**Реферат**

**на тему: «Сифилитический и раковый перитонит, характеристика перитонита у детей»**

Все описанные симптомы позволяют в некоторых случаях диагностировать туберкулезного перитонита; диагноз становится более вероятным, если одновременно обнаружен туберкулезный процесс в легких или каком-либо другом органе. Туберкулезный перитонит трудно отличить от хронического экссудативного. Реакции Пирке и Манту, впрыскивание морской свинке экссудата способствуют выяснению вопроса. Дифференциальный диагноз между туберкулезным и раковым перитонитом не всегда легок даже па секции и разрешается нахождением первичной злокачественной опухоли. При асцитах цирротического характера имеется типичный анамнез, желтуха и заметно увеличенная селезенка, очень редко прощупываемая при туб. перитоните.

Лечение. В 1862 г. Спенсер-Уэлс по ошибочному диагнозу произвел чревосечение при туб. перитоните, закончившееся выздоровлением. Терап. лечение давало в то время плохие результаты, поэтому в конце 19 и начале 20 в., по предложению Кенига, высказанному еще в 1889 г., стали широко оперировать при туб. перитоните. В России этот метод был изучен А. Г. Русановым. Эффект оказался удовлетворительным при серозных формах, несколько худшим при сухих и совсем плохим при наличии творожисто-язвенного распада. Непосредственные результаты операции в общем благоприятны, но при проверке отдаленных результатов оказывается, что многие больные погибают вследствие, рецидива или обострения туб. процесса в другом органе (Керте). Анализ отдаленных результатов дал повод критически отнестись к хирургическому вмешательству при туб. перитоните, тем более, что современные методы лечения туберкулеза [улучшение быта, санаторно-курортное лечение, а главное антибиотики (стрептомицин и др.) и химиотерапевтические препараты (фтивазид, ПАСК и пр.)] довольно эффективны. Только в упорных случаях серозных форм туб. перитонита, когда все эти меры не приводят к цели, следует перейти к хирургическому лечению. Повторные проколы стенки живота и выпускание жидкости безуспешны. Показана операция, сводящаяся только к чревосечению. При этом возникает гиперемия серозной оболочки, действующая, по-видимому, аналогично бировскому застойному методу и оказывающая благотворное влияние на течение процесса [Гильдебранд]. Это объяснение благоприятного эффекта лапаротомии при туб. перитоните признается, однако, не всеми хирургами. Хирургическое вмешательство противопоказано при далеко зашедших формах туберкулеза легких, кишечника или почек, при которых лапаротомия, произведенная даже под местной анестезией, может повести к смертельному исходу. Применяемое в наст, время усиленное лечение стрептомицином и химиотерапевтическими препаратами определенно улучшило отдаленные результаты лечения туб. перитонита.

Сифилитический перитонит характеризуется гуммозными образованиями на брюшине наряду со специфическими поражениями других органов, хотя известны случаи изолированного сифилиса париетальной брюшины. Перфорация сифилитических язв кишечника или разрыв растянутой над люетической стриктурой кишки сопровождается неспецифическим перитонитом. При врожденном сифилисе у мертворожденных или живших некоторое время детей находят вокруг увеличенной селезенки, печени и других участков брюшной полости воспалительные изменения брюшины, характеризующиеся отложением фибрина. Найти спирохеты в этих участках не удалось.

Раковый перитонит как первичное заболевание наблюдается редко; чаще рак переходит на брюшину из других пораженных органов (желудок, кишка, яичник и пр.) и рассеивается по серозной оболочке в виде мелких бляшек и узелков, иногда симулирующих туб. перитонит. В сальнике и брыжейке новообразование имеет вид более крупных узлов. Из первичных опухолей брюшины описаны студенистый рак, эндотелиома и петлистая ангиосаркома. При разрыве студнеобразных опухолей яичника, кишки, червеобразного отростка обнаруживается иногда псевдомиксома брюшины. Поражение брюшины злокачественной опухолью не имеет большого клин, значения, т. к. эти больные неизлечимы. Как при первичном, так и при вторичном раковом перитоните отмечается постепенно увеличивающийся асцит. В картине болезни преобладают общее исхудание и упадок сил, вследствие чего больные скоро погибают. Лечение ракового перитонита симптоматическое и сводится к периодическому выпусканию жидкости из живота, что приносит временное облегчение.

Из более редких форм хронического перитонита, при котором в нижнем отделе брюшной полости брюшина оказывается усеянной лимф, узелками, похожими на туберкулезные, при котором на брюшине, кроме следов старого воспаления, находят ряд множественных небольших плоских возвышений, в которых при микроскопическом исследовании в старых фиброзных скоплениях отмечается разрастание эндотелиальных клеток лимф. сети серозной оболочки с образованием гиалиновых более или менее обызвествленных слоистых телец [Вирхов, Борет, Гирке]. Содержимое кишечника и мочевых путей у плода стерильно, поэтому разрыв кишки или мочевого пузыря в этом периоде сопровождается лишь механическим и химическим раздражением брюшины. Причиной разрыва вероятнее всего является атрезия нижележащего отдела кишечника или переполнение меккелева дивертикула. Такие дети рождаются обычно мертвыми или погибают в первые дни из-за дефекта развития кишечника или от присоединившегося бактериального перитонита. Решающим моментом для определения фетального перитонита, помимо обширных спаек и сращений, могущих быть связанными с эмбриональным недоразвитием, является еще и нахождение глыбок мекония между петлями кишок.

Перитонит у детей

Перитонит в детском возрасте наблюдается нередко, протекает тяжело и требует ранней диагностики, рационального, чаще всего оперативного лечения. Перитонит у детей в большинстве случаев возникает вторично — путем распространения инфекции с органов брюшной полости или брюшной стенки; реже наблюдается перитонит, природу которого бывает трудно установить,— так называемый первичный, идиопатический, эссенциальный, или криптогенный, перитонит. При детальном исследовании ребенка нередко удается выявить источник инфекции и предположить пути инфицирования брюшины (гематогенный, лимфогенный, вагинальный).

Проявления перитонита у детей совпадают с таковыми у взрослых: боль, напряжение мышц живота, рвота, наличие выпота в отлогих местах брюшной полости, парез кишечника, общие симптомы (повышение температуры тела, расхождение ее с пульсом, нарастание лейкоцитоза, токсикоз). Клинические симптомы перитонита зависят от реактивности организма ребенка, характера и массивности инфекта, повторности его поступления в брюшную полость, возраста ребенка, уровня перфорации пищеварительной трубки. Большое влияние на развитие и клинические проявления перитонита оказывает применение антибиотиков. При этом клиника перитонита весьма сглажена, могут отсутствовать признаки раздражения брюшины и рвота, температура тела и лейкоцитоз повышены незначительно, токсикоз выражен меньше. Применение наркотиков, вызывая ослабление болей, уменьшение напряжения брюшной стенки, затемняет клин, картину и может явиться причиной опасной диагностической ошибки.

Первичный перитонит вызывается различными микробами (пневмококком, стрептококком, чаще смешанной флорой). О входных воротах инфекции судят по клиническим признакам (наличие выделений из влагалища у девочек, гиперемия зева, катаральные явления, герпетические высыпания на губах) и идентичности флоры, высеваемой из брюшной полостп и из предполагаемого источника перитонита. Чаще всего возбудителем «первичного» воспаления брюшины бывает пневмококк, что дает основания этот вид перитонита именовать пневмококковым. Пневмококковый перитонита вагинального происхождения чаще наблюдается у девочек в возрасте от 8 до 12 лет. В более старшем возрасте во влагалище появляется палочка Дедерлейна, обусловливающая кислую реакцию содержимого влагалища, неблагоприятную для пневмококка; это, очевидно, и определяет возрастной состав больных.

Клиническая картина первичного перитонита в последние годы изменилась. Вместо наблюдавшегося раньше бурного начала с высокой температурой (39—40°) и частой рвотой, профузного поноса, гиперлейкоцитоза (20 000—40 000) и крайне тяжелого общего состояния чаще отмечается более сглаженная клиника: температура в пределах 38—39°, однократная рвота, нормальный стул, лейкоцитоз до 20 000, что весьма сходно с клиникой острого аппендицита. Дифференциальный диагноз в этих случаях затруднителен и не всегда возможен не только до операции, но и на операционном столе (М. Д. Гращенко).

Одним из вариантов пневмококкового перитонита является воспаление брюшины, развивающееся у больных на фоне асцита, обусловленного липоидным нефрозом. Хотя отдельные авторы отмечают доброкачественность течения этого вида перитонита, прогноз следует ставить с осторожностью ввиду тяжести основного заболевания.

Лечение. Общепринятой тактикой при первичном перитоните является неотложная операция, во время которой уточняют диагноз па основании характера экссудата (слизистый, желтоватый, иногда с хлопьями фибрина без запаха) и отсутствия признаков вторичного перитонита (аппендицит, перфорация полого органа и др.); вводят в брюшную полость антибиотики; как правило, производят аппендэктомию. Рану зашивают наглухо. В незапущенных случаях наблюдается гладкое послеоперационное течение, отсутствие осложнений и летальных исходов.

Вторичный перитонит у детей может возникнуть в любом возрасте, начиная с внутриутробного периода (перитонит плода).

Мекониевый перитонит относится к неинфекционным, или асептическим, перитонитом. Сформировавшийся меконий достигает баугиниевой заслонки к четвертому, а прямой кишки к пятому месяцу внутриутробной жизни плода. Начиная с этого срока, возможно возникновение перитонита. Различают мекониевый перитонит, развившийся на почве атрезии, стеноза, заворота или другого вида врожденной непроходимости кишечной трубки, врожденных дивертикулов, аномалий мышечного слоя кишки и других пороков развития желудочно-кишечного тракта, а также в связи с мекониальной непроходимостью. Прогностически последняя форма перитонита является наиболее неблагоприятной, ибо причиной непроходимости служит вязкий меконий, образовавшийся как следствие врожденного муковисцидоса. Новорожденные, перенесшие операцию по поводу мекониальной непроходимости и перитонита, чаще всего погибают от прогрессирующего поражения легких, т. к. гипофункция поджелудочной железы сочетается у них с выделением вязкой слизи в бронхиальном дереве. Указания на тяжелые роды в анамнезе детей с мекониевым перитонитом дают основания отнести родовую травму наряду с неполноценностью кишечной стенки к этиологическим факторам.

Клиническая картина мекониевого перитонита сходна с признаками кишечной непроходимости: упорная рвота с примесью желчи, отсутствие стула, вялая перистальтика кишечника, вздутый живот с расширенными венами. При пальпации живота в отдельных случаях определяются плотные опухолевидные массы. На рентгенограмме брюшной полости отмечают вздутые кишечные петли, уровни жидкости в них, газ в брюшной полости под диафрагмой; на фоне кишечных петель определяются кальцификаты.

Лечение мекониевого перитонита только хирургическое. Операция сводится к восстановлению проходимости кишечной трубки. Прямому анастомозу лучше предпочесть временное выведение кишечных петель по Микуличу [Гросс]. Операцию завершают туалетом брюшной полости и введением антибиотиков. Необходимо учитывать, что через 72 часа после рождения ребенка меконий перестает быть стерильным, и перитонит приобретает септический характер.

Острый септический перитонит у новорожденных протекает крайне тяжело. Различают перитонит, возникающий по типу метастатического (входными воротами могут служить кожа, кишечник, дыхательные пути, среднее ухо и др.) и по типу вторичного (множественные перфорации кишечника, гнойный омфалит, нагноение кисты мочевого хода и др.).

Клиническая картина перитонита маскируется признаками сепсиса: токсикоз, рвота, парез кишечника или жидкий стул и др. На перитонит указывает внезапное ухудшение состояния больного, лоснящаяся отечная кожа живота с расширенными венами.

Живот вздут, особенно выражено напряжение прямых мышц (симптом Т.П. Краснобаева). Облегчает диагноз наличие длительно незаживающего мокнущего пупка.

Лечение острого септического перитонита хирургическое (Л. А. Ворохобов); производят обработку очага, туалет брюшной полости с оставлением в ней тонкого катетера для введения антибиотиков. Решающее значение имеют общие мероприятия по борьбе с инфекцией и по повышению сопротивляемости организма.

Редко причиной перитонита у новорожденных может быть прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Причину возникновения язвы связывают с септической реакцией. Диагноз ставят на основании перечисленных выше признаков; в отдельных случаях у ребенка может наблюдаться кровавая рвота [Монкриф, 1954].

Аппендикулярный перитонит является самым частым видом перитонита у детей. Тяжесть его определяется поступлением в брюшную полость содержимого кишечника со значительным количеством смешанной микрофлоры. Развитие аппендикулярного перитонита связано с деструктивными изменениями в червеобразном отростке и с его перфорацией. Чем младше ребенок, тем чаще наблюдается разлитая форма перитонита и реже отмечается аппендикулярный инфильтрат. Клиническая картина аппендикулярного перитонита в ранних стадиях совпадает с клиникой острого аппендицита, которая в дальнейшем осложняется появлением классических симптомов разлитого перитонита и интоксикации. В первые часы после перфорации червеобразного отростка живот может оставаться мягким (С. Д. Терновский), что в ряде случаев является поводом для ошибочного диагноза. Лечение аппендикулярного перитонита у детей имеет ряд особенностей. В случаях поступления в стационар ребенка с запущенным перитонитом операции должна предшествовать подготовка больного, которая проводится тем длительнее и настойчивее, чем больший срок прошел от начала заболевания и чем в более тяжелом состоянии находится больной (С. Я. Долецкий). Подготовка ребенка к операции сводится к уменьшению интоксикации (капельное внутривенное вливание физиол. раствора, переливание крови, антибиотики, оксигеноте-рапия), десенсибилизации (димедрол, хлористый кальций, пирамидон), в случае гипертермической реакции — к снижению температуры тела (пирамидон, физ. охлаждение, невроплегические средства), восстановлению солевого и белкового состава крови (вливания плазмы и гипертонического раствора поваренной соли). Как только состояние больного стабилизуется настолько, что он сможет перенести хирургическое вмешательство и послеоперационный период, можно приступить к операции.

Операция состоит в удалении червеобразного отростка, аспирации экссудата, вскрытия изолированных абсцессов брюшной полости, если они успели сформироваться, орошении брюшной полости значительным количеством теплого 0,25% раствора новокаина с антибиотиками. В зависимости от общего состояния больного, сроков заболевания, вида, характера и запаха экссудата брюшную полость или зашивают наглухо, или вставляют резиновую трубку для введения антибиотиков, или в редких случаях дренируют посредством марлевых тампонов через боковые разрезы брюшной стенки. В наиболее тяжелых случаях целесообразно наложение калового свища. Послеоперационное лечение ведут комплексно, как у взрослых больных. Ликвидации интоксикации и восстановлению перистальтики способствует внутрибрюшинное через дренаж капельное введение растворов антибиотиков в 0,25% растворе новокаина (от 200 до 1500 *мл* в сутки, в зависимости от возраста ребенка).

После аппендикулярного перитонита часто наблюдаются осложнения: поддиафрагмальный, межкишечный, тазовый гнойники, каловые свищи, метастатические гнойные процессы (пневмония, плеврит). Перенесшие перетонит нередко страдают спаечной болезнью, осложняющейся кишечной непроходимостью.

Ряд больных направляют на операцию с диагнозом аппендикулярного перитонита, хотя источником его является другой орган; точный дооперационныи диагноз при этом труден или невозможен. Поэтому, когда на операции по поводу перитонита изменения червеобразного отростка выражены нерезко, а клин, картина не соответствует «первичному» перитониту, предпринимают ревизию брюшной полости. Среди причин перитонита обнаруживают гнойные воспалительные процессы: перфорированный меккелев дивертикул, гнойный мезаденит, перфорация удвоенной кишки, гнойный панкреатит, холецистит; воспалительные процессы, связанные с нарушением кровообращения: кишечная непроходимость, ущемленные грыжи (паховая, диафрагмальная и др.); последствия травмы: разрыв кишки, перфорация кишечника инородным телом.

Особую группу составляют больные, у которых перитонит является осложнением полозтных операций. Диагностика послеоперационных перитонитов трудна, ибо больные после вмешательства на желудочно-кишечном тракте, как правило, получают антибиотики и наркотические средства, что делает неясной клин, картину перитонита. Правильная оценка микросимптомов: учащение пульса, жажда, ухудшение общего состояния, изменение цвета кожных покровов — позволяет поставить правильный диагноз и предпринять повторную операцию.

Не меньшее значение имеют локализация и характер источника инфекции брюшины. Так, например, перитонит, возникающий вследствие прободения тонкой или толстой кишки, язвы желудка червеобразного отростка, желчного пузыря с излиянием желчи в брюшную полость, требует в каждом отдельном случае соответствующих мероприятий.

Все изученные и предпринимаемые мероприятия для поднятия сил больного, борьба с патофизиологическими расстройствами и применение антибиотиков являются гарантией благоприятных исходов, что находит свое подтверждение в данных различных авторов. Так, Б. А. Петров, сравнивая периоды до и после применения антибиотиков, указывает, что летальность от перитогнита, обусловленного острым прободным аппендицитом, снизилась соответственно с 5,4 до 3,6%. При прободениях язвы желудка и двенадцатиперстной кишки летальность после резекции снизилась с 9,6 до 1,2%, а после ушиваний — с 22 до 10,5% (по данным клиники А. Т. Лидского, летальность при ушивании прободной язвы желудка снизилась в 10 раз). Летальность от перитонита, возникающего при разрывах тонкой кишки, стала ниже более чем в 10 раз. Приблизительно такие же цифры летальности от перитонита различного происхождения приведены В. К. Стояновичем, В. Я. Шлапоберским, П. Л. Сельповским, И. Д. Корабельниковым и др. Значительно худшие результаты отмечаются при хирургическом лечении послеоперационного перитонита.