

დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი ბავშვებში: დილეგა დასკვნით დიაგნოზში

დავით ბუთხუზი, არჩილ ჭელიძე, მიხეილ გურგენაძე, პაატა პაატაშვილი, ზურაბ ზამბახიძე

ს.ს. „რუსთავის ცენტრალური საავადმყოფო“

პასუხისმგებელი პირი: დავით ბუთხუზი, butxuzi@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.48-52>

რეზიუმე | სტატიაში აღწერილია გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის ორი თანადროული შემთხვევა მცირეწლოვან ძმებში. მსგავსი შემთხვევები შეიძლება უკავშირდებოდეს სხვადასხვა სახის ინფექციურ-ენტერულ დაავადებათა გამწვავებას, ასევე, ნაწლავთა ისეთ ანთებით მდგომარეობას, როგორცაა კრონის დაავადება. აღწერილ შემთხვევებში, პერიტონული სითხის ბაქტერიოლოგიური კვლევით ცალსახად გამოწვევის იდენტიფიცირება ვერ მოხერხდა, ხოლო მორფოლოგიურად კრონის დაავადება არ დადასტურდა. ორივე შემთხვევაში მკურნალობა მიმართული იყო პერიტონიტის ლიკვიდაციისკენ, უფრო ძვირ შემთხვევაში damage control-ის პრინციპით. ერთ პაციენტთან საჭირო გახდა ენტეროსტომის ფორმირება, რომელიც შემდგომ ლიკვიდირებული იქნა. საბოლოოდ, გამოიკვეთა საორჭოფო საკითხი - ამ ორი პაციენტის თანადროული მომართვა, მსგავსი კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზები უბრალოდ დამთხვევა იყო, თუ საქმე გვექონდა რაიმე საერთო ინფექციური გენეზის დაავადებასთან.

საკვანძო სიტყვები: დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი, დაზიანების კონტროლის პრინციპი, კრონის დაავადება, ენტეროსტომია, მწვავე პერიტონიტი ბავშვებში

შესავალი

მწვავე პერიტონიტი განეკუთვნება განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარე ქირურგიულ დაავადებათა რიცხვს. იგი ქირურგიულ პაციენტთა დაახლოებით 15-20%-ში გვხვდება. მეორადი პერიტონიტის ძირითად მიზეზად შეიძლება დასახელდეს ისეთი ქირურგიული დაავადებების გართულებები, როგორებიცაა: მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლეცისტიტი, ღრუ ორგანოს წყლულოვანი თუ არაწყლულოვანი გენეზის პერფორაცია, ჩაჭედილი თიაქრისას ორგანოს ნეკროზი, კრონის დაავადების გამწვავება და სხვ. პერიტონიტის მიმდინარეობის სირთულეს განსაზღვრავს მისი ხანდაზმულობა, განვითარების მიზეზი და პროცესში მონაწილე მიკროფლორა.

კულტივირებული მიკროფლორიდან უხშირესია გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები - 55-61%, მათგან Enterobacter spp 36%; ხოლო გრამდადებითებიდან ხშირია Staphylococcus aureus - 60-70%.

სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, მწვავე დიფუზური პერიტონიტის დროს ლეტალობა მერყეობს 20-40%-ის ფარგლებში. მეორადი პერიტონიტის მკურნალობა ძირითადად ოპერაციულია.

მწვავე პერიტონიტი განსაკუთრებით აგრესიულად მიმდინარეობს ბავშვებში, რაც მათი ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით და დაგვიანებული მიმართვიანობით არის განპირობებული. პერიტონიტის ერთ-ერთ მძიმე სახეს განეკუთვნება ჩირქოვანი პერიტონიტი. ^{1-8,12,14,17-22}

კლინიკური შემთხვევის აღწერა:

სტატიაში წარმოგიდგენთ ბავშვთა ასაკში განვითარებული დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტის ორ შემთხვევას. შემთხვევები საინტერესოა იმით კუთხით, რომ პერიტონიტის დიაგნოზი, ერთი და იგივე პერიოდში, დაუდგინდა ორ ძმას, 28 საათიანი ინტერვალით.

პაციენტი №1.

მამრობითი სქესის, 7 წლის. მოყვანილ იქნა კლინიკაში მშობლების მიერ თვითდინებით. ჰოსპიტალიზაციისას პაციენტი და მისი მშობლები წარმოადგენდნენ შემდეგ ჩვილებს: გაუსაძლისი ტკივილი დიფუზურად მთელს მუცელში, საერთო სისუსტე, უმადობა, საკვების მიღების აკრძალვა, პირის სიმშრალე, გულისრევა, პერიოდულად ღებინება. მშობლის გადმოცემით ჩვილები დაეწყო კლინიკაში შემოსვლამდე დაახლოებით 72-96 სთ-ით ადრე. პაციენტი თავად აკონკრეტებდა, რომ ტკივილი დაეწყო მუცლის მარცხენა ნახევარში, შემდეგ კი გადაინაცვლა ჭიპისკენ და თანდათან გავრცელდა მთელს მუცელში.

ობიექტურად: კანი ფერმკრთალი, მორუხო ელფერით. ტუჩები ციანოზური. თვალბუდეები ჩავარდნილი. ენა მშრალი, თეთრად შელესილი, ყლაპვა თვისუფალი. მუცელი სუნთქვის აქტში არ მონაწილეობდა. მკვეთრად შეზერილი, სიმეტრიული, დაჭიმული, პერკუსია მტკივნეული - ვერ ხორციელდებოდა. ტოტალურად დადებითი პერიტონეუმის გალიზიანების ნიშნები. Per Recum: სფინქტერის ტონუსი ნორმალური, ამპულა თავისუფალი. აუს-

კულტაციით: პერისტალტიკა არ მოისმინებოდა, მოისმინებოდა შხეფის ხმიანობა.

კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევები:

სისხლის საერთო ანალიზი: ლეიკოციტოზი - $47.6 \cdot 10^9$ (ნორმა - $4 \cdot 10^9$); ჩხირბირთვიანები - 17% (ნორმა - 1-6%); ედს - 88მმ/სთ (ნორმა 2-30მმ/სთ); CRP - 155მგ/დლ (ნორმა <6მგ/დლ).

აბდომინური ექსკოპიური კვლევა გაძნელებული, მუცლის გამობატული მტკივნეულობის გამო, ვიზუალიზაცია ერობოდა ერთეული უკუპერისტალტიკური ტალღა და თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში.

მუცლის რენტგენოგრაფიული კვლევა: გამობატული კლოიბერის ფიალები. თავისუფალი ჰაერი მუცლის ღრუში არ ისახებოდა.

წინასწარი დიაგნოზი: მწვავე მუცელი, პერიტონიტი.

სანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ გადაუდებელი ჩვენებით ჩატარდა **ოპერაცია:** ლაპარატომია, მუცლის ღრუს რევიზია, წვრილი ნაწლავის რეზექცია, ენტეროსტომია, აპენდექტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.

ოპერაციის ოქმი: შუა-შუა ლაპარატომია. მუცლის ღრუში 500მლ-მდე მყაყე სუნის, ბლანტი ჩირქოვანი ტიპის გამონადენი, რომელიც ვრცელდებოდა ყველა ანატომიურ სივრცეში. ნაწლავები და პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი ტოტალურად დაფარული ფიბრინული ნადებით. ინახა რამდენიმე შეხორცებითი კონგლომერატი:

(I) ერთიანი კონგლომერატი იქმნებოდა მარჯვენა თედოს ფოსოში, ილიოცეკალურ არესთან, წვრილი ნაწლავის მარყუჟებსა და ბრმა ნაწლავს შორის. წვრილი ნაწლავის მარყუჟები (დაახლოებით 1.5-2მ) მიხორცებული აღნიშნულ კონგლომერატთან.

(II) შედარებით ნაკლებად გამობატული შეხორცებითი კონგლომერატი - წვრილი ნაწლავის მარყუჟებსა და რექტოსიგმოიდურ კუთხეს შორის.

(III-IV) ანალოგიური შეხორცებითი კონგლომერატები ლეიქოსისა და ელენთის კუთხეებთან.

კონგლომერატების გათიშვა: (I) კონგლომერატის გათიშვის დროს მიღებული იყო ბლანტი, მყაყე სუნის მქონე ჩირქი, 100მლ-მდე. კონგლომერატში მონაწილე წვრილი ნაწლავის მარყუჟების ნაწილი მუქი შინდისფერი, პერისტალტიკა არ აღინიშნებოდა - მკაფიო საზღვრის იდენტიფიცირება სიცოცხლისუნარიან მიდამოსთან ვერ მოხერხდა, დემარკაციული ხაზი არ ვიზუალიზაცია. აქვე ინახა ფლეგმონურად შეცვლილი აპენდიქსი.

(II) კონგლომერატის გათიშვის შემდეგ გამოიყო ანალოგიური ბლანტი, მყაყე სუნის მქონე ჩირქი, 50-70მლ. ინახა, რომ სიგმური ნაწლავი ციცხვებთან ერთად ტოტალურად დაფარული იყო ფიბრინული ნადებით, ნაწლავთა მთლიანობა დარღვეული არ იყო, პერისტალტიკა შენახული, ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანი.

(III) და (IV) კონგლომერატების გათიშვის შემდეგ გამოიყო ანალოგიური ხასიათის ჩირქი, 30-40 მლ. წვრილი ნაწლავის მარყუჟები დაფარული ფიბრინული ნადებით, პერისტალტიკა შენახული, ნაწლავი სიცოცხლისუნარიანი.

თედოს ნაწლავის კომპრომიტირებული სეგმენტი შეფასდა სიცოცხლისუნაროდ, შესრულდა წვრი-

ლი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის რეზექცია, ბაუგინის სარქელიდან 12-15სმ პროქსიმალურად, 1,2-1,5მ სიგრძეზე. ნაწლავის ორივე ბოლო დაიხურა ყრუდ. პაციენტი დაექვემდებარა Damage Control-ის პროტოკოლს, დაიგეგმა ეტაპობრივი რელაპარატომია, ენტერალური ანასტომოზის ან/და ენტეროსტომიის ფორმირებისთვის, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით, 48-72სთ-ში. ასევე შესრულდა ტიპური აპენდექტომია ფუძიდან და მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.

მკურნალობა გაგრძელდა რენანიმაციულ განყოფილებაში. პაციენტი იმყოფებოდა მართვით სუნთქვაზე, სამკურნალო-დაცვითი ნარკოზის ქვეშ.

მუცლის ღრუში არსებული პათოლოგიური ცვლილებებიდან გამომდინარე ექვი იქნა მიტანილი კრონის დაავადებაზე.^{1,3,4,6,7,12} ექვი, ოპერაციული მასალის პათომორფოლოგიური კვლევით არ დადასტურდა.

პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ, დაახლოებით 48სთ-ში, შესრულდა შუა-შუა გეგმიური რელაპარატომია, მუცლის ღრუს რევიზია, ერთლულა ენტეროსტომია მუცლის მარჯვენა ნახევარში, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.

პოსტოპერაციული პერიოდის მართვამიმდინარეობდა კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში, მართვითი სუნთქვის ფონზე. უტარდებოდა ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით (ვანკომიცინი 0.5გრ+Sol. NaCl 0.9% 200.0 ი.ვ. 2x, მერონემი 0.5გრ+Sol. NaCl 0.9% 200.0, 3x). ანტიბიოტიკოთერაპია გაგრძელდა ქირურგიულ განყოფილებაში. ასევე მიმდინარეობდა კრისტალოიდების ინფუზია, ფრაქციონირებული ჰეპარინი, H₂-ბლოკატორი, ალბუმინის 20% ხსნარი. რესპირატორული მხარდაჭერისას, მედიკამენტოზური სედაცია ფენტანილი+დორმიკუმის დახმარებით. მართვითი სუნთქვიდან პაციენტის მოხსნა შესაძლებელი გახდა პირველი ოპერაციიდან ოთხ და მეორე ოპერაციიდან ორ დღეში. კრიტიკული მედიცინის განყოფილებიდან პაციენტი ნორმალური ვიტალური მაჩვენებლებით გადაყვანილი იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში პირველი ოპერაციიდან მეექვსე დღეს (პარაკლინიკური კვლევის შედეგების მკვეთრი გაუმჯობესების ფონზე).

მორფოლოგიური კვლევა: წვრილი ნაწლავში მოჩანს ლორწოვანის ნეკროზული უბნები, აღნიშნული ცვლილებები ვრცელდება სამივე შრეზე. ერთ პრეპარატში მოჩანს ლორწოვანის ეროზიული ცვლილება, რაც ეჭვს ბადებს, რომ, დიდი ალბათობით, ზემოთ აღნიშნული დაზიანება გამოწვეულია ნაწლავური პარაზიტის არსებობით. აპენდიქსი ფლეგმონურად შეცვლილი.

მიკრობიოლოგიური კვლევა: მუცლის ღრუდან აღებული მასალაში კულტივირდა Enterobacter spp.

პაციენტი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან ჰოსპიტალიზაციის მე-11 დღეს.

გაწერიდან 45-ე დღეს პაციენტთან, გეგმიური წესით, შესრულდა შუა-შუა ლაპარატომია, სინექიოლიზი, ტერმინალური ენტეროსტომის დახურვა, ილეო-ტრანსვერზოსტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.

ოპერაცია წარიმართა გართულების გარეშე და პაციენტი მეცხრე დღეს გაეწერა კლინიკიდან, დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

პაციენტი №2

საინტერესოა ის ფაქტი, რომ №1 პაციენტის პირველი ოპერაციის დასრულებიდან დაახლოებით 28 სთ-ში კლინიკაში მოყვანილ იქნა მისი ძმა, 10 წლის, მშობლის მიერ თვითღინებით. ჩივილებით: გაუსაძლისი ტკივილი დიფუზურად მთელს მუცელში, საერთო სისუსტე, უმადობა, საკვების მიღების აკრძალვა, პირის სიმშრალე, გულისრევა, პერიოდულად ლებინება. პაციენტის მშობლის გადმოცემით, აღნიშნული ჩივილები დაეწყო კლინიკაში შემოსვლამდე დაახლოებით 48-72სთ-ით ადრე. პირველის მსგავსად, მეორეც აღნიშნავდა, რომ ჩივილები დაეწყო მუცლის მარცხენა ნახევარში, შემდეგ გადმოინაცვლა ჭიპისკენ და მოიცვა მთელი მუცელი.

ობიექტურად: კანი ფერმკრთალი, მორუხო ელფერით. ტუჩები ციანოზური. ენა მშრალი, თეთრად შელესილი, ყლაპვა თვისუფალი. მუცელი სუნთქვის აქტში არ მონაწილეობდა. შებერილი, სიმეტრიული, დაჭიმული, პერკუსიით ტიმპანიტი, თუმცა სრულფასოვანი შეფასება ვერ მოხერხდა მუცლის ძლიერი მტკივნეულობის გამო. ტოტალურად დადებითი პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. Per Recum სფინქტერის ტონუსი ნორმალური, ამჟღავნებდა თავისუფალი. აუსკულტაციით: დუნე პერისტალტიკა.

კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევები:

სისხლის საერთო ანალიზი: ლეიკოციტოზი - $33 \cdot 10^9$ (ნორმა - $4 \cdot 10^9$); ჩნობის რაოდენობა - 9% (ნორმა - 1-6%); ედს - 59მმ/სთ (ნორმა - 2-30მმ/სთ); CRP - 39მგ/ლ (ნორმა - <6 მგ/ლ).

აბდომინური ექოსკოპია: თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში, პერისტალტიკა დუნე.

წინასწარი დიაგნოზი: მწვავე მუცელი, პერიტონიტი და ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ სასწრაფო წესით გაუკეთდა ოპერაცია: ლაპარატომია, დიდი ბადექონის რეზექცია, აპენდექტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.

ინტრაოპერაციულად: განაკვეთი შუა-შუა ლაპარატომია. მუცლის ღრუში 500 მლ-მდე მყავე სუნის მქონე ბლანტი ჩირქოვანი ტიპის გამონადენი - მოიცავდა ყველა ანატომიურ სივრცეს. ნაწლავები და პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი ტოტალურად დაფარული ფიბრინული ნადებით. შემდგომი რევიზიით ინახა ანალოგიური კონგლომერატები:

(I) ერთიანი კონგლომერატი იქმნებოდა მარჯვენა თედოს ფოსოში, ილიოცეკალურ არესთან წვრილი ნაწლავის მარყუჟებსა და ბრმა ნაწლავს შორის. გათიშვის შემდეგ გამოიყო ბლანტი, მყავესუნის მქონე ჩირქი 100მლ-მდე ოდენობის. ინახა პერფორირებული, დესტრუქციული აპენდიქსი ზომით 10-12 სმ, პერფორირებულ მდამოსთან განავლოვანი ქვა დიამეტრით 8-10მმ.

(II) შეხორცებითი კონგლომერატი იქმნებოდა წვრილი ნაწლავის მარყუჟებსა და რექტოსიგმოიდულ კუთხეს შორის - გათიშვის შემდეგ გამოიყო ანალოგიური ტიპის ჩირქოვანი გამონადენი 70მლ-მდე. ინახა, რომ სიგმური ნაწლავი ციცხვებთან ერთად ტოტალურად დაფარული იყო ფიბრინული ნადებით. სიგმური ნაწლავისა და

წვრილი ნაწლავის მარყუჟების მთლიანობა დარღვეული არ იყო, პერისტალტიკა შენახული, სიცოცხლისუნარიანი.

(III) გამოხატული შეხორცებითი კონგლომერატი ისახებოდა დიდ ბადექონსა და წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს შორის - გათიშვის მიზნით შესრულდა დიდი ბადექონის რეზექცია, გამოიყო ანალოგიური ხასიათის ჩირქი, ნაწლავები დაფარული იყო ფიბრინული ნადებით, აბსცესის ღრუ ვრცელდებოდა ტრეიცის იოგამდე. წვრილი ნაწლავები დაფარული ფიბრინული ნადებით, პერისტალტიკა შენახული, სიცოცხლისუნარიანი.

მუცლის ღრუში არსებული ცვლილებებიდან გამომდინარე, შესრულდა ტიპური აპენდექტომია ფუძიდან. მუცლის ღრუ დადრენირდა (ტრეიცის იოგის მიდამო და დუგლასის ფოსო).

პაციენტს პოსტოპერაციულად ჩაუტარდა ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით (ვანკომიცინი 0.5გრ+Sol. NaCl 0.9% 200.0მლ ი.ვ., 2x, მერონემი 0.5გრ+Sol. NaCl 0.9% 200.0მლ, 3x).

მორფოლოგიური კვლევა: მწვავე განგრენულ-პერფორაციული აპენდიციტი.

მიკრობიოლოგიური კვლევა: მუცლის ღრუდან აღებული მასალაში კულტივირდა Enterobacter spp;

პაციენტი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან ოპერაციიდან მე-10 დღეს.

ბანხილვა:

აღსანიშნავია, რომ გაწერამდე ორივე პაციენტთან, სტაბილური მდგომარეობის მიუხედავად (ჩივილების არ არსებობა, კარგი მადა, რეგულარული და ადეკვატური დიურეზი, ფიზიოლოგიური დეფეკაცია, პაციენტების აქტიურობა, სხეულის ნორმალური ტემპერატურა), სისხლის საერთო ანალიზში რჩებოდა გამოხატული ლეიკოციტოზი 18.6 და 14.0, ფორმულის ცვლილების გარეშე. აღნიშნული დამახასიათებელია ინფექციური და/ან პარაზიტული დაავადებებისათვის. ^{9-11,13,15,16}

პაციენტების ნათესაური კავშირის, დაავადების დაწყებისა და მომდინარეობის თავისებურებებიდან (ტკივილის დაწყება მუცლის მარცხენა ნახევარში, მკვეთრი ლეიკოციტოზი, მსგავსი შეხორცებითი კონგლომერატების არსებობა მუცლის ღრუში), დიაგნოზების მსგავსებიდან და მიმდინარეობიდან გამომდინარე არ გამოირიცხა ორივე შემთხვევის სავარაუდო ინფექციური გენეზის ალბათობა, რის გამოც ჩაუტარდათ ბავშვთა ინფექციონის კონსულტაცია.

ეჭვი იქნა მიტანილი შემდეგ პათოლოგიებზე: სალმონელოზი, იერსინიოზი, ამებიაზი, შიგელოზი, ასევე ნაწლავურ პარაზიტებზე.

ზემოთხსენებული ინფექციური პათოლოგიებისთვის დამახასიათებელია მაღალი ლეიკოციტოზი, ხოლო შორსწასულ შემთხვევებში კი პერიტონიტის სახით მიმდინარეობა. წარმოდგენილ შემთხვევებში კონკრეტული ინფექციური პათოგენის იდენტიფიცირება ვერ მოხდა.

ჩატარებული სამკურნალო ტაქტიკა, მათ შორის ქირურგიული ჩარევის მასშტაბი და ფართო სპექტრის, სარეზერვო, ანტიბიოტიკოთერაპია, იყო ადეკვატური. ^{9-11,13-16}

დასკვნა:

აღწერილი კლინიკური შემთხვევების ირგვლივ, ჩვენი კლინიკის ქირურგთა აზრი გაიყო ორად და საკამათო იყო საკითხი იმის შესახებ, რომ ერთი ოჯახის ერთი ასაკობრივი ჯგუფის ორ წევრთან, დაავადების თითქმის ერთდროული განვითარება, ფაქტიურად იდენტური დიაგნოზები და კლინიკური მიმდინარეობა, დიფუზური პერიტონიტის სახით, უბრალოდ დამთხვევა იყო, თუ საქმე გვქონდა რაიმე საერთო ინფექციური გენეზის დაავადებასთან, რომლის გართულებამაც გამოიწვია დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი.

საბოლოოდ კი, მწვავე დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს თანმიმდევრული სამკურნალო ტაქტიკა: დროული დიაგნოსტიკა, სასწრაფო-გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევის გადაწყვეტილება, შესაბამისი ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადება, ადეკვატური ქირურგიული ჩარევა (რომელიც შეიძლება წარიმართოს ერთ ან რამდენიმე ეტაპად), პათოლოგიური კერის ლიკვიდაცია, მუცლის ღრუს ადეკვატური დრენირება და სრულფასოვანი ეტიოპათოგენური და სიმპტომური თერაპია არის დადებითი შედეგის მიღწევის საწინდარი.

ლიტერატურა:

References:

1. გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იერუსალიმის რეკომენდაციები - ვურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე-№2(6) გვ. 9-38.
2. Алексеев В.Г., Лютов В.В., Заикин А.И., Лютов В.В., Опанасенко А.А., Смелянский Ф.К., Зарецкер Ю.Б., Цвигун Г.В.- Висцеральная патология при перитоните- Клиническая Медицина – Москва - 1995; 73(3):33-6.
3. Войно-Ясенецкий В.Ф. "Очерки Гнойной Хирургии"- Москва 2008- გვ. 331-370
4. Иоскевич Н.Н. – практическое руководство по клинической хирургии: болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины: Минск "Вышэйшая школа" – 2001. გვ. 648-650
5. Кузнецов В.И., Магеррамов Л.Г. - Осложнения острого аппендицита у детей – Вестник Хирургии им. И. И. Грекова - 1975 114(5):113-6
6. Оперативная Хирургия-под общей редакции проф. Литтмана-издательство академии наук венгрии Будапешт. გვ. 471----473; 479-486; 490; 706---713;
7. Мак Летчи Г.Р. – "оксфордский справочник по клинической хирургии": Oxford New York Tokyo "Oxford University Press" 1990, перевод: Москва "Медицина" – 1999; გვ. 250-252; 463-441
8. AkauKacheStephen , Philip M Mshelbwala, Emmanuel A Ameh - Outcome of primary closure of abdominal wounds following laparotomy for peritonitis in children - Afr J PaediatrSurg Oct-Dec 2016; 13(4):185-188
9. AyshaAslam; Chika N. Okafor-August 11, 2020-Shigella(Shigellosis)-https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482337/?fbclid=IwAR1G0143DambyA_h52UlkHE3II8K8jSaMeH7dSIQCpdcRgds8HcdoBCcDY
10. ButlerT,D Dunn, B Dahms, M Islam-Causes of death and the histopathologic findings in fatal shigellosis-Pediatr Infect Dis J-1989 Nov;8(11):767-72.
11. CookG C - Gastroenterological emergencies in the tropics-BaillieresClinGastroenterol-1991 Dec. 5(4):861-86.
12. Emmanuel A Ameh, Michael A Ayeni, Stephen A Kache, Philip M Mshelbwala - Role of damage control enterostomy in management of children with peritonitis from acute intestinal disease - Afr J PaediatrSurgOct-Dec 2013; 10(4):315-9.
13. Fabian J Rohena, M I Almira-Suarez, Carmen Gonzalez-Keelan-Granulomatous enterocolitis secondary to Yersinia in an 11-year-old boy from Puerto Rico, confirmed by PCR: a case report-P R Health Sci J 2014 Mar;33(1):27-30
14. GhrilahareyRajendra K, K S Budhwani, Dharendra K Shrivastava - Exploratory laparotomy for acute intestinal conditions in children: a review of 10 years of experience with 334 cases-Afr J PaediatrSurg Jan-Apr 2011;8(1):62-9.
15. Hussam Al Soub, Mona Al Maslamani, Jameela Al Khuwaiter, Yasser El Deeb,Sittana S. El-Shafie-Shigellaflexneri perinephric abscess and bacteremia-Ann Saudi Med. 2005 Sep-Oct; 25(5): 419-421
16. Kimuraliro, Kiyoshi Sasaki-Yersinia pseudotuberculosis infection intractable by antibiotics: A rare case report-Int J Surg Case Rep. 2016; 21: 139-141.-Published online 2016 Mar. 4
17. LevyM, J W Balfe, D F Geary, S P Fryer-Keene, R M Bannatyne - Перитонит у детей, находящихся на диализе. 10 лет опыта – Child Nephrol Urology. 1988-1989;9(5):253-8
18. Ricardo Rassi, Florencia Muse, Eduardo Cuestas - Acute appendicitis in children under 4 years:a diagnostic dilemma-Rev FacCien Med UnivNac Cordoba - 2019 Aug 29;76(3):180-184
19. J E Rosenman, A M Kosloske - A reappraisal of the Mikuliczenterostomy in infants and children - Surgery 1982 Jan;91(1):34-7
20. UchchukwuObioraEzomike , Monday Akpabliotuen, Chidi Samuel Ekpemo – Indications and outcome of childhood preventable bowel resections in a developing country - Afr J PaediatrSurg Apr-Jun 2014; 11(2):97-100.
21. Isabelle Viel-Therault, Marcos Bettolli, Baldwin Toye, Mary-Ann Harrison, Nicole Le Saux- Contemporary Microbiology and Antimicrobial Treatment of Complicated Appendicitis: The Value of a Short-term Study - Pediatr Infect Dis J2019 Nov;38(11):e290-e294.
22. VytautasBaciulis , AugustinaJankauskiene, RimanteCerkauskiene – Incidence of peritonitis and catheter exit site infection in children undergoing automatic continuous cyclic peritoneal dialysis-Medicina (Kaunas). 2003; 39 Suppl 1:70-4

DIFFUSE PURULENT PERITONITIS IN CHILDREN: DILEMMA IN CONCLUDING DIAGNOSIS

David Butkhuzi, Archil Chelidze, Mikheil Gurgenzadze, Paata Paatishvili, Zurab Zambakhidze

"Rustavi Central Hospital" JSC

Contact person: David Butkhuzi, butxuzi@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.48-52>

Resume

The present paper deals with the two cases of diffuse purulent peritonitis which developed almost simultaneously in two children, who were siblings. Both cases managed with urgent surgery and subsequent parenteral antibacterial therapy. Similar cases could be related to enteral disease of various infectious etiology or chronic inflammatory conditions such as Crohn's disease. In our cases no definite infectious agent was identified in peritoneal fluid culture and final pathology proved negative for Crohn's. In both cases treatment was directed at an emergency resolution of peritonitis, in a more severe case in accordance with the principles of damage control. In one of the patients temporary enterostomy was put in place and subsequently reconstructed.

The question as to whether the simultaneous occurrence of acute peritonitis in the two siblings was a pure coincidence or familial cases of common infectious disease remain unresolved. Either way, peritonitis should be managed in accordance to the established standards of emergency surgery, which involves brief preoperative preparation, adequate surgical intervention aimed at resolution of pathological loci, which can be executed either in a single session or in a stepwise approach according to a clinical course.

Key words: acute peritonitis, damaged control, Crohn's disease, pediatric peritonitis, enterostomy