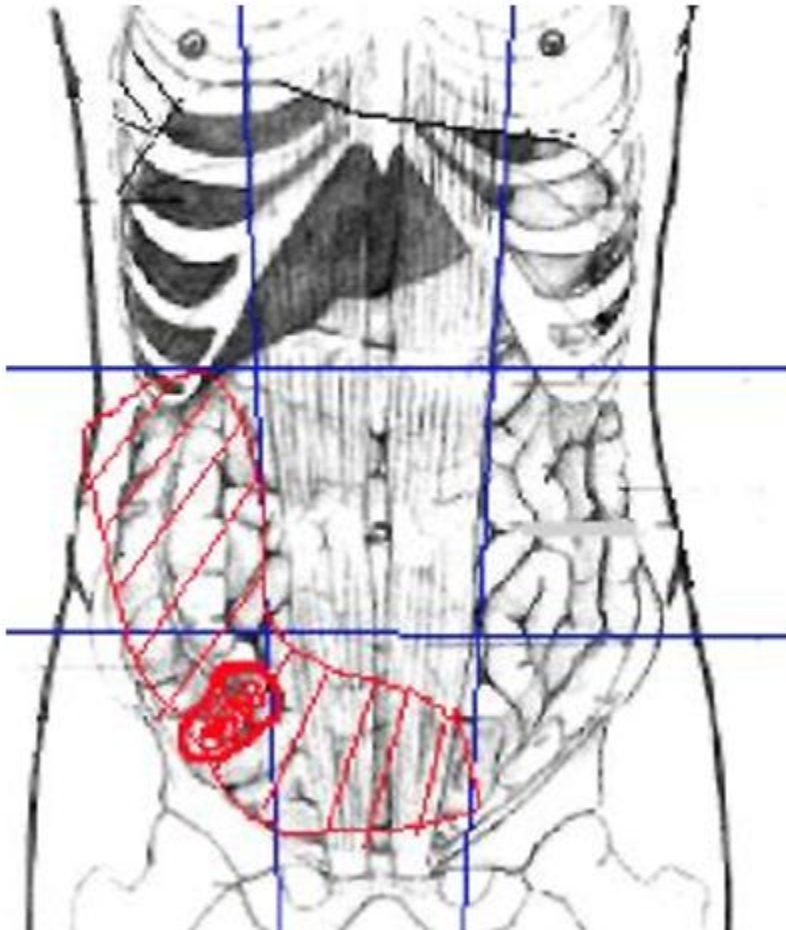
## **Сочетанный перитонит –**

**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**

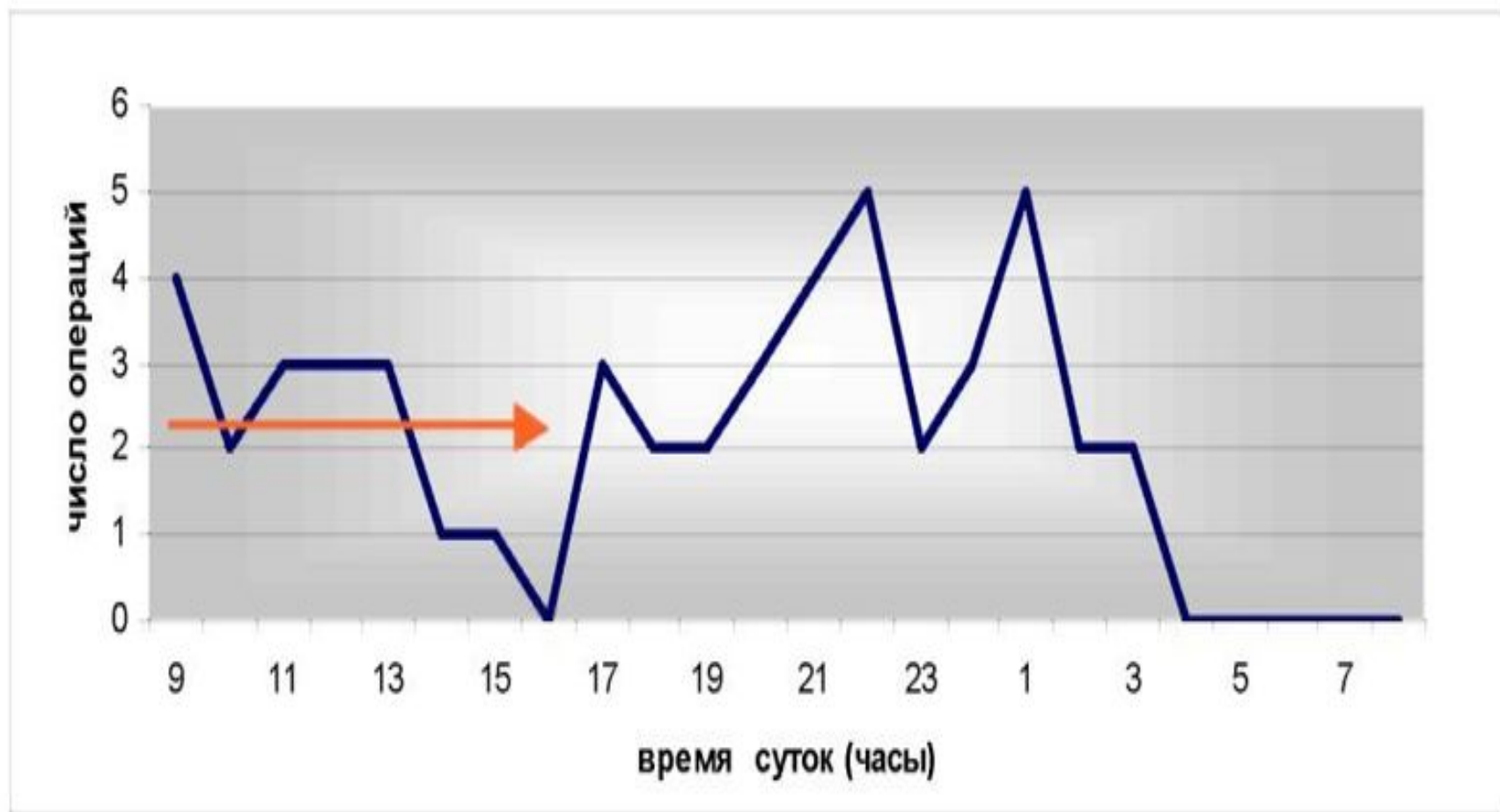
**количества операций при**

**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 !**