

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.381-002.1-036-053.2

Т. К. Немилова^{1, 2}, А. В. Каган^{1, 2}, А. С. Акопян^{1, 2}, В. Н. Солнцев²

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

¹ СПбГБУЗ «Детская городская больница № 1»; ² кафедра педиатрии и детской хирургии (зав. — проф. А. В. Каган), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

Ключевые слова: первичный перитонит у детей, гангренозно-перфоративный аппендицит, острый живот

Введение. В абдоминальной детской хирургии ничто не вызывает таких разногласий, как трактовка первичного перитонита, т.е. перитонита, который развился без источника воспаления в брюшной полости. Этот термин встречается в литературе практически во всех работах о перитонитах, но включает в себя порой совершенно разную патологию у взрослых и детей [2, 6]. Названия перитонита по виду возбудителя в настоящее время утратили своё значение, клиническая картина и исходы заболевания практически не зависят от характера возбудителя, а судить в каждом конкретном случае о том или ином пути инфицирования чрезвычайно трудно [3]. Большинство детских хирургов в настоящее время придерживаются определения первичного перитонита, предложенного Г. А. Баириным: первичный перитонит — это острый перитонит, не являющийся осложнением воспалительных процессов в брюшной полости (аппендицит, дивертикулит, перфорация кишечника и др.). Он считал, что наиболее приемлемым является обобщающее название «первичный перитонит» [1].

Цель данного исследования — проанализировать особенности первичного перитонита у детей, выявить патогенетические факторы, спо-

собствующие развитию первичного перитонита, что может сыграть существенную роль в разработке наиболее рационального подхода к выбору метода лечения и способствовать улучшению его результатов.

Материал и методы. С 1985 по 2011 г. в Детской городской больнице № 1 (ДГБ № 1) Санкт-Петербурга прооперировано около 10 000 детей с дооперационным диагнозом «острый живот» (чаще с подозрением на острый аппендицит). В большинстве случаев выявлен аппендицит (92,6% среди общего числа операций), причём в 13,5% — осложнённый (аппендикулярный перитонит).

В качестве контрольной группы для сравнения анамнеза, жалоб, симптомов заболевания, методов и результатов лечения выбран гангренозно-перфоративный аппендицит, осложнённый перитонитом (вторичный перитонит).

Пациентов с послеоперационным диагнозом «первичный перитонит» было 145 (от 0,76 до 3,4% в год от числа пациентов, оперированных по поводу «острого живота»). В последние годы по сравнению с предыдущими десятилетиями количество детей с первичным перитонитом не уменьшилось. Нами анализированы 182 истории болезни детей с перитонитом: 124 — с первичным и 58 — с аппендикулярным.

Формирование базы данных проводили с применением программы MS Excel, статистическую обработку — с помощью статистического пакета Statistica v.7.0 (StatSoft Inc, USA).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что в группах детей с первичным перитонитом преобладали девочки (93,6%), чаще в возрасте 4–7 лет (55,9%). При

Сведения об авторах:

Немилова Татьяна Константиновна (e-mail: nemilova@mail.ru), Каган Анатолий Владимирович (e-mail: childone@dgb.spb.ru), Детская городская больница № 1, 198205, Санкт-Петербург, Авангардная ул., 14;

Акопян Алита Саргисовна (e-mail: alita.as@mail.ru), Солнцев Владислав Николаевич (e-mail: vsoln@vs5962.spb.edu), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12

гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом соотношение мальчиков и девочек было иным, 62 и 38% соответственно, причём в основном (47%) это были дети старшего возраста — от 10 до 14 лет.

У пациентов с первичным перитонитом встречались самые разнообразные сопутствующие заболевания. Чаще это были воспалительные заболевания мочевыводящей и половой систем (46 случаев — 37%): инфекция мочевыводящих путей, пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вульвовагинит; воспалительные заболевания дыхательной системы: ОРЗ, ангина, отит, пневмония (30 случаев — 24%); кишечные инфекции, в том числе сальмонеллёз (22 случая — 17,7%). При аппендикулярном перитоните значимо чаще из сопутствующих заболеваний встречался острый гастроэнтерит (27 случаев — 46,6%).

При оценке анамнеза выяснено, что дети с первичным перитонитом, как правило, незадолго до его развития переносили острые воспалительные заболевания дыхательных путей (38 случаев — 30,6%), при аппендикулярном перитоните таких особенностей выявлено не было.

Течение первичного перитонита у детей имеет свои особенности: он возникает чаще у девочек в 4–7 лет, характеризуется быстрым развитием и бурным прогрессированием клинической картины в течение нескольких часов, в отличие от вторичного, аппендикулярного перитонита, который развивается менее стремительно. Поэтому дети с первичным перитонитом поступали в более ранние сроки от начала заболевания (около 6–8 ч), чаще предъявляли жалобы на постоянную (87 — 70%), резкую боль (23 — 18,5%) во всех (72 — 58%) или в нижних отделах живота (25 — 20%), которая в динамике не менялась по интенсивности (71 — 57%), по сравнению с аппендикулярным перитонитом. При последнем дети жаловались на боль в правой подвздошной области (13 — 22%) или во всех отделах живота (26 — 44,8%), которая усиливалась с увеличением сроков заболевания (53 — 91,4%) и сопровождалась тошнотой (32 — 55%) и рвотой (40 — 69%).

Дооперационный диагноз при первичном перитоните чаще звучал как «острый аппендицит» (111 — 89,5%). Осмотр детей при поступлении обычно выявлял болезненность при пальпации в правой подвздошной области (49 — 39%) или в нижних отделах (45 — 36%), а иногда без чёткой локализации (46 — 37%); перитонеальные симптомы отмечались в 56 (45%) случаях, а напряжение мышц передней брюшной стенки — в 72 (58%) случаях. В то время как для аппендикулярного перитонита при поступлении в стационар

характерна боль преимущественно в правой подвздошной области (36 — 62%), реже без чёткой локализации (14 — 24%) и в нижних отделах (11 — 19%); перитонеальные симптомы отмечались в 34 (58,6%) случаях, напряжение мышц передней брюшной стенки в 36 (62%) случаях, чаще дооперационным диагнозом был «острый аппендицит» (54 — 93%). Статистически значимых различий между этими группами по другим признакам (приём лекарств до госпитализации, состояние ребёнка при поступлении в стационар, выраженность болевого синдрома при осмотре, изменение характера стула) выявлено не было. Таким образом, на основании данных осмотра пациентов при поступлении сложно провести дифференциальный диагноз между первичным и аппендикулярным перитонитом.

Длительность наблюдения пациентов до операции составляла от 4 до 6,5 ч. Учитывая тот факт, что дети с первичным перитонитом поступали в более ранние сроки, чем с аппендикулярным, время от начала заболевания до операции при первичном перитоните было в среднем 15 ч, при аппендикулярном — 48 ч. Всем детям с аппендикулярным перитонитом была выполнена аппендэктомия, лечение в первые дни после операции проводилось на отделении реанимации. До начала широкого применения лапароскопии дети с первичным перитонитом (37 человек — 88%) около 14 дней после операции находились на отделении реанимации, причём в 30 случаях был поставлен микроирригатор в брюшную полость для санации и введения антибиотиков, в 19 — резиновый выпускник к брюшине, 19 детям применена продлённая эпидуральная анестезия. После 1995 г. с широким внедрением лапароскопии в практику детских хирургов изменилась тактика ведения детей с первичным перитонитом. В 70,7% случаев (58 пациентов) выполнена лапароскопическая операция. Кроме того, мы отказались от постановки микроирригаторов в брюшную полость и проведения продлённой эпидуральной анестезии. Только в 6 (0,7%) случаях при описанной тактике потребовалось лечение на отделении реанимации после операции, при этом в 2 раза сократилась общая длительность пребывания в стационаре: до 1995 г. — в среднем 2 нед, после 1995 г. — 1 нед. Таким образом, чётко видно, что уменьшение хирургической агрессии при лечении пациентов с первичным перитонитом снижает длительность и тяжесть течения раннего послеоперационного периода.

В катамнезе (сроки наблюдения до 3 лет) обследованы 11 человек. Две пациентки (и их родители) не предъявляли жалоб, т.е. положи-

тельный эффект оперативного вмешательства достигнут лишь у 2 больных. У остальных 9 детей отмечались частые эпизоды ОРВИ, иногда затяжные (у одной пациентки до 10 сут с температурой тела до 38,5 °С), боли в животе, ночной энурез, запах и выделения из влагалища, вульвовагинит. У одной девочки наблюдали рецидив первичного перитонита. В посевах из зева и носа у большинства пациентов (у 8) выявлен β -гемолитический стрептококк в сочетании с *S. aureus* (у 5), *H. influenzae* (у 2), *Candida albicans* (у 2), *H. parahaemolyticus* (у 2), что доказывает наличие в катамнезе у пациентов с первичным перитонитом хронического очага инфекции.

Анализ данных литературы и историй болезни наших пациентов свидетельствует о том, что для первичного перитонита характерно наличие очагов инфекции, частых острых инфекционных или обострения хронических воспалительных заболеваний непосредственно в течение 1 мес до появления клиники перитонита [3, 7, 8].

Дети с первичным перитонитом при поступлении предъявляют жалобы на резкую боль по всему животу (без четкой локализации) или в нижних отделах. Заболевание появляется неожиданно на фоне хорошего самочувствия, развивается в течение нескольких часов, сопровождается высокой лихорадкой и перитонеальными симптомами, т. е. протекает более бурно по сравнению с вторичным перитонитом. При поступлении на основании данных физикального и лабораторного обследования пациентов сложно провести дифференциальный диагноз между первичным и аппендикулярным перитонитом. На операции при первичном перитоните выявляются воспалительный выпот в брюшной полости, гиперемия брюшины, иногда признаки вторичного воспаления червеобразного отростка и органов малого таза, при этом источник воспаления не определяется в отличие от аппендикулярного перитонита, при котором причиной заболевания всегда является гангренозно-изменённый червеобразный отросток [4, 9].

Операция при первичном перитоните заключается в санации брюшной полости (удалении выпота). В послеоперационном периоде при первичном перитоните проводится антибиотикотерапия, на фоне которой обычно дети быстро выздоравливают [3, 8]. Однако в отдалённые сроки после операции нередко вновь могут возникать беспричинная лихорадка и боли в животе.

Анализ особенностей возникновения и течения первичного перитонита у детей позволяет предположить, что немаловажную этиологическую роль в его развитии играют особенности становления

иммунной системы (четвёртый критический период), а у девочек — половой системы (нейтральный период), характерные именно для возраста 4–7 лет, когда происходит 2-й «перекрёст» процентного содержания в крови лимфоцитов и нейтрофилов. К особенностям иммунной системы в этом возрасте относится также недостаточность мукозального иммунитета, чем объясняется высокая частота рецидивирующих заболеваний носоглотки.

Распространённое мнение о том, что одной из причин первичного перитонита могут быть воспалительные заболевания наружных половых органов у девочек, вполне обосновано. Именно для возраста 3–8 лет характерен так называемый нейтральный период развития половой системы, когда вследствие физиологической гипоестрогенности отмечается истончение эпителия влагалища, отсутствуют защитные механизмы сдвигания и цитолиза поверхностных клеток, среда влагалища щелочная, что предрасполагает к воспалительным заболеваниям наружных половых органов, в частности к вульвовагиниту [5].

Выводы. 1. Первичный перитонит у детей обычно возникает в возрасте 4–7 лет на фоне особенностей созревания иммунной системы. Болеют преимущественно девочки, у которых в этом возрасте (нейтральный период развития половой системы) имеется предрасположенность к вульвовагинитам.

2. Первичный перитонит возникает, как правило, в течение 1 мес после перенесённых острых воспалительных заболеваний, часто на фоне хронических очагов инфекции. После операции по поводу первичного перитонита могут продолжать беспокоить частые боли в животе, «беспричинная» лихорадка, ОРВИ.

3. Пациентов с первичным перитонитом необходимо обследовать для выявления и лечения сопутствующих заболеваний и хронических очагов инфекции. Отсутствие у детей с первичным перитонитом определённого эффекта от оперативного вмешательства (сохранение в дальнейшем болей в животе, частые острые инфекции и обострение хронических воспалительных заболеваний) демонстрирует, что проблема диагностики и лечения первичного перитонита окончательно не решена.

4. Необходимы дальнейшие исследования особенностей первичного перитонита у детей, которые возможно позволят разработать клинические и лабораторные критерии диагностики первичного перитонита с целью отказа от активной хирургии

ческой тактики в пользу этиопатогенетической консервативной терапии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баиров Г. А. Гнойная хирургия детей. СПб.: Питер, 1997. 464 с.
2. Ерюхин И. А., Шляпников С. А., Ефимова И. С. Перитонит и абдоминальный сепсис // Инфекции в хир. 2004. № 1. С. 2–7.
3. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия: национальное руководство / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1168 с.
4. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Михельсон В. А. Хирургические болезни у детей. 2-е изд. М.: Медицина, 1998. 704 с.
5. Лихачев В. К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 664 с.
6. Савельев В. С. Перитонит: Практическое руководство. / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. М.: Литтерра, 2006. 208 с.
7. Федоров К. К. Особенности преморбидного фона у детей с первичным перитонитом // Педиатрия. 2006. № 1. С. 50–53.
8. Waisman D. C. Pneumococcal peritonitis: Still with us and likely to increase in importance // Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol. 2010. Vol. 21, № 1. P. 23–27.
9. Navia M. J., Caroli P. L. Peritonitis primaria en niños sanos // An Pediatr (Barc). 2004. Vol. 61, № 6. P. 554–547.

Поступила в редакцию 13.11.2013 г.

T. K. Nemilova^{1, 2}, A. V. Kagan^{1, 2}, A. S. Akopyan^{1, 2}, V. N. Solntsev²

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF PRIMARY PERITONITIS IN CHILDREN

¹ Children's municipal hospital № 1; ² Department of pediatrics and surgery in children, State Pavlov Medical University

The article presents an analysis of the features of primary peritonitis in children. Medical reports of 182 patients with primary and appendicular peritonitis were analyzed. It was significant, that the sick girls aged 4–7 years often had the primary peritonitis after acute inflammatory processes, which took place a month earlier. Chronic infection foci were noted in these patients. The age-specific features of maturation of the immune and reproductive systems predisposed the disease.

Key words: *primary peritonitis in children, gangrenous perforated appendicitis, acute abdomen*