

ОТГРАНИЧЕННЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И.¹, Черевко В.М.¹, Свирский А.А.¹, Севковский А.И.²,
Севковский И.А.², Хомич В.М.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Детский хирургический центр, Минск, Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и лечения аппендикулярных перитонитов у детей на протяжении многих лет является предметом пристального внимания детских хирургов [2–4]. Однако до настоящего времени нередко случаи несвоевременной диагностики острого аппендицита, что ведет к развитию перитонита, в том числе отграниченного [1, 5]. При формировании отграниченного перитонита (ОП) в виде аппендикулярного инфильтрата или периаппендикулярного абсцесса исход воспалительного процесса зависит от правильно выбранной тактики лечения. В одних случаях это срочная операция в различных вариантах ее выполнения, в других – консервативное лечение инфильтрата до исчезновения воспаления с последующей плановой аппендэктомией. Отличается тактика и при отграниченном перитоните применительно к детям раннего возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Детском хирургическом центре с 2000 г. по 2012 г. оперировано 210 детей с отграниченными формами перитонита. Аппендикулярный инфильтрат был в 88 случаях (42%), абсцесс – в 122 (58%). Возраст детей варьировал от 1 года до 15 лет. Группу детей до 3 лет составили 17 больных (8,1%). Длительность заболевания до госпитализации – $3,2 \pm 1,5$ суток в среднем. До суток поступило 26 больных (12,4%), свыше суток – 184 (87,6%). Столь позднее поступление пациентов обусловлено поздней обращаемостью за медицинской помощью и ошибками врачей на догоспитальном этапе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика отграниченного перитонита, особенно периаппендикулярных абсцессов у детей, представляет определенные трудности. У большинства больных, имевших периаппендикулярные абсцессы, диагноз до операции был «острый аппендицит» или «острый аппендицит, перитонит». Локализовались абсцессы соответственно топографии червеобразного отростка: в подвздошной ямке 39,5%, ретроцекально – 37,2%, в тазу – 13,9%, медиально – 9,6%. У одного больного абсцесс был под печенью и еще у одного ретроперитонеально. Существенную оптимизацию диагностического процесса обеспечило внедрение УЗ- и КТ-исследований, а также лапароскопии. Наиболее сложная с точки зрения диагностики медиальная локализация инфильтрата, при которой УЗИ исследование и компьютерная томография брюшной полости

оказались малоинформативными. В этих случаях (4 наблюдения) обследование дополнялось ирригоскопией.

Хирургическое лечение периаппендикулярных абсцессов заключалось в их вскрытии, эвакуации гноя при помощи аспиратора для предотвращения инфицирования брюшной полости, удалении червеобразного отростка. Объем содержимого абсцесса составлял от 1,0 до 20 мл ($3,0 \pm 1,2$). Полость абсцесса дренировалась с использованием тампона «сигары» или дренажей Пенроуза и Джексона–Пратта. В случаях, когда гнойный выпот обнаруживался за пределами абсцесса, выполнялся лаваж брюшной полости физиологическим раствором до чистых промывных вод.

Аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования диагностирован при первичном осмотре у 19 больных, на операции – в 69 случаях. При оперативном лечении проводилось разделение тканей инфильтрата, аппендэктомия. В 10 наблюдениях (9,5% случаев) отросток не удалось выделить из ткани инфильтрата. В этих случаях оставлялся дренаж в брюшной полости, проводилось консервативное лечение до исчезновения инфильтрата. Аппендэктомия проводилась в плановом порядке через 6 и более месяцев с использованием лапароскопической методики. Причиной образования периаппендикулярных абсцессов и аппендикулярных инфильтратов во всех случаях был острый гангренозный перфоративный аппендицит.

В период с 2008 г. по 2012 г. 20 (14,8%) пациентов с аппендикулярными инфильтратами были вылечены консервативно. Консервативное лечение у детей старшей возрастной группы проводили при наличии плотного, малоболезненного аппендикулярного инфильтрата и при удовлетворительных клинико-лабораторных показателях. При безуспешном консервативном лечении инфильтрата, в случае его абсцедирования пациенты были оперированы в срочном порядке. В неясных случаях операции предшествовала диагностическая лапароскопия. Она была выполнена у 23 больных (11% от числа оперированных). У детей раннего возраста при выявлении аппендикулярного инфильтрата применялась активная хирургическая тактика. Ввиду рыхлых сращений тканей инфильтрата их удалось разделить во всех случаях и выполнить аппендэктомию. По показаниям осуществлялся лаваж брюшной полости.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при отграниченном перитоните у детей остается важной проблемой.
2. Соотношение периаппендикулярных абсцессов и аппендикулярных инфильтратов среди пациентов 1:0,7.
3. Периаппендикулярный абсцесс и аппендикулярный инфильтрат имеют сходную клиническую картину, но требуют разных подходов к лечению.
4. В дифференциальной диагностике отграниченного перитонита важная роль отводится УЗ-исследованию и лапароскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостинцев, В.К., Сажин, В.П., Авдовенко, А.Л. Перитонит. – М., 2002.
2. Карасева, О.В., Рошаль, Л.М., Брянцев, А.В. и др. // Детская хирургия. – 2007. – № 3. – С. 23–27.