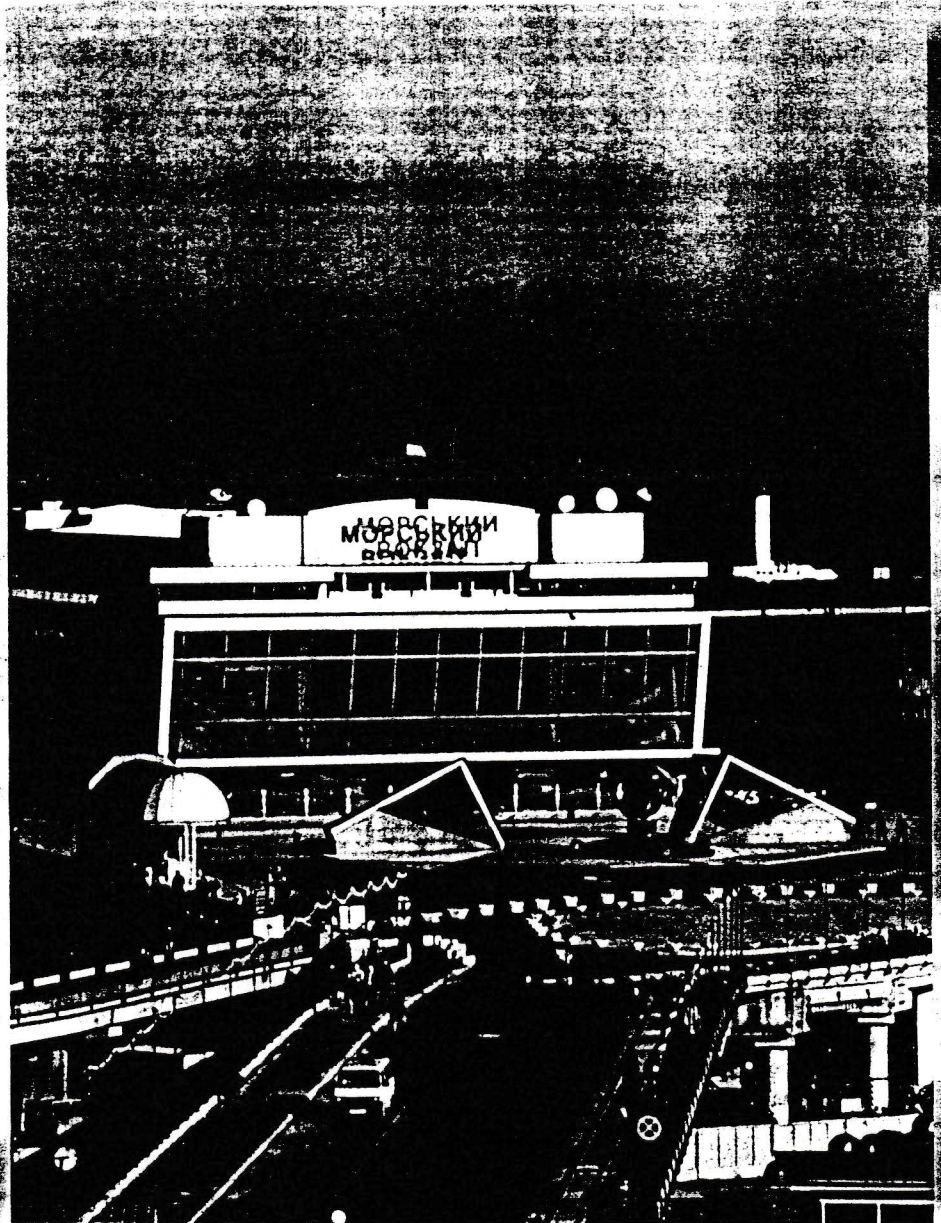


# ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

5 (61) 2000



5. Regional distribution of 5-alpha-reductase type 1 and type 2 mRNA along the human epididymis / M. C. Mahony, D. J. Swanlund, M. Billeter, K. P. Roberts, J. L. Pryor // *Fertility & Sterility*. — 1998. — Vol. 69, N 6. — P. 1116-1121.

6. Mueller A., Hermo L., Robaire B. The effects of aging on the expression of glutathione S-transferases in

the testis and epididymis of the Brown Norway rat // *J. of Andrology*. — 1998. — Vol. 19, N 4. — P. 450-465.

7. The appearance of basal cells in the developing murine epididymis and their temporal expression of macrophage antigens / A. Wagenfeld, C. H. Yeung, E. Nieschlag, T. G. Cooper // *Inter. J. of Andrology*. — 1998. — Vol. 21, N 4. — P. 217-226.

8. Interaction of the human epididymal protein CD52 (HE5) with epididymal spermatozoa from men and cynomolgus monkeys / C. H. Yeung, S. Schroeter, A. Wagenfeld, C. Kirchhoff, S. Kliesch, D. Poser, G. F. Weinbauer, E. Nieschlag, T. G. Cooper // *Molecular Reproduction & Development*. — 1997. — Vol. 48, N 2. — P. 267-275.

УДК 616.346-003.089

Н. Г. Ніколаєва, К. П. Алексюк, М. Г. Мельниченко

## ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Одним із ускладнень гострого апендициту у дітей є апендикулярний інфільтрат — відмежована форма апендикулярного перитоніту, частота якого становить від 1,2 до 6 % серед усіх форм гострого апендициту [1–3]. Запальний процес проходить фази щільного або пухкого апендикулярного інфільтрату з клінічними ознаками маніфестованого перитоніту або без них із наступним зворотним розвитком при сприятливих обставинах або з формуванням апендикулярного абсцесу [4, 5], що залежить від віку дитини, її реактивності, адекватності лікування [6, 7].

Спираючись на результати досліджень з використання внутрішньоосередкової антибіотикотерапії у поєднанні з іонофорезом у гнійній хірургії [8, 9] та аналізуючи клінічні спостереження, вважали за доцільне застосування регіональної антибіотикотерапії при апендикулярних інфільтратах у дітей.

### Матеріали та методи дослідження

Протягом останніх 10 років у клініці хірургії, ортопедії та травматології дитячого віку ОДМУ перебувало 7063 дітей

перитоніт, у 462 (6,56 %) — обмежений перитоніт.

У 88 (1,2 %) дітей віком 7–14 років діагностовано апендикулярний інфільтрат: із них хлопчиків було 35, дівчаток — 53.

Для визначення локалізації, розмірів та динаміки інфільтрату проводили ректальне ультразвукове дослідження, визначали ендоректальну температуру при госпіталізації хворих, на 5–6-ту і на 10–12-ту добу від початку регіональної антибіотикотерапії. У такі ж терміни здійснювали шкірну діодну термографію за програмою «Термолік»», що допомагало провести порівняльний аналіз показників шкірної температури над інфільтратом і за його межами, простежити за його змінами й визначити температурний градієнт.

Лабораторні тести містили гемограму, підрахунок лейкоцитарного індексу інтоксикації, індекс зрушення.

У 30 хворих з апендикулярним інфільтратом (контрольна група) лікування здійснювали традиційно: загальна антибактеріальна та симптоматична терапія, локальна гіпотермія, згодом — УВЧ. Референтною групою були 58 пацієнтів, у яких разом із загальною анти-

Сутність методики полягала у такому: після визначення локалізації й виду інфільтрату під місцевою анестезією 0,25 % Sol. Novocaini по крилу клубової кістки заочеревинно у клубову ямку пункційно вводили мікроіригатор, який фіксували до шкіри. Кожного дня кризь нього одноразово вводили дозову дозу антибіотика (канаміцин, цефазолін) з наступним впливом полем постійного струму. Площа електро-дів відповідала протяжності ураженої ділянки (гідрофільні прокладки змочувались ізотонічним розчином). Один електрод розміщували у поперековій ділянці і з'єднували з позитивним полюсом, другий — у проєкції інфільтрату на передній черевній стінці й з'єднували з негативним полюсом. Частота струму коливалась від 0,02 до 0,05 мА/см<sup>2</sup>, тривалість процедури — 15–20 хв. Курс лікування становив 10–12 процедур.

Цифрові дані клінічних спостережень і лабораторних досліджень статистично оброблялися за законом нормального розподілу помилок.

### Результати дослідження та їх обговорення

Ефективність проведених лікувальних засобів оцінювали за динамікою змін інфільтрату, враховуючи самопочуття пацієнтів, термін купірування больового синдрому, загальну температурну реакцію, зміни розмірів і структури інфільтрату за даними ультразвукового дослідження, показники термографії, лабораторних досліджень термін пере-

методики сприятливо впливало на перебіг захворювання (таблиця): загальна температура нормалізувалась на 4–5 діб раніше, больовий синдром купірувався на 2–3 доби раніше, ніж у пацієнтів контрольної групи; явища кишкової непрохідності спостерігалися лише у 2 пацієнтів референтної групи, тимчасом як у контрольній — у 6.

Порівняння даних термографії за програмою «Термолікар» виявило зменшення температурного градієнта до 0 на 8–10-ту добу лікування за нашою методикою. Дані ультразвукового дослідження в динаміці свідчили про зменшення розмірів інфільтрату на 3–4 доби раніше, ніж у пацієнтів контрольної групи, у 3 з яких з'явилися посилення неоднорідності структури, внутрішньоінфільтратний рідинний компонент, випіт у черевній порожнині, що свідчило про абсцедування інфільтрату.

Ендоректальна температура у хворих референтної групи не перевищувала 37,5–38,0 °С, а у пацієнтів контрольної групи з абсцедуванням інфільтрату була більше 38,0 °С. При застосуванні розробленої методики на 8–10-ту добу кількість лейкоцитів була на 1,5–2·10<sup>9</sup>/л нижче, ШОЕ — на 2–3 мм/г менше, лейкоцитарний індекс інтоксикації нормалізувався, індекс зрушення був удвічі нижчим порівняно з такими показниками у хворих контрольної групи.

Абсцедування інфільтратів при застосуванні регіональної антибіотикотерапії не спостерігалось, тимчасом як у контрольній групі у 3 хворих виникло нагноєння, проведено розтин і дренивання апендикулярного абсцесу (у 1 — заочередно, у 1 — трансректально, у 1 — шляхом лапаротомії). Середній ліжко-день при застосуванні розробленої мето-

Порівняльний аналіз показників перебігу й лікування дітей з апендикулярним інфільтратом

Таблиця

Показники	Референтна група, n=58	Контрольна група, n=30
Самостійна перистальтика (доба відновлення)	1,58±0,09	3,08±0,33
Больовий синдром (доба купірування)	3,37±0,09	5,92±0,42
Загальна температура тіла, °С, 10-та доба	36,9±0,95	37,5±0,76
Ендоректальна температура, °С, 10-та доба	37,5±0,33	37,8±0,90
Температурний градієнт за програмою «Термолікар», °С, 10-та доба	0,21±0,07	2,21±0,76
Лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л, 10-та доба	8,76±0,71	10,7±0,44
ШОЕ, мм/г, 10-та доба	9,06±1,65	14,43±2,31
ЛІІ, 10-та доба	0,93±1,13	1,01±1,74
ІЗ, 10-та доба	0,06±0,24	0,15±0,85
Абсцедування, кількість	0	3
Ліжко-день	11,03±0,34	17,83±1,75

*Примітка.* ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів; ЛІІ — лейкоцитарний індекс інтоксикації; ІЗ — індекс зрушення; P<0,05.

Аналіз отриманих результатів підтвердив ефективність застосування розробленої методики регіональної антибіотикотерапії з подальшим впливом полем постійного струму, що дозволило поліпшити результати лікування вказаної категорії хворих дітей і знизити кількість абсцедуваних інфільтратів у 6 разів.

#### Висновки

1. Ультразвукове дослідження, шкірна діодна й ендоректальна термографія можуть бути застосовані для оцінки перебігу апендикулярного інфільтрату у дітей.

2. Застосування регіональної антибіотикотерапії разом із впливом полем постійного струму у комплексному лікуванні дітей з апендикулярними інфільтратами дозволяє уникнути абсцедування, зменшити терміни перебування хворих у стаціонарі.

2. Дифференцірованное лечение дооперационных осложнений острого аппендицита у детей / И. Н. Константинова, М. Н. Иванова, А. К. Коновалов, О. А. Беляева // Дет. хирургия. — 1998. — № 1. — С. 21–23.

3. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита / Ю. А. Нестеренко, А. А. Гринберг, С. Г. Шаповальянц и др. // Хирургия. — 1994. — № 7. — С. 26–29.

4. Хирургическое лечение апендикулярных инфильтратов и периаппендикулярных абсцессов / В. С. Земсков, А. В. Процюк, Е. Б. Колесников, Т. М. Хомив // Клини. хирургия. — 1985. — № 4. — С. 5–9.

5. Adams D., Fine C., Brooks D. C. // Amer. J. Surg. — 1988. — Vol. 155, N 1. — P. 93–98.

6. Огоновский В. К. К лечению апендикулярного инфильтрата // Клини. хирургия. — 1985. — № 4. — С. 29–31.

7. Wei-Ming Kang, Chen-Hsen, Yi-Hong Chan // Surgery. — 1989. — Vol. 105, N 2. — P. 154–159.

8. Николаева Н. Г. Аутопластика подготовленной спонгиозой с костным мозгом в комплексном лечении хронического остеомиелита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1983. — 26 с.

9. Прокопова Л. В., Лосев А. А.