

©П. В. Гоциньський

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»***ПЕРВИННИЙ ПЕРИТОНІТ У ДІТЕЙ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ**

ПЕРВИННИЙ ПЕРИТОНІТ У ДІТЕЙ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ. Проаналізовано 83 стаціонарні карти хворих на перитоніт дітей за 2004–2014 роки. Проведено також аналіз клініки первинного перитоніту (ПП) з перитонітом апендикулярного походження (ПАП) у дітей з метою виявлення особливостей його перебігу. Серед пацієнтів з ПП переважали дівчатка віком 4–8 років із супутніми захворюваннями дихальної, статевої чи сечовивідної системи. Внаслідок збігу клінічних ознак при ПП та ПАП провести диференційну діагностику до оперативного втручання складно. Тому для уточнення діагнозу, на нашу думку, слід брати до уваги характер випоту в черевній порожнині, бактеріологічне дослідження ексудату з черевної порожнини та візуальні зміни органів черевної порожнини, що можна виявити під час її ревізії або при проведенні діагностичної лапароскопії.

ПЕРВИЧНИЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ. Проанализированы 83 стационарные карты больных перитонитом детей за 2004–2014 годы. Проведен также анализ клиники первичного перитонита (ПП) с перитонитом аппендикулярного происхождения (ПАП) у детей с целью выявления особенностей его течения. Среди пациентов с ПП преобладали девочки в возрасте 4–8 лет с сопутствующими заболеваниями дыхательной, половой или мочевыделительной системы. Вследствие стечения клинических признаков при ПП и ПАП провести дифференциальную диагностику до оперативного вмешательства сложно. Поэтому для уточнения диагноза, по нашему мнению, следует принимать во внимание характер выпота в брюшной полости, бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости и визуальные изменения органов брюшной полости, что можно обнаружить во время ее ревизии или при проведении диагностической лапароскопии.

PRIMARY PERITONITIS IN CHILDREN, PECULIARITIES OF THE COURSE AND DIAGNOSTICS. 83 case histories of pediatric patients with peritonitis during the period of 2004–2014 were analyzed. It was studied the clinic between primary peritonitis (PP) and peritonitis of appendicular origin (PAO) in children to identify features of its course. Among patients with PP dominated girls aged 4–8 years with concomitant diseases of the respiratory, reproductive or urinary system. Due to a confluence of clinical signs with PP and PAO to conduct differential diagnosis prior to surgery is difficult. Therefore, to clarify the diagnosis, in our opinion, it should be taken into account the nature of effusion in the abdominal cavity, bacteriological examination of fluid from the abdominal cavity and visual changes of the abdominal cavity, which can be found during its revision or during diagnostic laparoscopy.

Ключові слова: первинний перитоніт, діагностика, діти.

Ключевые слова: первичный перитонит, диагностика, дети.

Key words: primary peritonitis, diagnosis, children.

ВСТУП. Первинний перитоніт (ПП) у дітей залишається актуальною проблемою щодо діагностики, лікування та реабілітації після проведеного оперативного втручання. За даними різних авторів, поширеність ПП у дітей серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини складає від 1 до 5 % [2, 4, 6, 9, 20].

До цього часу відсутній систематизований підхід до діагностики та лікування дітей із ПП, а також недостатньо розроблені клінічні та лабораторні критерії його диференційної діагностики [1, 3, 5, 7, 13, 14, 18]. Різне трактування патогенезу ПП, труднощі у проведенні диференційної діагностики, особливо з гострим апендицитом, зумовлюють певні труднощі при виборі методу лікування [10–12, 15, 17, 19]. Більшість авторів дотримується активної хірургічної тактики та сходиться на тому, що при сумнівному діагнозі «первинний перитоніт» і підозрі на гострий деструктивний апендицит необхідно виконувати оперативне втручання. Як правило, остаточний діагноз встановлюється під час операції [7, 8, 16, 17, 21, 22].

Усе це спонукає до пошуку специфічних ознак перебігу ПП для проведення диференційної діагно-

стики із вторинним перитонітом, переважно апендикулярного походження (ПАП).

Мета дослідження – провести ретроспективний аналіз клініки ПП у дітей для виявлення особливостей його перебігу порівняно з ПАП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проаналізовано 83 стаціонарні карти хворих на перитоніт дітей за 2004–2014 роки, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні КУТОР «ТОДКЛ». Із них, після ознайомлення з протоколами оперативних втручань і даними гістологічних досліджень червоподібного відростка, мікробіологічного дослідження ексудату з черевної порожнини, виділено групу хворих (35 випадків) на ПП (1 група) та порівняльну групу хворих (48 випадків), у яких причиною перитоніту був гострий деструктивний апендицит (2 група). Вік пацієнтів – від 4 до 14 років.

Аналіз перебігу перитоніту в обох групах хворих базувався на загальноклінічних даних, даних лабораторних, гістологічних, мікробіологічних обстежень, що були наведені у картах стаціонарних хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналіз даних наших досліджень показав, що се-

ред пацієнтів із ПП переважали дівчатка – 32 (91,4 %), віком 4–8 років – 19 (54,3 %). Разом з тим, співвідношення хлопчиків до дівчаток у 2 групі хворих дещо інше – 30 випадків проти 18 (62,5 та 37,5 % відповідно), та переважали пацієнти старшого віку (від 10 до 14 років) – 36 випадків (75 %).

Характерним є те, що більшості хворих – 78 (93,9 %), яких було прийнято в хірургічне відділення, встановлено діагноз ПАП.

Аналіз карт стаціонарних хворих на супутні захворювання свідчить про те, що у 30 дітей з ПП із супутніх захворювань (табл. 1) переважали захворювання дихальної системи (60 % випадків), запальні захворювання статевої системи (40 %) та захворювання сечовивідної системи (30 %).

Тільки у 5 дітей (14,2 %) не було виявлено супутньої патології. Водночас у 27 (56,3 %) хворих 2 групи із супутніх захворювань переважали кишкові інфекції – гострий гастроентерит, сальмонельоз, гельмінтоз. При уточненні анамнезу нам вдалося виявити, що діти з ПП до госпіталізації у 29,7 % випадків хворіли на гострі запальні захворювання дихальних шляхів.

При клінічній оцінці перебігу ПП та ПАП звертає на себе увагу часовий фактор. Так, пацієнти 1 групи були госпіталізовані у хірургічний стаціонар через 8 год від початку захворювання, а хворі 2 групи – через 19 год. Цю ситуацію можна пояснити більш швидким початком ПП, його «бурхливою» клінічною картиною з вираженими симптомами перитоніту та швидким його прогресуванням протягом декількох годин порівняно з ПАП, коли зберігається певна відповідність стадійності перебігу гострого апендициту.

Основними скаргами у двох групах пацієнтів були: біль у животі, блювання, зміна характеру випорожнень, підвищення температури тіла. Однак при аналізі болю за характером, інтенсивністю, локалізацією встановлено, що серед дітей із ПП постійний біль по всьому животу був у 24 пацієнтів (68,6 %), різкий біль – у 4 (11,4 %) випадках, в інших 7 дітей (20 %) біль локалізувався в нижній частині живота, при цьому біль не змінювався за інтенсивністю. У 2 групі хворих біль по всьому животу мав місце у 20 (41,7 %) випадках, в правій здухвинній ділянці біль локалізувався у 12 (25 %) пацієнтів, при цьому інтенсивність болю підвищувалась із збільшенням терміну захворювання (91,4 %), і супроводжувався він нудотою у 23 (47,9 %) випадках та блюванням – у 31 (64,8 %). При ПП пальпаторно виявлялась болючість у правій здухвинній ділянці у 12 (34,3 %) випадках, у нижніх відділах живота – в 11 (31,4 %) або без чіткої локалізації – у 12 (34,3 %) пацієнтів. Напруження м'язів передньої черевної стінки відмічено у 19 (54,2 %), а перитонеальні симптоми – у 16 (45,7 %) пацієнтів із ПП. Разом з тим, при ПАП під час пальпації здухвинної ділянки біль був констатований у 29 (60,4 %) хворих, у нижніх відділах живота – в 11 (22,9 %) випадках та без чіткої локалізації – у 8 (16,7 %) пацієнтів. Напруження м'язів передньої черевної стінки відмічено у 31 (64,6 %) хворого та перитонеальні симптоми – у 28 (58,3 %) випадках. У 21 (60 %) пацієнта з ПП відзначено швидке підвищення температури тіла до 39–40 °С, у 16 (45,7 %) хворих – виражений лейкоцитоз до $25 \cdot 10^9/\text{л}$ за рахунок нейтрофіліозу 80 %.

Таким чином, аналіз вищеперерахованих клінічних даних свідчить про те, що провести дифе-

Таблиця 1. Супутні захворювання у дітей із первинним перитонітом

Супутнє захворювання	Кількість	%
Захворювання сечовивідної системи (інфекція, міхурово-сечовідний рефлюкс)	9	30
Запальні захворювання статевої системи (вульвовагініт)	12	40
Запальні захворювання дихальної системи (ГРВІ, пневмонія, бронхіальна астма, хронічний бронхіт)	18	60
Ангіна, отит	7	23,3
Кишкові інфекції	5	16,6

Таблиця 2. Характер випоту в черевній порожнині та його локалізація

Характер випоту в черевній порожнині	Група хворих	
	ПП (n=35)	ПАП (n=48)
Мутний	18 (51,4 %)	35 (72,9 %)
Прозорий	2 (5,7 %)	1 (2,1 %)
Гнійний	12 (34,3 %)	32 (66,6 %)
Клейкий та в'язкий	9 (25,7 %)	–
Пінистий	18 (51,4 %)	–
Жовтуватий	3 (8,6 %)	–
Геморагічний	2 (5,7 %)	4 (8,3 %)
Без запаху	9 (25,7 %)	4 (8,3 %)
Із запахом	–	29 (60,4 %)
Мізерна кількість	1 (2,9 %)	3 (6,3 %)
Помірна кількість	18 (51,4 %)	17 (35,4 %)
Рясний	4 (11,4 %)	20 (41,7 %)
Локалізація запальної рідини у животі		
В малому тазу	17 (46,6 %)	5 (10,4 %)
Між петлями кишечника	3 (8,6 %)	1 (2,8 %)
По правому фланку	2 (5,7 %)	16 (33,3 %)

ренційну діагностику ПП із ПАП до оперативного втручання складно через збіг клінічних ознак. Тому до уточнення діагнозу, на нашу думку, слід брати до уваги характер випоту в черевній порожнині та візуальні зміни органів черевної порожнини, що можна виявити під час її ревізії або при проведенні діагностичної лапароскопії (табл. 2).

Характер випоту в черевній порожнині пацієнтів із ПП суттєво відрізнявся від характеру випоту при ПАП. Для ПП більш характерний клейкий, пінистий випіт жовтуватого кольору, без запаху, в помірній кількості, з переважною локалізацією у малому тазу.

Візуально червоподібний відросток при ПП, як правило, не змінювався або змінювався вторинно з невираженою гіперемією та ін'єкцією судин серозної оболонки. Гістологічне дослідження підтверджувало

інтактність відростка. У всіх випадках ПАП червоподібний відросток був гангренозно зміненим із його перфорацією. При ревізії черевної порожнини в дітей із ПП у 19 (54,3 %) хворих виявлені гіперемія очеревини, серозної оболонки кишечника та мезоаденіт у брижі тонкої кишки. У дівчаток мали місце гіперемія матки, маткових труб та їх набряк, а також гіперемія яєчників.

Не менш важливим для диференційної діагностики ПП із ПАП є бактеріологічне дослідження ексудату з черевної порожнини. Так, у дітей із ПАП переважає *E. coli* – 62,5 %, у 37,6 % випадків відмічена асоціація грамнегативної та грампозитивної мікрофлори (табл. 3). У дітей із ПП у 37,1 % посів випоту з черевної порожнини був від'ємний, а асоціація вищевказаних мікроорганізмів зводилася до мінімуму – 3,2 %.

Таблиця 3. Бактеріальна флора, що висівалась із черевної порожнини

Бактеріальна флора	I група хворих на ПП (n=35)	II група хворих на ПАП (n=48)
<i>E. coli</i>	6 (17,1 %)	30 (62,5 %)
<i>E. faecalis</i>	1 (2,8 %)	5 (10,4 %)
<i>Salmonella enteritidis</i>	1 (2,8 %)	–
<i>Streptococcus faecalis</i>	–	–
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (5,7 %)	–
<i>Streptococcus haemolyticus A</i>	3 (8,6 %)	5 (10,4 %)
<i>Streptococcus haemolyticus B</i>	–	3 (6,3 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (2,8 %)	–
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	3 (8,6 %)	2 (4,2 %)
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 (5,7 %)	–
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (2,8 %)	3 (6,3 %)
<i>Klebsiella oxytoca</i>	–	1 (2,1 %)
<i>Citrobacter freundii</i>	1 (2,8 %)	2 (4,2 %)
Немає росту	13 (37,1 %)	9 (18,5 %)

ВИСНОВКИ. 1. Диференційна діагностика ПП найбільш тяжкою є в перші години захворювання, коли синдром токсикозу виражений не так яскраво. У цих випадках слід акцентувати увагу на віці та статі дитини, а також на невідповідності термінів захворювання та вираженості перитонеальних симптомів, наявності супутніх інфекційних захворювань.

2. ПП, як правило, виникає впродовж 1 місяця після перенесеного гострого запального захворювання, часто на тлі хронічних вогнищ інфекції.

3. У клінічному перебігу ПП можна виділити «симптоми перших годин» – гострий та бурхливий початок, блювання, сильний біль у животі, особливо в нижніх відділах, або нелокалізований, підвищення температури тіла до 39–40 °С.

4. Для проведення диференційної діагностики ПП із вторинним слід використовувати ультразвукову діагностику органів черевної порожнини та діагностичну лапароскопію.

5. Після операції дітей із діагностованим ПП необхідно обстежити для виявлення та лікування супутніх захворювань і хронічних вогнищ інфекції.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Необхідність виявлення специфічних імунологічних маркерів для проведення диференційної діагностики ПП у дітей. Більш широке впровадження інтегральних шкал оцінки тяжкості та прогнозування, міні-інвазивних хірургічних втручань (відеолапароскопій), що сприятимуть ранній діагностиці ПП і поліпшать результати лікування на тлі скорочення ліжко-дня та зниження рівня летальності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. – СПб. : Хардфорт, 1997. – Т. 2. – 391 с.
2. Бекетов А. С. Клинико-экономическая оценка антибактериальной терапии интраабдоминаль-

- ных инфекций / А. С. Бекетов, С. В. Сидоренко, В. В. Писарев // Качественная клиническая практика. Фармакоэкономика. – 2002. – № 3. – С. 13–16.

3. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей / Г. А. Баиров. – СПб. : Питер, 1997. – 464 с.
4. Давранов Б. Л. Лечение перитонита у девочек и изучение их репродуктивного здоровья в отдаленные сроки после операции : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Бобыр Латибович Давранов. – Уфа, 2008. – 38 с.
5. Дронов А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 440 с.
6. Ерюхин И. А. Перитонит и абдоминальный сепсис / И. А. Ерюхин, С. А. Шляпников, И. С. Ефимова // Инфекции в хирургии. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 2–7.
7. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия : национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
8. Коколина В. Ф. Острый живот у девочек и девушек / В. Ф. Коколина, М. А. Чундокова. – М. : Медпрактика-м, 2010. – 32 с.
9. Немилова Т. К. Особенности течения первичного перитонита у детей / Т. К. Немилова, А. В. Каган, А. С. Акоюн // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 1. – С. 58–61.
10. Сидоренко С. В. Микробиологическая структура перитонита / С. В. Сидоренко, Б. К. Шуркалин, Т. В. Попов // Инфекции в хирургии. – 2007. – Т. 5, № 1. – С. 26–29.
11. Федоров К. К. Первичный перитонит у детей. Обзор литературы / К. К. Федоров // Бюллетень сибирской медицины. – 2004. – № 2. – С.47–56.
12. Федоров К. К. Особенности преморбидного фона у детей с первичным перитонитом / К. К. Федоров // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 50–53.
13. Brivet F. G. Usefulness of abdominal CT scan in severe peritoneal sepsis linked to primary peritonitis / F. G. Brivet, C. Smadja, U. Hilbert // Scand. J. Infect. Dis. – 2005. – Vol. 37, № 1. – P. 76–78.
14. Demiroglu Y. Z. Primary peritonitis due to brucellosis mimicking tuberculous peritonitis / Y. Z. Demiroglu, T. Turunc, H. Alifikan // Turk. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 20, № 2. – P. 135–137.
15. Demitrack J. Primary group A streptococcal peritonitis in a previously healthy child / J. Demitrack // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2012. – Vol. 31, № 5. – P. 542–543.
16. El-Samad Y. Treatment in primary Streptococcus pneumoniae peritonitis in adult: a case report and review of the literature / Y. El-Samad, D. Fuks, L. Lepage // Rev. Med. Interne. – 2006. – Vol. 27, № 12. – P. 966–969.
17. Gavala A. Persistent primary peritonitis due to group A streptococcus and E. coli / A. Gavala // Intensive Care Med. – 2002. – Vol. 28. – P.1829–1831.
18. Haap M. Mystery or misery? Primary group A streptococcal peritonitis in women: case report / M. Haap, C. S. Haas, R. Teichmann // Am. J. Crit. Care. – 2010. – Vol. 19, № 5. – P. 454–458.
19. Legras A. Primary peritonitis due to Streptococcus A: laparoscopic treatment / A. Legras, R. Lodico // J. Visc. Surg. – 2011. – Vol. 148, № 4. – P. 315–317.
20. Maraki S. Primary pneumococcal peritonitis in an immunocompetent child / S. Maraki, T. Spathopoulou, M. Ntaoukakis // Braz. J. Infect. Dis. – 2012. – Vol.16, № 1. – P. 45–49.
21. Navia M. J. Peritonitis primaria en nicos sanos / M. J. Navia, P. L. Caroli // Ann. Pediatr. (Barc). – 2004. – Vol. 61, № 6. – P. 554–557.
22. Yamoul R. Pйritonite primitive: entitй rйelle mais de diagnostic difficile / R. Yamou, M. Najih, M. Absi // Pan. African. Medical. Journal. – 2012. – № 7. – P.1–3.

Отримано 11.03.15