

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.

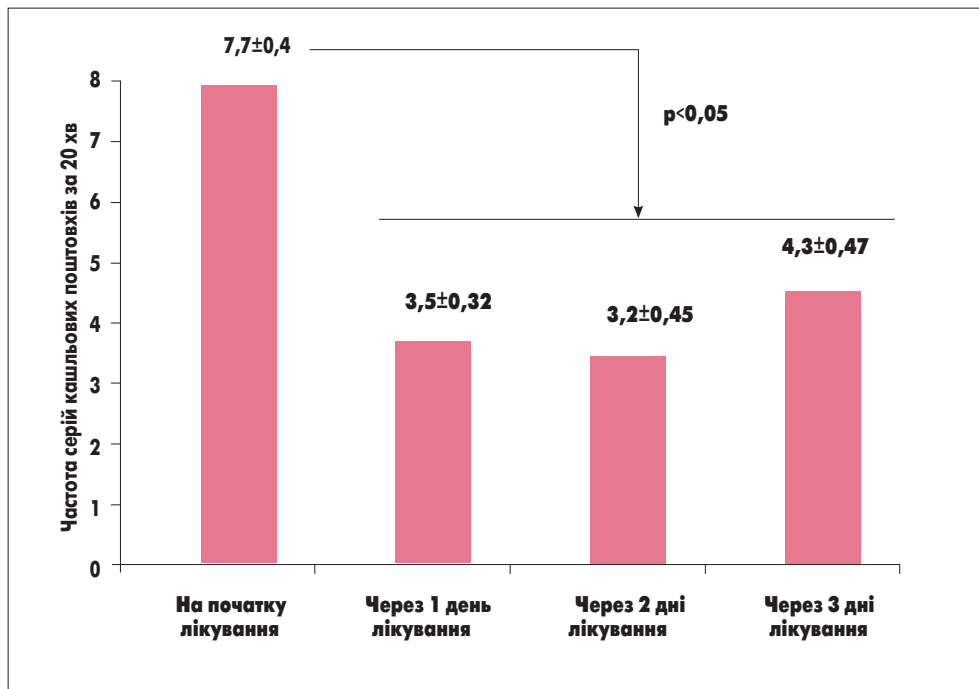


Рис. 1. Зміна частоти серій кашльових поштовхів у хворих під впливом комплексного лікування із включенням препарату Пектолван Стоп.

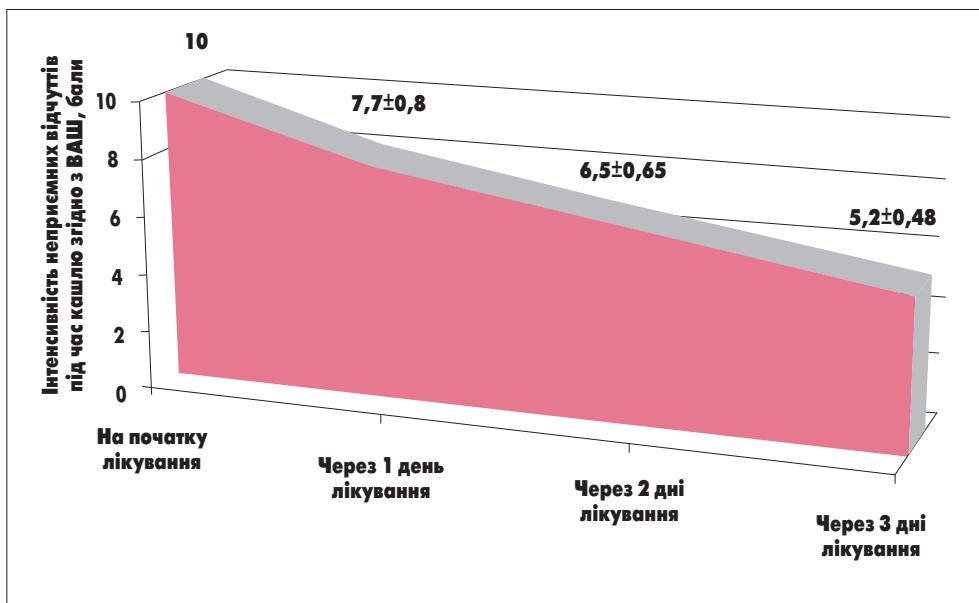


Рис. 2. Середні величини інтенсивності неприємних відчуттів, що супроводжували кашель, перед призначенням терапії, через 1, 2 та 3 дні від початку лікування

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 малоефективним, 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. Марзулло, К. Германи, Э. Барби, Италия; Б.С. Краусс, США

Аппендицит у дітей в віці до 5 років: 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.

Епидемиологія

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 разницы 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.

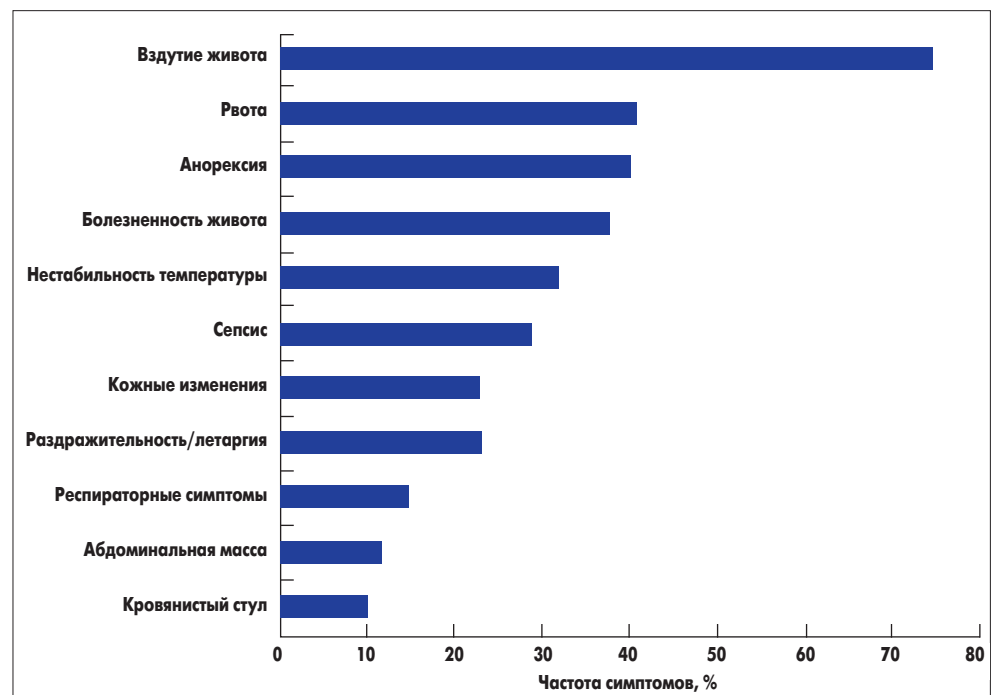


Рис. 1. Неонатальный аппендицит: частота симптомов на момент обращения

Дети младшего возраста имеют недостаточное развитый сальник, который не способен ограничивать эффузию гнойного материала из очага перфорации. По этой причине у детей младше 5 лет после перфорации чаще наблюдается диффузный перитонит.

У плода и у детей в возрасте до 1 года наблюдается повышенная подвижность аппендикса, и последний реже фиксирован брыжеечными связками к слепой кишке, восходящей части ободочной кишки и брюшной стенке. Этим объясняется редкость локализованных абсцессов у детей этой возрастной группы.

Сбор анамнеза и клинический осмотр

У детей с неразвитой речью собрать анамнез относительно абдоминальной боли непросто. В таких случаях приходится полагаться на данные физикального обследования и выявление характерных признаков заболевания, наблюдая за тем, как ребенок ест, двигается, играет, спит и осуществляет акт дефекации. Многие дети, особенно дети младшего возраста, легко поддаются влиянию, и, несмотря на противоположный смысл, на вопросы «Здесь болит?» и «Так нормально?» может быть получен утвердительный ответ. Абдоминальная боль обычно возникает посередине живота или в околопупочной области и через некоторое время (от часов до дней) мигрирует в правый нижний квадрант. Многие дети школьного возраста могут точно охарактеризовать локализацию и перемещение боли. Однако дети младшего возраста могут испытывать трудности с описанием симптомов, и локализацию боли, как правило, удается выяснить, задав прямой вопрос: «Покажи, где болит?».

Боль — наиболее частый симптом у детей младше 5 лет. В исследовании, включившем 120 пациентов в возрасте до 5 лет, боль имела место у 94%, рвота — у 83%, лихорадка — у 80%, отказ от еды — у 74% и диарея — у 32% детей (Nance et al., 2000). Однако если рассматривать возрастную группу до 3 лет, на первое место по встречаемости выходят рвота, лихорадка и диарея. При неперфоративном аппендиците наиболее частым физикальным признаком является локальная болезненность (61%), за которой следуют защитная фиксация (55%), диффузная болезненность (39%), симптом Щеткина-Блюмберга (32%) и пальпируемое объемное образование (6%). В случае перфоративного аппендицита чаще всего выявляется защитная фиксация (79%), а также диффузная болезненность (62%), симптом Щеткина-Блюмберга (39%), локальная болезненность (33%), пальпируемое объемное образование (9%) и ригидность мышц брюшной стенки (7%).

В неонатальном периоде признаки и симптомы являются неспецифическими и включают раздражительность или летаргию (22%), вздутие живота (60-90%) и рвоту (59%). Также могут выявляться пальпируемое объемное образование (20-40%), целлюлит брюшной стенки (12-16%), гипотензия, гипотермия и респираторный дистресс. Наиболее частые клинические признаки и симптомы представлены на рисунке 1.

Лабораторные исследования

При подозрении на острый аппендицит чаще всего определяют содержание лейкоцитов в крови с формулой и концентрацию С-реактивного белка (СРБ). Традиционное определение содержания лейкоцитов обладает низкими чувствительностью и специфичностью, в частности этот показатель может повышаться у 70% пациентов с болью в животе, вызванной другими причинами. Высокий лейкоцитоз или сдвиг лейкоцитарной формулы влево (>80% полиморфноядерных клеток с наличием молодых форм) обладают хорошей чувствительностью (79%), а при одновременном наличии этих признаков специфичность повышается до 94%. В целом чувствительность и специфичность определения содержания лейкоцитов в крови составляют 70-80% и 60-68% соответственно. До 20% детей с патологически верифицированным аппендицитом имеют нормальное содержание лейкоцитов, а у детей в возрасте до 5 лет с аппендицитом лейкоцитарный ответ снижен.

С-реактивный белок является более специфичным показателем, хотя на ранней стадии острого аппендицита его чувствительность ниже. По данным Bates и соавт. (2014), чувствительность и специфичность СРБ составляют 57 и 87% соответственно. Кроме того, СРБ обладает более высокой чувствительностью в выявлении перфоративного аппендицита и формирования абсцесса. Недавно было установлено, что использование обоих показателей (содержания лейкоцитов и СРБ) может повышать отрицательную предсказательную ценность. Уокоуама и соавт. (2009) продемонстрировали, что пороговое значение СРБ 4,95 мг/дл может использоваться как показание к хирургическому вмешательству (чувствительность 84%, специфичность 76%). Точность установления диагноза при использовании прокальцитонина в целом ниже, чем таковая СРБ и содержания лейкоцитов. При осложненном аппендиците чувствительность и специфичность прокальцитонина составляет 62 и 94% соответственно.

Таблица. Состояния, которые могут имитировать аппендицит у новорожденных и детей младшего возраста	
Состояние	Диагностические ориентиры
Гастроэнтерит	Постоянная абдоминальная боль. Распознать аппендицит помогают следующие признаки: тяжелое клиническое состояние при легкой дегидратации или ее отсутствии, локальная боль в животе и отсутствие двигательной активности. Острый аппендицит чаще развивается во время вирусных эпидемий и на фоне бактериального гастроэнтерита
Инфекция верхних дыхательных путей	Одновременное наличие признаков инфекции верхних дыхательных путей часто наблюдается у детей младшего возраста и не исключает вероятность аппендицита
Пневмония	Базальная пневмония может имитировать боль при аппендиците. В литературе описано много случаев одновременного развития пневмококковой пневмонии и аппендицита
Сепсис	Острый аппендицит должен подозреваться и исключаться во всех случаях сепсиса, ассоциированного с абдоминальной болью или болезненностью
Инфекция мочевых путей	Воспаление брюшины может вызывать нарушения мочеиспускания и симптомы со стороны мочевого пузыря
Тупая травма живота	Острый аппендицит может ассоциироваться с тупой травмой живота
Кишечная непроходимость	Результаты УЗИ живота в значительной степени зависят от квалификации оператора. При наличии лихорадки, локальной боли и защитной фиксации следует исключать аппендицит
Некротизирующий энтероколит	При наличии в анамнезе некротизирующего энтероколита (вне периода недоношенности) и признаков абдоминального целлюлита необходимо исключить неонатальный аппендицит

Радиологические исследования

Благодаря высокой чувствительности и специфичности золотым стандартом для подтверждения клинического подозрения на острый аппендицит является компьютерная томография (КТ). Тем не менее повторная КТ у детей ассоциируется с доказанным повышением риска развития рака, поэтому это исследование должно назначаться только по строгим показаниям с учетом соотношения пользы и риска. Преимуществами КТ являются меньшая зависимость от оператора, лучшая визуализация ретроцекального аппендикса, а также меньшее влияние на качество визуализации кишечных газов, ожирения, боли и болезненности у пациента. По этим причинам КТ остается наиболее часто используемым первичным методом визуализации перед аппендэктомией у детей. Для повышения чувствительности диагностики и снижения лучевой нагрузки КТ

рекомендуется использовать с ультразвуковым исследованием (УЗИ).

Применение УЗИ для диагностики острого аппендицита является удобным и безопасным, однако отличается высокой зависимостью от оператора и широкой вариабельностью чувствительности (от 44 до 100%). Имеются доказательства, что диагностическая точность метода может быть повышена при использовании специфических ультразвуковых критериев и повторных сканирований.

У детей младшего возраста также может применяться магнитно-резонансная томография (МРТ). Диагностическая визуализация с помощью УЗИ с последующим избирательным проведением МРТ сопоставима с КТ без отличий по таким показателям, как время до назначения антибиотиков и аппендэктомии, частота негативных аппендэктомий и перфорации, продолжительность госпитализации. По данным Aspelund и соавт. (2014), диагностический путь УЗИ-МРТ обладает специфичностью 99% при 100% чувствительности.

Дифференциальная диагностика

Аппендицит у детей младше 5 лет диагностировать непросто. В этом возрасте данное заболевание может маскироваться другими патологическими состояниями (табл.). Наиболее частым ошибочным диагнозом является гастроэнтерит (диарея присутствует у 33-41% детей с аппендицитом). Важно помнить о том, что поскольку предшествующие инфекционные заболевания могут играть роль в патофизиологии острого аппендицита, диагноз гастроинтестинальной, респираторной или мочевой инфекции не исключает наличие сопутствующего острого аппендицита.

Выводы

Своевременное установление диагноза острого аппендицита у детей младшего возраста является непростой задачей, что обусловлено редкостью заболевания, вариабельностью клинической картины и быстрым развитием осложнений. Это требует от клинициста высокого уровня настороженности и знания специфических сигналов опасности.

На рисунке 2 представлен диагностический алгоритм, который может использоваться для обследования детей младшего возраста с подозрением на аппендицит. Этот алгоритм призван оптимизировать средства диагностики и ограничить неоправданное применение КТ.

Список литературы находится в редакции.

Marzuillo P., Germani C., Krauss B.S, Barbi E. Appendicitis in children less than five years old: A challenge for the general practitioner. World J Clin Pediatr 2015; 4 (2): 19-24.

Перевел с англ. Алексей Терещенко

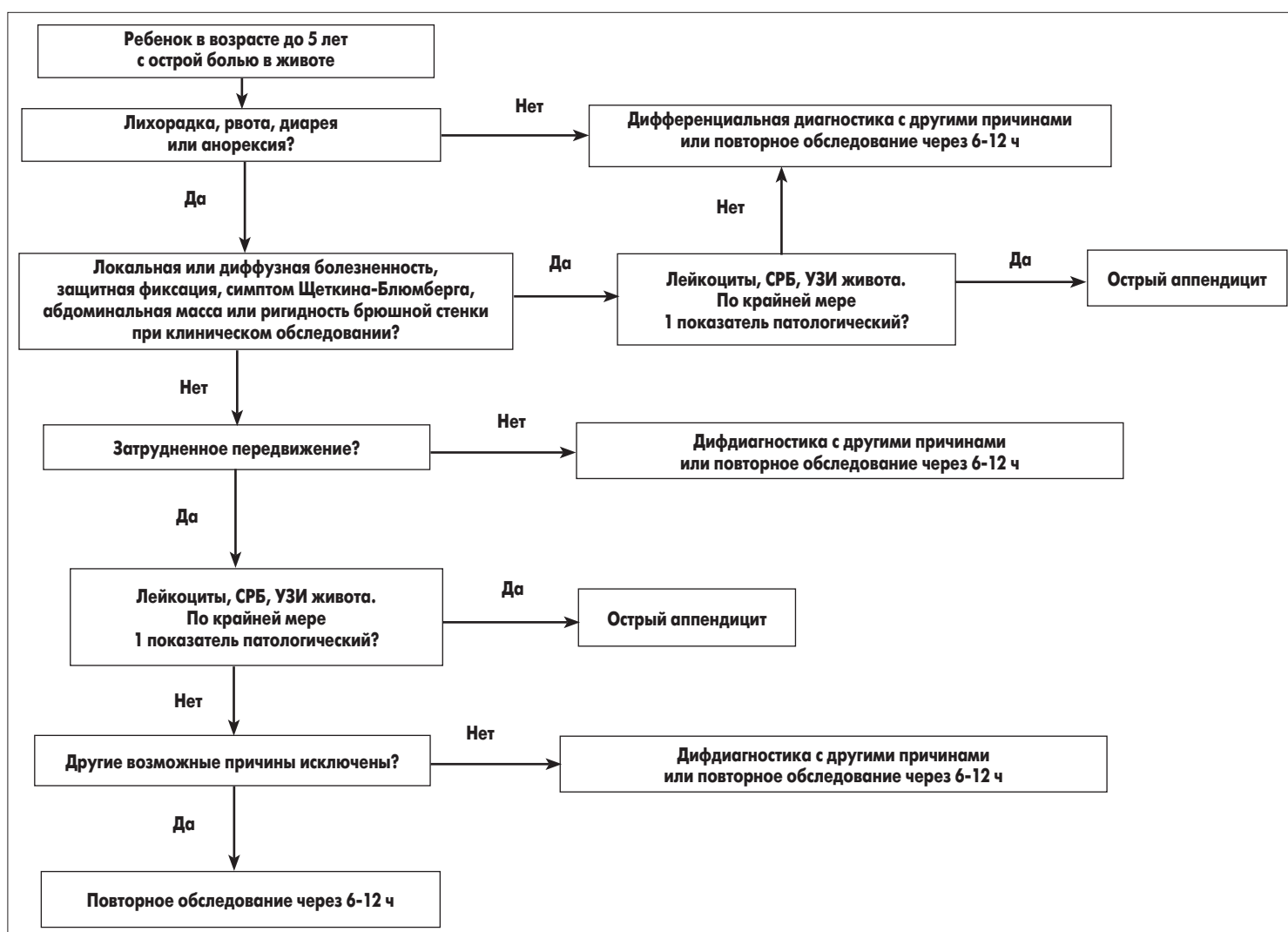


Рис. 2. Диагностический алгоритм при обследовании ребенка в возрасте до 5 лет с подозрением на острый аппендицит