

Первичный перитонит у детей

Федоров К.К.

Primary peritonitis at children

Fyodorov K.K.

Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

© Федоров К.К.

В обзоре представлены современные взгляды на первичный перитонит у детей. Рассматриваются вопросы терминологии, этиологии, патогенеза заболевания, классификация, дается описание клинических вариантов течения на современном этапе, элементы диагностики. Приводятся современные взгляды на лечение первичного перитонита в свете отдаленных результатов. Библиографический справочник включает 123 источника, изданных в основном за последние 15 лет.

Ключевые слова: первичный перитонит, лапароскопия, дети.

In the review there are presented the modern views on primary peritonitis at children. The problems of terminology, etiology, disease pathogenesis and classification are examined, the modern description of clinical course variants and diagnostics elements are given. The modern views on primary peritonitis treatment are presented. The bibliographic reference-book includes 123 sources issued mainly for the last 15 years.

Key words: primary peritonitis, laparoscopy, children.

УДК 616.381–002–021.3–053.2

Введение

По современным представлениям первичный перитонит (ПП) определяется как воспаление брюшины, возникающее в отсутствие интраабдоминальных источников инфекции [1, 7, 35, 43].

При беглом обзоре литературы становится очевидным, что с конца XIX в. исследователи неоднократно обращались к проблеме ПП. Однако с середины 80-х гг. XX столетия интерес к нему начал как будто угасать. По крайней мере, значительно сократилось число публикаций, посвященных этому заболеванию. Зарубежная литература 1990-х гг. затрагивает главным образом осложненное течение цирроза печени у взрослых пациентов или нефротического синдрома, почти не касаясь его в детском возрасте. В своих публикациях о ПП у детей большинство зарубежных авторов по-прежнему ограничиваются приведением единичных клинических примеров [70, 81, 90, 97, 101, 103, 106, 122]. В отечественной литературе за последние 10–15 лет вышли лишь не-

сколько более-менее существенных работ, посвященных ПП как самостоятельному заболеванию [1, 18, 19, 21, 22, 27, 28, 44, 45].

Между тем распространенность ПП в детском возрасте составляет в настоящее время от 1 до 2,5% среди всех случаев «острого живота», требующих хирургического вмешательства [1, 2, 5, 22, 25, 43, 44, 47, 62, 69, 77, 123]. Принято считать, что это заболевание наиболее часто встречается в возрасте от 5 до 10 лет [1, 4, 8, 18, 62]. Общепризнанным остается мнение о значительном преобладании девочек среди заболевших [1, 4, 9, 15, 18, 20, 22, 35, 105, 114].

В доантибиотическую эру течение ПП было исключительно тяжелым, и летальность достигала 90–100% [20, 94, 109]. Средние цифры летальности при этом заболевании в последние два десятилетия XX в. колеблются в пределах от 0 до 3,3% [3, 4, 48, 75, 90], хотя в работах некоторых авторов отмечалось, что она достигала 8–25% после хирургического вмешательства [69, 99]. О

рецидивирующем течении ПП у детей в литературе почти нет сведений.

Этиопатогенез

Более ранние сообщения, обозревающие до-антибиотическую эру, приписывали причину возникновения ПП исключительно *Streptococcus pneumoniae* и другим стрептококкам [42, 46, 57, 65], в то время как начиная с 1957 г. публикации начали показывать явное возрастание числа наблюдений, вызванных как грам-положительной, так и грам-отрицательной флорой [9, 41, 62, 68, 69, 72, 119]. Анаэробная флора, кажется, не играет столь важной этиологической роли при ПП, поскольку многим публикациям предшествовало применение современной техники выделения и культивации анаэробных микробов. Отдельные случаи анаэробного перитонита описаны у взрослых пациентов [58, 87, 98]. Учитывая тот факт, что у части больных при ПП посевы экссудата не дают роста, некоторые авторы высказывали предположение, что возбудителем его могут быть вирусы [69]. Ряд авторов описали отдельные наблюдения ПП, связанные с сальмонеллезной инфекцией [79, 121], *Campylobacter fetus* [112], *Candida albicans* [123], менингококками, *Haemophilus influenzae* [101, 113, 116], хламидиями [93, 122]. Наконец, некоторые исследователи описывали случаи ПП, связанного с флорой, вообще не свойственной человеческому организму, как, например, *Listeria monocytogenes* [91]. Таким образом, можно утверждать, что ПП является полиэтиологическим заболеванием. Наиболее часто выделяемые грам-отрицательные бактерии при ПП у детей — *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Aerobacter*, *Klebsiella*, а грам-положительные — *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* и многие другие.

Как правило, имеются в виду четыре механизма проникновения инфекции в брюшную полость: через женские гениталии, непосредственно через кишечную стенку, через лимфатическую систему диафрагмы и через кровь [14, 35, 41, 42, 55, 62, 68, 110]. В настоящее время нет убедительных подтверждений лимфогенного (трансди-

афрагмального) пути проникновения инфекции при ПП [62, 104].

Инфекция влагалища с начала XX в. а priori считалась и до сих пор считается причиной ПП [8, 15, 29, 55, 63, 83, 87, 110]. Принципиальная возможность проникновения инфекции в брюшную полость генитальным путем была доказана на основании экспериментальных исследований и анализа клинических наблюдений [14]. Ряд авторов считали, что в подавляющем большинстве ПП заболевают девочки в возрасте от 3 до 10 лет. Это объяснялось тем, что у девочек в раннем детстве отмечается зияние влагалища, и среда его носит щелочной характер, что благоприятствует размножению и проникновению возбудителей, в том числе и пневмококков, в брюшную полость [10, 55]. Многие исследователи, высказываясь в пользу генитального источника инфицирования, подчеркивали, что у многих больных выявлялись воспалительные изменения со стороны наружных половых органов или же интраоперационные наблюдения воспалительных изменений со стороны фаллопиевых труб [2, 11, 12]. Правда, не совсем ясно, являлись ли эти изменения причиной или следствием воспалительного процесса в брюшной полости [62]. Вообще говоря, в литературе имеется немало сведений, которые ставят под сомнение главенствующую роль этого пути инфицирования. Ряд исследователей отмечали, что выделение микроорганизмов из вагинального секрета слабо соотносится с посевами перитонеального экссудата [85, 92, 105]. Кроме того, по мнению многих авторов, выделения из влагалища являлись не столь частой жалобой пациенток с ПП [42, 62, 99, 102]. Патологоанатомическое исследование девочек, умерших от ПП, часто не обнаруживало очагов инфекции в половой системе [82, 95]. Генитальный путь распространения инфекции не является единственным уже потому, что наряду с девочками ПП заболевают и мальчики, хотя и значительно реже.

Трансмуральная миграция микробов через кишечную стенку (транслокация) также рассматривалась как один из путей проникновения инфекции в брюшную полость при ПП. Исследователи считали, что имеющаяся в полости рта и носоглотки микробная флора (пневмококки, стафило-

кокки, стрептококки и др.) при определенных условиях (ринит, фарингит) становится вирулентной. Попадание микробов в кишечник может вызвать развитие энтероколита. В последующем инфекция через измененную стенку кишки может попасть в брюшную полость и вызвать перитонит [63, 104]. Однако прямое исследование желудочно-кишечного тракта и лимфатической системы во время лапаротомии редко подтверждало наличие сколько-нибудь выраженных отклонений от нормы [62]. С другой стороны, интерес представляют исследования опосредованного транслокационного пути инфицирования, где источником инфекции рассматривается кишечник. Экспериментальные и клинические данные предположили следующий путь попадания инфекции в брюшную полость: кишечник → региональные лимфоузлы → кровь → брюшная полость [76].

Многие исследователи считали наиболее вероятным гематогенный путь проникновения инфекции в брюшную полость при ПП [7, 41, 57, 59, 62, 69]. Это мнение основано на взаимосвязи гемокультуры и посевов из брюшной полости и частом выявлении экстраабдоминальных патогенных микроорганизмов. Исследование культур, выделяемых из других секретов человеческого тела для выявления корреляции с культурами, полученными из перитонеального экссудата, выявило, что кровь является наиболее вероятным альтернативным источником, дающим рост аналогичных микроорганизмов у 70—80% пациентов [56, 61, 62, 76, 80, 95, 113, 120].

Однако выделение микроорганизмов из вагинального секрета, мочи, крови или мокроты не всегда

тесно коррелирует с выделением из перитонеальной жидкости [84, 115]. В этом смысле, очевидно, предпочтительно рассматривать гениталии, мочевой тракт, кишечник и дыхательные пути, скорее, как вероятные источники инфекции, которые реализуются либо гематогенным, либо иными путями [51, 59, 68, 95].

Возможные причины возникновения ПП, по видимому, связаны с защитными механизмами брюшины. Отдельные компоненты системы перитонеальной защиты были изучены разными исследователями для выявления их возможных дис-

функций. В частности, было установлено, что эти дисфункции могут возникнуть на этапе эвакуации микроорганизмов из брюшной полости за счет лимфатического механизма. С этим некоторые авторы связывают развитие ПП на фоне цирроза [73, 96]. Большой интерес представляют исследования, направленные на изучение роли изменений реактивности и сенсibilизации организма в развитии острых воспалительных процессов в брюшной полости [38]. Некоторые клиницисты указывали на наличие гельминтозов как фактора сенсibilизации при ПП. При этом авторы отмечали особую тяжесть течения ПП на фоне гельминтоза [41]. Изучалась роль аутоаллергии в развитии перитонита без видимого участия инфекции [13]. Однако этот вопрос до конца не изучен.

Морфологические изменения при ПП

Большинство клиницистов описывали однотипные изменения в брюшной полости, обнаруживаемые во время операции или лапароскопии. В частности, для ПП считалось характерным наличие скудного, липкого, тянущегося, пенистого выпота без запаха, локализующегося главным образом в нижних отделах брюшной полости или тонким слоем покрывающего петли кишечника [8, 10, 22, 29, 35, 44]. Однако при тяжелом течении экссудат приобретает гнойный характер [32, 34, 43]. Исследователи описывали различной степени интенсивности гиперемии и отек париетальной брюшины, главным образом в нижних отделах брюшной полости, в некоторых случаях — петехиальные кровоизлияния [29, 32, 56]. При тяжелом течении мог возникнуть парез и вздутие кишечных петель. Большинство исследователей констатировали наличие увеличенных брыжеечных лимфоузлов, отмечая, что чем тяжелее протекает заболевание, тем более выражены явления мезаденита [97].

Чрезвычайно важным представляется описание

состояния внутренних половых органов у девочек с ПП. При этом следует учитывать исключительную редкость гнойного сальпингита у детей препубертатного возраста, что подчеркивали многие исследователи [52, 117, 118]. Тем не менее изменения придатков матки при ПП у детей описыва-

ли многие авторы [12, 26, 41]. Большинство клиницистов описывают картину катарального воспаления без признаков гнойного сальпингита.

Еще больший, принципиальный интерес представляют изменения червеобразного отростка, выявляемые при ПП. Основной вопрос в этом аспекте — насколько глубоко воспалительный процесс захватывает стенку аппендикса, иными словами, развивается или нет деструкция червеобразного отростка? Многие исследователи описывают воспаление в червеобразном отростке как вторичное, подчеркивая отсутствие деструктивных изменений [17, 32, 53]. Ряд авторов не выявили вообще никаких изменений в аппендиксе у оперированных больных [43, 44] или описывали изменения, характерные для простого (катарального) аппендицита [22, 23]. Однако существует и иное мнение. Некоторые клиницисты обосновывали возможность более глубокого поражения червеобразного отростка с развитием деструктивного процесса в его стенке [3, 6, 8, 24, 34, 35, 90] и, следовательно, угрозы развития вторичного перитонита.

Классификация

До настоящего времени не предложено общепринятой классификации ПП. Большинство из предложенных классификаций, несмотря на кажущееся

различие, имеют много общего. Это в первую очередь касается выделения двух основных клинических вариантов ПП, отражающих особенности течения заболевания, а именно ПП с острым и подострым течением [9, 20].

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина ПП с острым течением достаточно типична. Практически все авторы подчеркивают, что болезнь начинается внезапно, среди полного здоровья, без продромального периода. Обычно появляются острые постоянные разлитые боли в животе, отмечается тошнота, возможна многократная рвота и жидкий стул. Температура тела быстро повышается до 39—40 °С. Общее состояние прогрессивно ухудшается, нарастают явления интоксикации. Пульс час-

тый, слабый, тахикардия до 150—160 ударов в 1 мин. Язык сухой, обложен. Живот обычно вздут, отстаёт в акте дыхания. Наблюдается резистентность мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах, при пальпации выраженная больше в низу и в правой половине живота, причем мышечный дефанс, как правило, умеренный. При ректальном исследовании описывалась болезненность и пастозность передней и боковых стенок прямой кишки. Характерным считали изменения в мазке периферической крови: гиперлейкоцитоз — $25 \cdot 10^9/\text{л}$ — $45 \cdot 10^9/\text{л}$ и нейтрофилез — до 85—90% [22, 57, 99, 104, 105]. Многие авторы описывают триаду симптомов при ПП: боли в животе, рвоту, высокую температуру. У 75% больных появлялся жидкий стул (симптом Дьелафуа) и herpes labialis (симптом Pater), который зачастую являлся спутником всякой пневмококковой инфекции [35, 42, 62]. Хотя клинические черты ПП частично совпадают с таковыми при вторичном перитоните, большинство авторов подчеркивают более бурное начало и быстрое развитие симптомокомплекса при ПП [68, 99, 105].

ПП с подострым течением протекает значительно легче. При этом все без исключения авторы подчеркивают трудности дифференциальной диагностики его с острым аппендицитом [22, 35, 41, 70]. Это, по мнению большинства исследователей, требует более широкого применения лапароскопии и даже диагностической лапаротомии [45, 54, 96]. Впрочем, в последние десятилетия XX в. ряд исследователей отметили увеличение удельного веса пациентов с тяжелым течением заболевания [41, 67].

Некоторые авторы считали целесообразным дополнить клиническое распознавание ПП комплексом специальных исследований, призванных облегчить проведение дифференциальной диагностики между первичным и вторичным перитонитом, а также другими заболеваниями [62]. Он включал в себя рентгенологическое исследование (горизонтальный и вертикальный снимки брюшной полости, снимок грудной клетки), биохимический анализ сыворотки крови, посев крови и мочи, диагностический лапароцентез. Исследование перитонеальной жидкости включало в себя

подсчет лейкоцитов с качественной характеристикой клеточного состава, мазков, окрашенных по Граму, а также тест на наличие грибов и кислотопродуцирующих бацилл, посев на аэробную и анаэробную флору, определение микобактерий и цитологическое исследование, измерение удельного веса, определение уровня глюкозы, общего белка, амилазы, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и триглицеридов [62, 66].

Чрезвычайно важным в диагностике ПП большинство исследователей считают бактериологическое исследование экссудата [62, 78, 109, 111]. Многие исследователи отмечают, что положительный посев удавалось получить далеко не всегда [22, 41, 43, 68, 96, 105]. Если в мазках не обнаруживались микроорганизмы, клиницисты традиционно полагались на анализ клеточного состава перитонеальной жидкости. Исследователи на основании большого клинического опыта пришли к выводу, что достоверным признаком воспалительной природы экссудата при исследовании пунктата является повышение абсолютно числа полиморфноядерных нейтрофилов [49, 73]. Однако, по мнению большинства клиницистов, на современном этапе наиболее объективным и точным методом диагностики и дифференциальной диагностики ПП является лапароскопия [1, 2, 12, 19, 26, 30, 37, 40, 45, 60].

Лечение

С открытием и началом использования антибиотиков большинство хирургов заняли позицию раннего оперативного вмешательства [9, 15, 41, 88, 110]. Более того, подобную позицию разделяют и многие клиницисты современного периода [3, 50, 55, 86, 105]. Хирургическое вмешательство в большинстве случаев включало в себя аппендэктомию, санацию брюшной полости, одномоментное введение антибиотиков широкого спектра действия или оставление в брюшной полости микроирригаторов для последующей местной антибактериальной терапии [8, 22, 25, 41]. Многие клиницисты завершали вмешательство дренированием брюшной полости [27, 43, 44, 109]. Особо стоял вопрос о целесообразности проведения аппендэктомии при ПП. Среди клиницистов на протяжении всей истории существовали диа-

метралью противоположные взгляды в этом вопросе [20]. Ряд исследователей категорически возражали против аппендэктомии, так как считали, что это реальная угроза дополнительного инфицирования брюшной полости [42, 55, 68, 69, 82, 109] в связи с тем, что червеобразный отросток не изменен [43, 44]. Но все же многие врачи считали необходимым проведение аппендэктомии, обосновывая ее вероятным глубоким поражением червеобразного отростка с развитием деструктивного процесса в его стенке [6, 8, 24, 34, 35, 90, 103].

Другие исследователи полагали, что экстренная операция показана только для уточнения диагноза, а лечение следует проводить консервативно [61, 64, 71, 84, 102, 108].

В основе лечения ПП лежит рациональная антибиотикотерапия. Первоначально большинство клиницистов применяли для лечения ПП пенициллин изолированно или в сочетании со стрептомицином [9, 41]. Изменение характера микрофлоры потребовало пересмотра традиционных схем антибактериальной терапии. Из-за того, что среди возбудителей ПП чаще выделялись стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, более широко стали использоваться аминогликозиды, полусинтетические пенициллины и разнообразные сочетания антибиотиков широкого спектра действия [32, 67, 83]. С начала 90-х гг. прошлого века шире стали применяться цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами [22, 78]. В последние годы произошел ряд существенных изменений стратегии и тактики антимикробной терапии интраабдоминальных инфекций, в том числе и ПП. И главным постулатом считается, что инициальная терапия, являясь эмпирической, должна основываться на представлениях о характере возбудителя [96]. По данным большинства исследователей, при лечении ПП предпочтение следует отдавать цефалоспорином III поколения (цефотаксим) или, в качестве альтернативы, β -лактамам [33, 89, 100].

Таким образом, в последнее десятилетие XX в. при лечении ПП началось вытеснение традиционного пенициллина и аминогликозидов более мощными современными антибиотиками, однако это сразу же многократно увеличило стои-

мость лечения. В связи с этим в условиях дефицита высокоэффективных, но дорогостоящих препаратов некоторые авторы рекомендовали все же придерживаться традиционной схемы лечения, назначая полусинтетические пенициллины в сочетании с аминогликозидами (гентамицин) [27]. Однако в литературе совершенно не нашел освещения вопрос о критериях эффективности антибактериальной терапии и сроках ее прекращения. Этому посвящены лишь единичные сообщения [27, 100]. Помимо антибактериальной терапии терапевтические усилия при ПП должны быть направлены на лечение нарушений гомеостаза [41, 43, 107]. Особенно авторы подчеркивали необходимость ликвидации экстраабдоминальных очагов инфекции [62].

Принципиально новый подход к лечению ПП открылся с широким внедрением в клиническую практику лапароскопии, которая стала применяться не только для диагностики, но и для санации брюшной полости. При этом одни клиницисты проводили одномоментный или фракционный лаваж брюшной полости [10, 12, 19, 26, 29, 30, 40], другие осуществляли удаление гноя без промывания, оставляя микроиригатор для введения антибиотиков [2, 36]. Лапароскопическая санация брюшной полости с обязательным тщательным контролем течения заболевания в послеоперационном периоде является в настоящее время оптимальным методом лечения детей с ПП [1]. Это определяется и тем обстоятельством, что открытое оперативное вмешательство чревато развитием осложнений. В литературе приводятся данные об осложненном течении ПП у 8—10% пациентов [41, 69]. Наиболее часто упоминаются прогрессирующий перитонит, межпетлевые гнойники, спаечная кишечная непроходимость. Описаны случаи формирования кишечных свищей, пиоцеле [22, 41, 43, 55, 120]. Еще более удручающая картина отмечается у женщин фертильного возраста, перенесших в детстве оперативное вмешательство по поводу аппендицита или ПП. У многих из них выявляются нарушения полового цикла: олигоменорея, опсоменорея, альгодисменорея, циклические и ациклические маточные кровотечения, первичное и вторичное бесплодие, непроходимость труб, сактосальпинкс

[39]. До 57% женщин, страдающих бесплодием, перенесли в детском возрасте аппендэктомия или другую операцию на органах брюшной полости. Авторы подчеркивают, что трудно представить себе абсолютное число в масштабе России тех, кто стал жертвой существующего положения вещей [16, 31].

Таким образом, несмотря на то, что проблемой ПП занималось большое количество исследователей самых разных специальностей, ее нельзя считать окончательно разрешенной. Важнейшие вопросы, связанные с диагностикой, тактикой лечения, профилактикой ближайших и отдаленных осложнений, требуют дальнейшей разработки и совершенствования.

Литература

1. Абушкин И.А., Душанина Э.П., Бабошко П.Е. и др. Лапароскопическая технология в диагностике и лечении первичного перитонита у детей // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 9—10.
2. Акопов А.Г., Четин М.В. Видеолапароскопия при острой гинекологической патологии у девочек // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 12—13.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 1997. 462 с.
4. Бродский Б.Ф., Захарчук И.Я. О рецидиве первичного перитонита у детей // Вест. хирургии им. И.И. Грекова. 1980. < 2. С. 122—123.
5. Брянцев А.В., Капустин В.А., Красева О.В. и др. Диагностическая и лечебная лапароскопия при гинекологической патологии в детском возрасте // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 21—23.
6. Геворгян А.Б. Перитонит у детей (некоторые вопросы патогенеза, клиники и лечения): Дис. ... канд. мед. наук. Ереван, 1971. 159 с.
7. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // Рус. мед. журн. 1998. < 6. С. 697—706.
8. Гисак С.Н., Птицын В.А., Гурвич Л.С. и др. Диагностика и лечение пельвеоперитонита у девочек // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 28—30.
9. Граценко М.Д. Первичные перитониты у детей

- (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1966. 26 с.
10. *Долецкий С.Я.* Комментарий к статье И.Н. Ломаченко и соавт. Первичный перитонит у детей // Хирургия. 1991. < 8. С. 29.
 11. *Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Чундокова М.А. и др.* Лапароскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний у девочек // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 56—59.
 12. *Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Оника М.Д., Блинные О.И.* Гинекологические заболевания в дифференциальной диагностике острых болей в животе у девочек // Вопр. охраны материнства и детства. 1989. < 8. С. 47—51.
 13. *Женчевский Р.А.* Экспериментальный иммуноагрессивный перитонит // Патология физиология воспаления: Сб. науч. трудов. Ставрополь, 1978. С. 39—40.
 14. *Захаров Н.В.* Патогенез, клиническая картина и лечение пневмококкового перитонита у детей // Труды I съезда хирургов Российской Федерации. Л., 1959. С. 423—427.
 15. *Исаков Ю.Ф.* К вопросу о хирургическом лечении детей, больных пневмококковым перитонитом // Педиатрия. 1954. < 2. С. 65—69.
 16. *Калашникова Н.А., Михайлов В.Д., Крейман М.З.* Репродуктивная функция у женщин, перенесших оперативные вмешательства в брюшной полости в период детства и полового созревания // Вопр. охраны материнства и детства. 1990. < 3. С. 77.
 17. *Калитиевский П.Ф.* Болезни червеобразного отростка. М.: Медицина, 1970. 204 с.
 18. *Киселев И.Г.* Нарушения в организме детей при первичном перитоните // Актуальные вопросы хирургии детского возраста (Вопросы хирургии органов грудной и брюшной полостей, анестезиологии и реаниматологии, травматологии и ортопедии, новые и общие вопросы детской хирургии): Тезисы докладов III Рос. конф. студенческих науч. кружков кафедр детской хирургии. Ярославль, 1996. С. 8.
 19. *Коколина В.Ф., Дронов А.Ф., Чундокова М.А.* Перспективы применения лапароскопии в диагностике и лечении криптогенного пельвиоперитонита у девочек // Вест. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1996. < 4. С. 85—87.
 20. *Литовка В.К.* Диагностика и лечение первичного перитонита у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Донецк, 1983. 172 с.
 21. *Ломаченко И.Н.* Неизученные частые острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей // Настоящее и будущее детской хирургии: Материалы Юбилейной конф. детских хирургов. М., 2001. С. 143.
 22. *Ломаченко И.Н., Тарасов А.А., Степанов В.Н.* Первичный перитонит у детей // Хирургия. 1991. < 8. С. 24—28.
 23. *Масаидов М.М.* Острый неспецифический мезентериальный лимфаденит и перитонит у детей // Материалы II съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 1989. С. 281—282.
 24. *Мацкевич Б.И.* Патогенетическое обоснование лечения острых перитонитов у детей // Острый перитонит: Сб. науч. тр. Гродно, 1984. С. 70—77.
 25. *Мацкевич Б.И., Вакульчик В.Г., Олешко В.Г., Разумовский Л.Р.* Лечение острого перитонита у детей // Материалы II съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 1989. С. 282—284.
 26. *Милюкова Л.П.* Лапароскопия в дифференциальной диагностике острого аппендицита и заболеваний гениталий у девочек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 24 с.
 27. *Москаленко В.З., Веселый С.В., Лосицкий А.А. и др.* Микробиологическая характеристика и рациональная антибактериальная терапия пельвиоперитонитов у детей // Детская хирургия. 2000. < 2. С. 26—28.
 28. *Нужина В.С., Одинцова А.Х., Костерина А.В.* Спонтанный бактериальный перитонит // Актуальные вопросы внутренних болезней (90 лет «Шамовской» больницы): Сб. науч. тр. Казань, 2000. С. 152—156.
 29. *Огарков И.П., Карлов А.А., Макаров П.А. и др.* Лапароскопические операции в детской гинекологии // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 104—106.
 30. *Плеханов Г.Н., Григорьев С.Н., Платонов А.А. и др.* Лапароскопическая хирургия у детей // Настоящее и будущее детской хирургии: Материалы Юбилейной конф. детских хирургов: М., 2001. С. 202—203.
 31. *Подкаменев В.В., Галченко В.М., Юрков П.С. и др.* Программированная лапароскопия у девочек, оперированных по поводу осложненных форм острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей редакцией профессора А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 113—115.
 32. *Потапова З.Ф.* Первичный перитонит у детей // Патогенез и лечение распространенных и важнейших заболеваний у детей: Труды Крымского мед. ин-та. Харьков, 1974. Т. 58. С. 99—100.
 33. *Практическое руководство по антибактериальной химиотерапии* / Под ред. Л.Г. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. М., 2002. 381 с.
 34. *Прутовых Н.Н., Константинов П.И.* Аппендикулярно-генитальный синдром в практике детского хирурга // Вопр. неотложной хирургии: Материалы IV Республиканской науч.-практ. конф. детских хирургов. Алма-Ата, 1990. С. 72—74.
 35. *Пугачев А.Г.* Хирургическая гастроэнтерология детского возраста. М.: Медицина, 1982. 288 с.
 36. *Рошаль Л.М., Граников О.Д., Петлах В.И. и др.* Лечебная лапароскопия в неотложной хирургии детского возраста // Хирургия. 1985. < 10. С. 63—66.
 37. *Сабирзянова Д.Ш., Муслимова С.Ю.* Особенности клиники и диагностики пельвиоперитонита у девочек // Настоящее и будущее детской хирургии: Материалы Юбилейной конф. детских хирургов: М., 2001. С. 230—231.
 38. *Салихов И.А.* Острый перитонит в условиях аутоаллергии // Нервная система в патологических процессах: Материалы Всесоюз. науч. конф., посвя-

- щенной памяти А.Д. Сперанского. М.; Львов, 1970. С. 99—102.
39. Скорнякова М.Н., Ошкина Г.И. Генеративная функция женщин, имевших в прошлом гнойно-септические заболевания гениталий // Гнойно-септические заболевания в акушерско-гинекологической практике: Тезисы докл. науч.-практ. конф. Свердловск, 1983. С. 16—17.
 40. Степанов Э.А., Гераськин В.И., Дронов А.Ф. и др. Клиническое значение неструктивных форм острого аппендицита у детей // Вестн. хир. 1983. < 6. С. 85—89.
 41. Сяурусайтис Б.Ю. Первичные перитониты у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Вильнюс, 1974. 18 с.
 42. Терновский С.Д. Хирургия детского возраста. М.: Медгиз, 1959. 450 с.
 43. Ткаченко Б.А., Ким Л.Е., Сайфулаев И.Д. Хирургическая тактика при остром первичном (гематогенном) перитоните у детей // Материалы II съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 1989. С. 351—352.
 44. Уразбахтин И.М., Мурзанов А.М., Нагаев Н.Р. и др. Использование лапароскопии для диагностики и лечения криптогенного перитонита // Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы науч. работ симп. по эндоскопической хирургии у детей / Под общей ред. проф. А.А. Гумерова. Уфа: БГМУ, 2002. С. 140—141.
 45. Чундокова М.А. Современная диагностика и лечение первичного пельвиоперитонита у девочек с применением лапароскопии: Автореф ... дис. канд. мед. наук. М., 1997. 21 с.
 46. Шеварц Н.В. К вопросу о диплококковых перитонитах в детском возрасте // Вестн. хир. 1930. Т. 20. Кн. 58—59—60. С. 166—176.
 47. Щитинин В.Е., Недумов Ю.Н., Репина Е.А. Значение лапароскопии в дифференциальной диагностике абдоминального синдрома у детей // Неотложные состояния у детей: 6-й Конгресс педиатров России. М., 2000. С. 325—326.
 48. Юдин Я.Б., Саховский А.Ф. Шоковые состояния при первичном перитоните у детей // Клинико-анатомические аспекты диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и шока: Сб. науч. трудов. Л., 1986. С. 95—97.
 49. Amarapurkar D.N., Viswanathan N., Parikh S.S. Prevalence of spontaneous bacterial peritonitis // J. Assoc. Physicians India. 1992. V. 40. < 4. P. 236—238.
 50. Armitage T.G. Primary peritonitis in children and adults // Postgrad. Med. J. 1983. V. 687. < 59. P. 21—24.
 51. Barguelli F., Gordah N., Ben-Raies N. et al. Peritonite primitive a pneumocoque chez l'enfant // Med. Trop. Mars. 1996. V. 56. < 3. P. 279—281.
 52. Berger D. Salpingites et bacteriologie // Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1991. V. 86. < 3. P. 213—219
 53. Bloch A.V., Kock K.F., Saxtoft Hansen L., Sandermann J. Periappendicitis and diagnostic consequences // Ann. Chir. Gynaecol. 1988. V. 77. < 4. P. 151—154.
 54. Block S.L., Adams G., Anderson M. Primary pneumococcal peritonitis complicated by exudative pleural effusion in an adolescent girl // J. Pediatr. Surg. 1998. V. 33. < 9. P. 1416—1417.
 55. Bose B., Keier W.R., Godberson C.V. Primary pneumococcal Peritonitis // Canad. Med. Ass. J. 1974. V. 110. < 3. P. 305—307.
 56. Brase R., Kuckelt W., Manhold C., Bohmert F. Spontaneous bacterial peritonitis without ascites // Anesthesiol. Intensivmed. Notfallmed Schmerzther. 1992. V. 27. < 5. P. 325—327.
 57. Brechot B. Nove-Josserand Peritonitis a pneumocoques // J. de Chirurgie. 1931. V. 38. < 4. P. 533—564.
 58. Butler T., Pitt S. Spontaneous bacterial peritonitis due to Clostridium tertium // Gastroenterology. 1982. V. 82. P. 133.
 59. Capdevila O., Pallares R., Grau I. et al. Pneumococcal peritonitis in adult patients: report of 64 cases with special reference to emergence of antibiotic resistance // Arch. Intern. Med. 2001. V. 23. < 161(14). P. 1742—1748.
 60. Champullt G., Rizk N., Lauroy J. et al. Douleurs iliaques droites de la femme. Approche diagnostique conventionnelle versus laparoscopie premiere. Etude controlee (65 cas) // Ann. Chir. 1993. V. 47. < 4. P. 316—319.
 61. Christen R.D., Moser R., Schlup P., Neffel K.A. Fulminant group A streptococcal infections. Report of two cases // Klin. Wochenschr. 1990. V. 17. < 8. P. 427—430.
 62. Clark J.H., Fitzgerald J.F., Kleiman M.B. Spontaneous bacterial peritonitis // J. Pediatr. 1984. V. 104. < 4. P. 495—500.
 63. Coialbu T., Minervini F., Pittaluga M. Primary pneumococcal peritonitis. Description of a case and review of the literature // Clin. Ter. 1999. V. 150. < 6. P. 449—452.
 64. Davies M.J. Remember primary peritonitis // Br. J. Clin. Pract. 1990. V. 44. < 12. P. 649—651.
 65. Drachter K. Pneumokokken-Peritonitis // B. Chirurgie des Kindersalters. Leipzig, 1930. S. 260—266.
 66. Duggan M.B. Neonatal primary peritonitis in Nigeria // Arch. Of Disease: Childhood. 1975. V. 50. < 2. P. 130—132.
 67. Dwivedi B.D., Mathur S.K., Johar R. Primary peritonitis in children // Indian J. Pediatr. 1981. V. 47. < 388. P. 371—374.
 68. Fowler R.Jr. Primary peritonitis // Aust. NZ. J. Surg. 1957. V. 23. P. 204—213.
 69. Fowler R.Jr. Primary peritonitis: Changing aspects // Aust. Pediatr. J. 1971. < 7. P. 73—83.
 70. Freij B.J., Votteler T.P., McCracken B.H.Jr. Primary peritonitis in previously healthy children // Am. J. Dis. Child. 1984. V. 138. < 11. P. 1058—1061.
 71. Friedland J.A., Harris M.N. Primary pneumococcal peritonitis in a young adult // Am. J. Surg. V. 119. P. 737—739.
 72. Garcia-Arenzana J.M., Idigoras P., Peris A. Peritoneal pneumococcal infections // Rev. Clin. Esp. 1992. V. 190. < 3. P. 131—133.
 73. Garcia-Tsao G. Spontaneous bacterial peritonitis // Gastroenterol. Clin. North. Am. 1992. V. 21. < 1.

- P. 257—275.
74. *Garnache F., Simon M., Goffinet P.* Peritonites primitives a Streptococcus pneumoniae // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Paris. 1997. V. 26. < 6. P. 617—622.
 75. *Geley L., Brandesky G.* Die Pneumokokkenperitonitis in Kindersalter // Z. Kinderchir. 1972. Bd. 11. < 1. S. 42—49.
 76. *Gilbert J.A., Kamath P.S.* Spontaneous bacterial peritonitis. An update // Mayo. Clin. Proc. 1995. V. 70. < 4. P. 365—370.
 77. *Golden G.T., Shaw A.* Primary peritonitis // Surg. Gynecol. Obstet. 1972. V. 135. < 4. P. 513—516.
 78. *Gorensek M.J., Lebel M.H., Nelson J.D.* Peritonitis in children with nephrotic syndrome // Pediatrics. 1988. V. 81. < 6. P. 849—856.
 79. *Gorski J., Ingall D., Yogev R.* Primary peritonitis associated with Hemophilus influenzae bacteremia in a normal child // Clin. Pediatr. (Phil.). 1983. V. 22. < 3. P. 183.
 80. *Graham J.C., Moss P.J., McKendrick M.W.* Primary group A streptococcal peritonitis // Scand. J. Infect. Dis. 1995. V. 27. V. 2. P. 171—172.
 81. *Gribbin J.C., Cox C.J.* Spontaneous bacterial peritonitis in a healthy adult male // Aust. N. Z. J. Surg. 1990. V. 60. < 9. P. 723—725.
 82. *Gross R.E.* Primary peritonitis. In the surgery of infancy and childhood // The surgery of infancy and childhood. Philadelphia; London, 1953. 1000 p.
 83. *Haarberg G.* Primary peritonitis // Tidsskrnor Laegeforen. 1977. V. 97. < 13. P. 628.
 84. *Harken A.H., Shochat S.J.* Gram-positive peritonitis in children // Am. J. Surg. 1973. V. 125. < 6. P. 769—772.
 85. *Heinonen P.K., Teisala K., Punnonen R. et al.* Anatomic sites of upper genital tract infection // Obstet. Gynecol. 1985. V. 66. < 3. P. 384—390.
 86. *Hemsley C., Eykyn S.J.* Pneumococcal peritonitis in previously healthy adults: case report and review // Clin. Infect. Dis. 1998. V. 27. < 2. P. 376—379.
 87. *Herman R., Goldman I.S., Bronzo R., McKinley M.J.* Clostridium cadaveris: an unusual cause of spontaneous bacterial peritonitis // Am. J. Gastroenterol. 1992. V. 87. < 1. P. 140—142.
 88. *Izinger A.* Pneumokokkenperitonitis bei Erwachsenen // Zentrall. Chir. 1960. Bd. 50. S. 2359—2365.
 89. *Jacobsen M.B., Bjoornekleit A., Schrupf E.* Spontaneous bacterial peritonitis // Tidsskr. Nor. Laegeforen. 1992. V. 20. < 2. P. 199—201.
 90. *Janati R., Takvorian P., Dodat H., Chappuis J.P.* Primary peritonitis in children. Apropos of 12 case reports // Chir. Pediatr. 1986. V. 27. < 4. P. 201—204.
 91. *Jorquera-Plaza F., Espinel-Diez J., Fernandez-Gundin M.J. et al.* Peritonitis bacteriana espontanea por Listeria monocytogenes // Gastroenterol. Hepatol. 1998. V. 21. < 10. P. 489—491.
 92. *Kahlke V., Fischer A., Schroder J.* Streptococcus pneumoniae peritonitis postpartum // Infection. 2000. V. 28. < 2. P. 114—115.
 93. *Katzman D.K., Friedman I.M., McDonald C.A., Litt I.F.* Chlamydia trachomatis Fitz-Hugh-Curtis syndrome without salpingitis in female adolescents // Am. J. Dis. Child. 1988. V. 142. < 9. P. 996—998.
 94. *Kunkler R.B., Grewal H.P., London N.J.* Primary pneumococcal peritonitis // Br. J. Hosp. Med. 1992. V. 19. V. 47. < 4. P. 262—266.
 95. *Ladd W.E., Botsford T.W., Curnen E.C.* Primary peritonitis in infants and children: a more effective treatment // JAMA. 1939. V. 113. P. 1455—1463.
 96. *Laroche M., Harding G.* Primary and Secondary Peritonitis: An Update // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 1998. < 17. P. 542—550.
 97. *Mathisen S.R., Skrede O., Gudmundsen T.E., Hals J.* Primaer peritonitt hos barn // Tidsskr. Nor. Laegeforen. 1991. V. 111. < 6. P. 708.
 98. *Matthews P.* Primary anaerobic peritonitis // Br. Med. J. 1979. < 2. P. 903.
 99. *McDougal W.S., Izant R.J.Jr, Zollinger R.M.Jr.* Primary peritonitis in infancy and childhood // Am. Surg. 1975. V. 181. P. 310—313.
 100. *Mesquita M.A., Balbino E.P., Albuquerque R.S. et al.* Ceftriaxone in the treatment of spontaneous bacterial peritonitis. Ascitic fluid polymorphonuclear count response and short-term prognosis // Hepatogastroenterology. 1997. V. 44. < 17. P. 1276—1280.
 101. *Moor J.L., Ricketts R.K.* Hemophilus influenzae primary peritonitis in an infant: report of a case // J. Pediatr. Surg. 1984. V. 19. < 5. P. 594—595.
 102. *Moskovitz M., Ehrenberg E., Grieco R. et al.* Primary peritonitis due to group A streptococcus // J. Clin. Gastroenterol. 2000. V. 30. < 3. P. 332—335.
 103. *Nohr C.W., Marshall D.B.* Primary peritonitis in children // Can. J. Surg. 1984. V. 27. < 2. P. 179—181.
 104. *Obadalek W.* Die Aetiologie der Kinderlichen pneumokokkenperitonitis // Dtsch. Zsch. f. Chir. 1931. Bd. 233. S. 587—597.
 105. *Ofori-Kuma F.K., Hesse A., Tandoh J.F.* Primary peritonitis in previously healthy children-clinical and bacteriological features // West. Afr. J. Med. 1996. V. 15. < 1. P. 1—5.
 106. *Ossa G., Wistuba I., Illesca V., Reydet P.* Infecciones invasivas extrapulmonares por Streptococcus pneumoniae. Presentacion de tres casos fatales y revision // Rev. Med. Chil. 1997. V. 125. < 2. P. 200—208.
 107. *Poncak M.* Primarni peritonitis — kazuisticke sdeleni // Rozhl. Chir. 1996. V. 75. < 6. P. 310—312.
 108. *Racz D.* Peritonitis pneumococcia a gyermekkorban // Ovr. Hetil. 1962. < 1. P. 16—18.
 109. *Radulescu D., Pacescu E.* Peritonitele acute primitive ale adultului (Primary acute peritonitis in adults) // Rev. Chir. 1989. V. 38. < 2. P. 127—136.
 110. *Rae C.U.* Primary pneumococcal peritonitis // New Zeal. Med. J. 1966. V. 65. P. 41—43.
 111. *Renshaw A.A., Doolittle M.H.* Value of Gram's stain of cell block material from peritoneal fluid in bacterial peritonitis // Acta Cytol. 1997. V. 41. < 3. P. 755—758.
 112. *Rodriguez-Ramos C., Galan F., Garcia-Tapia A.M. et al.* Peritonitis bacteriana espontanea por Campylobacter fetus // Rev. Esp. Enferm. Dig. 1997. V. 89. < 6. P. 481—483.
 113. *Rubin H.M., Blau E.B., Michaels R.H.* Hemophilus and pneumococcal peritonitis in children with nephrotic syndrome // Pediatrics. 1975. V. 56. P. 598.
 114. *Salzer H.* Die Diplokokkenperitonitis bei Kinder // Dtsch. Zschr. f. Chir. 1928. Bd. 208. S. 226—235.

115. Sanchez N.C., Lancaster B.A. A rare case of primary group A streptococcal peritonitis // *Am. Surg.* 2001. V. 67. < 7. P. 633—634.
116. Serlo W., Heikkinen E., Kouvalainen K. Group A streptococcal peritonitis in infancy // *Ann. Chir. Gynaecol.* 1985. V. 74. < 4. P. 183—184.
117. Sirotnak A.P., Eppes S.C., Klein J.D. Tuboovarian abscess and peritonitis caused by *Streptococcus pneumoniae* serotype 1 in young girls // *Clin. Infect. Dis.* 1996. V. 22. < 6. P. 993—996.
118. Souteyrand P., Verhee P., Vanneuville G., Leseq G. Salpingite de l'enfant avant la puberte. A propos de deux cas // *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1985. V. 80. < 5. P. 287—291.
119. Speck W.T., Dresdale S.S., McMillan R.W. Primary peritonitis and the nephrotic syndrome // *Am. J. Surg.* 1974. V. 127. P. 267.
120. Van Houten M.A., Ab E., Zwierstra R.P., Kimpfen J.L. Primaire peritonitis door *Streptococcus pneumoniae* op de kinderleeftijd // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1998. V. 142. < 4. P. 793—796.
121. Woolf G.M., Runyon B.A. Spontaneous *Salmonella* infection of high—protein noncirrhotic ascites // *J. Clin. Gastroenterol.* 1990. V. 12. < 4. P. 430—432.
122. Yanagisawa N., Tomiyasu H., Hada T. et. al. Chlamidia trachomatis peritonitis: report of a patient presenting spontaneous regression of ascites // *Intern. Med.* 1992. V. 31. < 6. P. 835—839.
123. Yang C., Yeh C.T., Hung C.F., Liaw Y.F. Case report: Spontaneous bacterial peritonitis caused by *Candida albicans* // *J. Gastroenterol. Hepatol.* 1999. V. 14. < 10. P. 1041—1044.

Поступила в редакцию 02.12.2003 г.