

В.В. Горячев
Б.М. Боднар
С.О. Сокольник
С.В. Шестобуз
Г.Ф. Мотреску

ЕОЗИНОФІЛІЯ В ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: еозинофілія, апендицит, діти.

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 741 дітей віком від 1 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці упродовж 2006 року. Всі діти поступили у відділення з діагнозом "гострий апендицит?". Апендектомія виконана в 310 дітей, гострий апендицит виключений у 431 дитини. Проведено аналіз поширеності еозинофіліозу в оперованих та неоперованих дітей, особливостей клінічної симптоматики в дітей із помірною еозинофілією.

Вступ

Больовий абдомінальний синдром у дітей є облігатним для абдомінальної катастрофи. Діти віком до 3 років без уточненого діагноза з болями в животі підлягають обов'язковій госпіталізації в дитяче хірургічне відділення. Діти старші 3 років з болями в животі потребують консультації хірурга. Типова клінічна картина гострого апендициту в дітей, яка не потребує ретельної диференційної діагностики, трапляється близько 60% випадків. 40% дітей потребують динамічного клінічного спостереження, застосування додаткових методів дослідження (УЗО, лапароскопії та ін.) та поглибленій диференційній діагностиці. Цей контингент дітей є найбільш багаточисельною та складною групою хворих госпіталізованих у дитяче хірургічне відділення.

У досяжних нам наукових джерелах, праць, які б проводили оцінку значення еозинофілії в дітей з вираженим абдомінальним синдромом, немає.

Вміст еозинофілів у периферичній крові в дітей в нормі коливається в межах від 1% до 4% [1]. Підвищення вмісту еозинофілів у крові вище 4% або більше 300 клітин в 1 мм³ периферійної крові називається еозинофілією. Еозинофілія класифікується як м'яка (при 351-1500 клітин в 1 мм³), помірна (1500-5000 клітин в 1 мм³) і тяжка (більше 5000 клітин в 1 мм³) [2].

М'яка еозинофілія розглядається як реактивна або клональна [2]. Найчастіше причиною реактивної еозинофілії є паразитарна інвазія [2-5], однак при цьому трапляються і тяжкі еозинофілії [6].

Інвазивність гельмінтозами в різних частинах світу сягає 2 млрд. і ця цифра зростає з кожним роком [7]. Зокрема, в Прикарпатті найбільша

питома вага припадає на геогельмінтози (до 70%) [8].

Таким чином, для лікаря-хірурга в умовах ургентної хірургії, обмеженої часом динамічного спостереження, в більшості випадків малоінформативними є результати копрологічного дослідження. Тому основним показом до оперативного втручання є клінічна картина.

Мета дослідження

Провести оцінку частоти еозинофілії в дітей, госпіталізованих у хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит, що супроводжувався вираженим абдомінальним больовим синдромом.

Матеріал і методи

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 741 дитини віком від 1 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці упродовж 2006 року. Всі діти поступали у відділення з діагнозом "гострий апендицит?". Хлопчиків було 398, дівчаток - 343, апендектомія проведена в 310 дітей, гострий апендицит виключений в 431 дитини. Проведено аналіз поширеності еозинофіліозу в оперованих та неоперованих дітей, особливостей клінічної симптоматики в дітей з помірною еозинофілією.

Обговорення результатів дослідження

Оперативне лікування, яке включало апендектомію, виконано 310 дітям віком від 1 до 18 років. Еозинофілія до оперативного втручання становила від 5% до 12%. Після операції зростання кількості еозинофілів до уваги не брали, оскільки частина

бактеріальних захворювань у стадії одужання супроводжуються еозинофілією, яку ще називають "рожевим світанком одужання" [9]. Частоту еозинофілії залежно від статі дітей та гістологічної форми апендициту наведено в таблиці 1.

При флегмонозному апендициті, як у хлопчиків, так і у дівчаток відмічається найбільша кількість дітей з еозинофілією: 43,4% хлопчиків та 53,1% дівчаток. В цілому в 27,4% дітей оперованих з приводу різних морфологічних форм апендициту до операції мали помірний еозинофіліоз.

Синдром ацетонемічного блювання, в подальшому з еозинофілією, виявлено в 13 (4,2%) оперованих дітей: 11 (5,5%) хлопчиків та 2 (1,8%) дівчаток.

У 431 дитини (197 хлопчиків та 234 дівчаток), госпіталізованої в хірургічне відділення, гострий апендицит було виключено. При цьому у 6 хлопчиків та 16 дівчаток виявлено урологічну патологію.

Патологія виявлена у інших 409 дітей наведена в таблиці 2.

Еозинофілію було виявлено у 106 (25,9%) дітей із 409 хворих цієї групи, в тому числі у 61 (31,9%) хлопчиків і 47 (21,6%) дівчаток.

Поєднання синдрому ацетонемічного блювання з еозинофілією відмічалось у 19 (4,7%) дітей, у тому числі 10 (0,5%) хлопчиків та 9 (8,4%) дівчаток.

Частоту еозинофілії, залежно від віку дітей, наведено на рис. 1.

Чітке зростання еозинофілії відмічається з 5-річного віку серед всіх дітей госпіталізованих у хірургічне відділення, при цьому кількість хлопчиків переважає.

Розподіл дітей з еозинофілією упродовж 2006 року наведено на рис. 2.

Із 719 дітей, які поступили в клініку з абдомінальним синдромом у 194 (27%) виявлено еозино-

Таблиця 1

Частота еозинофілії в дітей залежно від форми гострого апендициту

Морфологічні форми гострого апендициту	Хлопчики		Дівчатка		Кількість дітей з еозинофілією
	Кількість апендектомій	Кількість хворих з еозинофілією	Кількість апендектомій	Кількість хворих з еозинофілією	
Катаральний	11 (5,5%)	2 (3,8%)	16 (14,7%)	7 (21,9%)	9 (10,5%)
Флегмонозний	91 (45,3%)	23 (43,4%)	46 (42,2%)	17 (53,1%)	40 (47,1%)
Гангренозний	42 (20,9%)	17 (32,1%)	18 (16,5%)	5 (15,6%)	22 (36,7%)
Гангренозно-перфоративний з місцевим невідмежованим перитонітом	29 (14,4%)	7 (13,2%)	17 (15,6%)	0 (0%)	7 (14,9%)
Гангренозний з периапендикулярним абсцесом	16 (8%)	3 (5,7%)	6 (5,5%)	2 (6,3%)	5 (22,7%)
Гангренозний з загальним перитонітом	8 (4%)	1 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)
Симультанні апендектомії*	4 (2%)	0 (0%)	6 (5,5%)	1 (3,1%)	1 (11,1%)
Всього	201 (100%)	53 (26,4%)	109 (100%)	32 (29,4%)	85 (27,4%)

Примітка. *Симультанні (супутні) апендектомії виконані в 10 дітей при операціях на додатках матки, перфоративній виразці шлунка, деструктивному мезаденіті

Таблиця 2

Патологія, що виявлена у дітей з абдомінальним больовим синдромом після виключення гострого апендициту

Патологія	Хлопчики	Дівчатка	Всього
Синдром ацетонемічного блювання	46 (24,0%)	47 (21,6%)	93 (22,7%)
Доліхосигма, хвороба Гіршпрунга	1	2	3
Псоїт	1	-	1
Пневмонія	1	-	1
Гостра респіраторна вірусна інфекція	17 (8,9%)	26 (11,9%)	43 (10,5%)
Гастрит	1	2	3
Дискінезія жовчних шляхів	-	4	4
Кишкові інфекції	3	4	7
Сечові діатези	3	-	3
Фосфатурія	6	3	9
Альгодисменорея	-	16	16
Алоплексія яєчника	-	2 (11,9%)	2
Аднексит	-	5	5
Кишкова колька	112 (58,6%)	107 (49,1%)	219 (53,6%)
Всього	191 (46,7%)	218 (53,3%)	409 (100%)

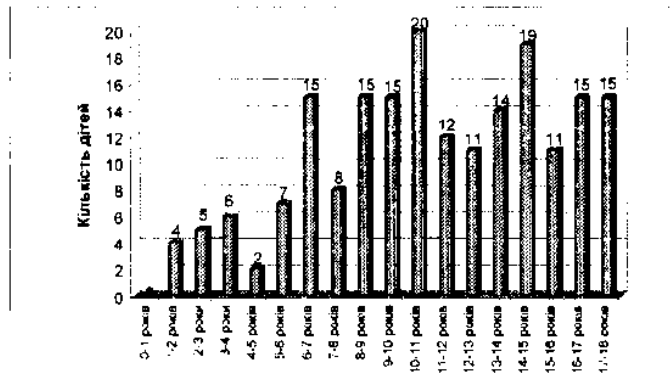


Рис. 1. Частота еозинofilії залежно від віку дітей

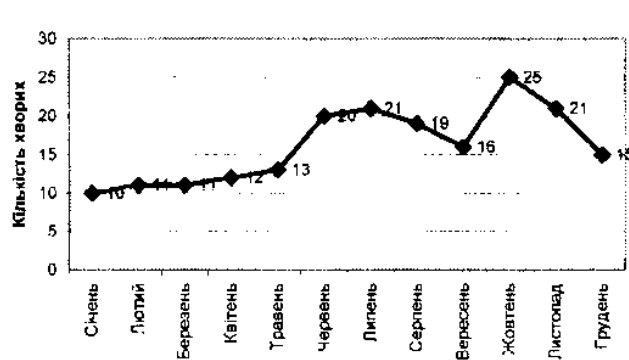


Рис. 2. Розподіл дітей з абдомінальним больовим синдромом та еозинofilією в дітей

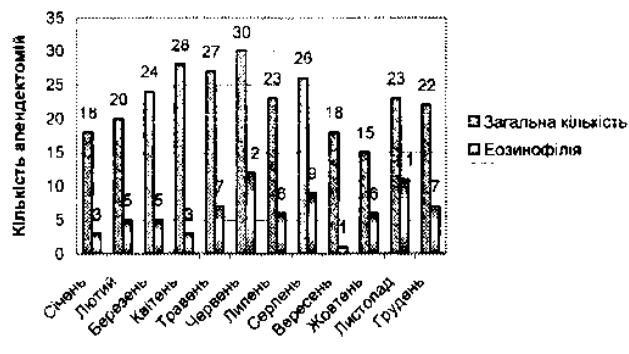


Рис. 3. Еозинofilія при деструктивних апендектизах протягом 2006 року

філію. Збільшення кількості дітей з еозинofilією спостерігалось з травня по листопад 2006 року.

Кількість випадків еозинofilії при деструктивних формах гострого апендициту у дітей наведено на рис. 3.

У 273 дітей з деструктивними формами апендициту еозинofilія відмічалась у 75 (27.5%) пацієнтів.

Апендектомію з приводу гострого катарального апендициту виконано 27 дітям, у яких в 9 випадках (33,3%) спостерігалось від 5% до 9% еозинofilів в периферійній крові. Розподіл апендектомій протягом року наведено на рис. 4.

Обстеження дітей з абдомінальним больовим синдромом показало, що постулення в клініку в

2006 році в 27% випадків супроводжувалось еозинofilією. Копрологічне дослідження, яке проводилося хворим виявляло яйця аскарид у поодиноких випадках. Еозинofilія є характерною для аскаридозу в різні терміни захворювання, частіше в ранні (міграційна фаза). У типових випадках при кишковій (пізній) фазі аскаридозу біль у животі швидкоминучий та нападopodobний. При нечіткій клінічній картині, в процесі динамічного спостереження, яке затримується до 2-3 діб, вдається виключити гострий апендицит. При нечіткій клінічній картині гострого апендициту раціональним є одноразове використання антигельмінтичних препаратів широкого спектру дії, зокрема мебендазолу чи альбендазолу та продовження

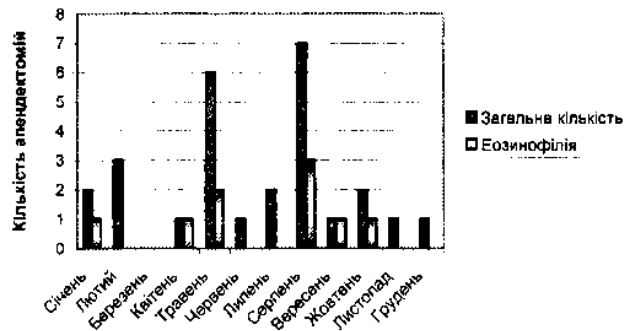


Рис. 4. Еозинофілії при катаральній формі гострого апендициту протягом 2006 року

динамічного спостереження. Протягом доби, в більшості випадків, больовий синдром минає.

Висновки

1. В обстежених дітей, які поступали в клініку з вираженим абдомінальним больовим синдромом, виявлена еозинофілія в 26,9% випадків, що вимагає підвищеної настороженості при проведенні диференційної діагностики та вирішенні подальшої тактики ведення хворого.

2. Зростання еозинофілії в дітей дошкільного віку (5-6 років) вимагає посиленої уваги лікарів першого контакту при поступленні дітей з підозрою на гостру хірургічну абдомінальну патологію.

3. При проведенні хронобіологічного аналізу встановлено найбільш небезпечний період еозинофілії - літньо-осінній, що повинно враховуватися при проведенні санітарно-профілактичної роботи.

4. Серед прооперованих дітей з приводу гострого катарального апендициту в 33,3% виявлено еозинофілію, що зумовлює особливості клінічного перебігу цієї форми апендициту і вказує на складність диференційної діагностики.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи значну кількість еозинофілій в дітей необхідним є подальше дослідження в даному напрямку з метою розробки нових діагностичних критеріїв та скринінгових високовірогідних способів діагностики глистяних інвазій в дітей з абдомінальним больовим синдромом.

Література. 1. Цанкова Е.Н., Цанова Й.В., Ячменников П.П., Голубчик А.В. О чём говорят анализы? - Ростов Н/Д.: Феникс, 2007. - 252с. 2. Семенкова Е.П., Моисеев С.В., Наместникова О.Г. Клинические аспекты синдрома гиперэозинофилии // Клини. мед. - 2004. - №2. - С.28-31. 3. Вигорська Я.І., Мазурок А.А., Масляк З.В. та ін. Диференційна діагностика еозинофілій // Укр. Мед. часопис. - 2002. - №2 (28). - С.97-101. 4. Дзяк Г.В., Евстигнеев Н.В., Ходасенко О.Н., Вязовская В.Н. К проблеме дифференциальной диагностики эозинофилий у гастроэнтерологических больных // Современная гастроэнтерология. - 2003. - №2 (12). - С.62-64. 5. Озерцова Н.Н. Органная патология в

острой стадии тканевых гельминтозов: роль эозинофилии крови и тканей, иммуноглобулинемии E, G4 и факторов индуцирующих иммунный ответ // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 2000. - №3. - С.3-7. 6. Егоров И.В., Катина А.Н. Дифференциальная диагностика эозинофилии в сочетании с гипоксикационным синдромом // Клини. мед. - 2004. - №8. - С.70-72. 7. Пицок В.П., Печитайло Ю.М. Гельминтозы у детей. - Чернівці: БДМА, 2000. - 233с. 8. Кириляк А.П., Гарасимчук Л.А., Мурзова Л.И. и др. Гельминтозы в Ивано-Франковской области // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 2004. - №3. - С.48-50. 9. Авдохина Т.И., Константинова Т.П., Прокошева М.П. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения // Лечащ. врач. - 2004. - №1. - С.14-18.

ЕОЗИНОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

В.В. Горячев, Б.М. Боднар, С.А. Сокольник, С.В. Шестобуз, Г.Ф. Мотреску

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 741 ребенка в возрасте от 1 года до 18 лет, которые пребывали на стационарном лечении в хирургическом отделении городской детской клинической больницы г. Черновцы в 2006 году. Все дети поступали в отделение с диагнозом "острый аппендицит?". Аппендектомии выполнены у 310 детей, острый аппендицит исключен у 431 ребенка. Проведен анализ распространенности эозинофилии у оперированных и неоперированных детей, особенностей клинической симптоматики у детей с умеренной эозинофилией.

Ключевые слова: эозинофилия, аппендицит, дети.

EOSINOPHILIA IN CHILDREN WITH SYNDROME OF ABDOMINAL PAIN

V.V. Goriachev, B.M. Bodnar, S.O. Sokol'nyk, S.V. Shestobuz, G.F. Motresku

Abstract. A retrospective analysis of 741 case reports of children aged from 1 to 18 years who were in the in-patient surgical department of Chernivtsi municipal children's clinical hospital in 2006 has been carried out. All of children were admitted with the diagnosis of "acute appendicitis?". Appendectomy was performed in 310 children, acute appendicitis was excluded in 431 children. The analysis of eosinophilia spread in operated and non-operated children, peculiarities of clinical symptomatology in children with moderate eosinophilia.

Key words: eosinophilia, appendicitis, children.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2008. - Vol. 7, №1. - P.37-40.
Надійшла до редакції 28.01.2008

Рецензент - Т.В. Сорокман