

Ю.Г. Демиденко

Профілактика, діагностика, лікування абсцесів та інфільтратів черевної порожнини у дітей

Чернігівська обласна дитяча лікарня, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):64-68; doi10.15574/SP.2015.69.64

Мета: поліпшити результати лікування дітей з гострою хірургічною патологією шляхом удосконалення діагностичних заходів та хірургічних технологій, та післяопераційну реабілітацію хворих.

Пацієнти і методи. Проаналізовано результати лікування 261 дитини з відмежованими формами перитоніту. Основну групу склали діти, що пройшли лікування у 2004–2013 рр., контрольну – у 1994–2003 роках. Усім дітям застосовували комплекс клініко-лабораторних досліджень, у тому числі визначення лейкоцитарних індексів. Для поліпшення ранньої діагностики абсцесів та інфільтратів черевної порожнини застосовували ультрасонографію, комп'ютерну томографію, лапароскопію.

Результати. У дітей переважають первинні відмежовані перитоніти – 196 (75%) пацієнтів. Як при первинних, так і при вторинних відмежованих перитонітах, превалюють ранні форми захворювання. У дітей превалювали абсцеси черевної порожнини – 184 (70,5%) пацієнтів, а інфільтрати діагностували у 77 (29,5%) пацієнтів. Розвиток ускладнень перитоніту найчастіше відбувається у віковому періоді від 11 років до 14 років – 99 (37,9%) дітей. Інфільтрати та абсцеси черевної порожнини у 1,5 разу частіше виникають у хлопчиків.

Висновки. Клінічна картина перитоніту часто замаскована, що вимагає додаткових методів обстеження. Застосування клініко-лабораторних, сучасних променевих методів діагностики дозволило покращити результати діагностики та лікування хворих та значно зменшити кількість післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

Ключові слова. гострий апендицит, абсцес черевної порожнини, інфільтрат черевної порожнини, відмежований перитоніт.

Вступ

Діагностика і лікування гнійно-запальних процесів черевної порожнини у дітей залишається актуальною проблемою дитячої хірургії. Найчастішою причиною відмежованого перитоніту у дітей є гострий апендицит, який становить 75% екстрених втручань [1,2,4,6]. Враховуючи, що перфоративний апендицит у дітей до п'яти років зустрічається у 50% випадків, а у дітей до трьох років – у 85% [10,11,13,16], підвищується ризик внутрішньочеревних відмежованих перитонітів, як самостійних, так і поєднаних з іншими видами гострої хірургічної патології [15,16]. За даними літератури, абсцеси черевної порожнини діагностуються у 0,22–1,5–12,6% на тлі ускладненого перебігу хірургічної патології черевної порожнини [1,7,10,11], а інфільтрати черевної порожнини у дітей діагностуються у 1,8–19% випадків [1,3,7,8].

Незважаючи на значні напрацювання з питань діагностики відмежованих форм перитоніту у дітей з використанням променевих методів, близько 50–83,8% хворих мають на етапах обстеження та лікування в соматичних відділеннях діагностичні, прогностичні та тактичні прорахунки, що в подальшому змінюють тактику ведення хворих. Відмежований перитоніт – одне з найважчих гнійно-запальних захворювань дитячого віку. За даними літератури, у 72% випадків він є причиною розвитку у дітей сепсису та синдрому поліорганної недостатності [5,9,12].

Хірургічна тактика при лікуванні відмежованих перитонітів у дітей на даний час остаточно не вирішена та є предметом дискусії. Застосування сучасних променевих методів діагностики та використання лейкоцитарних індексів інтоксикації для діагностико-прогностичного аналізу у поєднанні з традиційними або лапароскопічними, пункційно-дренуючими втручаннями під контролем УЗД, а також сучасні досягнення в інтенсивній та антибактеріальній терапії сприяли значному покращенню перебігу післяопераційного періоду та зменшенню післяопераційних ускладнень.

Мета роботи – поліпшити результати комплексного лікування дітей з гострою хірургічною патологією, яка

приводить до розвитку абсцесів та інфільтратів черевної порожнини, за рахунок удосконалення діагностичних заходів та хірургічних технологій, та післяопераційну реабілітацію хворих.

Матеріал і методи дослідження

У основу даної роботи покладено аналіз результатів лікування за 1994–2013 рр. 261 дитини з відмежованими формами перитоніту – інфільтрат, абсцес черевної порожнини. З інфільтратами черевної порожнини було 77 (29,5%) хворих та абсцесом черевної порожнини – 184 (70,5%) хворих, що перебували на лікуванні у Чернігівській обласній дитячій лікарні. Діти були розподілені на клінічні групи: контрольна (1994–2003 рр.) та основна (2004–2013 рр.). Залежно від причини, на тлі якої виник інфільтрат чи абсцес черевної порожнини, виділяли первинні, які розвинулись на тлі гострої хірургічної патології, – 196 (75%) пацієнтів та вторинні, що розвинулись у післяопераційному періоді (наслідки ускладненого перебігу захворювання) – 65 (25%) пацієнтів.

Первинні інфільтрати черевної порожнини (ПІЧП) виявили у 50 (24,5%) дітей, а первинні абсцеси черевної порожнини (ПАЧП) – у 146 (74,5%) дітей. Ранні первинні відмежовані перитоніти діагностували у 120 (61%) дітей, а пізні – у 76 (39%) дітей (С.Л. Либов, 1983). Серед вторинних (післяопераційних) інфільтратів (ВІЧП) та абсцесів черевної порожнини (ВАЧП) ранні форми діагностували у 57 (88%) дітей, а пізні – у 8 (12%) дітей (Д.І. Кривицький, 1990; В.В. Берещенко, 2012).

Для діагностики відмежованих форм перитоніту у дітей був використаний комплекс клініко-лабораторних досліджень: вивчення анамнезу, об'єктивне обстеження, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові. Нами також проведено визначення лейкоцитарних індексів: індекс нейтрофільного зрушення (ІНЗ), лейкоцитарний індекс інтоксикації Кальф–Каліфа (ЛІІ), лімфоцитарний індекс (ЛІ), індекс імунореактивності (ІМР) (за Д.О. Івановим, Н.П. Шабаловим).

Для поліпшення ранньої діагностики абсцесів та інфільтратів черевної порожнини у дітей ми застосовува-

Таблиця

Структурний розподіл за віком хворих з інфільтратами та абсцесами черевної порожнини

Вік	Контрольна група (1994–2003 рр.)	Основна група (2004–2013 рр.)	Загальна кількість хворих
29 діб – 12 міс.	1 (0,6%)	1 (1,1%)	2 (0,8%)
1–3 роки	22 (13%)	19 (20%)	41 (15,7%)
4–6 років	33 (19,6%)	16 (16,9%)	49 (18,8%)
7–10 років	42 (25%)	17 (18%)	59 (22,6%)
11–14 років	69 (41,2%)	30 (33%)	99 (37,9%)
15–17 років	1 (0,6%)	10 (11%)	11 (4,2%)
Усього	168 (64%)	93 (36%)	261 (100%)

ли ультрасонографію, комп'ютерну томографію (КТ), лапароскопію.

Аналіз отриманих результатів проводився методом варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними наших досліджень, абсцеси черевної порожнини діагностували у 184 (70,5%) пацієнтів, а інфільтрати – у 77 (29,5%) пацієнтів. Відмічається зменшення відмежованих перитонітів в основній групі – 93 (36%) дітей, на відміну від контрольної групи – 168 (64%) дітей. Переважають первинні відмежовані перитоніти – 196 (75%) пацієнтів. Ранні форми виявили у більшості дітей з первинними та вторинними відмежованими перитонітами. Загалом ранні форми відмежованих перитонітів діагностували у 174 (68%) дітей, а пізні – у 84 (32%) дітей. Отже, при діагностиці та лікуванні відмежованих перитонітів у дітей необхідно враховувати причинно-часовий фактор. За часом розвитку ПЧП виділяли ранні (розвиваються до семи днів від початку хвороби) – у 41 (82%), та пізні (розвиваються в термін вісім та більше днів від початку хвороби) – у 9 (18%) дітей. За часом розвитку ПАЧП виділяли ранні (розвиваються до трьох днів від початку хвороби) – у 79 (54%) та пізні (розвиваються в термін три і більше днів від початку хвороби) – у 67 (46%) дітей. Отже, у дітей з первинними відмежованими перитонітами переважають абсцеси – 146 (79%) пацієнтів та відповідно до часового критерію у більшості хворих виявили ранні форми.

Вторинні (післяопераційні) інфільтрати та абсцеси черевної порожнини за часом розвитку поділяються на ранні, які виникають в перші два тижні з моменту операції, та пізні, що виникають після двох тижнів післяопераційного періоду. Ранні вторинні абсцеси діагностували у 36 (95%) пацієнтів, пізні – у 2 дітей. Ранні вторинні інфільтрати діагностували у 19 (70%) пацієнтів, пізні форми – у 8 дітей. У більшості дітей з вторинними відмежованими перитонітами виявили абсцеси, за часовим критерієм переважають ранні форми відмежованих перитонітів – у 55 (85%) дітей.

Важливе значення у клініко-діагностичному аспекті відмежованих форм перитоніту має віковий критерій. Структурний розподіл за віком хворих з інфільтратами та абсцесами черевної порожнини наведений у таблиці. Як видно з таблиці, інфільтрати та абсцеси черевної порожнини найчастіше виникають у віковому періоді від 11 до 14 років – 99 (37,9%) дітей. Однак найбільш вразливими були діти віком від 1 до 6 років та від 7 до 14 років. Простежується чітка залежність кількості інфільтратів та абсцесів черевної порожнини від віку дітей – чим менший вік, тим менша кількість.

З 1994 р. по 2013 р. інфільтрати та абсцеси черевної порожнини загалом діагностували у 156 (60%) хлопчиків та 105 (40%) дівчаток. У контрольній групі госпіталізували

102 (60,7%) хлопчиків та 66 (39,3%) дівчаток, а в основній групі – 54 (58%) хлопчиків та 39 (42%) дівчаток. Таким чином, інфільтрати та абсцеси черевної порожнини у 1,5 разу частіше виникають у хлопчиків, ніж у дівчаток.

Клінічна симптоматика має відмінності, залежно від форми відмежованих перитонітів. За даними анамнезу хвороби нами встановлено основні клінічні паралелі перебігу хвороби у хворих з ПЧП – біль у животі, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, хвилюподібний перебіг хвороби. Основні симптоми на початку захворювання – це лихоманка (43 (86%) хворих), симптоми дисфункції кишечника – нудота (14 (20%) дітей), блювота (21 (55%)), пронос (10 (25%)), неспокій (15 (30%)) та періодичний біль у животі (17 (34%)). На час госпіталізації основними скаргами у хворих з первинними інфільтратами були біль внизу живота – 50 пацієнтів. Лихоманку виявили у 43 (86%) пацієнтів, а у 7 (14%) дітей на момент госпіталізації температура тіла була нормальною. При об'єктивному обстеженні біль мав різну локалізацію: у 41 (82%) пацієнта суворо локалізований (права клубово-пахова ділянка), а у 8 (16%) дітей біль був у всіх відділах живота. Локалізоване напруження м'язів передньої черевної стінки відмічалось у 41 (82%) хворого, а у 8 (16%) дітей було поширене напруження м'язів передньої черевної стінки. Симптоми подразнення очеревини були чітко локалізовані у 30 (60%) пацієнтів, поширені – у 8 (16%) та відсутні – у 6 (12%) хворих. В одного пацієнта, що поступив на 9 добу від початку захворювання, симптоми були відсутні. У 8 (16%) хворих був наявний симптом пальпованої пухлини у черевній порожнині.

У дітей на тлі розвитку післяопераційних інфільтратів виявляли такі симптоми, як слабкість, млявість, адинамія, підвищення температури тіла, здуття живота, біль у животі – постійний або періодичний, симптоми дисфункції кишечника (нудота, блювота). Різна специфічність симптомів маскує істинну причину хвороби. Симптоми дисфункції кишечника: нудота – у 17 (63%), блювота – у 10 (37%) дітей. Здуття живота спостерігалось у 15 (53,5%) дітей та для ранніх післяопераційних інфільтратів цей симптом був більш специфічним. Лихоманку виявили у 27 (100%) дітей. Скарги на біль у животі різні: на постійний біль скаржилися 19 (70,3%) пацієнтів, на періодичні болі – 8 (29,7%) дітей. При об'єктивному обстеженні визначався біль у животі – локальний у 22 (81,4%) пацієнтів та розповсюджений – у 6 (18,6%) дітей. При об'єктивному обстеженні симптоми подразнення очеревини найчастіше відсутні або сумнівні.

Отже, симптоми перитоніту у більшості випадків (26 (96,3%) пацієнтів) не маніфестували, клінічна картина маскується і стає оманливою. У 17 (63%) пацієнтів був наявний симптом пальпованої пухлини у черевній порожнині. У більшості дітей (11 (41%)) визначався у ділянці післяопераційної рани та у 6 (22%) дітей визначили при ректальному обстеженні.

При ПАЧП основними симптомами на початку захворювання були: лихоманка — у 136 (93,2%) пацієнтів, симптоми дисфункції кишечника — блювота (84 (57,5%) пацієнтів), нудота (30 (20,5%)) та пронос (36 (24,7%)), періодичний біль у животі визначався у 58 (39,7%) дітей та неспокій — у 20 (13,7%) пацієнтів. Причинами пізньої діагностики були несвоєчасне звернення за медичною допомогою — 31 (21,2%) дитина та несвоєчасна діагностика, як амбулаторно — у 32 (21,9%) дітей, так і стаціонарно — у 24 (16,4%) дітей; батьки 26 (17,8%) дітей на початку захворювання самостійно проводили лікування.

Характеристика больових відчуттів багато в чому визначалася віком пацієнта та часом з моменту захворювання. На час госпіталізації основними скаргами були біль внизу живота — 46 (100%) пацієнтів та висока температура тіла — 136 (93,2%) дітей. У 10 (6,8%) дітей на момент госпіталізації температура тіла була нормальною. При об'єктивному обстеженні болі мали різний характер: у 126 (83%) дітей суворо локалізовані (права клубово-пахвова ділянка), а у 20 (13,7%) дітей больові відчуття визначались у всіх відділах живота. Локалізоване напруження м'язів передньої черевної стінки відмічалось у 114 (78%) пацієнтів, а у 26 (17,8%) пацієнтів було розповсюджене напруження м'язів передньої черевної стінки. Симптоми подразнення очеревини були чітко локалізовані у 96 (65,7%), розповсюджені — у 20 (13,7%), відсутні — у 10 (6,9%) дітей. У 14 (9,5%) пацієнтів у ділянці післяопераційної рани був виявлений симптом пальпованої пухлини в черевній порожнині. У 7 (4,7%) дітей визначили при ректальному обстеженні.

У 38 хворих при розвитку післяопераційних абсцесів специфічність симптомів була різною, що маскувало істинну причину хвороби. Симптоми дисфункції кишечника: нудота — у 11 (38,5%) пацієнтів, блювота — у 7 (18,5%). Здуття живота діагностували у 15 (38,5%) дітей, відсутність перистальтики кишечника була діагностована у 14 (36,9%) дітей. Лихоманка була діагностована у 35 (92,1%) дітей. Скарги на біль в животі були різними: постійні болі турбували 21 (55,3%) пацієнта, періодичні — 17 (44,7%) пацієнтів. При об'єктивному обстеженні визначався біль у животі: локальний у 26 (68,4%), розповсюджений — у 12 (31,6%) дітей. При об'єктивному обстеженні симптоми подразнення очеревини були позитивними у всіх пацієнтів. Симптом пальпованої пухлини у черевній порожнині був виявлений у 11 (29%) пацієнтів. У 7 (18,5%) дітей визначався в ділянці післяопераційної рани та при ректальному дослідженні 4 (10,5%) дітей.

Діагностика відмежованих перитонитів у дітей потребує застосування додаткових методів дослідження — від загальноприйнятих до більш специфічних (визначення індексів інтоксикації, застосування сучасних променевих методів діагностики, лапароскопії).

Важливим показником природної неспецифічної резистентності є функціональний стан нейтрофільних гранулоцитів, що визначає їх здатність до фагоцитозу і внутрішньоклітинного знищення інфекційних агентів. Відомо, що нейтрофільні гранулоцити відіграють провідну роль у розвитку і підтримці запальної реакції, здатні швидко підвищувати інтенсивність метаболізму. Отже, оцінка рівня їх активності може бути використана як маркер інтенсивності запальних реакцій. Зміна функціонально-метаболическої активності нейтрофільних гранулоцитів має неспецифічний характер і відображає стан ефекторної ланки імунітету. Ми використовували для визначення ступеня ендотоксикозу та для прогнозу перебігу захворювання лейкоцитарні індекси — ЛПІ, ІНЗ, ЛІ, ІМР. Вив-

чені разом, вони дають можливість оцінити виразність синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), та який внесок в нього робить бактеріальна флора, як реагує імунна система на запальний процес.

У більшості пацієнтів ІНЗ (0,05–0,08 у.о.) був незначно збільшений. Лейкоцитарний індекс (0,5–0,65 у.о.) у всіх пацієнтів був знижений, що доводить розвиток ендотоксикозу. Підвищення ЛПІ (0,3–1,5 у.о.) відбувається при гнійно-септичному процесі та інших захворюваннях, що супроводжуються ендогенною інтоксикацією та явищами деструкції тканин. Сильніше збільшення ЛПІ при первинних відмежованих перитонітах доводить більш виразні процеси деструкції тканин та агресивність мікробного фактору. У всіх пацієнтів був збільшений ІМР, що є прогностично позитивним критерієм, незважаючи на високі показники ЛПІ.

Ультразвукове дослідження є доступним та високо-ефективним методом у комплексі діагностики відмежованих перитонітів у дітей, динамічне дослідження у післяопераційному періоді дає змогу діагностувати можливі ускладнення та корегувати тактику лікування. Ультразвукове дослідження застосовувалось переважно в основній групі. Комп'ютерна томографія застосовувалась тільки в основній групі, коли виникали складнощі в діагностично-диференційному аспекті.

Висновки

У профілактиці первинних абсцесів та інфільтратів черевної порожнини мають значення робота з населенням, через засоби масової інформації, безпосередній контакт лікарів дитячих поліклінік та лікарів сімейної медицини тощо. Батьки повинні усвідомити, що дитину з абдомінальним больовим синдромом обов'язково повинен оглянути дитячий хірург. На госпітальному етапі важливі оптимізація роботи приймальних відділень лікарень, своєчасний огляд із застосуванням усіх доступних методів обстеження дітей з невідкладною хірургічною патологією, консультація необхідних фахівців, обов'язкова госпіталізація дітей до трьох років з боєм у животі і дітей старшого віку з повторним боєм у животі, забезпечення їх цілодобовим спостереженням кваліфікованих фахівців і відповідним обстеженням. Питання про зняття діагнозу гострого хірургічного захворювання і припинення спостереження за дитиною з боєм у животі повинне вирішуватись тільки консилиумом спеціалістів за участі відповідальних чергових лікарів, завідувачів хірургічних відділень. Обов'язкова передача в поліклініку за місцем проживання даних про дітей, які не були госпіталізовані для спостереження. Надання медичної допомоги повинне відбуватись тільки у спеціалізованих медичних закладах або в інших за умови наявності дитячого хірурга. Найголовнішим принципом профілактики післяопераційних абсцесів та інфільтратів є комплексна програма боротьби зі шпитальною та хірургічною інфекцією. Організаційні заходи — раціональне планування і розміщення функціональних підрозділів стаціонарів, попередження виникнення шпитальної інфекції, додержання режиму роботи хірургічного відділення, сприяння розриву епідемічного ланцюга на всіх шляхах передачі шпитальної інфекції, проведення профілактичних та лікувальних заходів щодо підвищення резистентності організму до шпитальної інфекції. Профілактичне застосування антибіотиків повинне відбуватись з додержанням основних принципів — збудники інфекції повинні бути чутливі до вибраного препарату, метод введення антибіотика повинен забезпечувати оптимальний контакт з мікроорганізмами, не можна застосовувати одночасно

ліки, які знижують активність антибактеріальних препаратів, сприяти активації захисних сил організму. Важливими аспектами профілактики післяопераційних абсцесів та інфільтратів є попередження організаційних, тактичних, технічних помилок хірургів, тобто проведення оперативних втручань у спеціалізованих закладах та кваліфікованими спеціалістами; попередження випадків пізньої госпіталізації та діагностичних помилок на різних ланках надання медичної допомоги; оптимізація принципу етап-

ності надання медичної допомоги важко хворим хірургічного профілю.

Для оцінки ступеня ендотоксикозу доцільно використовувати кількісний аналіз лейкоцитарних індексів інтоксикації, що дозволяє на ранньому етапі прогнозувати ймовірність перебігу захворювання. Дітям з гострою хірургічною патологією необхідно застосовувати променеві методи обстеження — ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аванесова В. А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В. А. Аванесова, А. С. Ермолова, Г. В. Пахомова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 12. — С. 8—11.
2. Адгезивні властивості великого сальника при різних видах ургентної абдомінальної патології в хірургії дитячого віку / О. А. Данилов, В. Ф. Рибальченко, О. Б. Домановський [та ін.] // Вісн. Вінницького нац. ун-ту. — 2007. — № 11 (1/2). — С. 364.
3. Ашкрафт К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер — СПб. : ООО «Раритет М», 1999. — 400 с.
4. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. Руководство для врачей / Г. А. Баиров. — Л. : Медицина. Ленингр. отделение, 1983. — 407 с.
5. Возможности ультразвукового исследования в диагностике острого флегмонозного аппендицита у детей / Е. В. Дмитриева [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2011. — № 5. — С. 85.
6. Волошин Ю. Л. Абдомінальні ускладнення у дітей, оперованих з приводу ургентних станів / Ю. Л. Волошин, П. С. Русак, Д. В. Шевчук // Шпит. хірургія. — 2008. — № 2. — С. 87—88.
7. Гриценко Є. М. Досвід лікування апендикулярного перитоніту у дітей / Є. М. Гриценко // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 1. — С. 23—25.
8. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия / Ю. Ф. Исаков. — М. : Медицина, 1996. — 758 с.
9. Использование лапароскопической аппендектомии при лечении острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом, периаппендикулярным инфильтратом или абсцессом / А. П. Уханов, А. И. Игнатъев, С. В. Ковалев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2011. — Т. 17, № 2. — С. 3—6.
10. Карасева О. В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей / О. В. Карасева, В. А. Капустин, А. В. Брянцев // Детская хирургия. — 2005. — № 3. — С. 25—29.
11. Либов С. Л. Ограниченные перитониты у детей / С. Л. Либов. — М. : Медицина, 1983. — 184 с.
12. Эндотоксинавая агрессия как причина послеоперационных осложнений в детской хирургии / Мешков М. В., Гатауллин Ю. К., Иванов В. Б., Яковлев М. Ю. — Москва : ЗАО «Московские учебники — СиДиПресс», 2007. — 168 с.
13. Abdominal pain secondary to stump appendicitis in a child / R. Gupta, J. Gerushiemer, J. Golden [et al.] // J. Emerg. Med. 2000. — Vol. 18 (4). — P. 431—433.
14. Acute appendicitis in the first three years of life / Z. Marjanovic, Z. Spasic, D. Zivanovic [et al.] // Srp. Arh. Celok. Lek. — 2006. — Vol. 134 (5—6). — P. 203—207.
15. Acute generalized peritonitis in African children: assessment of severity of illness using modified APACHE II score / A. R. Adesunkaumi, S. A. Oseni, O. Adejuyigbe, E. A. Agbakwuru // ANZ J. Surg. 2003. — Vol. 73 (5). — P. 275279.
16. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States / Addiss D. G., Shaffer N., Fowler B. S., Tauxe R. V. // Am. J. Epidemiol. — 1990. — Vol. 132. — P. 910—925.

Профилактика, диагностика, лечение абсцессов и инфильтрата брюшной полости у детей

Ю.Г. Демиденко

Черниговская областная детская больница, Украина

Цель: улучшить результаты лечения детей с острой хирургической патологией путем усовершенствования диагностических мероприятий и хирургических технологий, и послеоперационную реабилитацию больных.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты лечения 261 ребенка с ограниченными формами перитонита. Основную группу составили дети, пролеченные в 2004—2013 гг., контрольную — в 1994—2003 годах. Всем детям применяли комплекс клинико-лабораторных исследований, в том числе определение лейкоцитарных индексов. Для улучшения ранней диагностики абсцессов и инфильтратов брюшной полости применяли ультразвуковую, компьютерную томографию, лапароскопию.

Результаты. У детей преобладают первичные ограниченные перитониты — 196 (75%) пациентов. Как при первичных, так и при вторичных ограниченных перитонитах превалируют ранние формы заболевания. У детей преобладали абсцессы брюшной полости — 184 (70,5%) пациента, а инфильтраты диагностировали у 77 (29,5%) пациентов. Развитие осложнений перитонита чаще всего происходит в возрастном периоде от 11 до 14 лет — 99 (37,9%) детей. Инфильтраты и абсцессы брюшной полости в 1,5 раза чаще возникают у мальчиков.

Выводы. Клиническая картина перитонита часто замаскирована, что требует дополнительных методов обследования. Применение клинико-лабораторных, современных лучевых методов диагностики позволило улучшить результаты диагностики и лечения больных и значительно сократить количество послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: острый аппендицит, абсцесс брюшной полости, инфильтрат брюшной полости, ограниченный перитонит.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):64-68; doi10.15574/SP.2015.69.64

Prevention, diagnosis and treatment of abscesses and infiltrate of the abdomen in children

Yu.G. Demidenko

Chernihiv Regional Children's Hospital, Ukraine

Objective: To improve the results of treatment of children with acute surgical disorders by the way of improving diagnostic procedures and surgical techniques and also postoperative rehabilitation of patients.

Patients and methods. Results of treatment of 261 children with circumscribed forms of peritonitis are analyzed. The main group consisted of children who were treated in 2004-2013 years, control group - in the 1994-2003 years. For all children was used a set of clinical and laboratory investigations, including determination of leukocyte indices. For the improvement of the early diagnosis of abscesses and infiltrates of the abdomen were used ultrasonography, computed tomography and laparoscopy.

Results. In children were dominate primary circumscribed peritonitis - 196 (75%) patients. As in primary so in secondary delineated peritonitis were predominated early forms of the disease. Abdominal abscesses in children dominated in 184 (70.5%) patients, and infiltrates diagnosed in 77 (29.5%) patients. The development of complications of peritonitis most often occurs in the age period from 11 to 14 years - 99 (37.9%) children. Infiltrates and abdominal abscesses in 1.5 times more often occur in boys.

Conclusions. The clinical picture of peritonitis often has disguised character that requires additional methods of examination. The use of clinical and laboratory, modern radiological diagnostic methods allow improved the results of the diagnosis and treatment of patients and significantly reduce the number of postoperative septic complications.

Key words: acute appendicitis, abdominal abscess, infiltration of the abdominal cavity, delimited peritonitis.

Сведения об авторах:

Демиденко Юрий Григорьевич — хирург КЛПУ «Черниговская областная детская больница».

Адрес: г. Чернигов, ул. Пирогова, 16; тел.. (0462) 678131.

Статья поступила в редакцию 26.08.2015 г.

НОВОСТИ

Антибиотик будущего

«Исследователи из фармацевтической компании Merck&Co. разработали лекарство, которое может стать первым образцом принципиально нового поколения бактерицидов», — отмечает обозреватель El Pais журналист Хавьер Сампедро. Дело в том, что бактерии становятся все невосприимчивее к традиционным антибиотикам, нужны новые средства.

Ключевую роль играют элементы генов, которые газета называет «почти волшебными»: рибопереклещатели. Это пары из двух нитей РНК. Рибопереклещатель способен опознавать важнейшие молекулы (витамины, метаболиты, коэнзимы) и регулировать так называемую трансляцию РНК в протейны, что очень важно для нормальной жизни бактерий.

Традиционные антибиотики нарушают систему трансляции, при которой ДНК копируется в форме РНК, а затем уже эта РНК транслируется в последовательность аминокислот.

Новые антибиотики бьют по другой структуре — по рибопереклещателям. Джон Хау и его коллеги представили в своей статье в Nature первый прообраз таких препаратов. «Конкретно он вредит рибопереклещателю, который опознает рибофлавин — молекулу, очень важную для метаболизма бактерий», — говорится в статье.

Препарат назвали «рибоцил». Он успешно конкурирует с рибофлавином за соединение с рибопереклещателем, но блокирует трансляцию, а не запускает ее. Бактерия гибнет. Ученые надеются, что рибоцил станет первым в ряду новых антибиотиков, которым бактерии пока не научились сопротивляться.

При испытаниях на крысах рибоцил более чем в 1 тыс. раз уменьшал концентрацию бактерий, не оказывая токсического воздействия на самих животных. / El Pais

Источник: med-expert.com.ua