

УДК 612.394.2-616.318.5-002-616-08-039.57

М.Г.Мельниченко

ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. О.О.Лосєв)
Одеського державного медичного університету

Резюме. Підсумковий аналіз результатів відновлювального лікування дітей з апендикулярним перитонітом за розробленою програмою на амбулаторно-поліклінічному етапі свідчив про статистично достовірне підвищення кількості хворих референтної групи з оцінкою результату лікування як „добрий” (34,4 % ді-

тей) та зниження „незадовільного” результату лікування серед дітей референтної групи до 4,2 %.

Ключові слова: діти, апендикулярний перитоніт, лікування, амбулаторно-поліклінічний етап.

Вступ. Проблема апендикулярного перитоніту в дітей є важливим і невирішеним питанням у педіатричній хірургії [1, 6] не тільки за частотою виникнення, але і за тяжкістю клінічного перебігу та кількістю ускладнень [1-4]. Ускладнення гострого апендициту в дітей зумовлені насамперед морфофункціональними особливостями органів черевної порожнини, порушенням загального гомеостазу, перебігом запальних та адаптаційних реакцій, ступенем ендогенної інтоксикації, метаболічними розладами та ймовірністю надмірного інтраабдомінального спайкоутворення [1, 3].

Недостатню увагу приділяється використанню природних та преформованих фізичних чинників щодо реабілітації дітей, оперованих з приводу апендикулярного перитоніту після стаціонарного лікування [2, 4].

Мета дослідження. Підвищити ефективність відновлювального лікування дітей після апендикулярного перитоніту на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Матеріал і методи. Відновлювальне лікування дітей, прооперованих з приводу апендикулярного перитоніту, після виписки із стаціонару ґрунтувалося на загальних принципах медичної реабілітації (послідовність, комплексність, індивідуалізація відновлювального лікування) та передбачало використання лікувальних фізичних чинників на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Відновлювальне лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі (АПЕ) проводилося за розробленою нами програмою (рис.). Медикаментозна (алое та полівітаміни) терапія спрямована на регуляцію метаболізму реструктуризованих тканин і стимуляцію їхніх регенераторних потенцій.

Основними лікувально-фізичними чинниками, що використовувалися в умовах поліклініки, були індукторна магнітотерапія, низькоінтенсивна інфрачервона лазеротерапія, електрофорез лікарських речовин (йодиду калію, лідази) і локальна абдомінальна декомпресія за допомогою камери зональної декомпресії.

Вивчалися результати лікування з використанням загальноклінічних, сонографічних, квазімоніторних (за допомогою анкетування) досліджень, а також проводився аналіз стану надання

амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам з вказаною патологією. Для вивчення результатів лікування розроблена багатофакторна анкета, яка дозволяла шляхом квазімоніторингу за основними клінічними ознаками оцінювати стан пацієнтів та виявити порушення функції органів у 175 дітей з апендикулярним перитонітом через шість місяців після стаціонарного лікування. З них 96 дітей утворили референтну групу, тобто на стаціонарному етапі вони отримали курс відновлювального лікування, а на амбулаторно-поліклінічному етапі проведено рекомендоване відновлювальне лікування за розробленою програмою. У контрольну групу увійшло 79 дітей, які на стаціонарному етапі отримали традиційне лікування, а на амбулаторно-поліклінічному етапі в цих дітей не проводилося рекомендованого лікування, а лише електрофорез з йодидом калію. Середній вік пацієнтів становив $9,5 \pm 4,2$ року (від 2 до 17 років). Розходжень між групами за віком ($p=0,15$) і статтю не відзначено ($p=0,15$).

Результати лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі оцінювали за трьома рівнями: «добрий», «задовільний» та «незадовільний» результат.



Рис. Схема відновлювального лікування дітей з апендикулярним перитонітом на амбулаторно-поліклінічному етапі

Під «добрим» результатом розуміли такий, коли діти скарж не висували або іноді скаржилися на дискомфорт у животі, але будь-яких порушень з боку шлунково-кишкового тракту й органів малого таза не визначалося.

До «задовільних» зараховані результати, коли діти скаржилися на дискомфорт і болючість у животі, іноді виникали порушення функції кишечнику, дискомфорт у дівчат під час *menarche*.

До «незадовільних» результатів ми зарахували виникнення тяжких ускладнень (спайкова непрохідність).

Вивчення результатів проведено аналізом таблиць спряженості з розрахунком χ^2 статистики Пірсона, критерію Стьюдента для зв'язаних вибірок, біометричний аналіз здійснювався з використанням пакетів MedCalc 9.03; Statistica 8.0 і SPSS 11.01 (Demo) [5].

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналізувалися клінічні ознаки, які визначені на підставі квазімоніторингу: відчуття дискомфорту в животі, біль у животі, провокований фізичним навантаженням, виникнення блювання, порушення регулярності функції кишечнику, схильність до запорів, спайкова непрохідність кишечнику, у дівчат – розлади *menarche* (болючість під час *menarche*, порушення регулярності).

Після завершення амбулаторно-поліклінічного етапу, як свідчать дані табл. 1, 62,5 % дітей

референтної групи і 79,8 % дітей контрольної групи скаржилися на відчуття дискомфорту в животі. Самостійний біль у животі був відсутній у 58,3 % дітей референтної групи і тільки у 2,2 % дітей контрольної групи. Провокований фізичним навантаженням біль у животі був відсутній у 53,1 % дітей референтної групи і тільки у 20,2 % дітей контрольної групи.

Як показали наші спостереження, у багатьох дітей контрольної групи було порушення моторної функції травного тракту, про що свідчило періодичне виникнення блювання в 30,4 % дітей (проти 5,2 % у референтній групі) та порушення мобільності й регулярності функції кишечнику в 77,2 % дітей (проти 30,2 % у референтній групі) зі схильністю до запорів у 51,9 % дітей контрольної групи – (проти 22,9 % у референтній групі). Ці порушення супроводжувалися виникненням спайкової непрохідності кишечнику: у чотирьох дітей референтної групи проти 26,6 % випадків у 21 дитини контрольної групи, 10 з яких прооперовані.

Дані табл. 1 свідчать, що статистично вірогідно частіше визначалися порушення *menarche* серед дівчат контрольної групи порівняно з дівчатами референтної групи. Так, дівчат пубертатного віку контрольної групи після перенесеного апендикулярного перитоніту удвічі частіше непокоїв біль під час *menarche* та порушувалася їх регулярність порівняно з дівчатами референтної групи.

Таблиця 1

Розподіл дітей з апендикулярним перитонітом залежно від наявності клінічних ознак

Клінічні ознаки	Референтна група, n=96				Контрольна група, n=79				Оцінка відмінностей	
	Наявність		Відсутність		Наявність		Відсутність		χ^2	p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Дискомфорт у животі	60	62,5	36	37,5	63	79,8	16	20,3	6,2	0,013
Біль у животі	40	41,6	56	58,3	52	65,8	27	34,2	10,1	0,001
Провокований біль	45	46,9	51	53,1	63	79,8	16	20,2	19,8	0,000
Блювання	5	5,2	91	94,8	24	30,4	55	69,6	19,9	0,000
Порушення функції кишечнику	29	30,2	67	69,8	61	77,2	18	22,8	38,3	0,000
Схильність до запору	22	22,9	74	77,1	41	51,9	38	48,1	12,2	0,001
Спайкова непрохідність кишечнику	4	4,2	92	95,8	21	26,6	58	73,4	17,8	0,000
Порушення <i>menarche</i>	22	24,4	68	75,6	25	56,8	19	43,2	13,6	0,000

Таблиця 2

Найближчий результат відновлювального лікування дітей з апендикулярним перитонітом ($\chi^2=23,6$; $p=0,00001$)

Група	Найближчий результат						Разом, n
	«Добрий»		«Задовільний»		«Незадовільний»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Референтна	33	34,4	59	61,5	4	4,2	96
Контрольна	10	12,7	48	60,8	21	26,6	79
Усього	43		107		25		175

Таким чином, всі клінічні ознаки, які представлені в таблиці 1, віддзеркалюють перевагу застосування розробленого відновлювального лікування з використанням лікувальних фізичних чинників на амбулаторно-поліклінічному етапі в дітей з апендикулярним перитонітом референтної групи порівняно з хворими контрольної групи.

Підсумковий аналіз найближчих результатів відновлювального лікування (амбулаторно-поліклінічний етап) за трибальною системою показав наступне: найближчий «добрий» результат лікування досягнутий у 34,4 % дітей референтної групи і тільки у 12,7 % дітей контрольної групи (табл. 2).

«Задовільний» результат констатовано в 61,5 % випадків у референтній групі і 60,8 % випадків у контрольній групі. Що ж стосується «незадовільного» результату, то в контрольній групі він визначався у шість разів частіше, ніж у референтній групі, що свідчило про перевагу розробленої програми відновлювального лікування дітей на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Серед дітей з апендикулярним перитонітом референтної групи вірогідно частіше визначений «добрий» результат та вірогідно рідше «незадовільний» результат, ніж серед дітей контрольної групи.

Проведеними власними дослідженнями встановлено, що застосування абдомінальної декомпресії сприяло повному відновленню фізіологічної моторики кишечника, запобігало розвитку відстроченої спайкової непрохідності кишечника й порушення функції органів малого таза в дівчат.

Виходячи з того, що за даними анкетування лише 96 дітей отримали двоетапне відновлювальне лікування, ми проаналізували причини такого стану і з'ясували наступне:

- у районах області за такими хворими диспансерне спостереження не проводиться; лікарі поліклінік інколи запевняють батьків дитини, що немає потреби в поліклінічній реабілітації;
- не в усіх районах області є умови для проведення рекомендованих заходів після виписування зі стаціонару;
- при неускладненому перебігу післяопераційного періоду, відсутності скарг у дитини, батьки не звертаються для проведення рекомендованого відновлювального лікування; якщо в дитини виникають явища дискомфорту в животі або кишкової непрохідності, батьки з дитиною звертаються безпосередньо до стаціонару.

Такий стан речей потребує усунення вищезгаданих недоліків, а саме:

- за хворими після апендикулярного перитоніту необхідно здійснювати динамічне спостереження та проводити відновлювальне лікування як на амбулаторно-поліклінічному, так і на санаторно-курортному етапі;
- потрібно проводити санітарно-просвітницьку роботу щодо можливих ускладнень

апендикулярного перитоніту та способів їх запобігання;

- слід вжити організаційних заходів щодо налагодження фізіотерапевтичної допомоги в районах області.

Висновки

1. Наявність основних клінічних ознак, за якими оцінювали стан пацієнтів та виявляли порушення функції органів, статистично вірогідно частіше визначалися в дітей контрольної групи, що вказує на доцільність застосування відновлювального лікування в дітей з апендикулярним перитонітом.

2. Аналіз результатів найближчого періоду відновлювального лікування свідчив про статистично вірогідне підвищення кількості хворих у референтної групи із підсумковою оцінкою результату лікування як «добрий» (34,4 % дітей проти 12,7 % у контрольній групі) і зниження «незадовільного» результату лікування (4,2 % проти 26,6 % у дітей контрольної групи).

3. На підставі викладеного вважаємо можливим розцінити використання фізичних чинників у відновлювальному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом на амбулаторно-поліклінічному етапі як спосіб відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника, профілактики надмірного спайкоутворення в черевній порожнині.

Перспективи подальших досліджень: вивчити результати відновлювального лікування дітей, прооперованих з приводу апендикулярного перитоніту, після санаторно-курортного лікування.

Література

1. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / О.В.Карасева, Л.М.Рошаль, А.В.Брянцев [и др.] // Дет. хирургия. – 2007. – № 3. – С. 23-27.
2. Ніколаєва Н.Г. Використання природних та преформованих фізичних чинників у відновлювальному лікуванні дітей з перитонітами: методичні рекомендації МОЗ України / Н.Г.Ніколаєва, М.Г.Мельниченко // 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. Подкаменев В.В. Риск бесплодия после осложненных форм острого аппендицита у девочек / В.В.Подкаменев, В.П.Ильин, В.М.Галченко // Дет. хирургия. – 2004. – № 3. – С. 9-11.
5. Янковой А.Г. Многомерный анализ в системе STATISTICA / А.Г.Янковой //Одесса: OPTIMUM, 2001. – 216 с.
6. Staged abdominal repair for treatment of moderate to severe secondary peritonitis / Agalar F., Eroglu E., Bulbul M. [et al.] // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29, № 2. – P. 240-244.
7. Shorvon P.J. Imaging of appendicitis: a cautionary note / P.J.Shorvon // Brit. J. of Radiology. – 2002. – Vol. 75. – P. 717-720.

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ
НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ***М.Г.Мельниченко*

Резюме. Итоговый анализ результатов восстановительного лечения детей с аппендикулярными перитонитами по разработанной программе на амбулаторно-поликлиническом этапе свидетельствовал о статистически достоверном повышении количества больных референтной группы с результатом лечения как "хороший" (34,4 % детей) и снижению "неудовлетворительного" результата лечения до 4,2 %.

Ключевые слова: дети, аппендикулярный перитонит, восстановительное лечение, амбулаторно-поликлинический этап.

**MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH APPENDICULAR PERITONITIS
AT THE AMBULATORY-POLYCLINIC STAGE***М.Н.Мел'nychenko*

Abstract. The final analysis of the outcome of rehabilitation treatment of children with appendicular peritonitis according to a developed scheme at the ambulatory-polyclinic stage was indicative of a statistically significant increase of the number of patients of the reference group with an evaluation of the treatment outcome as «good» (34,4 % of children) and a decrease of the «unsatisfactory» outcome of treatment up to 4,2 %.

Key words: children, appendicular peritonitis, rehabilitation treatment, ambulatory-polyclinic stage.

State Medical University (Odesa)

Рецензент – проф. Б.М.Боднар

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 59-62

Надійшла до редакції 15.10.2009 року

© М.Г.Мельниченко, 2010

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю****“Актуальні питання профілактики,
діагностики та лікування в практиці
сімейного лікаря”****14-15 квітня 2010 року
м. Харків**

Адреса оргкомітету:

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
вул. Корчагінців, 58
м. Харків, 61176
тел. (057) 738-00-18, (050) 303-06-11