

Препарат Пектолван Стоп і Пектолван Плющ у терапії дітей із гострими респіраторними захворюваннями

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) – актуальна проблема педіатрії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, їх частота становить у середньому 6-10 випадків на одну дитину на рік. Вони є причиною 70% звернень батьків дитини до педіатра чи лікаря загальної практики – сімейної медицини. При цьому, за даними Goldsobel і співавт. (2010), саме наявність кашлю є основною скаргою батьків дітей під час візиту до лікаря.



Ю.В. Марушко

Усе це вказує на необхідність для педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини чітко знати механізми розвитку та види кашлю у дітей, механізми дії препаратів, що впливають на кашель. Це, врешті-решт, дозволяє призначити адекватну терапію і отримати позитивний результат лікування ГРЗ та інших захворювань.

Оскільки в частині випадків кашель має високу частоту, нав'язливий, виснажливий характер і приносить хворій дитині болісні відчуття, це може бути причиною значного тимчасового порушення якості життя пацієнта із ГРЗ. Треба також урахувати, що кашель може бути тривалішим за інші прояви захворювання: так, за результатами дослідження Нау і співавт. (2003), на 10-й день від початку гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) кашель персистує у 40% дітей, а у 10% – на 25-й день.

Кашель є наслідком активації кашльового рефлексу. Останній виникає через вплив механічних (чужорідні тіла, слиз) чи хімічних подразників на іритативні рецептори мієлінізованих нервових волокон зі «швидким» проведенням, а також під впливом медіаторів запалення на С-рецептори немієлінізованих нервових волокон із «повільним» проведенням. Рефлексогенні кашлеві зони розташовані по всій довжині дихальних шляхів від носоглотки до бронхіол. У разі продуктивного кашлю – за наявності мокротиння – кашльовий рефлекс доповнює роботу мукоциліарного кліренсу з очищення дихальних шляхів і є важливим неспецифічним механізмом захисту слизової оболонки респіраторного тракту від інфекційних агентів.

Для практичного лікаря важливо знати, що секретія слизу в респіраторному тракті відбувається постійно, тому діти, які не мають жодної респіраторної патології, можуть покашлювати від 10 до 15 разів на день, переважно вранці, що не є ознакою патології

та не потребує лікувальних заходів. За певних умов інтенсивність кашлю може неадекватно підвищуватися та виходити за межі своєї захисної функції, перетворюючись на окрему проблему для хворого, яка потребує симптоматичної та патогенетичної терапії.

Відомо, що на початку ГРВІ, що протікає у вигляді гострого ларингіту, трахеїту чи трахеобронхіту, кашель може бути непродуктивним, нав'язливим і виснажливим унаслідок подразнення С-рецепторів немієлінізованих нервових волокон медіаторами запалення, які синтезуються у відповідь на альтерацію слизової оболонки респіраторного тракту інфекційним агентом. При цьому продукція слизу, який є точкою прикладання дії кашльового поштовху, може починатися лише за кілька днів від початку захворювання. У такому разі користь від цього захисного механізму на початку патологічного процесу є сумнівною, оскільки через відстрочений початок продукції слизу відсутня точка прикладання кашльового поштовху, і такі поштовхи не допомагають, а тільки виснажують. Описана ситуація є прикладом, коли непродуктивний нав'язливий кашель приносить більше страждань хворому, ніж користі. Так, кожен із нас, хворіючи на трахеїт, відчував полегшення, коли болючий непродуктивний кашель переходив у вологий. Отже, стимуляція продукції нормального, розрідженого секрету та зменшення інтенсивності непродуктивного кашлю у випадках, коли він є неадекватно інтенсивним на початку захворювання, є раціональним з точки зору патогенетичної та симптоматичної терапії при ГРЗ.

На сьогодні існує багато препаратів, здатних прямо чи опосередковано впливати на кашель. Їх поділяють на протикашльові (які пригнічують центральну або периферичну ланку кашльового рефлексу),

мукоактивні (що впливають на кашель шляхом зміни властивостей секрету слизової дихальних шляхів і/або мукоциліарного кліренсу) та комбіновані (поєднання препаратів із двох зазначених груп). Із першої групи засобів найбільш ефективними є протикашльові з центральною дією, із яких у педіатрії дозволені до використання тільки ненаркотичні препарати (ті, що не пригнічують дихальний центр). Значним є досвід використання у педіатрії бутамірату цитрату як протикашльового препарату в дітей із сухим, подразливим, нападаподібним кашлем різного походження, у тому числі й при кашлюку. А серед мукоактивних препаратів користується популярністю гвайфенезин, оскільки окрім властивостей стимулювати продукцію та зменшувати в'язкість бронхіального секрету (за рахунок збільшення його водної складової) має мукокінетичний ефект (посилює роботу війчастого епітелію респіраторного тракту).

Із викладеного вище можна зробити висновок, що в разі ГРЗ, яке на початку перебігає з інтенсивним непродуктивним нав'язливим кашлем, який порушує загальний стан дитини, патогенетично обґрунтованим є призначення протикашльової терапії зі стимуляцією продукції секрету слизової оболонки дихальних шляхів для пришвидшення переходу непродуктивного кашлю в продуктивний, і в такому випадку інтерес становить препарат Пектолван Стоп. Цей засіб є комбінованим і містить бутамірату цитрат разом із гвайфенезином, за рахунок яких має одночасно протикашльову, відхаркувальну та мукокінетичну дію. Пектолван Стоп випускається у вигляді крапель для перорального застосування по 25 мл у флаконах (1 мл препарату містить 4 мг бутамірату цитрату та 100 мг гвайфенезину). Показанням до призначення є наявність сухого, подразливого, нападаподібного кашлю різного походження у дітей старше 6 міс.

Слід зазначити, що сам собою продуктивний кашель є протипоказанням до призначення протикашльових препаратів, тому що пригнічення кашльового рефлексу зменшує виведення секрету з дихальних шляхів, що може призвести до синдрому «заблочування» бронхів. Таким чином, на нашу думку, найбільш адекватним

підходом до лікування нав'язливого непродуктивного кашлю у дітей є ступінчата мукоактивна терапія: на початку пацієнту призначається комбінований протикашльовий і відхаркувальний засіб, а вже при переході непродуктивного кашлю в продуктивний дитину переводять на відхаркувальний або муколітичний препарат.

Зважаючи на вищезазначене, метою нашої роботи стала оцінка ефективності застосування препаратів Пектолван Стоп і Пектолван Плющ у комплексній терапії дітей, хворих на ГРЗ.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням були 28 дітей, хворих на ГРВІ, зі скаргами на початку захворювання на сухий, нав'язливий, болючий кашель, який порушував загальний стан пацієнтів. Вік хворих – 6-11 років (у середньому – 8,4 року). Хлопчиків було 13 (46,4%), дівчаток – 15 (53,6%). Термін від початку захворювання до потрапляння під наше спостереження коливався від 1 до 3 днів. Скарги на момент надходження, дані анамнезу хвороби та результати фізикального обстеження пацієнтів подано в таблиці 1.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у дітей спостерігалися клінічні ознаки вірусної етіології хвороби: гострий початок захворювання, ринофарингіт, у частини дітей – кон'юнктивіт. При проведенні загального аналізу крові лейкопенія мала місце у 12 (42,9%) пацієнтів, відносний лімфоцитоз – у 8 (28,6%) пацієнтів. Лейкоцитозу та зсуву формули крові вліво не спостерігалося у жодного пацієнта. Швидкість осідання еритроцитів була підвищеною лише у 5 (17,9%) дітей та не перевищувала 20 мм/год. При проведенні загального аналізу сечі відхилень від норми

Таблиця 1. Скарги на момент надходження, дані анамнезу хвороби та результати фізикального обстеження хворих на момент госпіталізації

Скарги, дані анамнезу та результати фізикального обстеження	Хворі діти (n=28)	
	n	%
Гострий початок захворювання	28	100
Фебрильна лихоманка	10	35,7
Субфебрильна лихоманка	18	64,3
Ознаки інтоксикаційного синдрому (головний біль, слабкість, біль у м'язах)	16	57,1
Осиплість голосу	12	42,9
Болючість за грудиною при кашлі	18	64,3
Непродуктивний, болючий, нав'язливий кашель	28	100
Аускультативно жорстке дихання в легенях	17	60,7
Наявність сухих басових хрипів у легенях при аускультативі	17	60,7
Закладеність носа та/або ринорея	28	100
Біль у горлі, гіперемія слизової оболонки ротоглотки	28	100
Почервоніння кон'юнктиви, слезотеча, відчуття піску в очах	8	28,6

Таблиця 2. Клінічні синдроми у хворих на ГРВІ

Клінічні синдроми	Хворі діти (n=28)	
	n	%
Гострий ларингіт, ларинготрахеїт	7	25
Гострий трахеїт	4	14,3
Гострий простий бронхіт	7	25
Гострий трахеобронхіт	5	17,9
Гострий ларинготрахеобронхіт	5	17,9
Гострий риніт	28	100
Гострий фарингіт	28	100
Гострий кон'юнктивіт	8	28,6

Таблиця 3. Кількість дітей із появою продуктивного кашлю на 3-й, 4-й і 5-й дні від початку лікування

Дні від початку терапії		3-й день	4-й день	5-й день
Хворі діти (n=28)	n	18	23	28
	%	64,3	82,1	100

не спостерігалось у жодного пацієнта. У пацієнтів із наявністю хрипів у легень за необхідністю для виключення вогнищезового процесу в легенях була проведена рентгенографія органів грудної клітки, на якій мали місце посилення та деформація легеневого малюнку без вогнищезо-інфільтративних тіней.

На основі даних клініко-лабораторного та променевого обстеження у всіх дітей був встановлений діагноз ГРВІ, окремі клінічні складові захворювання залежно від залучення різних відділів респіраторного тракту подано в таблиці 2.

У всіх представлених пацієнтів мав місце непродуктивний частий нав'язливий болючий кашель. У 12 дітей з ураженням гортані кашель мав «гавкаючий» характер. Залучення трахеї у хворих характеризувалося наявністю відчуття «печіння» або болю за грудиною під час кашльових поштовхів. У 5 (29,4%) з 17 дітей із залученням у патологічний процес бронхів мав місце біль при кашлі в ділянці грудної клітки. Порушення загального стану хворих інтенсивним кашлем проявлялося в слабкості, фізичному виснаженні, порушенні вживання їжі (в окремих випадках – блювотою під час прийому їжі на висоті кашлю), порушенні сну.

Лікування ГРЗ проводилося відповідно до протоколів МОЗ України. Для симптоматичної та патогенетичної терапії кашлю при ГРЗ дітям призначався Пектолван Стоп згідно з інструкцією щодо використання: при масі тіла 20-30 кг – по 14 крапель 3-4 рази на добу, 30-40 кг – по 16 крапель 3-4 рази на добу. Лікування тривало до появи виразного продуктивного кашлю, після чого цей препарат замінювали на сироп Пектолван Плющ у дозах, відповідно до інструкції: дітям до 6 років цей препарат призначається по 2,5 мл 3 рази на добу; від 6 до 10 років – по 5 мл 3 рази на добу. Сумарно курс мукоактивної терапії тривав до 10 днів.

З метою протівірусного лікування 10 (35,7%) дітям із перебігом захворювання середньої тяжкості призначили протівірусну терапію – препарати інтерферону. За необхідності проводилася антипіретична терапія парацетамолом або нурофеном. Надавалися рекомендації щодо харчування та питного режиму дітей.

Спостереження за хворими проводилося протягом 10 днів. Було проаналізовано частоту кашлю у пацієнтів (вимірювалася кількість серій кашльових поштовхів за 20 хв), час переходу непродуктивного кашлю в продуктивний (у днях), інтенсивність болючих відчуттів, що супроводжували кашльові поштовхи за візуальною аналоговою шкалою (0-10 балів). Для обробки статистичних величин використовували Excel 2010.

Результати дослідження. У всіх дітей під впливом призначеної терапії спостерігалася позитивна клінічна динаміка ГРЗ. На фоні комплексної терапії лихоманка була відсутня до кінця 3-го дня в усіх дітей. Інтоксикаційний синдром не спостерігався вже на 2-й день терапії.

Результати аналізу зміни частоти серій кашльових поштовхів у хворих на ГРВІ під впливом комплексного лікування з включенням Пектолван Стоп подано на рисунку 1. Аналіз даних показав, що на фоні терапії середній показник частоти кашлю вже через добу достовірно знизився. На 3-тю добу від початку комбінованого лікування відмічено незначне збільшення частоти кашльових серій, що можна пов'язати зі збільшенням продукції секрету під впливом гвайфенезину. Проте важливо, що при збільшенні продуктивності кашель уже не був болючим і нав'язливим, а отже, це збільшення частоти кашлю на тлі продукції бронхіального слизу можна вважати

нормальним, коли кашльові поштовхи почали приносити полегшення пацієнтам.

За даними наших спостережень встановлено, що на 3-й, 4-й і 5-й дні від початку захворювання відбулася конверсія непродуктивного кашлю в продуктивний (табл. 3).

Як видно з даних таблиці 3, у всіх пацієнтів на 5-й день комплексного лікування

відбулася конверсія непродуктивного кашлю в продуктивний. Крім того, майже у 2/3 хворих уже на 3-й день терапії кашель став вологим. Слід зазначити, що аускультативно в усіх дітей із залученням в інфекційний процес бронхів до 5-го дня сухі бакові хрипи перейшли у вологі крупно- та середньопухирчасті, що відобразило розвиток продукції бронхіального секрету.

Зміну інтенсивності болючих відчуттів, що супроводжували кашльові поштовхи в перші дні спостереження, відображено на рисунку 2. Використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ). Хворий ставив відмітку на шкалі, що відповідала його суб'єктивним відчуттям. За 10 балів приймалася інтенсивність негативних відчуттів при кашлі на початку хвороби, за 0 балів – відсутність будь-яких негативних відчуттів при кашлі. У динаміці через 1, 2 та 3 дні

від початку лікування відмічалися показники інтенсивності неприємних відчуттів, що супроводжували кашель. Середні величини наведених показників подано на рисунку 2.

Як видно з даних, представлених на рисунку 2, інтенсивність неприємних відчуттів при кашлі (що включали болючість, відчуття «печіння» за грудиною, біль у грудній клітці) уже через добу лікування зменшилася майже на чверть, а на третій день комплексного лікування – вдвічі.

До 5-го дня лікування всі хворі були переведені на препарат Пектолван Плющ. Подальше спостереження показало, що до кінця 10 дня ступінчатої мукоактивної терапії тільки у 2 (7,1%) дітей із залученням у патологічний процес бронхів мали місце залишкові явища продуктивного кашлю.

Продовження на стор. 52.

ПЕКТОЛВАН. ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО КОЖНОГО ВИДУ КАШЛЮ

«Ступінчата мукоактивна терапія» - найбільш адекватний підхід до лікування нав'язливого непродуктивного кашлю у дітей!⁴



✓ частково пригнічує кашльовий центр, не виявляючи при цьому пригнічуючої дії на дихальний центр;¹

✓ заспокоює подразнені слизові оболонки дихальної системи;¹

✓ зменшує в'язкість мокротиння і полегшує його евакуацію з дихальних шляхів.¹

✓ зменшує в'язкість мокротиння, полегшує його відходження з кашлем;^{2,3}

✓ активує роботу війчастого епітелію;^{2,3}

✓ знімає бронхоспазм, виявляє позитивний ефект при затрудненому диханні.^{2,3}

Перелік посилань:

- 1 – Кашель, тактика лікаря та вибір препарату / Делягін. В.М.
- 2 – Можливості використання препарату Пектолван Плющ у дітей перших 5 років життя, хворих на обструктивний бронхіт і бронхіальну астму// О.М. Охотнікова, Ю.І. Глушак та ін. НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, НДСЛ «Охматдит», м. Київ
- 3 – Лечение кашля у детей с острыми респираторными заболеваниями// С.И. Барденникова, О.В. Зайцева и др.
- 4 – Досвід застосування препарату «Пектолван Стоп» у дітей із гострими респіраторними захворюваннями, що супроводжуються непродуктивним кашлем// Марушко Ю.В. та ін. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, ДЖЛ №5 м. Києва

Реклама лікарських засобів. Р.П. МОЗ України № UA/10685/01/01 від 06.05.2010, Р.П. МОЗ України № UA/9396/01/01 від 05.03.2014.

Повна інформація про препарати містяться в інструкції для медичного застосування препаратів Пектолван Стоп, Пектолван Плющ.

Перед застосуванням необхідно обов'язково ознайомитися з інструкцією та проконсультуватися з лікарем.

Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: ПАТ «Фармак», Україна, м. Київ, вул. Фрунзе, 63. Додаткова інформація по телефону в Києві: (044) 496-87-30.



САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Ю.В. Марушко, д. мед. н., професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти;
Т.В. Гишак, О.В. Лисовець, Є.Ю. Марушко, Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, ДКЛ № 5, м. Київ

Препарат Пектолван Стоп і Пектолван Плющ у терапії дітей із гострими респіраторними захворюваннями

Продовження. Початок на стор. 50.

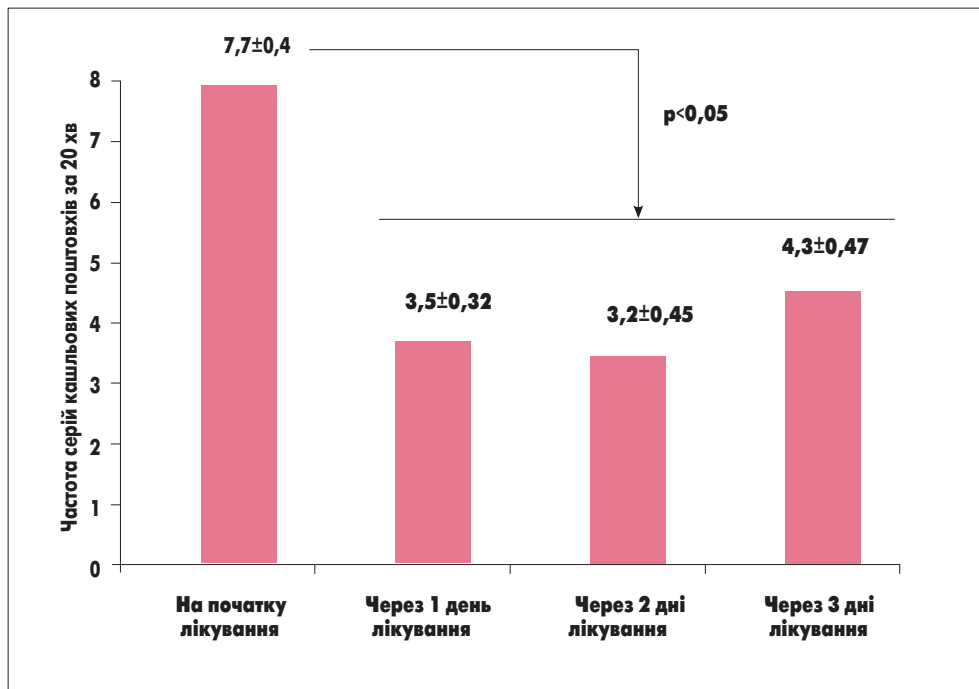


Рис. 1. Зміна частоти серій кашльових поштовхів у хворих під впливом комплексного лікування із включенням препарату Пектолван Стоп.

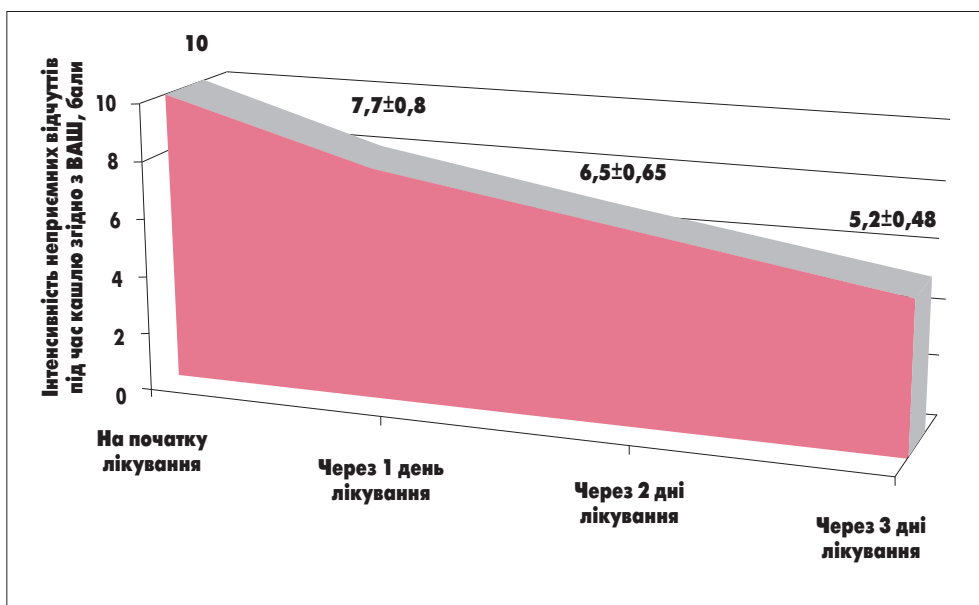


Рис. 2. Середні величини інтенсивності неприємних відчуттів, що супроводжували кашель, перед призначенням терапії, через 1, 2 та 3 дні від початку лікування

У цих дітей також були виявлені поодинокі вологі середньокаліберні хрипи в легенях. Для цих двох пацієнтів термін спостереження був подовжений до 2 тижнів. На повторному візиті (15-й день після госпіталізації) у хворих не спостерігалось кашлю, а аускультативна картина повністю нормалізувалася.

Таким чином, підсумовуючи досвід наших спостережень, можна стверджувати, що, хоча кашель є неспецифічним захисним механізмом, який доповнює функцію мукоциліарного кліренсу, в окремих випадках він може бути малоєфективним, неадекватно інтенсивним і призводити до погіршення загального стану пацієнта з ГРВІ. Наведена ситуація може мати місце тоді, коли початок продукції секрету слизової респіраторного тракту є відстроченим, а постійна стимуляція рефлексогенних зон дихальних шляхів унаслідок альтерації тканин інфекційним агентом призводить до нав'язливого інтенсивного та непродуктивного кашлю. Такого роду кашель може виснажувати пацієнта і приносити йому додаткові страждання. Саме в таких випадках симптоматична та патогенетична терапія нав'язливого кашлю як окремої скарги пацієнта є доцільною. На початку терапії дітей з ГРВІ, що супроводжується непродуктивним нав'язливим кашлем, який погіршує загальний стан дитини, високоєфективним для зменшення неадекватної інтенсивності кашлю та стимуляції початку гіперсекреції

слизу слизовою оболонкою дихальних шляхів є призначення комбінованого препарату Пектолван Стоп із протикашльовою, відхаркувальною та мукокінетичною дією. У подальшому, при переході від непродуктивного до продуктивного кашлю, доцільною та ефективною є заміна засобу із протикашльовою активністю на відхаркувальний препарат Пектолван Плющ. Загальний рекомендований сумарний термін «ступінчастої» мукоактивної терапії – до 10 днів.

Усе викладене дає можливість зробити висновки, наведені нижче.

При захворюванні на ГРВІ зі скаргами на сухий нав'язливий болісний кашель для зменшення інтенсивності непродуктивного кашлю, переходу кашлю з непродуктивного в продуктивний і полегшення самопочуття ефективним та доцільним є призначення препарату Пектолван Стоп.

При ГРВІ у дітей, що перебігає у вигляді ларингіту, трахеїту чи бронхіту та супроводжується непродуктивним нав'язливим кашлем, симптоматичну терапію рекомендовано починати з комбінованого препарату Пектолван Стоп, а при зміні характеру кашлю з непродуктивного на продуктивний – призначати відхаркувальний засіб Пектолван Плющ.

Список літератури знаходиться в редакції.

П. Марзуилло, К. Германи, Э. Барби, Италия; Б.С. Краусс, США

Аппендицит у дітей в візмі до 5 лет: непростая діагностическая задача для врача общей практики

Острый аппендицит диагностируется преимущественно в возрасте 10-19 лет и является частым показанием к абдоминальным хирургическим вмешательствам в педиатрии. У представителей мужского пола заболевание встречается чаще (соотношение 1,4:1). До 33% детей с аппендицитом на момент обращения имеют абдоминальную боль неопределенной локализации, которая в последующем перемещается в правый нижний квадрант живота, тошноту и рвоту. Тем не менее у детей младшего возраста симптомы могут быть атипичными или появляться с задержкой. При проведении диагностики 30-75% детей уже могут иметь перфорацию, причем риск этого осложнения особенно высокий у детей в возрасте до 5 лет. Перфорированный аппендицит утяжеляет течение заболевания и повышает риск такого значимого осложнения, как интраабдоминальный абсцесс. У детей младшего возраста аппендицит является нечастым событием с разнообразными симптомами и быстро развивающимися осложнениями. Это обуславливает необходимость своевременного установления диагноза, что зачастую является непростой задачей.

Епидемиология

В исследовании Stefanutti и соавт. (2012) проанализировали 1836 аппендэктомий у детей за 12-летний период. При этом 320 (17%) пациентов были в возрасте до 5 лет, 103 (5%) – в возрасте 3 лет и только 7 (0,38%) пациентов были младше 1 года. У детей в возрасте до 5 лет перфорация наблюдалась чаще (в возрасте до 1 года – 86%, от 1 до 1,9 года – 74%, от 2 лет до 2,9 года – 60%, от 3 лет до 3,9 года – 64%, от 4 лет до 4,9 года – 49%), чем у пациентов старше 5 лет (<5%). Однако следует учитывать, что в возрастной группе до 1 года было представлено только 7 детей, что ограничивает статистическую значимость различия в частоте перфорации в различных возрастных группах.

По данным Augustin и соавт. (2011), у пациентов мужского пола отмечается более высокий риск перфорации при одинаковой длительности симптомов.

В одноцентровом исследовании Alloo и соавт. (2004) за 28-летний период наблюдалась схожая частота аппендицита: 0,34% у детей младше 1 года и 2,3% у детей в возрасте до 3 лет.

В Дании ежегодная заболеваемость острым аппендицитом среди детей младше 4 лет составляла 2,22/10 тыс. мальчиков и 1,82/10 тыс. девочек с частотой перфорации 0,64 и 0,62 соответственно (Andersen et al., 2009). Среди мальчиков и девочек в возрасте 10-19 лет заболеваемость составляла 22/10 тыс. и 18/10 тыс. соответственно, а частота перфорации была в три раза ниже по сравнению с таковой у детей младшего возраста.

При несвоевременной диагностике риск перфорации повышается. У детей в возрасте от 5 до 12 лет при установлении диагноза не позднее 24 ч от появления симптомов

частота перфорации составляет 7%, в пределах 24-48 ч – 38%, позже 48 ч – 98% (Rothrock et al., 2000). У пациентов младше 3 лет частота перфорации является высокой (70%), даже если диагноз устанавливается не позднее 48 ч от появления симптомов (J.R. Horwitz et al., 1997).

Трудности с установлением диагноза у детей младшей возрастной группы связаны с задержкой от появления симптомов до поступления в приемное отделение, которая составляет 1,6 дня у детей в возрасте до 5 лет и 3 дня у детей в возрасте до 3 лет.

Анатомические и патофизиологические особенности

Различия в клинической картине аппендицита объясняются возрастной вариабельностью анатомии и развития червеобразного отростка. В неонатальном периоде длина аппендикса составляет 4,5 см; у взрослых этот показатель достигает 9,5 см. У новорожденных острый аппендицит встречается очень редко, что обусловлено воронкообразной формой аппендикса, жидким питанием, пребыванием в положении лежа и низкой частотой инфекций желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей. Кроме того, имеются доказательства, что грудное вскармливание снижает риск аппендицита.

В возрасте от 1 года до 2 лет аппендикс принимает такую же форму, как у взрослых, и его чувствительность к воспалению повышается. По мере взросления постепенно увеличиваются гиперплазия лимфоидных фолликулов и их размеры, достигая максимальной выраженности в подростковом возрасте, что соответствует периоду наибольшей заболеваемости аппендицитом.

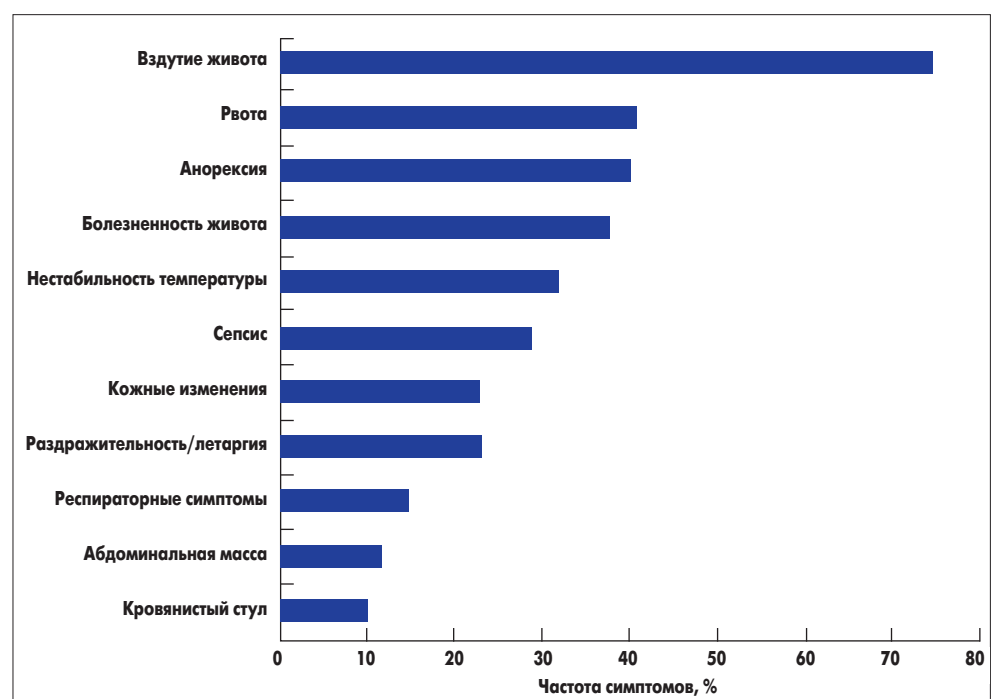


Рис. 1. Неонатальный аппендицит: частота симптомов на момент обращения