

<https://doi.org/10.34883/Pl.2024.12.2.013>



Можейко Л.Ф. ✉, Алафинова Ю.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Первичный пельвиоперитонит у девочек пубертатного возраста: диагностика и лечебная тактика

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: сбор материала, обработка, написание текста – Алафинова Ю.А.; редактирование, обработка, написание текста – Можейко Л.Ф.

Для цитирования: Можейко Л.Ф., Алафинова Ю.А. Первичный пельвиоперитонит у девочек пубертатного возраста: диагностика и лечебная тактика. *Педиатрия Восточная Европа*. 2024;12(2):339–343. <https://doi.org/10.34883/Pl.2024.12.2.013>

Подана: 11.03.2024

Принята: 14.05.2024

Контакты: lfmozheiko@gmail.com

Резюме

Острый абдоминальный болевой синдром у девочек пубертатного возраста является проявлением широкого спектра заболеваний. Среди всех хирургических нозологий, входящих в синдром «острого живота» у детей, на первом месте стоит острый аппендицит со всеми присущими ему формами и осложнениями. Следующим по частоте заболеванием, вызывающим острый болевой абдоминальный синдром у девочек, является острая патология органов малого таза. Большую часть этой группы составляют воспалительные заболевания органов малого таза, в структуре которых лидирует острый первичный пельвиоперитонит. Актуальность проблемы подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого являются инфекционно-воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза, перенесенные в детском и подростковом периоде. В обзорной статье представлены современные аспекты этиологии, патогенеза, особенности клинической картины первичного пельвиоперитонита у девочек пубертатного возраста. Описаны особенности диагностики и тактики ведения таких пациентов.

Ключевые слова: первичный пельвиоперитонит, «острый живот», лапароскопия, боли внизу живота, консервативное лечение

Mozheiko L. ✉, Alafinava Yu.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Primary Pelvioperitonitis in Puberty Girls: Diagnosis and Therapeutic Tactics

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: material collecting, editing, text writing – Alafinava Yu.; editing, processing, text writing – Mozheiko L.

For citation: Mozheiko L., Alafinava Yu. Primary Pelvioperitonitis in Puberty Girls: Diagnosis and Therapeutic Tactics. *Pediatrics Eastern Europe*. 2024;12(2):339–343. <https://doi.org/10.34883/Pl.2024.12.2.013>

Submitted: 11.03.2024

Accepted: 14.05.2024

Contacts: lfmozheiko@gmail.com

Abstract

Acute abdominal pain syndrome in puberty girls is a manifestation of a wide range of disorders. Among all surgical nosologies included in the syndrome of "acute abdomen" in children, acute appendicitis, with all its inherent forms and complications, is in the first place. The next most common condition that causes acute abdominal pain in girls is acute pathology of the pelvic organs. Most of this group consists of inflammatory diseases of the pelvic organs, in the structure of which acute primary pelvioperitonitis is predominant. The urgency of the issue is confirmed by the increasing number of women suffering from various forms of infertility, whose causes are infectious and inflammatory diseases of the abdominal cavity and pelvic organs experienced in childhood and adolescence. The review article presents modern aspects of the etiology, pathogenesis, and clinical picture of primary pelvioperitonitis in girls. Features of diagnosis and management tactics for such patients are described.

Keywords: primary pelvioperitonitis, "acute abdomen", laparoscopy, pain in the lower abdomen, conservative treatment

Первичный пельвиоперитонит (ПП) в пубертатном возрасте – воспаление брюшины, возникающее при отсутствии интраабдоминальных источников инфекции и нарушений целостности полых органов в результате гемато-, лимфогенного или восходящего инфицирования брюшной полости из близлежащих органов.

В последние годы возрастает значимость вопросов дифференциальной диагностики, профилактики и лечения ургентной гинекологической и хирургической патологии в подростковом возрасте для сохранения здоровья и укрепления репродуктивного потенциала белорусской нации ввиду увеличения числа различных форм бесплодия, причинами которого нередко являются инфекционно-воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза, перенесенные в раннем возрасте [4, 8].

По данным научных исследований, распространенность первичного пельвиоперитонита у девочек пубертатного возраста среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости составляет от 1% до 5% [2, 3]. Дифференциальная

диагностика указанной патологии с острым аппендицитом (ОА) является сложной ввиду анатомической близости аппендикса к органам малого таза, неоднозначных клинических проявлений, что часто приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным хирургическим вмешательствам.

Первичный пельвиоперитонит – недостаточно изученная патология, до сих пор не существует единой точки зрения в отношении этиологии и патогенеза ее развития. Несмотря на проводимые исследования, не всегда удается обнаружить инфекционный очаг. Однако чаще всего развитие ПП связывают с восходящим распространением инфекции из урогенитального тракта [5–7].

По распространенности процесса в брюшной полости выделяют 2 формы ПП – локальную (местную) и распространенную (токсическую), которые имеют острое и подострое течение. В последние годы отмечают преобладание локальных форм, более легкое течение заболевания, что, вероятно, обусловлено своевременным назначением антибиотиков [11, 12].

Клинически первичный пельвиоперитонит чаще манифестирует с абдоминального болевого синдрома. Появляется вздутие живота, характерны постоянные боли в нижних его отделах или в правой половине, реже боль может иметь разлитой характер, температура тела повышается до субфебрильных цифр. Часто присоединяются тошнота и рвота. При отсутствии лечения клинические симптомы быстро прогрессируют. Боль становится интенсивной, появляются перинеальные симптомы, гипертермия достигает 39,0 °C [13, 14]. Общее состояние прогрессивно ухудшается, нарастают явления интоксикации.

В диагностике ПП приоритет отдается общеклиническому обследованию, включая лабораторную диагностику (общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), биохимический анализ крови с определением уровня С-реактивного белка, общий анализ мочи), ректально-абдоминальное и ультразвуковое исследование (УЗИ).

По данным собственных наблюдений, при лабораторном обследовании в общем анализе крови часто выявляется лейкоцитоз, повышение СОЭ, в биохимическом – повышение С-реактивного белка, в общем анализе мочи – лейкоцитурия, бактериурия. При проведении абдоминального исследования пальпаторно отмечается выраженное мышечное напряжение во всех отделах передней брюшной стенки, особенно внизу над лоном и в правой половине живота.

В отношении ректального пальцевого исследования можно отметить, что для простой формы первичного перитонита патологические изменения слизистой прямой кишки не характерны. В то же время при токсической форме ПП отмечаются отечность и болезненность слизистой прямой кишки [16, 17].

Во время проведения гинекологического обследования часто диагностируется вульвовагинит со слизисто-гнойным отделяемым из влагалища [1].

Важная роль в дифференциальной диагностике пельвиоперитонита отводится сонографическому исследованию органов малого таза. Эхографическая картина, как правило, представлена утолщением стенок матки и маточных труб, увеличением их размеров, наличием выпота в брюшной полости [10, 15].

Основой лечения ПП является рациональная антибиотикотерапия с учетом выявленного возбудителя. При отсутствии конкретного возбудителя проводится эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия. Парентеральные

цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) являются препаратами выбора на начальном этапе с последующей коррекцией после результатов бактериологического исследования. Широко используется сочетание антибактериальной терапии с дезинтоксикационной (глюкозо-солевыми растворами) и иммуномодулирующей (интерферон альфа-2b, суппозитории ректальные 1 000 000 МЕ ежедневно 10 дней). Доказано, что включение в лечение рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами (витамины С и Е) усиливает иммуномодулирующее действие и активность иммунного ответа организма на патогены [19, 20].

Использование лапароскопии позволяет проводить малоинвазивные лечебно-диагностические вмешательства: санацию брюшной полости и органов малого таза, разделение спаек и др. Показанием для проведения лапароскопии является невозможность проведения дифференциальной диагностики первичного пельвиоперитонита с ОА или отсутствие эффекта от консервативной терапии [9, 14].

Интраоперационная картина зависит от формы первичного перитонита. Выпот в брюшной полости при локальной форме скудный прозрачный или мутноватый, реже слизистый, тянущийся. При тяжелом течении экссудат может приобретать гнойный или геморрагический характер [17]. Выпот скапливается главным образом в нижних отделах брюшной полости, распространяясь по правой подвздошной области и в дугласовом кармане [9, 18]. Обязательным является бактериологическое исследование экссудата. Характерны гиперемия и отек париетальной и висцеральной брюшины, умеренное увеличение брыжеечных лимфатических узлов с проявлениями лимфостаза, могут иметь место явления мезаденита. Изменения органов малого таза, как правило, соотносятся с изменениями париетальной и висцеральной брюшины и характером экссудата [9]. Маточные трубы умеренно гиперемированы и отечны на всем протяжении, гиперемированы фимбрии с наличием петехиальных кровоизлияний. Яичники, как правило, интактны [17].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема первичного пельвиоперитонита у детей в пубертатном периоде остается не решенной по многим аспектам. Клинические проявления и данные лабораторно-инструментальных методов исследования не всегда позволяют своевременно диагностировать указанную патологию. Имеются сложности при проведении дифференциальной диагностики ПП с другой хирургической патологией, что нередко ведет к диагностическим ошибкам. Несмотря на проводимую медикаментозную коррекцию, лапароскопические возможности на госпитальном этапе, не исключается рецидивирующее течение указанного патологического процесса и проявление вторичных неблагоприятных последствий со стороны органов репродуктивной системы. Девочек после перенесенного первичного пельвиоперитонита необходимо включать в группу высокого риска по развитию репродуктивных нарушений, что требует проведения дальнейших научных исследований для уточнения этиопатогенеза этой патологии, оптимизации тактики ведения таких пациентов акушерами-гинекологами и детскими хирургами.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gurkin Yu.A. *Gynecology of teenagers: A guide for doctors*. SPb.: Folio. 2000:263–270. (in Russian)
2. Khilji M.F. Primary peritonitis – a forgotten entity. *Eur. J. Pediatr. Surg. Rep.* 2015;3(1):27–29.
3. Fedorov K.K., Belyaev M.K. *Mother and child in Kuzbass*. 2004;1(16):27–31. (in Russian)
4. Ofori-Kuma F.K., Hesse A., Tandoh J.F. Primary peritonitis in previously healthy children – clinical and bacteriological features. *West. Afr. J. Med.* 1996;15(1):1–2.
5. Kokolina V.F., Chundokova M.A. *Questions of practical pediatrics*. 2009;4(3):65–69. (in Russian)
6. Kim T., Hong S.I., Park S.Y. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(22).
7. Bose B., Keier W.R., Godbersen C.V. Primary pneumococcal peritonitis. *Can. Med. Assoc. J.* 1974;110(3):305–307.
8. Mozheiko L.F. *Formation of the reproductive system in teenage girls and correction of its disorders: Monograph*. Mn.: BSMU, 2002. (in Russian)
9. Fedorov K.K. *Clinical and experimental substantiation of endoscopic technology in the diagnosis and treatment of primary peritonitis in children* (PhD Thesis). Novokuznetsk, 2007; 336 p.
10. Savelyeva G.M., Breusenko V.G. *Gynecology: Textbook*. M.: GEOTAR-MED, 2004; 480 p.
11. Eryukhin I.A. Surgery of purulent peritonitis. *Consilium Medicum. Abdominal surgery*. 2003;5(6). (in Russian)
12. Kokolina V.F., Chundukova M.A. *Acute abdomen in girls and young women*. M.: Medpraktika-m. 2010:32. (in Russian)
13. Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Yatsyk S.P., Geraskina S.G. Abdominal pain in girls associated with gynecological pathology: diagnostic and treatment errors. *Pediatric pharmacology*. 2014;11(4):23–28. (in Russian)
14. Chukreev A.V., Tsap N.A., Ogarkov I.P. Laparoscopy is the principal choice in the treatment of primary peritonitis in girls. *New technologies in pediatric surgery*. 2014:268–272. (in Russian)
15. Shidakov I.Kh. *Medical journal "Difficult Patient No. 5"*. 2020;18(5):25–27. (in Russian)
16. Baryaeva O.E., Florensov V.V., Akhmetova M.Yu., Kozlova S.V. *Reproductive health of children and adolescents*. 2020;16(4):87–95. (in Russian)
17. Isakov Yu.F. *Pediatric surgery: national guide*. M.: GEOTAR-Media. 2009; 1168 p. (in Russian)
18. Isakov Yu.F., Stepanov E.A., Mikhelson V.A. *Surgical diseases in children*. M.: Medicine. 1998; 704 p. (in Russian)
19. Levina A.S., Babachenko I.V., Skripchenko N.V. Etiological structure in frequently ill children depending on age. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2017;62:72–77. (in Russian)
20. Bocharova I.I., Malinovskaya V.V., Aksenov A.N. The use of Viferon in the complex treatment of urogenital infections in newborns. *Effective pharmacotherapy, obstetrics and gynecology*. 2009;6:28–32. (in Russian)