

ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ ПРИ ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ В ДІТЕЙ

М.Г.Мельниченко

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

Резюме. Застосування диференційованого підходу щодо етапного використання природних та преформованих фізичних чинників у комплексному лікуванні та реабілітації дітей з апендикулярним перитонітом на стаціонарному та позастаціонарному етапах дозволяє підвищити результати лікування та ефективність реабілітаційних заходів.

Ключові слова: фізичні фактори, апендикулярний перитоніт, діти.

Апендикулярному перитоніту (АП) у дітей належить провідне місце в педіатричній хірургії не тільки за частотою, але й за тяжкістю клінічного перебігу та кількістю ускладнень. Оперативні втручання з приводу гострого апендициту сягають 75% від ургентних втручань у дітей. Ускладнення гострого апендициту у дітей обумовлене насамперед перебігом тяжкої запальної реакції у черевній порожнині, порушенням загального гомеостазу, метаболічними розладами, надмірним інтраабдомінальним спайкоутворенням, віковими морфологічними особливостями органів черевної порожнини [1, 2].

Серед способів відновлювального лікування використовуються різноманітні засоби: лікарські препарати, фізіотерапевтичні процедури (лазеротерапія, ультразвук, магнітотерапія, електростимуляція, абдомінальна декомпресія) [3-6].

Медична реабілітація, як сукупність лікувально-відновлювальних заходів при АП, передбачає максимально повне фізичне відновлення дієвості ослабленого патологічним процесом організму на всіх етапах можливого впливу: стаціонар, поліклініка, санаторій.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування дітей з АП шляхом комплексного, етапного та послідовного використання медично-реабілітаційних заходів.

Матеріал і методи. Розроблена тактика етапного використання фізичних чинників застосована у 56 пацієнтів з АП: 9 – з розповсюдженим (РП), 47 – з місцевим перитонітом (МП) – референтна група. Контрольну групу становили 59 дітей (10 – з РП, 49 – з МП), аналогічних за віком, термі-

ном захворювання, наявністю патології, в яких у комплексному лікуванні фізіотерапія застосована тільки на стаціонарному етапі (УВЧ, електрофорез).

Перший (стаціонарний) етап складався з трьох напрямків: вплив на макроорганізм (детоксикаційна терапія, симптоматична, вітаміно- та імуномодулювальна терапія); вплив на мікроорганізм (раціональна адекватна антибактеріальна терапія); місцеве лікування (в післяопераційному періоді перев'язування рани, використання фізичних чинників). У післяопераційному періоді з першого дня застосовано інфрачервоне лазерне опромінення (довжиною хвилі 0,89-0,95 мкм в імпульсному режимі (1500 Гц), експозицією 10-15 хв., загальним курсом – 5-7 процедур) передньої черевної стінки з урахуванням розповсюдженості запального процесу з наступним електрофорезом лікарських речовин (калій йодиду або лідази, цільністю від 0,02 до 0,07 мА/см², експозицією 15-18 хв., загальним курсом – 7-10 процедур). На другому етапі (поліклінічному) призначали тканинні біостимулятори (алоє, ФІБс та ін.), здійснювали абдомінальну декомпресію (у переривчастому режимі: дітям 4-7 років – до 5-7 кПа, 7-14 років – 9-10 кПа; експозиція – 10-12 хв., загальним курсом 10-12 процедур), по чергово електрофорез та ультразвук лікарських речовин. На третьому етапі (санаторно-курортному) пропонували природні лікувальні ресурси (бальнеотерапія, пелоїдотерапія, таласотерапія, гідромасаж, питні мінеральні води та ін.).

Результати дослідження та їх обговорення. Ефективність застосованих лікувальних заходів оцінювали за динамікою клінічного перебігу захворювання, враховуючи самопочуття пацієнтів, дані лабораторних досліджень, ультрасонографії та доплерографії, виникнення уск-

ладнень, відновлення рухової функції кишечника, термін перебування хворих у стаціонарі.

Порівняльний аналіз показав, що етапне використання фізичних чинників у комплексному лікуванні АП позитивно впливало на перебіг захворювання. На стаціонарному етапі післяопераційний період гладкий, загальна температура нормалізувалася на 4-5 діб скоріше, больовий синдром купірувався на 3-5 добу, явищ дискомфорту у животі та кишкової непрохідності не було, моторно-евакуаторна функція кишечника відновлювалася з 2-4 доби, ускладнень у ділянці післяопераційної рани не спостерігалось. У контрольній групі протягом стаціонарного періоду 33,4% дітей скаржилися на періодичний біль у животі, у 17,2% – випорожнення не постійні, у 2-х хворих виникла рання відстрочена спайкова непрохідність кишечника на 10-12 добу після операції. Крім того, у референтній групі нівелювався нейтрофільний зсув, нормалізувалися ЛПІ та ІЗ на тиждень скоріше в порівнянні з цими показниками у контрольній групі.

По завершенню другого (поліклінічного) етапу у хворих референтної групи випорожнення кишечника було постійним, безболісним. Ультразвукове дослідження в динаміці свідчило про анатомічне розташування органів таза, тоді як у контрольній групі довго спостерігалася інфільтрація тканин у зоні афектації, спайкова фіксація органів черевної порожнини, що призводило до порушень функції кишечника та виникнення больового синдрому. Доплерографічним дослідженням маткових артерій в динаміці встановлена симетричність індексів Пурсело, Стюарта та Гослінга, коефіцієнт асиметрії не пере-

вищував 18,0-20,4%, тоді як у дівчат контрольної групи довго зберігалася асиметрія вказаних індексів, а коефіцієнт асиметрії перевищував 28,3-35,2%.

Основними завданнями третього (санаторно-курортного) етапу в дітей після АП є прискорення реституції, стимуляція репаративно-регенераторних процесів, зміцнення компенсаторних механізмів, корекція неспецифічної резистентності організму, імунітету тощо. Використовували бальнеотерапію, пелоїдотерапію (Куряльницькі грязі), гідромасаж, таласотерапію, питні мінеральні води, раціональну дієтотерапію. У 3-х хворих контрольної групи протягом року після операції виникла спайкова непрохідність кишечника, двоє оперовані.

Висновки. 1. Використання фізичних факторів у комплексному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом забезпечує трофічний ефект, регулює місцевий гомеостаз, сприяє активації гладеньких м'язів порожнистих органів, поліпшує результати лікування таких хворих. 2. Комплексність, етапність та послідовність медично-реабілітаційних заходів забезпечує багаторівневу реакцію організму дітей з апендикулярним перитонітом для досягнення істотного позитивного результату лікування, запобігає надмірному спайкоутворенню у черевній порожнині, відновлює внутрішньочеревний гомеостаз, скорочує тривалість перебування хворих у стаціонарі.

Перспективи наукового пошуку. Доцільно вивчити ефективність тактико-лікувального алгоритму у новонароджених та грудних дітей, хворих на апендикулярний перитоніт.

Література

1. Коновалов А.К., Махачев С.М., Сергеев А.В. Диагностика и лечение осложненного течения аппендицита у детей // *Росс. мед. ж.* – 2001. – № 5. – С. 50-52.
2. Давиденко В.Б., Межирова И.М., Острик А.Е. и др. Особенности течения эндогенной интоксикации при аппендикулярных перитонитах у детей // *Врач. практика.* – 1999. – № 5 – С. 20-24.
3. Ніколаєва Н.Г., Мельниченко М.Г., Годлевська О.В., Карабенюк О.В. Ефект дії низькоінтенсивного інфрачервоного лазерного випромінювання і його застосування в педіатричній хірургії // *Одес. мед. ж.* – 2001. – № 6. – С. 78-81.
4. Ніколаєва Н.Г., Мельниченко М.Г. Застосування локального негатиного тиску у педіатричній хірургії: *Метод. реком.* – Одеса, 2003. – 12 с.
5. Голубова Т.Ф., Дриневский Н.П. Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения детей в современных условиях // *Мед. реабилитация, курортол., фізіотерапія.* – 2003. – № 2 (34). – С. 36-39.
6. Гумеров А.А., Ишимов Ш.С., Хасанов Р.Ш. и др. Реабилитация детей, перенесших аппендикулярный перитонит в условиях санатория // *Дет. хирургия.* – 2004. – № 6. – С. 22-25.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

М.Г.Мельниченко

Резюме. Предложенный дифференцированный подход к поэтапному использованию природных и преформированных физических факторов в комплексном лечении и реабилитации детей с аппендикулярным перитонитом на стационарном и послестационарном этапах позволяет повысить результаты лечения и эффективность реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: физические факторы, аппендикулярный перитонит, дети.

THE USE OF PHYSICAL FACTORS IN THE TREATMENT OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

M.H.Mel'nychenko

Abstract. The application of a differentiated approach, regarding the staging use of natural and preformed physical factors in holiatry and rehabilitation of children with appendicular peritonitis at the inpatient and outpatient stages enables to improve the results of treatment and the efficacy of rehabilitation measures.

Key words: physical factors, appendicular peritonitis, children.

State Medical University (Odesa)

Надійшла 26.05.2006 р.

© Кушта Ю.Ф., Романчак Л.С., Наконечний Р.Б., Журавель М.Г., Андрющенко В.П.

УДК 617.58-002, 446-085.46.014.47

ЗАСТОСУВАННЯ ПОВ'ЯЗКИ УНА В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Ю.Ф.Кушта, Л.С.Романчак, Р.Б.Наконечний, М.Г.Журавель, В.П.Андрющенко

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П.Андрющенко) Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Резюме. Наведені клінічні дані стосовно 13 хворих, які лікувалися з приводу посттромбофлебітичного синдрому і трофічних виразок нижніх кінцівок, яким з метою загоєння виразок накладали цинк-желатинову пов'язку Уна. Наведена методика приготування пасти Уна та накладання її на виразки. Рецидив захворювання виник тільки в однієї пацієнтки. Пов'язка Уна повинна широко використовуватися для загоєння трофічних виразок та в'ялогранулюючих ран нижніх кінцівок.

Ключові слова: трофічна виразка, посттромбофлебітичний синдром, хронічна венозна недостатність, пов'язка Уна, загоєння.

Значна кількість жителів України страждає на варикозну хворобу нижніх кінцівок та запальні процеси підшкірних вен (тромбофлебіти). Наявність даних хвороб у пацієнтів вимагає відповідного лікування, в основному оперативного. Через зволікання з хірургічним лікуванням виникають симптоми хронічної венозної недостатності. Відтак формуються трофічні виразки стоп та гомілок. Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС) зумовлює численні страждання пацієнтів, адже пов'язки в місці виразок постійно

просякають виділеннями; виникає потреба в кількаразових перев'язках упродовж одного дня, що фізично, морально, а також матеріально виснажує хворих [1-7].

Мета дослідження. Продемонструвати ефективність використання цинк-желатинової пов'язки Уна-Кефера при лікуванні ПТФС як виду хронічної венозної недостатності.

Матеріал і методи. У клініці загальної хірургії Львівського національного медичного університету за період 2000-2005 рр. лікували 13 пацієнтів з при-