

Машкова А. Е.
РЕДКИЕ ФОРМЫ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шейбак В. М.

Кафедра детской хирургии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Наиболее часто у детей бывает перитонит аппендикулярного генеза, однако встречаются редкие формы перитонита, не связанные с воспалением червеобразного отростка. Диагностика таких форм сложна.

Цель: проанализировать клинику, диагностику и тактику лечения редких форм перитонита у детей.

Материалы и методы. Исследованы 5 стационарных карт пациентов, находящихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2020 по 2021 года.

Результаты и их обсуждение. К редким формам перитонита отнесли перитонит в результате перфорации пилорического отдела желудка – 1 (20%) ребенок, луковицы двенадцатиперстной кишки – 1 (20%), которые являлись следствием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорации подвздошной кишки зубочисткой – 1 (20%), перфорации подвздошной кишки из-за поздней спаечной кишечной непроходимости, которая развилась после оперативного лечения травмы селезенки – 1 (20%), а также первичный перитонит у мальчика – 1 (20%). У 4 (80%) пациентов выявлен местный неотграниченный перитонит, у 1 (20%) – общий перитонит.

В городе проживают 2 ребенка (40%), в селе- 3 (60%). Все пациенты мальчики – 5 (100%). Большинство пациентов подросткового возраста – 3 (60%), младшего школьного возраста – 1 (20%) ребенок, дошкольного возраста – 1 (20%).

При поступлении в стационар 3 (60%) пациентам был выставлен диагноз острый аппендицит, 1 (20%) – поздняя спаечная кишечная непроходимость, 1 (20%) ребенок был переведен с районной больницы с диагнозом острая поздняя спаечная кишечная непроходимость. Рвота наблюдалась у 4 (80%) пациентов, у 1 (20%) ребенка отсутствовал стул. У 3 (60%) детей температура тела была в пределах нормы, у 2 (40%) – субфебрильная. У 1 (20%) ребенка были жалобы на болезненное мочеиспускание, у 1 (20%) отмечалось вздутие живота. У 3 (60%) были сомнительные перитонеальные симптомы, у 2 (40%) отрицательные. У 1 (20%) ребенка в общем анализе крови количество лейкоцитов было в пределах возрастной нормы, у 1 (20%) – умеренный лейкоцитоз, у 3 (60%) – высокий лейкоцитоз. У 1 (20%) пациента была увеличена СОЭ. До оперативного вмешательства УЗИ не проводилось.

Оперативное вмешательство было произведено до 6 часов 2 пациентам (40%), с 6 до 12 часов- 2 пациентам (40%), больше, чем через 12 часов 1 (20%) пациенту. Диагностическая лапароскопия проводилась 4 (80%) пациентам, 2 (40%) пациентам выполнялась конверсия, 1 (20%) пациенту проводилась релапаротомия. С выздоровлением были выписаны 4 (80%) пациентов, 1 (20%) был переведен в РНПЦ без перемен.

Выводы. Кроме острого аппендицита, перитонит может стать следствием язвенной болезни, кишечной непроходимости, спаечной болезни, травматизации ЖКТ инородными телами. Клиническая картина в большинстве случаев была не характерна для перитонита, что затруднило диагностику. В случае не обнаружения деструктивных изменений в червеобразном отростке необходима ревизия органов брюшной полости с целью выявления причины перитонита.