УДК 616.381—002—053.2

Э. С. МАРТИКЯН, А. Б. ГЕВОРКЯН

К ВОПРОСУ О ДИПЛОКОККОВОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Диплококковый перитонит наблюдается преимущественно в детском возрасте и составляет 2—4% общего числа острых заболеваний брюшной полости. По данным С. Д. Терновского [7], на каждые 25—30 детей с острым аппендицитом приходится один с диплококковым перитонитом. До применения сульфамидных препаратов и антибиотиков болезнь протекала очень тяжело с токсическими проявлениями и в 75—100% случаев заканчивалась летально [4 и др.], особенно при раннем оперативном вмешательстве. Это обстоятельство послужило основанием для отказа от оперативного лечения диплококкового перитонита у детей.

Применение антибиотиков изменило как клинику и течение диплококкового перитонита, так и методы его лечения.

В клинике детской хирургии Ереванского медицинского института за последние 7 лет (1964—1970 гг.) мы наблюдали 49 детей с диплококковым перитонитом, что составило 2% общего числа больных, оперированных по поводу острого аппендицита. Из общего же числа больных перитонитом различной этиологии диплококковый перитонит составил 30%, уступая первое место аппендикулярному перитониту.

Диплококковым перитонитом болеют преимущественно девочки. Из 49 наблюдаемых нами больных было только 4 мальчика, из коих двое—4 лет и по одному—7 и 9 лет. Среди девочек наибольшее число больных приходится на дошкольный возраст, так, до 3 лет было 7 детей, от 4 до 7—30 и старше 8 лет—8.

Возбудителем этого заболевания является грамм-положительный диплококк, который проникает в брюшную полость преимущественно вагинальным путем, реже гематогенным, лимфогенным и через кишечник. Отсюда его частота у девочек. Более частое поражение девочек раннего и дошкольного возраста объясняется тем, что у них в микрофлоре влагалища отсутствуют палочки Дедерляйна, препятствующие проникновению диплококка через влагалище [2].

Исследование гноя, взятого во время операции из брюшной или тазовой полости у 38 больных, показало рост грамм-положительного диплококка. Посев из вагины был взят у 13 больных, в 12 случаях был выделен грамм-положительный диплококк.

Клиническая картина диплококкового перитонита, изменившаяся под влиянием применения антибиотиков, в настоящее время редко соответствует классическому описанию С. Д. Терновского и др. Большею частью протекая легче, чем раньше, она напоминает картину острого аппендицита, и поэтому дети оперируются под этим диагнозом, а имеющиеся катаральные вторичные изменения в отростке оцениваются как первичный аппендицит.

Благодаря тем же антибиотикам оперативное вмешательство при диплококковом перитоните не дает высокой летальности, как прежде, а по данным некоторых авторов, доходит до нуля [2, 5 и др.]. Поэтому проблема диплококкового перитонита в настоящее время стоит уже не так остро, однако представляет значительный интерес с точки зрения современной дифференциальной диагностики, по сравнению с другими острыми заболеваниями брюшной полости у детей, и правильной организации лечения.

К сожалению, дети с данной патологией поступают в хирургический стационар с некоторым опозданием. В первые сутки заболевания поступило 8 детей, на 2-ые—16, на 3-ьи—16 и позже—7 детей. Причем последние 7 больных были переведены в хирургическую клинику из соматического отделения детской больницы, где некоторые из них на протяжении длительного времени лечились от самых различных заболеваний: ревматизм (1), дизентерия (2), вирусная инфекция (2), пищевое отравление (1), нефрит (1). Остальные 42 ребенка поступили в клинику в порядке экстренной помощи с диагнозом острый аппендицит.

Правильный дооперационный диагноз в клинике был установлен у 21 ребенка, у остальных 28 предполагался острый аппендицит и только во время вмешательства установлен правильный диагноз.

Ретроспективно оценивая наши клинические наблюдения, можно сказать, что клиническое течение диплококкового перитонита имеет три формы: первая—с классической картиной диплококкового перитонита, вторая—с клинической картиной, напоминающей острый осложненный аппендицит, и третья—со стертой клинической картиной.

Из больных первой группы было 7 человек. У них наблюдались классические признаки болезни: повышение температуры до 39—40°, наличие болей по всему животу, больше в нижней части, многократная рвота, поносы, нередко со зловонным запахом уже с первых часов заболевания, резкое ухудшение общего состояния, сильное беспокойство, синюшность кожи, глаза запавшие. Дети оставляют впечатление тяжелого токсического больного. Пульс малый, частый, язык сухой, обложенный, у некоторых гиперемия на губах. Живот втянутый, напряженный и болезненный, больше в надлобковой области. Со стороны крови—высокий лейкоцитоз (25000—30000, у одного больного до 40000) со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Следует подчеркнуть, что у этой группы больных местная симптоматика затухала общим тяжелым состоянием ребенка, напоминающим многие другие общесоматические заболевания. Отсюда диаг-

ностические ошибки, которых можно избежать при дифференциальной диагностике подобных состояний, помня о возможности этой формы клинического течения диплококкового перитонита.

Клиническое течение у больных второй группы (35) больше напоминало острый аппендицит. Однако глубокий анализ анамнестических данных и симптомов, правильная их оценка позволяют заподозрить диплококковый перитонит. В отличие от острого аппендицита для диплококкового перитонита характерны: внезапное начало и быстрое развитие общих клинических признаков (повышение температуры до 39°, беспокойство, многократная рвота). Местно наблюдаются признаки раздражения брюшины на ограниченном участке, больше в правой подвздошной и надлобковой области, болезненность при пальпации, высокий лейкоцитоз (18000—25000). Наличие слизисто-гнойных выделений из вагины и некоторая гиперемия и отечность половых губ дополняют клиническую картину, сразу снимая диагноз острого аппендицита.

Наконец, у больных третьей группы (7) практически не представилось возможным отличить клиническую картину диплококкового перитонита от острого аппендицита, который тоже можно было взять под сомнение. У детей этой группы болезнь начиналась более мягко, общее состояние было значительно лучше, боли в животе были ограничены первой подвздошной областью, напряжение слабо выражено, температура тела не превышала 38°, со стороны крови—умеренный лейкоцитоз.

В одно время единого мнения в вопросе лечения диплококкового перитонита у детей не было. Н. В. Захаров, С. Д. Терновский [1, 7] рекомендовали выжидательную тактику. В. А. Кружков [3] отказался от оперативного метода лечения в пользу консервативного. Наличие мощных антибактериальных средств и развитие детской хирургии привело к пересмотру этого вопроса в пользу необходимости раннего вмешательства [1, 3, 5, 6 и др.]. В 1953 г. С. Д. Терновский уже высказывается за оперативный метод лечения.

Наш опыт также говорит за то, что при наличии картины диплококкового перитонита показано оперативное лечение с одновременной аппендэктомией, а не выжидательная тактика или консервативные методы лечения. Тем более что при диплококковом перитоните всегда имеют место вторичные изменения со стороны червеобразного отростка, глубину которых нельзя предвидеть, что может привести к новым осложнениям. У 7 детей, оперированных в клинике по поводу диплококкового перитонита, подтвержденного бактериологически, был флегмонозный аппендицит.

Операция при диплококковом перитоните должна производиться в срочном порядке, как и при остром аппендиците, с предварительной подготовкой ребенка (снижение температуры и борьба с токсическим состоянием). Доступ—поперечный разрез в правой подвздошной области.

Если диагноз диплококкового перитонита до операции не установ-

լեն, և փոփոխությունները կողմնակալից անհարկապես չեն համարվում, քանի որ դրանք կարող են լինել փոփոխությունների արդյունք։

Սակայն, քանի որ փոփոխությունները կողմնակալից անհարկապես չեն համարվում, քանի որ դրանք կարող են լինել փոփոխությունների արդյունք։

Սակայն, քանի որ փոփոխությունները կողմնակալից անհարկապես չեն համարվում, քանի որ դրանք կարող են լինել փոփոխությունների արդյունք։

Վ Ե Մ Ո Ւ Ն

1. Դիփլոկոկկոսի պերիտոնիտը հանդիպում է մեծ մասամբ երեխաների մոտ և որովայնի սուր հիվանդությունների թվում կազմում է 2—4%:
2. Կլինիկական ընթացքը դիփլոկոկկոսի պերիտոնիտի դեպքում կազմում է 2—4%:
3. Դիփլոկոկկոսի պերիտոնիտի դեպքում ցուցված է սրտային օպերացիայի և անտիբիոտիկների կիրառումը։

Կլինիկական օպերացիայի և անտիբիոտիկների կիրառումը Երևանի մանկաբուժական ինստիտուտում 1970 թ. 8/Х

Է. Ս. ՄԱՐՏԻՉԱՆ, Ա. Ք. ԳԵՂՈՐԳՅԱՆ

ԳԻՊԼՈԿԿՈԿԱՅԻՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Դիփլոկոկկոսի պերիտոնիտը հանդիպում է մեծ մասամբ երեխաների մոտ և որովայնի սուր հիվանդությունների թվում կազմում է 2—4%:

Մինչև անտիբիոտիկների և սուլֆամիդների գործածությունը հիվանդությունները ընթանում էր սուր և ծանր, և սակայն էր մահացության բարձր տոկոս։ Անտիբիոտիկների և սուլֆամիդների օգտագործումը փոխել է ընթացքը կլինիկական և ընթացքը, այնպես էլ բուժման մեթոդները։

Երևանի բժշկական ինստիտուտի մանկական վիրաբուժության կլինիկայում վերջին յոթ տարվա ընթացքում (1964—1970 թթ.) մենք դիտել ենք 49 երեխաներ, որոնք տառապել են դիպլոկոկային պերիտոնիտով. դա կազմել է ընդհանուր թվի 2%-ը այն հիվանդների, որոնք վիրահատության են ենթարկվել սուր ապենդիցիտի կապակցությամբ:

Դիպլոկոկային պերիտոնիտով տառապում են մեծ մասամբ աղջիկները (49 երեխաներից 45-ը): Դա բացատրվում է հարուցիչի գրամ-դրական դիպլոկոկի թափանցումով որովայնի խոռոչը՝ մեծ մասամբ հեշտոցից:

Դիպլոկոկային պերիտոնիտի կլինիկան ընթանում է երեք ձևով.

1. Կլասիկ—(7)
2. Սուր—(35)
3. Քրոնարկված—(7)

Դիպլոկոկային պերիտոնիտի բուժումը միայն օպերատիվ է, որը պետք է կատարվի շտապ կարգով, ինչպես և սուր ապենդիցիտի ժամանակ, նախապես պատրաստելով հիվանդին:

Միաժամանակ ցուցված է ապենդեկտոմիա, որովայնի խոռոչը պետք է լցնել անտիբիոտիկներ: Մեր կողմից վիրահատված 49 երեխաների մոտ հետվիրահատական ընթացքը եղել է հարթ, առանց բարդությունների: Բոլոր երեխաները դուրս են գրվել առողջացած:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Захаров Н. В. Хирургия, 1951, 9, стр. 37.
2. Корегин В. А., Водлазов Ю. А. В сб.: Материалы II Всероссийской конференции детских хирургов. Калининград, 1966.
3. Кружков В. А. Современная хирургия, 1929, I, стр. 64.
4. Ленишкин А. И. Острый аппендицит у детей. М., 1964.
5. Слуцкая С. Р. Хирургия, 1964, 6, стр. 42.
6. Терновский С. Д. Советская медицина, 1932, 3, стр. 102.
7. Терновский С. Д. Детская хирургия. М., 1953.