

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З МІСЦЕВИМ АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ**М. Г. Мельниченко, Л. Б. Елій, В. В. Антонюк**

Одеський національний медичний університет

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МЕСТНЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**М. Г. Мельниченко, Л. Б. Элий, В. В. Антониук**

Одесский национальный медицинский университет

TREATMENT RESULTS OF CHILDREN WITH LOCAL APPENDICULAR PERITONITIS**M.H. Melnychenko, L.B. Elii, V.V. Antoniuk**

Odesa National Medical University

Резюме. Проведений аналіз результатів лікування місцевого апендикулярного перитоніту у дітей показав, що диференційоване комплексне відновлювальне лікування за розробленою програмою на стаціонарному етапі сприятливо впливає на перебіг захворювання, а саме приводить до скорочення часу купірування основних клінічних ознак у післяопераційному періоді на 2–3 доби; зниження кількості ускладнень у післяопераційному періоді, покращення «добрих» результатів лікування хворих основної групи (89,5 % дітей проти 57,8 % у контрольній групі) і зниження «незадовільного» результату лікування серед дітей РГ до 2,8 %, порівняно з 15,5 % у дітей КГ.

Ключові слова: лікування, місцевий апендикулярний перитоніт, діти.

Резюме. Проведений аналіз результатів лікування місцевого апендикулярного перитоніту у дітей показав, що диференційоване комплексне відновлювальне лікування по розробленій програмі на стаціонарному етапі сприятливо впливає на перебіг захворювання, а саме приводить до скорочення часу купірування основних клінічних ознак у післяопераційному періоді на 2–3 доби; зниження кількості ускладнень у післяопераційному періоді, покращення «добрих» результатів лікування хворих основної групи (89,5% дітей проти 57,8% в контрольній групі) і зниження «неудовлетворительного» результату лікування серед дітей ОГ до 2,8% против 15,5 % у дітей КГ.

Ключевые слова: лечение, местный апендикулярный перитонит, дети.

Abstract. The analysis of treatment results of local appendicular peritonitis in children showed that the differential complex restorative treatment according to developed program for stationary phase has a beneficial effect on the disease, and leads to a reduction in time of main clinical signs relief in postoperative period of 2-3 days; reduced number of complications in postoperative period, the improvement of "good" treatment results of patients in the reference group (89.5% of children vs. 57.8% in the control group) and reduced "poor" treatment outcome among children of RG to 2.8% compared to 15.5 % of children in CG.

Keywords: treatment, local appendicular peritonitis, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема апендикулярного перитоніту досі залишається однією з найбільш актуальних у дитячій хірургії. Застосування сучасних методів діагностики та лікування не зменшує кількість післяопераційних ускладнень при перитоніті апендикулярної етіології у дітей, що коливається від 12,4 до 48,6 % [1,3,6,7]. Незважаючи на широку палітру досліджень, присвячених перитоніту, не можна вважати всі питання даної проблеми цілком розв'язаними і, перш за все, стосовно лікування дітей [2,4,5,7]. Тому важливим є пошук нових засобів оптимізації лікування апендикулярного перитоніту.

Метою дослідження було вивчення результатів лікування дітей з місцевим апендикулярним перитонітом за розробленою комплексною програмою.

Матеріал і методи

Під нашим спостереженням перебували 370 дітей віком від 2 до 17 років з місцевим апендикулярним перитонітом (МАП), які знаходились у відділенні гнійно-септичної хірургії обласної дитячої клінічної лікарні м. Одеса. Для оцінки ефективності комплексної програми диференційованого лікування дітей з МАП ми поділили усіх хворих на дві групи – основну й контрольну. До основної групи (ОГ) увійшло 209 дітей, у яких проводилося відновлювальне лікування за розробленою нами програмою на стаціонарному етапі. Дівчат в основній групі було 86 (41,1 %), хлопчиків – 123 (58,9 %). Контрольну групу (КГ) утворили 161 дитина, у яких на стаціонарному етапі у післяопераційному періоді проводилося традиційне лікування. Дівчат у контрольній групі було 64 (39,8 %), хлопчиків – 97 (60,2 %).

Ефективність лікування дітей з МАП оцінювали за динамікою післяопераційного перебігу захворювання, враховуючи самопочуття пацієнтів, больовий синдром, температурну реакцію, дані лабораторних досліджень, ультрасонографії й доплерографії, відновлення рухової функції кишеч-

нику, виникнення ускладнень, терміни перебування хворих у стаціонарі. Динаміка клініко-лабораторної та ультразвукової картини визначала подальшу тактику ведення хворого.

Окрім того, при МАП у дітей вивчали безпосередні ускладнення, що виникали протягом 1 міс. після захворювання, на стаціонарному етапі: ускладнення з боку післяопераційної рани (нагноєння післяопераційної рани); з боку черевної порожнини (абсцедування у черевній порожнині або тривалий перебіг перитоніту, рання спайкова непрохідність кишечника (РСНК), інфільтрат черевної порожнини, формування кишкової нориці); ускладнення з боку інших органів (бронхіт, пневмонія тощо).

Результати лікування оцінювали протягом перебування дітей з МАП у стаціонарі та після його завершення. Безпосередні (до 1 міс. у післяопераційному періоді) результати оцінювали за трибальною шкалою: «добрий», «задовільний» та «незадовільний» результат.

Під «добрим» результатом розуміли такий, коли перебіг МАП у дітей не супроводжувався ніякими ускладненнями, час відновлення основних клінічних ознак характеризувався сприятливим перебігом захворювання у стаціонарі. До «задовільних» були зараховані результати, коли у дітей в післяопераційному періоді виникали нагноєння післяопераційної рани, абсцедування у черевній порожнині, ускладнення з боку інших органів (пневмонія). Однак вказані порушення були ліквідовані протягом стаціонарного періоду, і дитину виписували додому у задовільному стані, порушення функції кишечника не було. До «незадовільних» безпосередніх результатів ми зараховували виникнення ускладнень, що призводили до порушень функції органів черевної порожнини: злукова непрохідність кишечника, інфільтрати черевної порожнини.

Результати та їх обговорення

Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду показав, що проведення комплексного відновлюваль-

«Архів клінічної медицини»

Таблиця 1. Розподіл дітей з місцевим апендикулярним перитонітом за ознаками

Клінічні ознаки	Основна група, (n=209)	Контрольна група, (n=161)	p
Біль (доба купірування)	4,1±0,7	6,4±2,3	0,00
Температура тіла (доба нормалізації)	4,6±1,1	7,8±2,9	0,00
Відновлення перистальтики (доба)	2,0±0,4	3,2±1,1	0,00
Відходження газів (доба)	2,6±0,5	3,7±1,2	0,00
Наявність випорожнення (доба)	3,2±0,5	4,4±1,1	0,00
Тривалість лікування (доби)	14,9±4,1	19,9±5,8	0,00

ного лікування дітей з МАП за розробленою програмою сприятливо впливало на перебіг захворювання, про що свідчать основні клінічні ознаки у хворих основної та контрольної груп, представлені в табл. 1.

Так, больовий синдром у дітей ОГ купірувався у середньому вже на 4-ту добу, температура тіла знижувалася на 3–4 доби швидше, моторно-евакуаторна функція кишечника відновлювалася за 2–3-ї доби, самостійне або провоковане випорожнення було на 3-тю–4-ту добу, ліжкодень скорочувався на 5–6 діб.

Хворих контрольної групи біль у животі непокоїв до 6–7-ї доби, підвищена температура тіла трималася до 7–9-ї доби, відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника спізнивалося до 4–5-ї доби на тлі післяопераційного парезу кишечника, що в цілому затримувало хворих у стаціонарі на 5–6 діб більше.

Порівняльний аналіз гемограм у хворих основної та контрольної груп з МАП до лікування статистично вірогідно не розрізнявся, в обох групах спостерігався аналогічний рівень запальної реакції. Стабілізація більшості показників гемограми на 10-ту добу відбувалася і в основній, і в контрольній групах, за більшістю показників розходжень між середніми значеннями не відзначено. Стабілізація індексів інтоксикації – ІЗ, ЛЗ, ГЗ – також вірогідно не розрізнялася.

У цілому, безпосередні ускладнення у дітей з МАП у основній групі виникали в півтора рази рідше, ніж у хворих контрольної групи, що наглядно подано на рис. 1: немає ускладнень у 89,5% дітей ОГ і тільки у 57,8% дітей КГ (рис. 1).

За структурою спостережуваних ускладнень у дітей з МАП у основній і контрольній групах на стаціонарному етапі наглядно представлені на рис. 2: нагноєння післяопераційної рани спостерігалось у референтній групі в 4,8 рази рідше, формування інфільтратів черевної порожнини виникало в 4,4 рази рідше, ніж у хворих контрольної групи.

Найголовніше, що диференційоване використання лікувальних фізичних чинників у комплексній програмі віднов-

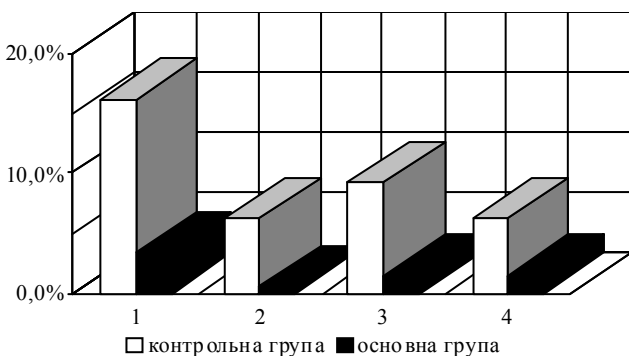


Рис. 2. Структура основних ускладнень у дітей з апендикулярним перитонітом: 1 – нагноєння післяопераційної рани; 2 – абсцедування; 3 – РСНК; 4 – інфільтрат

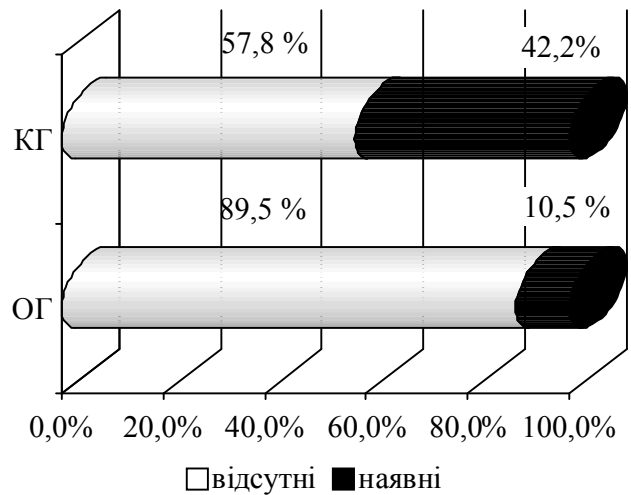


Рис. 1. Ускладнення у дітей з місцевим апендикулярним перитонітом

лювальному лікуванні дітей з МАП на стаціонарному етапі знижувало частоту ранньої спайкової непрохідності у 6,6 разів: серед хворих ОГ РСНК виникла у 1,4% випадків, а у хворих КГ – в 9,3% випадків.

Підсумковий аналіз результатів стаціонарного лікування за трибальною системою був проведений серед усіх спостережуваних дітей і показав таке: безпосередній «добрий» результат лікування досягнутий у 89,5% хворих ОГ і тільки у половини хворих КГ – 57,8% (рис. 3).

Як «задовільний» безпосередній результат оцінено у 7,6% дітей ОГ та у 26,7% хворих КГ. У дітей основної групи «незадовільний» безпосередній результат відзначено тільки у 2,9%, тимчасом як у дітей контрольної групи «незадовільний» безпосередній результат відновлювального лікування спостерігався майже у чверті хворих – 15,5%.

Висновки

Таким чином, диференційоване комплексне відновлювальне лікування дітей з МАП за розробленою програмою на стаціонарному етапі сприятливо впливає на перебіг захворювання, а саме приводить до: скорочення часу купірування основних клінічних ознак у післяопераційному періоді на 2–3 доби при порівнянні ОГ і КГ; зниження кількості ускладнень у післяопераційному періоді, у тому числі у хворих ОГ, неускладнений перебіг спостерігався у 89,5% випадків проти 57,8% серед дітей КГ; покращення «добрих» результатів лікування хворих ОГ (89,0% дітей проти 57,8% у КГ) і зниження «незадовільного» результату лікування серед

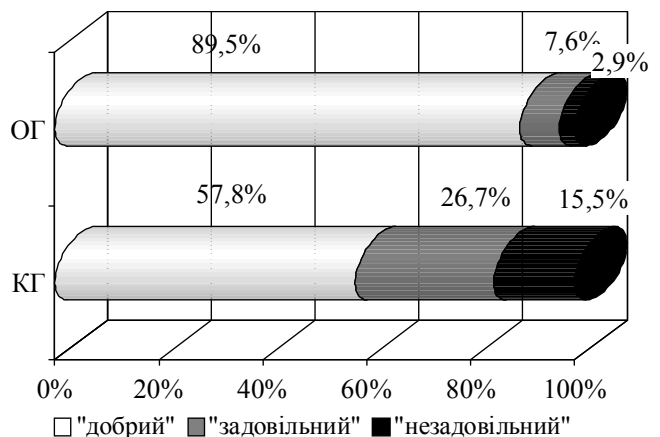


Рис. 3. Безпосередні результати лікування у дітей з місцевим апендикулярним перитонітом

дітей РГ до 2,8 % проти 15,5 % у дітей КГ; скорочення терміну перебування хворих ОГ у стаціонарі майже на 5–6 днів.

Підсумовуючи вищенаведене, вважаємо за необхідне наголосити, що диференційоване комплексне відновлювальне лікування МАП у дітей дозволяє поліпшити результати лікування, уникнути ускладнень, зменшити термін перебування хворих у стаціонарі і тим самим сприяє реалізації головного принципу педіатричної хірургії – ощадливого ставлення до зростаючого організму.

Література

1. Карасева О. В., Рошаль Л. М., Брянцев А. В. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. — 2007. — № 3. — С. 23-27.

2. Николаева Н. Г. Використання природних та преформованих фізичних чинників у відновлювальному лікуванні дітей з

перитонітами / Н. Г. Николаева, М. Г. Мельниченко // Методичні рекомендації МОЗ України, Київ. — 2008. — 28 с.

3. Перитонит: Практическое руководство // Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова – М.: Литтерра. - 2006. - 208 с.

4. Шамсиев А. М. Прогнозирование послеоперационных спаечных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии у детей / А. М. Шамсиев, Э. Э. Кобилов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2006. — № 2. — С. 23-25.

5. Bakkaloglu S.A. Prevention of peritonitis in children: emerging concepts Perit. Dial. Int. 2009, Feb. Vol. 29, Suppl. 2, P. 186-189.

6. Spalding D.R., Williamson R.C. Peritonitis Br. J. Hosp. Med. (Lond). 2008, Jan. Vol. 69 (1), P. 12-15.

7. Teitelbaum I. The International Pediatric Peritonitis Registry: starting to walk. Kidney Int. 2007, Dec. Vol. 72 (11), P. 1305-1307.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616-071+616.352-007.253

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

О. В. Новицький

Івано-Франківський національний медичний університет

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ГЛУБОКИХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

О. В. Новицкий

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

IMPROVING THE QUALITY OF ACUTE PARAPROCTITIS DEEP FORMS DIAGNOSIS

O.V. Novytsky

Ivano-Frankivsk Nacional Medical University

Резюме. Мета: проаналізувати ефективність ультрасонографії і магнітно-резонансної томографії у діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту. **Матеріал і методи.** Проаналізовано результати застосування ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту у 57 хворих. Серед них – 39 (68,4 %) чоловіків, 18 (31,6 %) жінок. Вік хворих коливався від 20 до 76 років. Ішіоректальна форма виявлена у 23 (40,4 %) хворих, пельвіоректальна – у 10 (17,5 %), ретроректальна – у 8 (14,03 %), підковоподібна – у 12 (21,05 %) хворих, у 4 (7,02 %) хворих – діагностовано флегмону параректальної клітковини. **Результати:** за допомогою ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії підтверджено наявність гнійних осередків в параректальній клітковині, уточнено їхню локалізацію і поширеність, що дало можливість обґрунтувати вибір раціонального способу оперативного втручання. **Висновки.** Застосування ультрасонографії та магнітно-резонансної томографії перед проведенням оперативного втручання у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту дало можливість виявити топографічне розміщення гнійника, його розміри, форму та напрям первинного гнійного ходу.

Ключові слова: гострий парапроктит, ультрасонографія, магнітно-резонансна томографія

Резюме. Цель: проанализировать эффективность ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике глубоких форм острого парапроктита. **Материал и методы.** Проанализированы результаты применения ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии для диагностики глубоких форм острого парапроктита в 57 больных. Среди них - 39 (68,4 %) мужчин, 18 (31,6 %) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 76 лет. Ишиоректальная форма выявлена у 23 (40,4 %) больных, пельвиоректальная - у 10 (17,5 %), ретроректальная - у 8 (14,03 %), подковообразная - у 12 (21,05 %) больных, у 4 (7,02 %) больных - диагностирована флегмона параректальной клетчатки. **Результаты:** с помощью ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии подтверждено наличие гнойных очагов в параректальной клетчатке, уточнено их локализацию и распространенность, что позволило обосновать выбор рационального способа оперативного вмешательства. **Выводы.** Применение ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии перед проведением оперативного вмешательства у больных на глубокие формы острого парапроктита позволило выявить топографическое размещение гнойника, его размеры, форму и направление первичного гнойного хода.

Ключевые слова: острый парапроктит, ультрасонография, магнитно-резонансная томография.

Abstract. Objective: To assess the effectiveness of ultrasonography and magnetic-resonance tomography in the diagnosis of deep forms acute paraproctitis. **Material and Methods.** There were analyzed the results of using ultrasonography and magnetic-resonance tomography for the diagnosis of deep forms of acute paraproctitis in 57 patients. Among them were 39 (68.4%) men and 18 (31.6%) women. The age of patients ranged from 20 to 76 years. Ischiorectal form was found in 23 (40.4%) patients, pelviorectal in 10 (17.5%), retrorectal in 8 (14.03%), acute paraproctitis in the form of a horseshoe in 12 (21.05%) patients, 4 (7.02%) patients were diagnosed phlegmon of pararectal cellulose. **Results.** By using ultrasound and magnetic-resonance tomography was confirmed the presence of pus cells in pararectal cellulose, refined their localization and spread, making it possible to justify the choice of a rational method of surgery. **Conclusions.** The use of ultrasonogra-