

МОДИФИКАЦИЯ ШКАЛЫ ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 5–9 ЛЕТ

Политыко Д.Д.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Вакульчик В.Г.
Кафедра детской хирургии
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: Основным методом диагностики острого аппендицита (ОА) остается клинический [1]. Одна из главных проблем-классификация ОА, включающая «катаральный аппендицит», что позволяет оправдывать любую аппендэктомия [2]. С целью стратификации пациентов предложены шкалы, однако их применение остается дискуссионным.

Цель исследования: Разработать модификацию шкалы детского аппендицита (МШДА).

Материалы и методы: Обследовано 126 детей: 58 девочек и 68 мальчиков. Выделены 2 группы: I-диагноз ОА исключен в результате наблюдения (105) или диагностической (ДЛ) лапароскопии (4); II-дети (17) с гистологически подтвержденным диагнозом «Острый деструктивный аппендицит (ОДА)».

Результаты: Результаты МШДА соответствовали клиническому заключению у 102 (93,6% ДИ 89,0–98,2) из 109 пациентов с ОАИ, в одном случае после ДЛ. Из 17 детей с ОДА положительное заключение МШДА получено у 13 (76,5% ДИ 56,3–96,7) больных. Гиподиагностических ошибок не зарегистрировано. Гипердиагностические ошибки допущены у 5 пациентов (4,6% ДИ 0,7–8,5), из них у 3 диагноз ОА исключен по данным ДЛ. Не удалось классифицировать 6 пациентов: у 2-х (1,8% ДИ 0,0–4,3) ОА исключен, у 4-х (23,5% ДИ 3,3–43,7) подтвержден ОДА. По данным ШДА заключение «ОА маловероятен» получено у 81 (64,3% ДИ 55,9–72,7), у всех детей ОА исключен. Заключение «ОА вероятен» вынесено в 15 (11,9% ДИ 6,2–11,5), ОДА подтвержден в 11 случаях. Результат «ОА возможен» получен у 30 пациентов (23,8 ДИ 16,4–31,2), ОДА диагностирован у 6 из них.

Выводы: Предварительные результаты МШДА позволяют продолжить работу по её совершенствованию и устранению погрешностей. Необходим дальнейший анализ МШДА на группе обучения.

Литература

1. Song, C.W. Different Clinical Features and Lower Scores in Clinical Scoring Systems for Appendicitis in Preschool Children: Comparison with School Age Onset / C.W. Song, J.W. Kang, J.Y. Kim // Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition. 2018. № 21 (1). P. 51–58. doi: 10.5223/pghn.2018.21.1.51.

СРОКИ ОТХОЖДЕНИЯ МЕКОНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАПОРАМИ И БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Уварова Д.Б., Уваров Н.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Колесникова Н.Г.
Кафедра хирургических болезней детского возраста им. чл.-корр. Г.А. Баирова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Известно, что при болезни Гиршпрунга отмечается задержка отхождения мекония у новорожденных детей [1]. Однако при неорганических запорах родители также отмечают, что меконий отошел несвоевременно или после применения дополнительных средств (ватной палочки, газоотводной трубки, глицериновой свечи).

Цель исследования: Выяснить время отхождения мекония у детей с неорганическими запорами и болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы: Для установления времени отхождения мекония было изучено 178 историй болезни пациентов с неорганическими запорами (в т.ч. осложненные каломазанием) и 46 историй болезни пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Результаты: у пациентов 1 группы с неорганическими запорами задержка отхождения мекония наблюдалась у 27 (26%), у 78 (74%) меконий отошел на 1 сутки. Но у 73 (41%) пациентов время отхождения мекония неизвестно. У пациентов 2 группы с болезнью Гиршпрунга задержка отхождения мекония наблюдалась у 19 (83%) детей, а у 4 (17%) меконий отошел в 1 сутки. Но при этом у 23 (50%) пациентов время отхождения мекония неизвестно.

Выводы: 1. В ряде случаев (17%) у пациентов с болезнью Гиршпрунга отмечали своевременное отхождение мекония. 2. При задержке отхождения мекония более 1 суток и при отсутствии болезни Гиршпрунга необходимо обратить внимание родителей и врачей, что у такого ребенка могут быть запоры. Так как у 26% детей с гипорефлексией кишечника была отмечена задержка отхождения мекония. 3. К сожалению, такая важная информация, как отхождение мекония, не известна у 41% больных с неорганическими запорами и у 50% пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Литература

1. Синдром нарушения выделительной функции кишечника у детей — Григович И.Н. Учебное пособие 2007 г.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УЧАСТКОВ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ АХАЛАЗИЕЙ

Уваров Н.А., Уварова Д.Б.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Колесникова Н.Г.

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. чл.-корр. Г.А. Баирова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: 10% детей страдают хроническими запорами [1]. У 10% этих пациентов причина запоров — анальная ахалазия (спазм внутреннего сфинктера заднего прохода). Нет единого мнения об этиологии анальной ахалазии (болезнь Гиршпрунга с ультракороткой зоной аганглиоза или самостоятельное заболевание).

Цель исследования: изучить и проанализировать гистологический материал участков внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки у пациентов с анальной ахалазией.

Материалы и методы: Изучено 30 биоптатов анального канала и прямой кишки с анальной ахалазией.

Результаты: у 65% пациентов с анальной ахалазией ганглии не были выявлены ни в анальном канале, ни в прямой кишке. Было определено количество нервных стволиков: в анальном канале они составили 21–24 стволиков, в прямой кишке — 30–31 ствол. Их количество не зависело от наличия ганглиев.

Выводы: 1. Для подсчета нервных стволиков необходимо применять сагиттальные срезы биоптатов. 2. Для подсчета ганглиев необходимо применять продольные срезы биоптатов. 3. Анальная ахалазия — заболевание, для которого не всегда характерно отсутствие ганглиев в анальном канале и прямой кишке. 4. Количество нервных стволиков в анальном канале и прямой кишке не зависит от наличия ганглиев.

Литература

1. Комиссаров М.И. Диагностика и лечение хронических запоров у детей. 2009 г.