

© Боднар О.Б., Боднар Б.М., Брожник В.Л., Литвинюк В.І., Унгурян А.М.

УДК 616.381-002-099-053.4-055.1

ТОКСИЧНА ФОРМА ПЕРВИННОГО ПЕРИТОНІТУ У ТРИРІЧНОГО ХЛОПЧИКА

О.Б.Боднар, Б.М.Боднар, В.Л.Брожник, В.І.Литвинюк, А.М.Унгурян

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинської державної медичної академії

За даними матеріалів ХХ з'їзду хірургів України (2002), первинному перитоніту, який становить 5,1% посеред гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини в дітей, належить третє місце після гострого апендициту та непрохідності кишечника [1]. Захворювання, як правило, виникає в дівчат у віці від 3 до 7 років, що пов'язують з відсутністю паличок Дедерлейна, проникненням інфекції в черевну порожнину крізь піхву з розвитком ендосальпінгіту [2, 3]. Вважається, що у хлопчиків первинний перитоніт трапляється дуже рідко [4].

Наводимо випадок первинного перитоніту у хлопчика, що розвинувся на фоні стрептодермії та еритематозної форми бешихи нижньої третини лівої гомілки.

Хлопчик М., 3 років, поступив у клініку дитячої хірургії Буковинської державної медичної академії 6.12.2003 р. зі скаргами на багаторазове блювання, рідкі випорожнення, біль по всьому животу, висип біля рота, наявність почервоніння та болю в ділянці нижньої третини лівої гомілки. Хворіс протягом 6 діб, був госпіталізований в інфекційне відділення ЦРЛ, звідки направлений в дитяче хірургічне відділення. При поступленні стан дитини вкрай тяжкий. Шкірні покриви бліді. У ділянці носогубного трикутника справа і зліва висип, розмірами 0,5x0,5 см. На верхніх кінцівках білуваті плями, розмірами до 0,7 см (за висновком дерматолога – суха розповсюджена стрептодермія). У ділянці нижньої третини лівої гомілки почервоніння у вигляді "географічної карти". Рс – 110 за хв., АТ – 100/60 мм. рт. ст., темпе-

ратура тіла 36°C, язик сухий. При огляді дитини під час медикаментозного сну: живіт різко болючий, позитивні симптоми подразнення очеревини в усіх ділянках.

Загальний аналіз крові (6.12.03 р.): ер. – 3,8 Т/л; гемоглобін – 112 г/л; КП – 0,88; тромбоцити – 228 Т/л; лейкоцити – 34,6 Т/л; еоз. – 0%, пал. – 29%; сегм. – 67%; лімф. – 3 %; мон. – 1%. ШЗЕ – 4 мм/год. Згортання крові: початок – 3`40``, кінець 5`. Загальний аналіз сечі (6.12.03 р.) – показники в межах вікової норми, окрім наявності білка (0,165‰), що, мабуть, пов'язано з вираженою інтоксикацією.

Після проведення 2-годинної передопераційної підготовки (інфузійна терапія, цефтріаксон) 6.12.03 р. була виконана операція (протокол операції № 1307) – правобічна трансректальна лапаротомія, апендектомія, лаваж та дренажування черевної порожнини.

Після обробки операційного поля виконана трансректальна правобічна лапаротомія, в черевній порожнині до 500 мл гнійного клейкоподібного випоту, жовтуватого кольору без запаху, який евакуйовано електровідсмоктувачем. Тонка кишка, висхідна ободова та сигмоподібна кишка обкладені нашаруваннями фібрину. З підпечінкової сумки евакуйовано до 50 мл гнійного вмісту. Вісцеральна поверхня правої частки печінки вкрита нашаруваннями фібрину. Червоподібний відросток гіперемійований, вторинно змінений. Виконано типову апендектомію з обробкою кукси відростка лігатурно-інвагінаційним способом. Черевна порожнина промита 1,5 літрами розчину фурациліну,

Таблиця

Зміни в імунологічному аналізі крові у хворого на токсичну форму первинного перитоніту (від 16.12.03 р.)

Показники	Результати	Норма
Лейкоцити	10,1 г/л	3,5-9,0 г/л
Лімфоцити (відн.)	20%	22-60%
Лімфоцити (абс.)	2,02 г/л	2,5-5,4 г/л
Т-лімфоцити (відн.)	25%	56,3%
Т-лімфоцити (абс.)	0,5 г/л	1,5-3,7 г/л
Т-хелпери	14%	34,34±1,49%
Т-супресори	11	21,4 ±1,7
В-лімфоцити (відн.)	25	17,47±0,7
В-лімфоцити (абс.)	0,5 г/л	0,8-1,0 г/л
Фагоцитарна активність	86%	70,9±1,4%
Фагоцитарне число	10,7	3,7±0,2
НСТ спонт.	42%	16,29±0,77%
ЦХК НСТ спонт.	0,44	0,24
НСТ стим.	56%	40,3±1,9%
ЦХК НСТ стим.	0,66	0,6
ЦК	260	80-120
СХ	0,04	0,02-0,06

осушена. При ревізії органів черевної порожнини патології не виявлено. Через контрапертуру в правій пахвинній ділянці встановлено гумовий дренаж у підпечінкову сумку; через контрапертуру в лівій пахвинній ділянці гумовий дренаж встановлено в порожнині малого таза. Накладено пошарово шви на рану. Асептична пов'язка.

Післяопераційний діагноз: Сепсис. Септикопемія. Токсична форма первинного перитоніту. Стрептодермія. Бешиха нижньої третини лівої гомілки.

Імунологічні показники (таблиця) засвідчують виражений імунодефіцитний стан організму дитини, тобто токсична форма первинного перитоніту виникла в хлопчика на фоні імунодефіциту при наявності первинного джерела інфекції – стрептодермії.

Перебіг післяопераційного періоду сприятливий. Проводили сеанси гіпербаричної оксигенації, інфузійну терапію, антибіотикотерапію – цефтріаксон (1-й курс), ципрофлоксацин (2-й курс), призначали стимулятори імунологічної реактивності організму (тималін), вітамінотерапію у вікових дозах, фізіопроцедури (УВЧ). Слід зазначити, що

після призначення тималіну соматичний стан дитини значно покращився. Одночасно лікували стрептодермію. Дренажі з операційної рани підтягували протягом 3 діб, видалили – на 4-ту добу. На 7-му добу зняли шви з операційної рани. Спостерігалися явища гострої респіраторно-вірусної інфекції, бронхіту, тому призначали відповідну терапію. На 30-ту добу дитина виписана в задовільному стані.

Цікавість даного випадку полягає в тому, що токсичну форму первинного перитоніту можна розцінювати, як септикопемічне вогнище, що виникло на фоні імунодефіцитного стану, причому первинним джерелом процесу виявилось вогнище стрептодермії.

Вважаємо, що виконання трансректальної лапаротомії, дренажування підпечінкової сумки та порожнини малого таза при токсичній формі первинного перитоніту "тотального" характеру є виправданою хірургічною тактикою, а призначення в післяопераційному періоді тималіну – необхідним компонентом післяопераційного лікування подібних хворих.

Література

1. Глумов В.Я., Кирьянов Н.А., Баженов Е.Л. Острый перитонит. – Ижевск: Изд. Удмурт. ун-та, 1993. – 181 с. 2. Григович И.Н. Алгоритмы в неотложной детской хирургии. – Петрозаводск: Изд. Петрозавод. ун-та, 1996. – 251 с. 3. Москаленко В.З., Сопов Г.О., Веселий С.В. и др. Мікробіологічні аспекти криптогенного перитоніту у дітей // Матер. XX з'їзду хірургів України. – Т. 2. – Тернопіль 2002. – С. 258-260. 4. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1991. – 267 с.

ТОКСИЧНА ФОРМА ПЕРВИННОГО ПЕРИТОНІТУ У ТРИРІЧНОГО ХЛОПЧИКА

*О.Б.Боднар, Б.М.Боднар, В.Л.Брожик,
В.І.Литвинюк, А.М.Унгурия*

Резюме. Наведено клінічний випадок розвитку токсичної форми первинного перитоніту у хлопчика 3-х років, що виник на фоні імунодефіцитного стану дитини, спричиненого стрептодермією.

Ключові слова: первинний перитоніт, імунодефіцит, дитина.

TOXIC FORM OF PRIMARY PERITONITIS IN A THREE-YEAR OLD BOY

*O.B.Bodnar, B.M.Bodnar, V.L.Brozhyts,
V.I.Lytvyniuk, A.M.Ungurian*

Abstract. The authors present a clinical case of the development of the toxic form of primary peritonitis in a boy aged three years that arose against a background of the child's immunodeficiency condition, caused by strep to dermatitis.

Key words: primary peritonitis, immunodeficiency, child.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 15.03.2004 р.