

УДК 616.381–002–021.3–053.2

3.1.4 Акушерство и гинекология

DOI: 10.37903/vsgma.2025.3.37 EDN: WMMJEC

**ТОКСИЧЕСКАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ**© Лабузов Д.С.<sup>1</sup>, Степанов В.Н.<sup>2</sup>, Урда И.В.<sup>1</sup><sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28<sup>2</sup>Смоленская областная клиническая больница, Россия, 214018, Смоленск, пр. Гагарина, 27*Резюме*

**Цель.** Представить описание собственного клинического наблюдения токсической формы первичного пельвиоперитонита у девочки 5 лет.

**Методика.** Проведен анализ информации, полученной при клиническом наблюдении случая токсической формы первичного пельвиоперитонита у девочки 5 лет.

**Результаты.** Девочка 5 лет в тяжёлом состоянии поступила в детское хирургическое отделение через 6 часов от появления болей в животе с клиникой перитонита. После предоперационной подготовки выполнена диагностическая лапароскопия и обнаружены характерные признаки первичного пельвиоперитонита при отсутствии деструктивных процессов, как причины вторичного перитонита. Назначение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии в первые двое суток послеоперационного периода привели к явной положительной динамике. Девочка выписана в удовлетворительном состоянии на 8 сутки послеоперационного периода с рекомендациями наблюдения у детского гинеколога амбулаторно.

**Заключение.** У девочек младшего возраста с болями в животе могут возникнуть трудности в дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и его осложнениями и первичным пельвиоперитонитом. Только диагностическая лапароскопия позволяет уточнить диагноз и выбрать оптимальную лечебную тактику.

**Ключевые слова:** дети, первичный пельвиоперитонит, диагностическая лапароскопия

**TOXIC FORM OF PRIMARY PELVIC PERITONITIS IN A 5-YEAR-OLD GIRL**Labuzov D.S.<sup>1</sup>, Stepanov V.N.<sup>2</sup>, Urda I.V.<sup>1</sup><sup>1</sup>Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia<sup>2</sup>Smolensk Regional Clinical Hospital, 27, Gagarin Ave., 214018, Smolensk, Russia*Abstract*

**Objective.** To present a description of one's own clinical observation of a toxic form of primary pelvic peritonitis in a 5-year-old girl.

**Methods.** An analysis of information obtained during clinical observation of a case of toxic form of primary pelvic peritonitis in a 5-year-old girl was conducted.

**Results.** A 5-year-old girl in serious condition was admitted to the pediatric surgical department 6 hours after the onset of abdominal pain with peritonitis clinical picture. After preoperative preparation, diagnostic laparoscopy was performed and characteristic signs of primary pelvic peritonitis were found in the absence of destructive processes as a cause of secondary peritonitis. Antibacterial and detoxifying therapy in the first two days of the postoperative period led to obvious positive dynamics. The girl was discharged in satisfactory condition on the 8th day of the postoperative period with recommendations for outpatient observation by a pediatric gynecologist.

**Conclusion.** In young girls with abdominal pain, there may be difficulties in differential diagnosis between acute appendicitis and its complications and primary pelvic peritonitis. Only diagnostic laparoscopy allows to clarify the diagnosis and choose the optimal treatment tactics

**Keywords:** children, primary pelvic peritonitis, diagnostic laparoscopy

## Введение

Первичный пельвиоперитонит как правило, возникает у девочек, чаще всего в возрасте 3-7 лет. В старшем возрасте это заболевание встречаются значительно реже, что объясняют появлением во влагалище палочек Дедерлейна, создающих кислую среду и препятствующих проникновению патогенной микрофлоры в брюшную полость. Развитие заболевания связано с восходящей инфекцией из вульвы и влагалища. Микроорганизмы могут достигать матки, а затем фаллопиевых труб, вызывая воспалительные заболевания тазовых органов, и далее распространяться по брюшной полости [3, 5, 7]. Однако генитальный путь распространения инфекции не является единственным, так как ПП встречается и у мальчиков с реализацией гематогенного и лимфогенного пути [8, 9, 10]. В клинической картине ПП преобладают местные локализованные формы. Токсические формы заболевания регистрируют редко, однако наметилась тенденция к медленному росту таких форм. Клиническая картина ПП – проявления острого живота и прежде всего детские хирурги подозревают острый аппендицит. Лабораторные данные и ультразвуковое исследование не имеют специфических признаков и единственным объективным методом диагностики можно считать диагностическую лапароскопию. В послеоперационном периоде назначают антибактериальную терапию, чаще всего цефалоспорины III поколения, с достижением полного терапевтического эффекта от лечения [1, 3, 6, 7].

Цель работы – представить описание собственного клинического наблюдения токсической формы первичного пельвиоперитонита у девочки 5 лет.

## Методика

Пациентка, девочка 5 лет поступила в клинику детской хирургии с абдоминальным болевым синдромом, интоксикацией и фебрильной лихорадкой. При обследовании пациентки, для диагностики причин абдоминального болевого синдрома применялись следующие методы: сбор жалоб и анамнеза, общеклинический осмотр и обследование, лабораторные и инструментальные исследования. С учётом невозможности исключить острые процессы в брюшной полости на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных выполнена диагностическая лапароскопия.

## Описание клинического случая

Девочка А., 5 лет, поступила в детское хирургическое отделение Смоленской областной клинической больницы, через 6 часов от появления болей в животе. Со слов матери около 2 часов ночи её дочь проснулась от болей в животе, заплакала, двумя руками держалась за живот. На ощупь девочка была горячей, при измерении температуры тела – 38,9<sup>0</sup>С. Через 10-15 минут после дачи жаропонижающего в виде сиропа была рвота с примесью непереваренной пищи с зеленью, рвота и позывы на рвоту повторялись 3-4 раза. Девочка засыпала на непродолжительное время, вздрагивала, переворачивалась на бок и на живот, разговаривала во сне и вновь просыпалась с жалобами на боли в животе. Дважды были позывы на дефекацию, стула не было. К утру девочка спала на боку прижав ножки к животу, часто дышала, температура тела 39,4<sup>0</sup>С, вяло реагировала на обращение матери. Вызвана бригада скорой помощи: выполнено внутримышечное введение метамизола натрия и дифенгидрамина, ребёнок был доставлен в приёмное отделение с подозрением на острый аппендицит. При уточнении анамнеза предшествующего основному заболеванию: чуть более 2-х недель назад девочка перенесла острое респираторное заболевание с катаральными явлениями и повышением температуры продолжительностью до 4-5 дней, накануне вечером была неактивна и неохотно ела.

При поступлении состояние тяжёлое. Ребёнок адинамичный, спит на руках у матери, кожные покровы бледные, температура тела – 38,6<sup>0</sup>С, ЧДД – 38 в минуту, ЧСС – 150 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, симметричный, не участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в мезо- и гипогастрии больше справа, здесь же выраженное пассивное напряжение мышц, симптом Щёткина-Блюмберга положительный при определении в нижних отделах. При осмотре вульвы выделений, отёка и гиперемии нет. В общем анализе крови: лейкоцитоз – 22,0×10<sup>9</sup>/л с нейтрофилёзом 78%, гемоглобин – 129 г/л, эритроциты – 4,56×10<sup>12</sup>/л, тромбоциты – 373×10<sup>3</sup>/л, СОЭ – 16 мм/ч. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: печень, желчный, пузырь, селезёнка и поджелудочная железа без структурных изменений; повышена пневматизация кишечника, свободная жидкость в полости малого таза.

Пациентка была госпитализирована в отделение детской хирургии с диагнозом: острый аппендицит, перитонит. Выставлены показания к диагностической лапароскопии для уточнения диагноза. В течение 2,5 часов проводилась предоперационная подготовка: введение глюкозо-солевых растворов, антипиретическая терапия с учётом нарастания лихорадки до 39,0°C (метамизол натрия и дифенгидрамин), антибиотикопрофилактика (цефотаксим).

Выполнена диагностическая лапароскопия и ревизия брюшной полости. В брюшную полость над пупком установлен 5 мм троакар для лапароскопа, наложен карбоксиперитонеум, в левой подвздошной области установлен дополнительный 5 мм троакар для инструмента. Обнаружен мутный и липкий, тянущийся за граasperом выпот в полости малого таза и подвздошных областях (рис. 1).

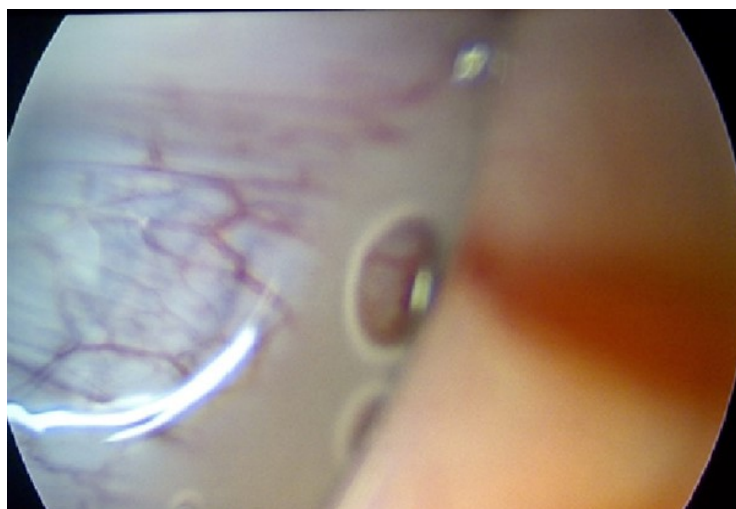


Рис. 1. Эндофото. Выпот в брюшной полости

Выведен червеобразный отросток с нисходящем расположением, без признаков деструктивных изменений: не напряжён на всём протяжении, свисает с инструмента, имеется умеренная инъекция сосудов серозной оболочки. При осмотре малого таза: выраженная инъекция сосудов и отёк брюшины, матка в виде малой трапеции, яичники овоидной формы, равномерно белёсо-серые, правая маточная труба минимально утолщена по сравнению с левой, имеется гиперемия и отёк фимбрий (рис. 2).



Рис. 2. Эндофото. Правая Фаллопиева труба с симптомом «красного венчика»

Выполнена аспирация экссудата – получено до 230 мл, через 5 мм порт в левой подвздошной области в полость малого таза установлен трубчатый дренаж Ch 10, наложены швы на раны в месте стояния портов. Экссудат направлен на бактериологическое исследование. Послеоперационный диагноз: первичный пельвиоперитонит, токсическая форма.

В раннем послеоперационном периоде девочка получала лечение: обезболивание, инфузионную терапию (глюкозо-солевые растворы 2 дня), антибактериальную терапию (цефотаксим 7 дней, амикацин 5 дней). Лихорадила до 38,2<sup>0</sup>С в первые сутки послеоперационного периода, со вторых суток температура тела нормализовалась, улучшилось общее состояние: девочка активна, играет, появился аппетит. Живот после отхождения газов и стула на 2 сутки опал, мягкий, минимально болезненный в области послеоперационных ран. По дренажу в брюшной полости сохранялось отделяемое в первые 2 дня – 120 мл и 40 мл соответственно. На 3 сутки послеоперационного периода скудный экссудат только в дренаже – удалён. На 3 сутки в общем анализе крови снижение показателей лейкоцитов до 12,3×10<sup>9</sup>/л, нейтрофилов до 62%. Результат бактериологического исследования экссудата – роста микрофлоры нет. Швы сняты на 5-ые сутки послеоперационного периода заживление раны первичным натяжением. В беседе с мамой пациентки, при прицельно заданных вопросах, выяснили, что периодически бывают эпизоды покраснения вульвы с жалобами на зуд при мочеиспускании, гигиенические процедуры проводились детским средством для купания, не придавая значения направлению «от вульвы от анусу».

Девочка выписана в удовлетворительном состоянии на 8 сутки послеоперационного периода с рекомендациями консультация и наблюдения у детского гинеколога амбулаторно.

## Обсуждение клинического случая

В описанном наблюдении мы столкнулись с редкой патологией – токсической формой первичного пельвиоперитонита. На наличие данной формы указывают: бурное начало заболевания, быстрое нарастание интоксикации, лихорадка, явления перитонита уже через 6 часов от начала заболевания и лабораторные признаки. На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных точно с уверенностью поставить диагноз не представлялось возможным. Диагностической лапароскопия дала возможность чётко определиться с диагнозом и выбрать оптимальную лечебную тактику.

У детей при болях в животе и остром начале детские хирурги всегда подозревают в первую очередь острый аппендицит и его осложнения, конечно, принимая во внимание женский пол и характерный возраст для развития первичного пельвиоперитонита. Без точной уверенности в последнем диагнозе назначать консервативную терапию весьма опрометчиво и опасно. При выполнении диагностической лапароскопии обнаружены характерные признаки в виде липкого мутного выпота, гиперемия фимбрий маточной трубы и отсутствие деструктивных процессов, как причины вторичного перитонита.

Аппендэктомия не выполнялась ввиду отсутствия выраженных вторичных изменений отростка [3, 6, 7]. При подробном изучении анамнеза выявлены возможные предрасполагающие факторы. Перенесённая более 2 недель назад острая респираторная инфекция, могла вызвать иммунологические сдвиги в виде недостаточного ответа на бактериальную инфекцию и функциональную недостаточность клеточного иммунного ответа [4]. Местный процесс в вульве и неадекватная гигиена этой области, вероятно, привели к реализации восходящего пути бактериального инфицирования брюшной полости [2].

## Заключение

У девочек младшего возраста с болями в животе могут возникнуть трудности в дифференциальной диагностике между острым аппендицитом с его осложнениями и первичным пельвиоперитонитом. Только диагностическая лапароскопия позволяет уточнить диагноз и выбрать оптимальную лечебную тактику.

## Литература(references)

1. Баряева О.Е., Флоренсов В.В., Ахметова М.Ю. и др. Первичный пельвиоперитонит у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2020. – Т.16, №4. – С. 87-95. [Baryaeva O.E., Florensov V.V., Ahmetova M.YU. i dr. / *Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov*. – 2020. – V.16, N4. – P. 87-95. (in Russian)].
2. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей / под общ. ред. Д.О. Иванова, Н.Н. Рухляды. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 464 с. [Detskaya i podrostkovaya ginekologiya: rukovodstvo dlya vrachej / pod obshch. red. D.O. Ivanova, N.N. Ruhlyady. – M.: GEOTAR-Media, 2024. – 464 p. (in Russian)]
3. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280 с. [Detskaya hirurgiya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. A. YU. Razumovskogo. – 2-e izd., pererab. i dop. – M.: GEOTAR-Media, 2021. – 1280 p. (in Russian)]
4. Каган А.В., Акопян А.С., Зуева Е.Е., и др. Иммунологические особенности у детей с первичным перитонитом // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2014. – Т.173, №2. – С. 57-60. [Kagan A.V., Akopyan A.S., Zueva E.E., i dr. Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova. – 2014. – V.173, N2. – P. 57-60. (in Russian)]
5. Неотложная педиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Б.М. Блохина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 736 с. [Neotlozhnaya pediatriya: Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. B.M. Blohina. – Moskva: GEOTAR-Media, 2025. – 736 p. (in Russian)]
6. Чундокова М.А., Смирнов А.Н., Дронов А.Ф. и др. Пельвиоперитонит и сальпингит у девочек при синдроме «острого живота» // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. – Т.3, №1. – С. 32-39 [Chundokova M.A., Smirnov A.N., Dronov A.F. i dr. Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. – 2013. – V.3, N1. P. – 32-39. (in Russian)]
7. Эндоскопическая хирургия в педиатрии: руководство для врачей / под ред. А.Ю. Разумовского, А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с. [Endoskopicheskaya hirurgiya v pediatrii: rukovodstvo dlya vrachej / pod red. A.YU. Razumovskogo, A.F. Dronova, A.N. Smirnova. – M.: GEOTAR-Media, 2016. – 608 p. (in Russian)]
8. Farkas L., Lazáry G., Köves I. et al. Primary peritonitis in an adolescent boy // Orvosi Hetilap. – 2020. – V.161, N23. – P. 977-979.
9. Leonor C., Marina A., Berta B. Primary Peritonitis in a Healthy Boy-Case Report // Academic Journal of Pediatrics & Neonatology. – 2017. – V.4, N4. – P. 55-56.
10. Maraki S., Moraitis P., Barbagadakakis S. et al. Primary Bacterial Peritonitis Caused by Streptococcus pneumoniae // Journal of Global Infectious Diseases. – 2021. – V.13, N2. – P. 103-104.

## Информация об авторах

Лабузов Дмитрий Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: docyzzz@list.ru

Степанов Виктор Николлаевич – заведующий отделением детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: vns61@yandex.ru

Урда Илья Витальевич – студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: cool.urda@yandex.ru

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 14.04.2025

Принята к печати 25.09.2025