

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps901>

EDN: GKZQGG

Комментарий к статье «К вопросу о классификации перитонита у детей»

О.В. Карасева

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошала, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Данный комментарий посвящён обсуждению статьи А.С. Сафарова, А.М. Шарипова, Б.А. Сафарова, Х.З. Зарипова и А.Т. Корохонова «К вопросу о классификации перитонита у детей», в которой авторы выносят на обсуждение детских хирургов собственную единую унифицированную классификацию перитонита у детей, основанную на изучении отечественных и зарубежных источников по данной проблеме с учётом личного многолетнего опыта диагностики и лечения патологии, в ожидании предложений специалистов с целью усовершенствования данной классификации.

По мнению рецензента, статья представляет собой обзор литературы по проблеме классификации перитонита. Предложенные рубрики не несут в себе новизны и неоднозначны в трактовке авторов. В комментарии обсуждаются очевидные несоответствия и дискуссионные вопросы. По мнению рецензента, представленные авторами рубрики либо уже существуют, либо недостаточно обоснованы, а систематизация перитонита по различным критериям уже создана и достаточна. Для детской хирургии, как и для хирургии в целом, наиболее актуально упорядочить терминологию, описывающую характер и распространённость воспалительного процесса в брюшной полости, от которой непосредственно зависит хирургическая тактика. В предложенной классификации терминологическая путаница, к сожалению, сохраняется.

Редакция журнала «Детская хирургия» предлагает детским хирургам продолжить дискуссию на страницах нашего издания: приветствуется как ваше личное мнение, так и внесение предложений по обозначенной теме.

Ключевые слова: классификация; перитонит; дети; дискуссия.

Как цитировать:

Карасева О.В. Комментарий к статье «К вопросу о классификации перитонита у детей» // Детская хирургия. 2025. Т. 29, № 5. С. 327–331. DOI: 10.17816/ps901 EDN: GKZQGG

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps901>

EDN: GKZQGG

Comments to the Article “On the Classification of Peritonitis in Children”

Olga V. Karaseva

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Dr. Roshal's Clinic, Moscow, Russia

ABSTRACT

The present commentary remark is devoted to the discussion raised by authors A.S. Safarov, A.M. Sharipov, B.A. Safarov, H.Z. Zaripov and A.T. Korokhonov in their article “On the classification of peritonitis in children”, in which the authors propose to pediatric surgeons their own unified classification of peritonitis in children. Their classification is based on the information taken from domestic and foreign sources, as well as on their own personal long-term experience in the diagnostics and management of children with peritonitis. The authors are also waiting for suggestions from other specialists to improve this classification.

By the reviewer, this article is a literature synopsis on the classification of peritonitis. The proposed headings do not have any novelty and are ambiguous in authors' interpretation. The present commentary remark underlines obvious inconsistencies and controversial issues. The reviewer also considers that the rubrics proposed by the authors are either known or are not sufficiently substantiated, while the peritonitis systematization by various criteria has already been created and is sufficient. In pediatric surgery, as well as in surgery in general, it is most important to gradate terminology describing the nature and extension of inflammatory process in the abdominal cavity, what directly defines a surgical tactics. Unfortunately, in the proposed classification the terminological confusion still persists.

The Editorial Board of the Russian Journal of Pediatric Surgery invites pediatric surgeons to continue this discussion on the journal pages: you are welcome to express your own opinion or to make your proposals on the discussed issue.

Keywords: classification; peritonitis; children; discussion.

To cite this article:

Karaseva OV. Comments to the Article “On the Classification of Peritonitis in Children”. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2025;29(5):327–331. DOI: 10.17816/ps901 EDN: GKZQGG

ВВЕДЕНИЕ

В статье «К вопросу о классификации перитонита у детей» авторы предлагают для обсуждения оригинальную унифицированную классификацию перитонита. С позиций наиболее часто применяемых в Российской Федерации классификаций аппендикулярного перитонита у детей, в которых используется большое число терминов, в том числе синонимов (ограниченный, отграниченный, местный, местный отграниченный, местный неограниченный, распространённый, диффузный, разлитой и т.д.), эта задача, на первый взгляд, кажется актуальной [1–6], однако при ближайшем рассмотрении основная проблема кроется не в создании новых классификаций, а в упорядочивании синонимов.

ОРИГИНАЛЬНАЯ УНИФИЦИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ: МНЕНИЕ, ОБСУЖДЕНИЕ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Согласиться с авторами в оригинальности предложенных рубрик систематизации перитонита довольно сложно: большинство из них представлено в любом руководстве по абдоминальной хирургии или общей патологии [2, 5, 7–9] и не вносит ничего нового ни с позиции этиопатогенеза, ни с позиции использования в практической работе. Так, подобная, но более корректная систематизация представлена в новой редакции клинических рекомендаций «Острый аппендицит и перитонит у детей» (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/64_2):

- По причинам возникновения:
 - первичный (гематогенный или лимфогенный);
 - вторичный (наличие очага инфекции в брюшной полости);
 - третичный (вследствие синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса).
- По распространённости:
 - местный (одна анатомическая область);
 - распространённый (несколько областей брюшной полости).
- По характеру экссудата:
 - серозный;
 - серозно-фибринозный;
 - фибринозно-гнойный;
 - гнойный;
 - желчный;
 - панкреатогенный;
 - каловый;
 - мочевой.
- Осложнения:
 - системные: сепсис; септический шок; полиорганная недостаточность;

— со стороны брюшной полости: синдром интраабдоминальной гипертензии; синдром кишечной недостаточности; спаечно-кишечная непроходимость (ранняя, поздняя); инфильтрат брюшной полости; абсцесс брюшной полости.

Представленная выше систематизация перитонита в новой редакции клинических рекомендаций не несёт ничего нового и неизвестного, не основана на изменении наших взглядов на этиопатогенез перитонита и не может быть оригинальной классификацией, как и предложенная авторами обсуждаемой статьи. По сути дела, в статье представлена не оригинальная унифицированная классификация перитонита у детей, а обзор литературы по проблеме, причём некоторые рубрики вызывают дискуссию, поскольку трактовка авторов статьи отличается от общепринятого и доказанного этиопатогенеза перитонита.

Этиопатогенез перитонита с позиций общей патологии у детей и взрослых не имеет значимых различий [5, 8–12]. Основное различие в заболеваниях, которые более характерны для детей, например некротизирующий энтероколит, заложено и в течении заболевания, обусловленном анатомо-физиологическими особенностями детского возраста [1, 2, 5]. С этих позиций целесообразно использовать не новую унифицированную классификацию с одиннадцатью рубриками, которые по умолчанию уже существуют, а классификацию заболевания, в которой будут отражены особенности заболевания и перитонита как осложнения этого заболевания.

Следует остановиться на некоторых дискуссионных моментах, обсуждаемых авторами, которые могут внести дополнительную путаницу в существующие на настоящий момент взгляды на этиопатогенез перитонита.

Так, в рубрике 2 разделение перитонита на основе его этиопатогенеза на первичный, вторичный и третичный общепринято. В зарубежной литературе наиболее популярна классификация D. Whittmann (1990), которая преимущественно основана на происхождении перитонита, и в том числе выделяет третичный перитонит:

- Первичный перитонит:
 - криптогенный перитонит детского возраста;
 - криптогенный перитонит взрослых;
 - перитонит у пациентов, находящихся на постоянном перитонеальном диализе;
 - туберкулёзный перитонит.
- Вторичный перитонит:
 - А. Перфоративный перитонит (острый спонтанный); перфорация на протяжении желудочно-кишечного тракта; некроз кишки; пельвиоперитонит; перитонит после транслокации бактерий.
 - Б. Послеоперационный перитонит: недостаточность анастомозов; недостаточность швов при ушивании кишки; недостаточность культи.
- Третичный перитонит (распространённый перитонит либо без патогенов, либо вызванный грибами или условно-патогенными микроорганизмами,

при отсутствии определяемого инфекционного очага в послеоперационном периоде после вторичного перитонита. Указанное состояние предполагает выраженную иммунологическую дисфункцию у пациента.

С этих позиций перитонит — инфекционный процесс с различным патогенезом. Нельзя согласиться с тем, что пельвиоперитонит, при котором источником инфекции являются внутренние половые органы (маточные трубы), является первичным, как и с тем, что гематогенный и асцит-перитонит могут располагаться в одной рубрике, поскольку термин «гематогенный» действительно отражает путь распространения инфекционного агента, а термин «асцит» полностью себя исчерпывает и не является морфологической характеристикой «воспаления брюшины».

Нельзя согласиться также с формальной трактовкой третичного перитонита и его разделением на вялотекущий и прогрессирующий применительно к осложнённому течению аппендикулярного перитонита, когда на 3–4-е послеоперационные сутки речь идёт о развитии послеоперационных осложнений.

В рубрике 3 выделение асептического перитонита не является научной новизной, поскольку с позиций патоморфологии перитонит — это любое воспаление брюшины (асептическое или инфекционное). Однако авторы не разделяют асцит и перитонит, которые являются абсолютно разными патологическими процессами, приводящими к накоплению жидкости в брюшной полости.

Рубрика 4 вносит дополнительную путаницу в систематизацию. Например, перфоративный перитонит может быть и травматическим, и внутриутробным, и послеоперационным. Что означает термин «контактный» — непонятно.

Рубрики 5 и 6 общеприняты: это не столько систематизация перитонита, сколько характеристика воспалительного процесса.

Рубрика 7 (по распространённости) и рубрика 9 (по характеру патологического процесса) — основные для хирургов, поскольку определяют хирургическую тактику. В статье авторы повторяют терминологическую дискуссию об использовании того или иного термина и опять-таки предлагают использовать неоднозначные термины. Чем отличается «местный неограниченный» от «диффузного» в предложенной авторами классификации?

Терминология систематизации перитонита по распространённости и характеру патологического процесса — самый сложный и очень важный вопрос, однако, учитывая историю этого вопроса, не может быть решён одновременно. На наш взгляд, необходимо отказаться от неопределённых терминов в пользу слов, чётко определяющих характер и распространённость патологического процесса. Целесообразно выделять три основные формы воспалительного процесса в брюшной полости — инфильтрат, абсцесс, перитонит. Форма и распространённость воспалительного процесса в брюшной полости

(инфильтрат, абсцесс, свободный гнойный выпот и их сочетание) определяют лечебную стратегию и хирургическую тактику. С этих позиций, инфильтрат — плотный воспалительный конгломерат, состоящий из петель кишок и сальника, формирующийся в брюшной полости на фоне инфекционного очага. Инфильтрат определяется при пальпации через переднюю брюшную стенку и хорошо визуализируется при ультразвуковом исследовании. Нецелесообразно подразделение инфильтрата на рыхлый и плотный, горячий и холодный, поскольку как «рыхлый инфильтрат», представляющий собой начальный, легко разрушающийся, слипчивый процесс между петлями кишок в зоне воспаления, так и «горячий», или абсцедирующий инфильтрат, представляющий собой абсцесс, не отражают определение инфильтрата. При отсутствии плотного, пальпируемого через переднюю брюшную стенку образования процесс некорректно называть инфильтратом, а при наличии отграниченного гнойного экссудата воспалительный процесс имеет исчерпывающее название — абсцесс.

Абсцесс — отграниченное скопление гнойного выпота. Разделение абсцессов на стадии было предложено С.Я. Долецким с соавт. [1] для периаппендикулярного абсцесса и актуально для классификации осложнённого аппендицита, но экстраполяция этого подразделения на другие заболевания вызывает сомнения.

Понимание перитонита как воспаления брюшины в широком смысле слова правомерно с позиций общей патологии [8, 9], но не отвечает запросам клиницистов. В клинической практике под перитонитом хирург понимает наличие свободного выпота в брюшной полости — распространённый перитонит. Распространение воспалительного процесса более чем на три анатомические области, как правило, сопровождается усилением интоксикационного синдрома, нередко с развитием абдоминального сепсиса [3]. Вовлечение в воспалительный процесс всех отделов брюшной полости с формированием осумкованных абсцессов сопровождается развитием синдрома интраабдоминальной гипертензии, абдоминального сепсиса, что требует максимального объёма интенсивной терапии и специальных приёмов хирургического лечения [3]. С этих позиций целесообразно подразделение на диффузный, разлитой и тотальный.

Рубрика 8 повторяет хорошо известное выделение стадий с чёткими временными промежутками, которые в зависимости от этиологии и реактивности организма ребёнка могут значительно варьировать, но не должны становиться критериями классификации. На современном этапе развития медицины критических состояний имеются более надёжные инструменты — шкалы оценки тяжести состояния пациента (SOFA, APACHE), которые и должны быть использованы с верификацией таких осложнений, как синдром кишечной недостаточности, синдром интраабдоминальной гипертензии, синдром полиорганной недостаточности, сепсис.

Рубрика 10 (осложнения) повторяет хорошо известные осложнения перитонита.

Исход (рубрика 11) — единственная рубрика, которая действительно редко обсуждается в литературе, поскольку исход, как правило, оценивают для нозологической формы, осложнением которой является перитонит. Однако и здесь к трактовке авторов возникают вопросы. Выздоровление с развитием поздних осложнений не может трактоваться как «выздоровление».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, невозможно поддержать предложенную оригинальную унифицированную классификацию перитонита у детей, поскольку рубрики, представленные авторами, либо уже существуют, либо недостаточно обоснованы. На наш взгляд, систематизация перитонита по различным критериям уже создана, и она достаточна. Для детской хирургии, как и для хирургии в целом, наиболее актуальным будет упорядочить терминологию, описывающую характер и распространённость воспалительного процесса в брюшной полости, от которой непосредственно зависит хирургическая тактика.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Автор одобрил рукопись (версию для публикации), а также согласился нести ответственность за все аспекты работы,

гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Автор заявляет об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы автор не использовал ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: Author provided approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The author have no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: The author did not utilize previously published information (text, illustrations, data) in conducting the research and creating this paper.

Generative AI: Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review: This paper was submitted to the journal on an initiative basis and reviewed according to the usual procedure.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Doletsky SYa, Shchitinin VE, Arapova AV. *Complicated appendicitis in children*. Leningrad: Meditsina; 1982. 190 p. (In Russ.)
2. Isakov YuF, Stepanov EA, Krasovskaya TV. *Abdominal surgery in children*. A guide. Moscow: Meditsina; 1988. 414 p. (In Russ.)
3. Roshal LM, Karaseva OV. To the classification of acute appendicitis and its complications. *Russ Pediatr J*. 2006;(2):34–37. EDN: RUZQBZ
4. Sokolov YuYu, Korovin SA. Version of the classification acute appendicitis and peritonitis in children. *Russ J Pediatr Surg Anest Intensiv Care*. 2013;3(1):28–31. EDN: PZVTQX
5. Averyanova YuV, Akinshina AD, Aliev MD, et al. *Pediatric surgery*. National guidelines. Razumovsky AY, editor. 2nd revised and updated. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. 1280 p. (In Russ.) doi: 10.33029/9704-5785-6-PSNR-2021-2-1-1280 EDN: CYXTIN
6. Bairov GA. *Emergency surgery for children*. A guide for doctors. Saint Petersburg: Peter-press; 1997. 464 p. (Series: Practical Medicine). (In Russ.) EDN: VDSZEN
7. Ashcraft KW, Holder TM. *Pediatric surgery*. The first edition is in Russian. In 3 vol. Vol. 2. Saint Petersburg: Pit-Tal; 1996. P. 93–97. (In Russ.)
8. Davydovsky IV. *Pathological anatomy and pathogenesis of human diseases*. 3rd revised and updated. Moscow: Meditsina; 1956–1958. In 2 vol. (In Russ.)
9. Strukov AI, Serov VV. *Pathological anatomy*. A textbook for medical students. Moscow: Meditsina; 1979. 528 p. (In Russ.)
10. Savchuk BD. *Purulent peritonitis*. Moscow: Meditsina; 1979. 191 p. (Series: Library of a practical doctor). (In Russ.)
11. Fedorov VD, Gostischev VK, Ermolov AS, Bognitskaya TN. Modern concepts of the classification of peritonitis and systems for assessing the severity of patients' condition. *Pirogov Russ J Surg*. 2000;(4):58–62. (In Russ.) EDN: SKOTBH
12. Tsuman VG. On the classification of peritonitis in children. *Russ J Pediatr Surg*. 1998;(2):44–45. (In Russ.)

ОБ АВТОРЕ

Карасева Ольга Витальевна, д-р мед. наук;
адрес: Россия, 119180, Москва, ул. Большая Полянка, д. 20;
ORCID: 0000-0001-9418-4418;
eLibrary SPIN: 7894-8369;
e-mail: karaseva.o@list.ru

AUTHOR'S INFO

Olga V. Karaseva, MD, Dr. Sci. (Medicine);
address: 20 Bolshaya Polyanka st, Moscow, Russia, 119180;
ORCID: 0000-0001-9418-4418;
eLibrary SPIN: 7894-8369;
e-mail: karaseva.o@list.ru