

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

М. Г. Мельниченко, канд. мед. наук, доц.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ПІСЛЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

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

М. Г. Мельниченко

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Проведенное восстановительное лечение детей с аппендикулярным перитонитом по разработанной программе на амбулаторно-поликлиническом этапе благоприятно влияло на восстановление нарушенных функций организма ребенка. Основным показателем эффективности восстановительного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе — максимальное снижение относительного риска возникновения спаечной непроходимости кишечника при использовании лечебных физических факторов составляло 84 %.

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

UDC 612.394.2-616.318.5-002-616-08-039.57

M. G. Melnichenko

ESTIMATION OF RESTORATIVE TREATMENT OF CHILDREN WITH APPENDICULAR PERITONITIS AT THE POLICLINIC STAGE

The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

The restorative treatment of children with appendicular peritonitis under the developed program at an out-patient-polyclinic stage favorably influenced restoration of the child disturbed organism functions. The basic parameter of efficiency of regenerative treatment at an out-patient-polyclinic stage is the maximal decrease in relative risk of occurrence of adhesive impassability of intestines at use of medical physical factors made 84%.

Key words: children, appendicular peritonitis, restorative treatment, dispensary stage.

Питання віддалених наслідків перенесеного апендикулярного перитоніту є досі не вирішеним. Наукові розробки у цьому напрямку свідчать, що наслідки інтраабдомінальної септичної інфекції виявляються протягом тривалого часу, звичайно носять персистуючий характер [1; 4; 5; 8]. Це зумовлено реакцією дитячого організму на тяжке захворювання, саму операційну травму, порушення імунологічної толерантності, обмінних процесів та ін. Усе зазначене диктує необхідність організації диспансерного спостереження за даною групою хворих із проведенням реабілітаційних заходів, спрямованих на нормалізацію здоров'я та відновлення дієздатності організму дитини [1; 5; 7].

Разом із тим, не всі хворі можуть пройти курс реабілітації, можливості відновлювальної терапії використовуються ще недостатньо [3; 4]. Підвищення ефективності вже існуючих реабілітаційних підходів визначає необхідність поєднання медикаментозної терапії та фізичних чинників. Тому розробка комплексного лікування з використанням фізичних чинників з метою відновлювального лікування на всіх етапах можливого впливу після оперативного лікування апендикулярного перитоніту у дітей є досить актуальною.

Матеріали та методи дослідження

Шляхом квазімоніторингу одержали інформацію про стан 175 дітей з апендикулярним перитонітом через 6 міс. після стаціонарного лікування. З-поміж них 96 дітей утворили референтну групу (РГ), у них на стаціонарному й амбулаторно-поліклінічному етапах було проведено рекомендоване відновлювальне лікування за розробленою програмою (рис. 1). У контрольну групу (КГ) ввійшло 79 дітей, які на стаціонарному етапі отримали традиційне лікування, а на амбулаторно-поліклінічному етапі у них не було проведено рекомендоване лікування, а тільки електрофорез із йодидом калію.

Медикаментозна (алое та полівітаміни) терапія була спрямована на регуляцію метаболізму реструктуризованих тканин і стимуляцію їхніх регенераторних потенцій. Основними лікувальними фізичними чинниками (ЛФЧ), що використовувалися в умовах поліклініки, були: індукторна магнітотерапія, низькоінтенсивна інфрачервона лазеротерапія, електрофорез лікарських речовин (йодиду калію, лідази) та локальна абдомінальна декомпресія за допомогою камери зональної декомпресії (КЗДМ-АК) [3].

Для вивчення найближчих результатів лікування була розроблена багатофакторна анкета, яка дозволяла шляхом квазімоніторингу за основними клінічними ознаками оцінити стан пацієнтів і виявити порушення функцій органів. Аналізувалися такі ознаки: відчуття дискомфорту у животі, самостійний біль у животі, провокований фізичним навантаженням біль у животі, виникнення блювання, порушення регулярності функції кишечника, схильність до запору, спайкова непрохідність кишечника, у дівчат — розлади *menarche* (болючість під час *menarche*, порушення регулярності).

Оцінку ефективності лікування дітей після апендикулярного перитоніту здійснювали за допомогою багатовимірних статистичних методів дослідження [2; 6].

Результати дослідження та їх обговорення

Для кількісної оцінки відмінності ефектів у групах, що порівнюються, розраховували відносний ризик RR (Relative Risk — відносний ризик, або відношення ризиків) у кожній групі та показник відносного ризику RRR (Relative Risk Reduction — зниження відносного ризику) збереження основних клінічних ознак наслідків захворювання (табл. 1).

Зниження абсолютних ризиків (Absolute Risk Reduction — різниця наявності ознаки, %) за всіма ознаками перебувало у діапазоні від 9 до 47 %.

Як свідчать дані табл. 1, найбільший ефект лікування у найближчому періоді виявився щодо спайкової непрохідності кишечника. Використання розробленої програми відновлювального лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі знижує ризик виникнення спайкової непрохідності в референтній групі на 84 %. Цей показник є основним показником ефективності амбулаторно-поліклінічного лікування.

Крім того, як свідчать дані табл. 1, висока ефективність лікування привела до статистично вірогідного зниження кількості дітей з блюванням (на 83 %), порушенням мобільності й регулярності функції кишечника (на 61 %), схильністю до запору (на 61 %). Кількість дітей зі скаргами на самостійний біль у животі та провокований фізичним навантаженням біль знизилася на 37 і 41 % відповідно порівняно з КГ. Зниження відносного ризику порушення *menarche* у дівчат мало найменше значення і становило 28 %.

На рис. 2 наведені значення ризику і 95%-ні довірчі інтервали до них для усіх досліджуваних клінічних ознак.

Окрім вищеприведеного аналізу результату лікування, вважали доцільним вивчити вірогідність досліджуваних клінічних ознак та їх кореляцію з інтраабдомінальним спайкоутворенням.

Серед усіх 175 досліджуваних дітей на амбулаторно-поліклінічному етапі наявність спайкової непрохідності кишечника діагностовано у 25 дітей. У табл. 2 подані відсоткове співвідношення дітей із наявністю та відсутністю спайкової непрохідності кишечника залежно від клінічних ознак і кількісна оцінка (відношення шансів) цих клінічних ознак, пов'язаних із наявністю спайкової непрохідності кишечника на амбулаторно-поліклінічному етапі. Найчастішими клінічними ознаками у цих дітей були такі: дискомфорт у жи-

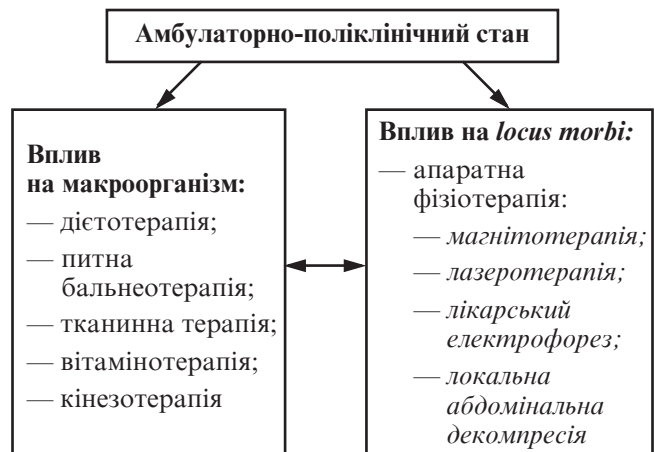


Рис. 1. Схема відновлювального лікування дітей з апендикулярним перитонітом на амбулаторно-поліклінічному етапі

Таблиця 1

Ризик наявності клінічних ознак у дітей з апендикулярним перитонітом

Клінічні ознаки	ARR	R _{рг}	R _{кг}	RR	RRR, %	95%-й ДІ RRR
Дискомфорт у животі	0,17	0,63	0,80	0,78	22	5÷35
Біль у животі	0,24	0,42	0,66	0,63	37	16÷52
Провокований біль	0,33	0,47	0,59	0,59	41	25÷54
Блювання	0,25	0,05	0,17	0,17	83	57÷93
Порушення функції кишечника	0,47	0,30	0,39	0,39	61	46÷72
Схильність до запору	0,25	0,23	0,44	0,44	56	33÷71
Спайкова непрохідність кишечника	0,22	0,04	0,27	0,16	84	56÷94
Порушення <i>menarche</i>	0,09	0,24	0,72	0,72	28	-18÷56

Примітка. ARR — зниження абсолютного ризику; R_{рг} — ризик наявності ознаки в референтній групі; R_{кг} — ризик наявності ознаки в контрольній групі; RR — відносний ризик (відношення ризиків); RRR — зниження відносного ризику; 95%-й ДІ — 95%-й довірчий інтервал для зниження відносного ризику.

Зниження
щодо ризику, %

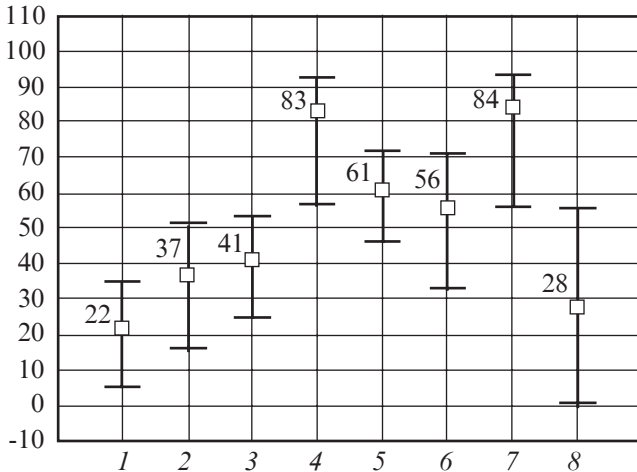


Рис. 2. Ефективність лікування дітей після апендикулярного перитоніту на амбулаторно-поліклінічному етапі за клінічними ознаками (RRR): 1 — дискомфорт у животі; 2 — біль у животі; 3 — провокований біль; 4 — блювання; 5 — порушення функції кишечника; 6 — схильність до запору; 7 — спайкова непрохідність кишечника; 8 — порушення *menarche*

Таблиця 2

**Клінічні ознаки
у дітей з апендикулярним перитонітом
залежно від наявності
спайкової непрохідності кишечника, абс. (%)**

Клінічні ознаки	Наявність СНК		Відношення шансів (95%-й ДІ)	P
	Так	Немає		
Дискомфорт у животі				
Так	22 (88,0)	3 (12,0)	3,56	0,04
Немає	101 (67,3)	49 (32,7)	1,02±12,46	
Біль у животі				
Так	22 (88,0)	3 (12,0)	8,38	0,0001
Немає	70 (46,7)	80 (53,3)	2,41±29,20	
Провокований біль				
Так	24 (96,0)	1 (4,0)	18,86	0,0001
Немає	84 (56,0)	66 (44,0)	2,49±143,04	
Блювання				
Так	11 (44,0)	14 (56,0)	5,76	0,0001
Немає	18 (12,0)	132 (88,0)	2,27±14,61	
Порушення функції кишечника				
Так	22 (88,0)	3 (12,0)	8,84	0,0001
Немає	68 (45,3)	82 (54,7)	2,54±30,82	
Схильність до запору				
Так	16 (64,0)	9 (36,0)	4,28	0,0007
Немає	44 (29,3)	106 (70,7)	1,76±10,42	
Порушення <i>menarche</i>				
Так	6 (54,6)	5 (45,4)	2,4	0,16
Немає	41 (33,3)	82 (66,7)	0,69±8,33	

воті непокоїв 88,0 % хворих, біль у животі — 88,0 %, провокований біль — 96,0 %, порушення функції кишечника — 88,0 %, схильність до запору — 64,0 %, порушення *menarche* у дівчат — 54,6 % випадків.

Як свідчать дані табл. 2, наявність перелічених ознак (дискомфорт у животі, біль у животі, провокований біль, блювання, порушення функції кишечника, схильність до запору, порушення *menarche*) вірогідно частіше відзначалася в дітей зі спайковою непрохідністю кишечника (СНК), ніж без неї. Шанси наявності СНК за цих ознак статистично вірогідно вищі, ніж без них. Так, наявність провокованого болю є чинником підвищення вірогідності наявності СНК у 18,9 разу; біль у животі та порушення функції кишечника підвищують шанси виникнення СНК майже у 9 разів; блювання та схильність до запору — відповідно у 5 та 4 рази.

Найважливішою ознакою наявності спайкового процесу у черевній порожнині за відношенням шансів був провокований біль у животі.

Таким чином, наявність перелічених клінічних ознак, а саме: самостійний і провокований біль у животі, порушення функції кишечника, блювання та схильність до запору — може розглядатися не тільки як існування перитонеальних післяопераційних спайок, але і прогностично як шанси розвитку спайкової непрохідності кишечника, що потребує обов'язкового проведення відновлювального лікування на всіх етапах можливого впливу.

Висновки

Підсумовуючи вищенаведене, вважаємо за необхідне наголосити, що використання лікувальних фізичних чинників у комплексному відновлювальному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом за розробленою програмою на найближчому (амбулаторно-поліклінічному) етапі сприятливо впливало на відновлення порушених функцій організму дитини з апендикулярним перитонітом взагалі та конкретно органів черевної порожнини, про що свідчив основний показник ефективності відновлювального лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі — зниження відносного ризику виникнення спайкової непрохідності кишечника при використанні розробленої програми відновлювального лікування у дітей референтної групи становило 84 %.

Крім того, доведено, що такі клінічні ознаки, як самостійний і провокований біль у животі, порушення функції кишечника зі схильністю до запору, не тільки свідчили про наявність перитонеальних спайок, але і підвищували шанси виникнення спайкової непрохідності кишечника.

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 у черевній порожнині й малій мисці у дівчаток і як потенційний спосіб запобігання виникненню «трубного фактора» порушення репродукції у подальшому.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Лечение* апендикулярного перитонита у детей / О. В. Карасева, Л. М. Рошаль, А. В. Брянцев [и др.] // *Детская хирургия*. — 2007. — № 3. — С. 23-27.
2. *Мищук В. В.* Оптимизация лечения острого распространенного перитонита на основе прогностического моделирования : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 05.13.01 / В. В. Мищук. — Воронеж, 2007. — 19 с.

3. *Використання* природних та преформованих фізичних чинників у відновлювальному лікуванні дітей з перитонітами : метод. рекомендації МОЗ України / уклад. Н. Г. Ніколаєва, М. Г. Мельниченко. — К., 2008. — 28 с.

4. *Перитонит* : практ. руководство / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. — М. : Литтерра, 2006. — 208 с.

5. *Подкаменев В. В.* Риск бесплодия после осложненных форм острого аппендицита у девочек / В. В. Подкаменев, В. П. Ильин, В. М. Галченко // *Детская хирургия*. — 2004. — № 3. — С. 9-11.

6. *Янковой А. Г.* Многомерный анализ в системе STATISTICA / А. Г. Янковой. — Одесса : OPTIMUM, 2001. — 216 с.

7. *Staged abdominal repair for treatment of moderate to severe secondary peritonitis* / F. Agalar, E. Eroglu, M. Bulbul [et al.] // *World J. Surg.* — 2005, Feb. — Vol. 29 (2). — P. 240-244.

8. *Shorvon P. J.* Imaging of appendicitis: a cautionary note / P. J. Shorvon // *British Journal of Radiology*. — 2002. — Vol. 75. — P. 717-720.

УДК 616.314.17-008.1

П. В. Максименко

УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.314.17-008.1

П. В. Максименко

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Статья посвящена актуальной проблеме современной ортопедической стоматологии — определению тактики врача-стоматолога при протезировании малых дефектов зубных рядов несъемными конструкциями при воспалительных заболеваниях пародонта.

С этой целью использован комплексный интегральный клинический индекс, который включает оценку панорамной рентгенографии, определение типа слизистой оболочки в области отсутствующих зубов, пробу Шиллера — Писарева, пробу Кулаженко, сроки удаления отсутствующих ныне зубов, наличие и степень зубных отложений, глубину десневого кармана. Для обоснования методики автор провел исследование по ЛКС-методике.

Ключевые слова: ЛКС-метод, воспалительные заболевания пародонта, несъемные зубные протезы, протезирование зубов.

UDC 616.314.17-008.1

P. V. Maksimenko

IMPROVEMENT OF INDIVIDUAL APPROACHES TO THE ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PERIODONTAL DISEASES

The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

The article is dedicated to the vital problem of contemporary orthopedic stomatology — determination of the stomatologist management while prosthetics of the small defects of dental archs with fixed constructions in patients suffering from the inflammatory diseases of periodontium.

For this purpose the author used the complex integral clinical index, which included the estimation of panoramic roentgenography, determination of the type of mucosa in the region of the absent teeth, of Shiller-Pisarev's, Kulazhenko's test, the periods of the extration of the absent teeth, the presence and the degree of dental calculus, the depth of gum's pocket. For the substantiation of procedure the author conducted a study according to the LCS-method.

Key words: LCS-method, the inflammatory diseases of periodontium, fixed prostheses, prosthetics of teeth.