

Литература:

1. Oláh A., Romics L. Jr. Enteral nutrition in acute pancreatitis: a review of the current evidence // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol.21. – P.16123–16131.
2. Meng W., Yuan J., Zhang C. et al. Parenteral analgesics for pain relief in acute pancreatitis: a systematic review // Pancreatology. – 2013. – Vol.13. – P.201–206.
3. Smith M., Kocher H.M., Hunt B.J. Aprotinin in severe acute pancreatitis // Int. J. Clin. Pract. – 2010. – Vol.64. – P.84–92.
4. Sliwińska-Mossoń M., Veselý M., Milnerowicz H. The clinical significance of somatostatin in pancreatic diseases // Ann. Endocrinol. – 2014. – Vol. 75. – P.232–240.
5. Kiss L., Sarbu G., Bereanu A., Kiss R. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25560500> Surgical strategies in severe acute pancreatitis (SAP): indications, complications and surgical approaches // Chirurgia (Bucur). – 2014. – Vol.109. – P.774–782.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Переяслов А.А.¹, Гоменюк И.С.², Шевченко Л.П.²,
Бобак А.И.¹, Билобровка Т.Р.¹

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов

²Городская детская клиническая больница, Львов

Введение. Синдром болей в животе – наиболее частая причина обращения детей в больницу, а острый аппендицит – наиболее частая причина этого синдрома. Хотя у большинства детей диагноз острого аппендицита устанавливается по результатам физикального обследования, то в некоторых случаях диагностика причины болевого синдрома затруднена. Позднее установление правильного диагноза, обуславливает увеличение частоты перфораций червеобразного отростка, которая, по данным литературы, колеблется в пределах 30–65% [1]. С другой стороны, гипердиагностика увеличивает частоту неоправданных аппендэктомий, которая может достигать 10–30% [2]. Так как диагностика острого аппендицита у детей вызывает больше трудностей, по сравнению со взрослыми, то в клинической практике используются различные прогностические системы, позволяющие выделить пациентов, нуждающихся в urgentном хирургическом вмешательстве, и тех, которые требуют дополнительных исследований. Среди множества прогностических систем наиболее часто используется шкала

Alvarado, педиатрические критерии аппендицита (шкала Samuel) и критерии воспалительного ответа при аппендиците (шкала Andreson) [3].

Целью данного исследования было сравнение эффективности диагностики острого аппендицита по результатам клинического обследования (опытными и молодыми хирургами) и с использованием шкалы Samuel и Andreson.

Материал и методы исследования. Работа основывается на результатах обследования 319 пациентов с болями в животе, обратившихся за помощью в Львовскую городскую детскую клиническую больницу на протяжении 2014 года. При осмотре в приемном отделении диагноз острого аппендицита был установлен у 175 (54,9%) чел., у 92 (28,8%) детей диагноз острого аппендицита был исключен и 52 (16,3%) пациента нуждались в дальнейшем исследовании, в дальнейшем 18 из них были оперированы, а 34 – выписаны без хирургического лечения. Сумма баллов >6 по критериям Samuel и >7 по критериям Andreson была достаточной для установления диагноза острого аппендицита.

Результаты и их обсуждение. Из 175 пациентов с первичным диагнозом острого аппендицита, при операции катарально измененный червеобразный отросток был у 27 (15,4%) детей, из которых 7 (4%) были осмотрены опытными хирургами, а 20 (11,4%) – молодыми врачами. Кроме того, у 9 (5,1%) пациентов во время операции выявленный мезаденит, а червеобразный отросток был не изменен. Восемь из этих пациентов осматривали молодые хирурги и только одного – хирург со значительным стажем работы.

При сопоставлении интра-операционных находок, результатов клинического обследования и использования критериев Samuel и Andreson, выявлено что результаты клинической диагностики опытными хирургами практически полностью совпадали с результатами использования критериев Samuel и Andreson (точность диагностики составила 95,4%, 93,7% и 92,6%, соответственно), что не отличается от результатов других исследователей [3, 5]. У молодых хирургов из-за отсутствия практического опыта точность клинической диагностики была ниже – 84%.

Анализ использования прогностических критериев Andreson у детей различными формами аппендицита, по результатам гистологического исследования, показал, что при сумме баллов >8 у всех детей на операции выявлен флегмонозный или гангренозный острый аппендицит и не было ни одного пациента с ошибочным диагнозом; при сумме баллов 5–8, на операции чаще выявляли флегмонозно измененный червеобразный отросток (69,1% пациентов), у 11% – был катаральный или вторично измененный аппендикс и 10,3% не нуждались в хирургическом лечении; при сумме баллов <5 у 6,1% детей во время операции выявлены деструктивные формы аппендицита, у 23,5% – был катаральный или вторично измененный аппендикс и 70,4% пациентов были выписаны без хирургического лечения. Полученные результаты не отличаются от данных литературы [3, 4]. Похожие результаты были получены и при анализе критериев Samuel, с той

лишь разницей, что у 100% детей были деструктивные формы при сумме баллов >7 , а пациенты с суммой баллов <4 в 96,3% случаев не нуждались в хирургическом вмешательстве.

Выводы. Таким образом, у большинства пациентов первичный правильный диагноз острого аппендицита зависит от опыта хирурга. Использование прогностических критериев позволяет выделить пациентов, нуждающихся в неотложном хирургическом вмешательстве, и тех, у которых диагноз острого аппендицита, с высокой долей вероятности, может быть исключен, что особенно важно для врачей с небольшим опытом работы.

Литература:

1. Diagnosing ruptured appendicitis perioperatively in pediatric patients / Williams R.F., Blakely M.L., Fischer P.E. et al. // J. Am. Coll. Surg.–2011.–Vol. 208.–P. 819–825.
2. Pediatric negative appendectomy rate: trend, predictors, and differentials / Oyetunji T.A., Ong'uti S.K., Bolorunduro O.B. et al. // J. Surg. Res.–2012.–Vol.173.–P.16–20.
3. Predicting acute appendicitis? A comparison of the Alvarado score, the appendicitis inflammatory response score and clinical assessment / Kollár D., McCartan D.P., Bourke M. et al. // World J. Surg.–2015.–Vol.39.–P.104–109.
4. Prospective validation of two systems of classification for the diagnosis of acute appendicitis / Escribá A., Gamell A.M., Fernández Y. et al. // Pediatr. Emer. Care.–2011.–Vol.27.–P.165–169.
5. Severity of appendicitis correlates with the pediatric appendicitis score / Adibe O.O., Muensterer O.J., Georgeson K.E., Harmon C.M. // Pediatr. Surg. Int.–2011.–Vol.27.–P.655–658.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Переяслов А.А.¹, Боровая-Галай О.Е.², Никифорок О.М.¹,
Шахов К.В.¹, Борис О.Я.³

¹Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов

²Львовская областная детская клиническая больница
«ОХМАТДЕТ», Львов,

³Ивано-Франковская областная детская клиническая больница,
Ивано-Франковск

Введение. Хотя впервые ультразвунография (УСГ) стала использоваться для диагностики некротического энтероколита (НЭК) в конце XX века, но широкое ее применение относится к 2005 году [4]. Вопросы