

УДК 616.346-003.089

Мельниченко М. Г., Антонюк В. В., Ткаченко Л. П.

**Спосіб лікування післяопераційного інфільтрату черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом**

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна, marina\_gm@i.ua

**Резюме.** У способі лікування післяопераційних інфільтратів черевної порожнини у дітей, оперованих з приводу апендикулярного перитоніту, шляхом використання антибіотиків та фізичних чинників на ділянку живота, відповідно до корисної моделі, на *першому етапі* виконується регіональний антибактеріальний електрофорез та лікувальні антибактеріальні мікроклізми; а *другий етап* включає вплив діадинамотерапії в проекції інфільтрату та нестероїдних протизапальних препаратів у вигляді ректальних супозиторіїв.

**Ключові слова:** післяопераційний інфільтрат, черевна порожнина, діти.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Серед способів лікування інфільтратів черевної порожнини відомим є рентгенотерапія, консервативна терапія та ін. (1). Але вказані методи або не використовуються у дитячому віці, або не запобігають виникненню ускладнень при апендикулярному перитоніті. Вибір найбільш досконалого методу лікування цього захворювання до теперішнього часу дискутується. Однак, враховуючи морфофункціональні особливості дитячого віку і пріоритет ощадливих підходів у дітей, перевага віддається більш активній локальній терапії.

Разом з тим, відомо, що локальна антибіотикотерапія сприяє накопиченню терапевтичної дози антибіотика у запальному осередку, а регіональне застосування нестероїдних протизапальних препаратів посилює загальну та місцеву протизапальну дію, що в комплексі забезпечує інтегрований протизапальний ефект: купірування запалення, зменшення набряку, поліпшення мікроциркуляції та гомеостатичне регулювання (2). Що ж до діадинамотерапії, її позитивна дія пов'язана зі значним впливом на периферичний кровообіг і лімфообіг, на характер співвідношень між метаболізмом і функцією пошкоджених тканин. Під впливом діадинамотерапії збільшується венозний відтік, зменшується периневральний набряк, посилюється обмін речовин, знімається спазм і зменшується набряклість тканин, послаблюється запальний процес, що сприяє ліквідації осередків запалення і т. ін. (3). Але вищевказані засоби у лікуванні післяопераційних інфільтратів черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом більш тривалі, не досить ефективно дозволяють уникнути абсцедування та запобігти надмірному спайкоутворенню.

**Метою** нашої роботи було удосконалення способу лікування післяопераційних інфільтратів черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом шляхом етапного використання лікувальних комплексів.

**Матеріал та методи**

Нами проведено аналіз лікування 62 дітей віком від 4 до 18 років з післяопераційним інфільтратом черевної порожнини, які знаходились у відділенні гнійно-септичної хірургії обласної клінічної дитячої лікарні м. Одеса за останні 4 роки. Найчастіше ускладнення виникало на 5-9 добу від першого втручання з приводу апендикулярного перитоніту. За віковим складом частіше утворення післяопераційного інфільтрату були присутні дітям старшої групи – від 11 до 17 років (56,6 %), в другому віці частота ускладнень була однаковою. Треба визначити, що при формуванні відмежованого запалення у вигляді інфільтрату, важливою ознакою була пальпуема “пухлина” у правій половині черева. Зміни випорожнення та дизурічні явища певною мірою свідчили про розміщення та поширеність запалення. Для підтвердження наявності запалення, локалізації та стадії процесу проводилась сонографія.

Лікування післяопераційних інфільтратів черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом здійснювалось шляхом етапного використання лікувальних комплексів (ЛК №1; ЛК №2)

на область черева, які складаються з апаратної фізіотерапії (регіонального антибактеріального електрофорезу, діадинамотерапії) та ендоректальної протизапальної медикаментозної терапії (лікувальних антибактеріальних мікроклізми, нестероїдних протизапальних препаратів у вигляді ректальних супозиторіїв), що посилює місцеву антибактеріальну дію, забезпечує інтегрований протизапальний ефект, регулює місцевий гомеостаз та поліпшує результати лікування таких хворих.

На *першому етапі* після визначення локалізації і виду патологічного утворення застосовували розроблений лікувальний комплекс № 1: по заочеревинно-розташованому мікроіригатору до інфільтрату підводять добову дозу розчину антибіотика (канаміцин, гентаміцин та ін.), після чого діють полем постійного струму щільністю від 0,02 до 0,07 мА/см, експозицією 15-18 хвилин, загальним курсом 5-7 процедур; одночасно застосовують лікувальні мікроклізми розчином антибіотика (канаміцин, гентаміцин та ін.) у 0,25 % розчині димексиду об'ємом 30-50 мл на ніч. На *другому етапі* після закінчення регіонального електрофорезу застосовують наступний лікувальний комплекс № 2: у проекції інфільтрату черезшкірно діють діадинамотерапією за допомогою апарату «Тонус-1», частотою напівсинусоїдальних імпульсів 50 Гц, експозицією 10-15 хвилин, загальним курсом 6-8 процедур; одночасно застосовують ендоректальні нестероїдні протизапальні супозиторії (вольтарен, диклофенак та ін.) у віковій дозирівці двічі на добу. Розроблена методика етапного використання лікувальних комплексів виконана у 35 пацієнтів з післяопераційним інфільтратом черевної порожнини, оперованих з приводу апендикулярного перитоніту - референтна група. Контрольну групу склали 27 хворих дітей з післяопераційним інфільтратом черевної порожнини, аналогічних за віком, терміном захворювання, наявністю патології, у яких запропонована методика не використовувалась.

**Результати та їх обговорення**

Ефективність проведених лікувальних засобів оцінювали за динамікою перебігу захворювання, враховуючи лабораторні показники, данні ультрасонографії, виникнення ускладнень, строки перебування хворих у стаціонарі. Порівняльний аналіз показав, що використання етапних лікувальних комплексів сприятливо впливало на перебіг захворювання як загально, так і локально: стан дитини значно покращувався, загальна температура нормалізувалася на 4-5 діб скоріше, больовий синдром купірувався на 2-3 доби раніше, явищ дискомфорту у череві та кишкової непрохідності не було, тоді як у контрольній групі 37,5 % дітей скаржились на періодичний біль у череві, у 18,3 % - випорожнення не було постійним. Крім того, у референтній групі нівелірований нейтрофільний зсув, нормалізувалися ЛПІ та ІЗ на тиждень скоріше, порівняно з цими показниками у контрольній групі.

Динаміку локальних змін в черевній порожнині контролювали інструментально. Так, ультразвуковий моніторинг у динаміці свідчив про зменшення розмірів інфільтрату на 4-5 діб раніше, зникнення набряку тканин стінки кишечника, поліпшення перистальтики, ніж у пацієнтів контрольної групи, у 3-х з яких діагностовано абсцедування інфільтрату.

Запропонований спосіб ілюструється прикладом.

Хвора Н., 9 років (i/x 787), поступила у клініку на 3 добу від початку захворювання із клінікою гострого апендициту, була прооперована. Післяопераційний діагноз: гангренозно-перфоративний апендицит, місцевий перитоніт. Назначено традиційне комплексне лікування. У післяопераційному періоді зберігався субфебрилітет, біль у післяопераційній ділянці. На 4 добу після операції у правій клубовій ділянці пальпаторно визначився щільно-еластичний інфільтрат. Ендоректальна температура була 38,2°C; температурний градієнт складав 1,5°C. При ультразвуковому дослідженні

знайдено післяопераційний інфільтрат клубової області без ознак абсцедування, набряк стінок всього кишечника, наявність рідини у малій миски. Дитині проведено етапне використання розроблених лікувальних комплексів: на *першому етапі* (ЛК № 1) вранці по заочередивно-розташованому мікроіригатору до інфільтрату підводили напівдобову дозу розчину канаміцину, після чого діяли полем постійного струму щільністю від 0,02 до 0,07 мА/см, експозицією 15 хвилин, загальним курсом - 7 процедур; на ніч вводили лікувальну мікроклізму розчином напівдобової дози канаміцину у 0,25 % розчині димексиду об'ємом 30-50 мл. На *другому етапі* (ЛК № 2) після закінчення регіонального електрофорезу у проекції інфільтрату черезшкірно діяли діадинамотерапією за допомогою апарату «Тонус-1», частотою напівсинусоїдальних імпульсів 50 Гц, експозицією 10-15 хвилин, загальним курсом - 7 процедур; одночасно застосовували ендоректальні нестероїдні протизапальні супозиторії (вольтарен 25 мг двічі на добу). Стан хворої поліпшився, температура нормалізувалася через 2 доби, больовий синдром купувався на 3 добу, явищ дискомфорту у череві та кишкової непрохідності не було. Крім того, за тиждень нівелювався нейтрофільний зсув, нормалізувалися ЛПІ та ІЗ. Температурний градієнт зменшився до 0°C на 8 добу лікування. Ультразвукове дослідження в динаміці на 5 добу свідчило про зменшення розмірів інфільтрату, кількості рідини та набряку тканин. По закінченні курсу лікування на 12 добу УЗ-дослідженням підтверджено повне зникнення явищ запалення у череві, відсутність спайок у зоні афектації. Дитина у задовільному стані виписана до дому.

#### Висновок

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє поліпшити результати лікування післяопераційних інфільтратів черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом, уникнути абсцедування, запобігти надмірному спайкоутворенню у зоні афектації, зменшити терміни перебування хворих у стаціонарі.

#### Література

1. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей / В. В. Жебровский, А. Д. Тимошин, С. В. Готье и [др.] – М.: ООО «Мед. информ.агентство», 2006. – 448 с.

2. Диференційоване використання фізичних чинників в комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату у дітей / М. Г. Мельниченко, Н. Г. Николаєва, К. П. Алексюк // МОЗ України. Методичні рекомендації, Одеса. – 2006. – 18 с.

3. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В. С. Улащик. - Мн.: Книжный Дом, 2008. - 640 с.

4. Николаєва Н. Г., Алексюк К. П., Мельниченко М. Г. Лікування апендикулярних інфільтратів у дітей // Одеський медичний журнал. ОДМУ, 2000, №5, с.40-41.

5. Спосіб лікування післяопераційного інфільтрату черевної порожнини у дітей з апендикулярним перитонітом / М. Г. Мельниченко, В. В. Антонюк // Патент України від 10.12.2015, №103392.

*Мельниченко М.Г., Антонюк В. В., Ткаченко Л. П.*

#### Способ лечения послеоперационных инфильтратов брюшной полости у детей с апендикулярным перитонитом

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Резюме.** В способе лечения послеоперационных инфильтратов брюшной полости у детей, оперированных по поводу апендикулярного перитонита, путем использования антибиотиков и физических факторов на область живота, согласно полезной модели, на первом этапе выполняется региональный антибактериальный электрофорез и лечебные антибактериальные микроклизмы; а второй включает влияние диадинамотерапии в проекции инфильтрата и нестероидных противовоспалительных препаратов в виде ректальных суппозиториях.

**Ключевые слова:** послеоперационный инфильтрат, брюшная полость, дети.

*M.G. Melnichenko, V.V. Antoniuk, L.P. Tkachenko*

#### Methods of Treating Postoperative Abdominal Infiltrates in Children with Appendiceal Peritonitis

Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

E-mail: [marina\\_gm@i.ua](mailto:marina_gm@i.ua)

**Abstract.** The first stage in treatment of postoperative abdominal infiltrates in children operated on for appendicular peritonitis using antibiotics and physical factors in the abdominal region includes, according to the utility model, regional antibacterial electrophoresis and therapeutic antibacterial microclysters; the second stage includes the impact of diadynamic therapy in infiltration projection and NSAIDs as rectal suppositories.

**Keywords:** postoperative infiltration; abdominal cavity; children.

Надійшла 01.06.2016 року.

УДК 616-018.2:616.007.17

*Мельниченко М. Г., Квашина А. А.*

#### Інформативність фенотипічних ознак сполучнотканинної дисплазії у дітей з перитонеальними спайками

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна, [marina\\_gm@i.ua](mailto:marina_gm@i.ua)

**Резюме.** Сполучнотканинна дисплазія може реалізуватися великою кількістю клінічних варіантів, і відповідно, надмірне післяопераційне спайкоутворення може бути розглянуте як один із проявів диспластико-залежних процесів. У переважаючий кількості обстежених дітей (93,8 %) СКН розвинулась на фоні наявного синдрому дисплазії сполучної тканини, тобто наявність зовнішніх ознак даного стану може слугувати предиктором розвитку спайкових післяопераційних ускладнень у дітей. Була визначена пряма залежність між кількістю фенотипічних ознак ДСТ та розповсюдженістю інтраабдомінальних спайок. На наш погляд, це дозволяє виявити серед дітей групи ризику розвитку перитонеальних спайок на підставі зовнішніх ознак, що можуть бути визначені під час загального огляду та не потребують додаткового часу чи обладнання. Відповідно, хірургічне лікування дітей з ознаками ДСТ-

синдрому, потребує комплексного підходу та застосування заходів профілактики надлишкового спайкоутворення, зокрема інтраопераційного використання антиадгезивних гелів.

**Ключові слова:** сполучнотканинна дисплазія, діти, перитонеальні спайки.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Згідно з даними різних авторів, у 63-97 % пацієнтів після абдомінального хірургічного втручання у післяопераційному періоді утворюються перитонеальні спайки [1, 3, 6], які призводять до таких загрозливих ускладнень, як спайкова кишкова непрохідність, хронічні больові синдроми, порушення анатомо-топографічного розташування органів