
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Державне підприємство "Український науково-
дослідний інститут морської медицини"**

**Державний департамент морського і річного
транспорту України**

**Професійна спілка робітників морського
транспорту України**

Фонд морської медицини

ВІСНИК

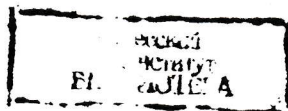
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 3 (15)
(липень-вересень)



Одеса 2001

Последнее представляет особый интерес: при улучшении общего самочувствия больных, снижении желтухи, улучшении функции печени, имеет место увеличение концентрации аммиака у больных, получавших ПВ при одновременном снижении уровня глутамина. Это можно объяснить тем, что ПВ обладают свойством сорбента и, соединяясь с аммиаком в кишечнике, способствуют его связыванию и выведению из организма, снижая его всасывание через слизистую кишечника.

У большинства больных наблюдалось уменьшение признаков интоксикации, уменьшалась длительность желтушного периода.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о способности пищевых волокон снижать экзогенную и, возможно, эндогенную интоксикацию у больных вирусными гепатитами. Учитывая данные клинических наблюдений, можно рекомендовать ПВПО с дрожжами в качестве лечебно-профилактической добавки больным вирусными гепатитами и другими заболеваниями печени. Для уточнения механизма положительного действия рекомендуемой пищевой добавки необходимо продолжение исследований.

Ключевые слова: гепатит, сыворотка крови, пищевое волокно

Литература.

- 1.Ткач С.И., Шамрай А.И. Токсические гепатиты, возникшие в условиях производства // Лекарства-человеку: Матер. межд. науч.-практ. конф., Харьков, 14дек. 2000г.- Харьков.- 2000.-С.192-196
- 2.Методы исследований в профпатологии /Под ред. О.Г.Архиповой.- М.: Медицина,1988.- 208с.
- 3.Яхонтова О.И., Валенкевич Л.Н., Шубина М.Э. Вирусный гепатит С. Профилактика, диагностика и лечение //Рос. мед. журн.- 1999.- №1.- С.52-55
- 4.Радкевич Л.А., Остапчук Н.В., Сернов Л.Н. Система поиска новых гепатопротекторных средств // Лекарства-человеку: Матер. межд. науч.-практ. конф., Харьков, 14 дек. 2000г. Харьков.- 2000.-С.72-73

Summary

E.V.Nikitin, M.S.Dudkin, E.I.Danilova, L.F.Shchelkunov, S.P.Reshta, T.A.Kachan
THE INTERNAL DETOXICATION IN VIRUS HEPATITES

The hepatitis have a wide prevalence and affect a human being's liver which leads to the work disability of a great number of people. In the work presented they describe the dietary fibers having been isolated from various plant raw. It has been shown that dietary fibers of bean grasses improve the general condition of the hepatitis patients.

УДК616-089-618.1-612.62-053.2

Ніколаєва Н. Г., Мельниченко М. Г., Вішах Нідаль
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ
Одеський державний медичний університет

Проблема лікування гострого апендикулярного перитоніту у дітей залишається актуальною і обумовлена з одного боку частотою виникнення цього захворювання, з другого – важкістю його перебігу. Незважаючи на досягнення сучасної медицини у діагностиці та лікуванні перитоніту апендикулярної етіології, летальність у дитячому віці сягає 2,3 – 3,1% [1,2,3,4]. Основним фактором, що визначає важкість перитоніту у дітей є ендогенна інтоксикація, виразність якої у першу чергу обумовлена морфо-функціональними особливостями дитячого організму, тривалістю захворювання та характером збудників інфекції [5,6,7].

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей перебігу апендикулярного перитоніту у дітей, які знаходились у клініці гнійно – септичної хірургії Одеського державного медичного університету.

Матеріал та методи дослідження.

Проведено аналіз історій хвороб 128 дітей з різноманітними формами перитоніту апендикулярної етіології за період 1999-2000. Хлопчиків було 83 (64,7%), дівчаток – 45 (35,3%). З них розповсюджений перитоніт мав місце у 35 (27,3%) хворих, місцевий – у 93 (72,7 %) (Таблиця 1). Превалуючу більшість пацієнтів з апендикулярним перитонітом склали діти віком від 6 до 14 років – 97 (75,7%), тобто той віковий контингент, в якому найчастіше зустрічається гострий апендицит.

Розподіл дітей за поширеністю перитоніту

Таблиця 1

Ступінь поширеності перитоніту	Кількість дітей	
	абс.	%
1. Місцевий перитоніт:	93	72,7
а) відмежований:	58	45,3
- інфільтрат	15	11,7
- абсцес 1	19	14,9
- абсцес 2	15	11,7
- абсцес 3	9	7,1
б) невідмежований	35	27,3
2. Розповсюджений	35	27,3
Всього	128	100,0

Клінічне дослідження хворих передбачало обстеження всіх органів і систем з використанням рутинних фізикальних методів, а також проведення ректо-абдомінального дослідження, ультразвукового сканування, термографії. Лабораторні дослідження передбачали вивчення гемограми і біохімічних показників крові, загального аналізу сечі. Показники периферійної крові вивчалися за формулами Кальфа - Каліфа (ЛІІІ) та визначався гематологічний показник (ГПІ) [8].

У оперованих хворих проводились бактеріологічні дослідження перитонеального ексудату з використанням живильних середовищ. Чиста культура ідентифікувалась та визначалась чутливість флори до стандартного набору антибіотиків методом дисків.

Результати та їх обговорення

У перші 3 доби захворювання в клініку госпіталізовано 101 (79,3%) хворий, останні 27 (21,9%) – після 5-7 доби від початку патологічного процесу. Діти до 6 років поступали у клініку у перші 3 доби від початку захворювання. Провідною скаргою був біль у череві, який протягом захворювання змінювався за інтенсивністю і локалізацією, що понукало звертатись до лікарні. Остаточо біль локалізувався при місцевому перитоніті у правій половині черева , при розповсюдженому – спостерігався по всьому череву. У дітей молодшої вікової групи біль був нелокалізований, по всьому череві. При апендикулярному інфільтраті, який спостерігався тільки у дітей старшої вікової групи , біль не був інтенсивним , але носив постійний характер і локалізувався у правій клубовій ділянці . У 73 (57,1%) хворих відмічалось одно -, дворазове блювання , у 55 (42,9%) – багаторазове; послаблення випорожнення – у 32 (25,0%) , з яких 27 – діти до 6 років; дизурічні явища – у 33 (25,8%) пацієнтів . Загальна температура тіла до госпіталізації залишалася субфебрильною у 79 (61,7%) пацієнтів, у останніх – виявлена гіпертермія (вище 38,5 °С). При огляді у 82 (63,3%) хворих знайдено болочість у правій половині черева, там же – м'язове напруження передньої черевної стінки і симптоми подразнення очеревини зправа. У 46 (36,7%) визначались провскований біль по всьому череву (більш у мезо- та гіпогастрії), розповсюджений м'язовий дефанс і подразнення очеревини ;

м'язове напруження у дошкільнят було менш виразним ("тістоподібним") у порівнянні із школярами. У 28 (21,8%) дівчат були слизово-гнійні виділення із вагіни. Ректально у 78 (60,9%) хворих виявлено нависання передньої стінки прямої кишки, більше зправа, її болочість. Лабораторно у дітей старшої вікової групи лейкоцитоз був при госпіталізації $13,8 \pm 1,2$ Г/л, виразний нейтрофіліоз; РЗЕ - $24,3 \pm 1,5$ мм/год. У дітей до 6 років лейкоцитоз - $14,7 \pm 0,9$ Г/л, РЗЕ - $27,1 \pm 1,2$ мм/год.

Як видно з таблиці 2, провідними симптомами апендикулярного перитоніту у всіх обстежених хворих були: суб'єктивний і провокований біль і м'язовий дефанс. У всіх пацієнтів зустрічалось блювання та підвищеність загальної температури тіла; подразнення очеревини не виявлялося при апендикулярному інфільтраті. Треба визначити, що при відмежованому запаленні, (інфільтрат і абсцес 1-2) важливою ознакою була пальпуєма "пухлина" у правій половині черева. Зміни випорожнення та дизурічні явища певною мірою свідчили про розміщення та поширеність запалення.

Таблиця 2.
Частота провідних клінічних симптомів у дітей з апендикулярним перитонітом в залежності від ступеня поширеності патологічного процесу.

(f)

№ п/п	Симптоми	Ступень поширеності перитоніту					
		Інф	Абс.1	Абс.2	Абс.3	НП	РП
1.	Біль:						
	а) суб'єктивний	1	1	1	1	1	1
	б) провокований	1	1	1	1	1	1
2.	Локалізація болю:						
	а) права половина черева	1	1	1	1	1	1
	б) все черев	0	0	0	0,6	0,2	1
3	М'язовий дефанс:						
	а) права половина черева	0,7	1	1	1	1	1
	б) все черев	0	0	0	0,4	0,6	1
4	Подразнення очеревини:						
	а) права половина черева	0,2	0,8	1	1	1	1
	б) все черев	0	0	0	0,6	0,2	1
5.	Пальпуєма "пухлина"	1	1	0,8	0,2	0,2	0
6.	Блювання:						
	а) одно-, дворазове	1	0,7	0,5	0,4	0,7	0,62
	б) багаторазове	0	0,3	0,5	0,6	0,3	0,8
7.	Порушення випорожнення	0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,65
8.	Дизурія	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
9.	Загальна температура тіла:						
	а) субфебрильна	1	1	1	0,1	0,7	0,1
	б) гіпертермія	0	0	0	0,9	0,3	

(f)- абсолютне число хворих з наявністю симптома / абсолютне число хворих.

НП- нерозповсюджений перитоніт.

РП- розповсюджений перитоніт.

У 93 (72,7%) дітей передопераційним діагнозом був перитоніт і було проведено серединну, транс-, або параректальну лапаротомію. 20 (15,6%) хворих із діагнозом гострий апендицит оперовані доступом Волковича-Д'яконова. У 15 (11,7%) пацієнтів знайдено формування апендикулярного інфільтрату, що було підтверджено ультразвуковим дослідженням.

При обстеженні хворих проводилось визначення ступеня ендогенної інтоксикації за клінічними ознаками важкості стану хворої дитини та показниками

гомеостазу. 39 дітей (29 – розповсюджений, 6 – відмежований перитоніт, 4 – абсцес 3), що поступили на 3-7 добу від початку захворювання мали дуже погане самопочуття, інтенсивний біль у животі, 3-5 разове блювання, гіпертермію, парез кишечника II ступеня, болочість живота, виразний м'язовий дефанс; гематокріт 42-43%; ЛП I – 3,68 ± 0,34; ГП I – 4,8 ± 0,54, що в сумі трактували як ендогенну інтоксикацію 3 ступеня. Третину цих дітей склали діти віком до 6 років.

У 72 дітей (6- розповсюджений, 29 – невідмежований перитоніт, 37- відмежований перитоніт) визначався важкий стан, помірний біль у череві, непостійна нудота, 2-4 разове блювання, субфібрилитет, парез кишечника I ступеня, болочість живота і м'язовий дефанс у межах правої половини живота; гематокріт у них становив 40-41%; Л I I – 3,24 ± 1,13; ГП I- 4,2 ± 0,62, що свідчило про ендогенну інтоксикацію 2 ступеня. До цієї групи увійшли 18 дітей віком до 6 років.

У 17 пацієнтів-школярів з відмежованим перитонітом важкість стану і показники інтоксикації відповідали ендогенній інтоксикації I ступеня.

Хірургічна санація черевної порожнини складалася із видалення деструктивно зміненого апендикса, проведення ретельної санації (промивання) черевної порожнини розчинами антисептиків. Дренування при місцевому перитоніті проводили поліхлорвініловою трубкою, підведеною до ложа відростка, при розповсюдженому перитоніті - додатково підводили дренаж через контрапертуру у малу миску. Наприкінці у черевну порожнину вводили добову дозу розчину антибіотика і кортикостероїди за В. С. Топузовим. Післяопераційний діагноз у 35 (27,3%) хворих – розповсюджений перитоніт, у 78 (60,9%) – місцевий перитоніт, тобто передопераційний діагноз у 17,7% випадків не відповідав інтраопераційному.

Проведені бактеріологічні дослідження перитонеального ексудату тільки у 73 (57,1%) спостереженнях ідентифікували збудника. Найбільш часто висівалася кишкова паличка (48,4%) і патогенний стафілокок (33,3 %), рідше- ентерококк (15,2%), грибі (2,9). При вивченні чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів знайдено, що найбільша чутливість визначалась до групи цефалоспоринів II і III покоління та групи аміноглікозидів. Виявлені дані враховувалися при проведенні антибактеріальної терапії у післяопераційному періоді. Усі хворі отримали 2 або 3 курси парентеральної антибактеріальної терапії. Крім того, проводилася інфузійна детоксикація, декомпресія шлунково-кишкового тракту, ентеросорбція та обов'язково корекція гомеостазу і порушень імунного статусу. В післяопераційному періоді етапно використовували фізіотерапію: низько- інтенсивне інфрачервоне лазерне випромінювання, електрофорез ферментів, локальний негативний тиск.

У 15 (11,7%) з апендикулярним інфільтратом проводилось консервативне лікування, яке включало проведення регіональної антибактеріальної терапії (за очеревице введення канаміцину або цефазоліну і фізіотерапія). Планова апендектомія виконувалась через 1,5 – 2 місяці.

У 2-х дітей з розповсюдженим перитонітом спостерігалось прогресування абдомінального запалення і проведено релaparотомію із санацією черевної порожнини і міжкишечних абсцесів, дренуванням черевної порожнини. У одного хлопчика 14 років на 10 добу від лaparотомії з приводу гангренозно-перфоративного апендициту, місцевого перитоніту з'явилися ознаки ранньої спайкової непрохідності. У зв'язку з неефективністю консервативного лікування дитині проведено релaparотомію, адгезіолізис, ентеростомію (яка у подальшому самостійно закрилася).

Усі 128 хворих дітей з апендикулярним перитонітом видужали.

Таким чином, перебіг апендикулярного перитоніту у дітей обумовлен морфо-функціональними особливостями дитячого організму, тривалістю захворювання і виразністю ендогенної інтоксикації.

Головними клінічними ознаками апендикулярного перитоніту є загально- клінічні симптоми інтоксикації (підвищення температури, блювання тощо), а також провідні симптоми "гострого живота" (суб'єктивний та провокований біль, м'язовий дефанс та подразнення очеревини). При збільшенні строків захворювання тяжкість ендогенної

інтоксикації зростає, а у дошкільнят її ознаки становляться провідними і превалюють над симптомами "гострого живота".

Ключові слова: апендикулярний перитоніт, діти, особливості перебігу.

Література.

1. Баиров Г. А.. Срочная хирургия детей - СПб.: Питер Пресс, 1997.- 464 с.
2. Москаленко В. З. , Веселый С. В. Клиническая стандартизация общего адаптационного синдрома у детей с острыми хирургическими процессами живота // Детская хирургия. 1997/-N 2:- С. 51 – 55.
3. Lamesch A. Acute appendicular peritonitis in children. Treatment and results //Chir. Pediatr. 1982. Vol.23(5).- P.325-328.
4. Heloury Y., Valayer J. Peritonitis encapsulans in children. Report of a case //Chir. Pediatr. 1987. 28.- N1.-P.56 – 58.
5. Цуман В. Г. , Дурягин Д. С. , Щербина В. И. и др. Лечение распространенного гнойного аппендикулярного перитонита у детей // Хирургия.-1993.-N 8.-С.35 – 38.
6. Ochsner A. The conservative treatment of appendiceal peritonitis //JAMA.-1981.-Vol. 27.- N 246 (21).-P.2453 –2454.
7. Eizaguirre L., Martinez Lbanez V., Castellvi A. Appendicular peritonitis : antibiotics and complications // An Esp. Pediatr.-1982.-Vol. 16.- N(5.- P. 377 – 382.
8. Торбинский А.М. Лечение эндотоксикоза при генерализованной гнойной инфекции : Автореф.дис....д.м.н.-М., 1990.- 42 с.

Summary.

N. G. Nikolayeva , M. G. Melnichenko, Nidal Wishah

PECULIARITIES OF AN ACUTE APPENDICULAR PERITONITIS COURSE IN CHILDREN

The authors revealed several main symptoms in the course of appendicular peritonitis in children: the spread of infection into abdominal cavity and muscular defans is