

## ЗАМІТКИ З ПРАКТИКИ

УДК 616.346.2-002.1

Десятерик В.І., Міхно С.П., Поліщук Л.М., Нетребко А.О., Смик Ю.М.

## Ефективність комплексного алгоритму у діагностиці гострого апендициту

Дніпропетровська медична академія, Україна

**Резюме.** Проведено аналіз ефективності застосування діагностичної програми із застосуванням шкали Альваро та ультразвукового дослідження (УЗД) черевної порожнини у 625 пацієнтів, госпіталізованих у хірургічне відділення із підозрою на гострий апендицит (ГА). На основі застосованої диференційованої діагностики у 295(47,2%) пацієнтів ГА виключено. Середній бал у даній групі пацієнтів коливався у межах 2-5 балів. У 330(52,8%) пацієнтів, де середній діагностичний бал коливався у межах 5,6-7,3, виконано хірургічне лікування із гістологічним підтвердженням запальних змін у апендиксі. При УЗД встановлено три основні діагностичні критерії. Зроблено висновок про ефективність комплексного застосування діагностичної шкали Альваро і УЗД при диференційованій діагностиці ГА.

**Ключові слова:** гострий апендицит, діагностична шкала Альваро, ультразвукова діагностика.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** З часу першої апендектомії, яку за історичними даними виконав Клаудіус Амауд у Англії у 1735 році, проблема хірургічного лікування гострого апендициту (ГА) залишається актуальним питанням невідкладної хірургії [1]. За статистичними даними захворюваність на ГА залишається стабільно високою і складає 1-4 випадки на 1000 жителів. ГА діагностують у 1,5% населення, із 200-250 жителів щорічно один хворіє на ГА. Серед пацієнтів, які госпіталізуються у хірургічні стаціонари з приводу болювого синдрому у животі, до 50% складають пацієнти з підозрою на ГА. При цьому, не зважаючи на застосування численних діагностичних методів, кількість діагностичних помилок не має тенденції до зменшення і досягає 12-31% на всіх етапах медичної допомоги, при цьому найчастіше видаляють не змінений апендикс [2;3].

Результати лікування ГА в цілому залежать від своєчасного встановлення діагнозу та виконання хірургічного втручання, яке залишається основним методом лікування вказаного захворювання. Одним із сучасних перспективних напрямів діагностики у хірургії є використання діагностичних шкал, які передбачають визначення провідних симптомів, клінічних проявів, лабораторних та інструментальних критеріїв захворювання та їх найбільш часто поєднання. Серед таких шкал при ГА, за літературними даними, ефективною є шкала Альваро [4;5].

## Матеріал і методи дослідження

Метою дослідження був аналіз ефективності комплексної діагностики ГА із використанням шкали Альваро та ультразвукової діагностики. Проведено аналіз медичної документації 625 пацієнтів, госпіталізованих з приводу ГА у хірургічному відділенні клінічної лікарні №2 міста Кривий Ріг у 2012-2013рр. Із них у 330 оперованих і 295 не оперованих застосовано діагностичний алгоритм із застосуванням шкали Альваро у комплексі із ультразвуковим дослідженням черевної порожнини.

## Результати дослідження і обговорення

Захворюваність на ГА у регіоні складає в середньому 16,5 на 10000 населення. За період 2010-2013 роки у 9 хірургічних відділеннях Кривого Рогу прооперовано 3670 хворих на гострий апендицит, з них 773 (21%) – у хірургічному відділенні клінічної лікарні №2. Пацієнти з ГА у хірургічному відділенні клініки за останні 4 роки склали в середньому 8,6% від всіх госпіталізованих.

У 625 пацієнтів, які госпіталізувались за період 2012-2013 рр., у діагностиці ми використали класичний варіант шкали Альваро (табл. 1), яка подана у вигляді додатка до історії хвороби.

Серед пацієнтів більшість склали жінки - 363 (58%), 262(42%) – чоловіки. Вік пацієнтів коливався від 18 до 88 років, при цьому середній вік – 35,9 років. Оцінка критеріїв за шкалою Альваро виконували при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГА та повторно при динамічному нагляді. Маючи можливість цілодобового застосування ультразвукової діагностики (УЗД), діагностичну програму доповнювали УЗД черевної порожнини. Серед ультразвукових критеріїв достовірними ознаками ГА було поєднання трьох основних: візуалізація апендиксу з потовщеним більше 2 мм стінками, підвищений пневматоз кишківника та болючість при надавлюванні датчиком у «зоні зацікавленості», а також наявність рідинного компоненту у вказаній області.

За даними використаної діагностичної програми у 295 пацієнтів, яких було госпіталізовано з підозрою на ГА, останній було виключено. При цьому середній діагностичний бал за шкалою Альваро коливався у межах від 2 до 5 балів, а у 5(1,7%) – виявлено наявність тільки одного із ультразвукових критеріїв. Протягом року із даної групи пацієнтів повторної госпіталізації не спостерігалось.

За даними гістологічного дослідження із 330 оперованих пацієнтів у 73(22%) встановлено катаральний апендицит, у 194(58%) – флегмонозний, у 63(19%) – гангренозний. При цьому у пацієнтів з катаральною формою ГА середній бал за шкалою Альваро склав 5,6; при флегмонозному ГА – 6,1; а при гангренозному – 7,3. Відмінностей у бальній оцінці у чоловіків і жінок серед всіх гістологічних форм ГА не виявлено. При наявності діагностичних балів у межах 5,6-6,1 та відсутності УЗ-ознак розповсюдженого перитоніту у 64(8,3%) пацієнтів з ГА застосовано лапароскопічну апендектомію.

## Висновки

Застосування діагностичної шкали Альваро у комплексі із УЗД черевної порожнини є ефективним засобом діагностики ГА, що дозволяє своєчасно виконати хірургічне його лікування.

## Література

1. Пронин В.А. Патология червеобразного отростка и аппендиктомиа /В.А.Пронин, В.В.Бойко. – Х.: СИМ, 2007. – 271с.
2. Прудков М.И. Острый апендицит. Клиника. Традиционное

Таблиця 1. Шкала Альваро

Симптоми	Кількість балів
Міграція болю у праву здухвинну ямку	1
Відсутність апетиту	1
Нудота, блювота	1
Болючість у правій здухвинній області	1
Позитивні симптоми подразнення очеревини	1
Підвищення температури тіла	1
Лейкоцитоз	1
Зміщення лейкоцитарної формули вліво	1
Всього	8

## Оцінка шкали Альваро

Менше 5-6 балів	Апендицит мало ймовірний
5 – 6 балів	Можливий гострий апендицит
7- 8 балів	Імовірний гострий апендицит
9 – 10 балів	Гострий апендицит найбільш ймовірний

и минимально инвазивное хирургическое лечение / М.И.Прудков, С.В. Пискунов, А.И. Никифоров. – Екатеринбург: Из-во Уральского университета, 2001. – 40с.

3. Гринберг А.А. Диагностика трудных случаев острого аппендицита / А.А.Гринберг, С.В.Михайлуков, Р.Ю.Тронин, Г.Э.Дроздов. – М.: Триада-Х, 1998. –128с.

4. Белявська Б.М. Значення різних симптомів і шкали Альварардо у діагностиці гострого аппендициту / Б.М.Белявська // Практична медицина. – 2003. – Вип.2. – С.99-105.

5. Натрошвили А.Г. Результаты применения диагностической шкалы у больных острым аппендицитом / А.Г.Натрошвили, А.М.Шулутко, Ф.Н.Насиров, М.В.Пименова //Хирургия, 2010. – №8. – С.24-27.

*Десятерик В.И., Михно С.П., Полищук Л.Н., Нетребко А.А., Смык Ю.М.*

#### **Ефективність комплексного алгоритма в діагностиці острого аппендицита**

Днепропетровская медицинская академия, Украина

**Резюме.** Проведен анализ эффективности применения диагностической программы с применением диагностической шкалы Алварардо и ультразвукового исследования брюшной полости у 625 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит.

На основании примененной диагностической программы у 295(47,2%) пациентов острый аппендицит исключен. Средний диагностический балл колебался в пределах 2-5 баллов. У 330(52,8%) пациентов, где средний диагностический балл составил 5,6-7,3, выполнено хирургическое лечение с гистологическим подтверждением воспалительных изменений в черве-

образном отростке. При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено три основных критерия. Сделан вывод об эффективности применения диагностической шкалы Альварардо с ультразвуковым исследованием брюшной полости при дифференцированной диагностике острого аппендицита.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, диагностическая шкала Альварардо, ультразвуковая диагностика.

*V.I.Desiateryk, S.P.Mikhno, L.N.Polishchuk, A.A.Netrebko, Yu.M.Smyk*

#### **Effectiveness of Using Complex Algorithm in Diagnostics of Acute Appendicitis**

Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine  
**Abstract.** The analysis of the advantages of diagnostic program using Alvarado scoring system and abdominal ultrasound for diagnosing and treating 625 patients hospitalized with acute appendicitis was made.

With the implementation of this programme we managed to exclude acute appendicitis in 295(47.2%) cases with the average score of 2 to 5. Surgery with histologic confirmation of inflammatory changes of the appendix was performed in 330(52.8%) patients with the average score of 5.6 to 7.3. When performing ultrasound screening 3 basic ultrasound criteria were determined. Effectiveness of using Alvarado scoring system and abdominal ultrasound for differentiated diagnostics of acute appendicitis has been proved.

**Keywords:** acute appendicitis, Alvarado diagnostic scale, ultrasound diagnostics.

Надійшла 24.11.2014 року.

УДК 615.244+616.36+616.24-002+616.36-002

*Дзвонковська В.В., Нейко В.Є., Дзвонковська Т.Т., Зозуляк З.В.*

#### **Оцінка впливу L-карнітину на функціональний стан печінки у хворих на негоспітальну пневмонію в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом**

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна  
e-mail: valentyana.dzvonkovska@yahoo.com

**Резюме. Мета роботи:** оцінити вплив Стеателю на функціональний стан печінки та ліпідний обмін в динаміці лікування хворих на негоспітальну пневмонію в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 424 хворих на негоспітальну пневмонію віком від 19 до 84 років. Проведене комплексне клініко-лабораторне та інструментальне дослідження органів дихання, функціонального стану печінки та ліпідного обміну

**Результати дослідження.** У 23,3% хворих на негоспітальну пневмонію виявлено неалкогольний стеатогепатит. Встановлено, що лікування з використанням Стеателю сприяє зникненню важкості в правому підребр'ї, суттєвому зменшенню нудоти, гіркоти, вурчання і здуття живота, зниженню рівня білірубіна, АСТ, АЛТ, лужної фосфатази та нормалізації дисліпідемії у пацієнтів на неалкогольний стеатогепатит на фоні негоспітальної пневмонії.

**Висновки.** Гепатопротектор Стеателю є ефективним препаратом для лікування неалкогольного стеатогепатиту. Прийом Стеателю сприяє позитивній динаміці клінічних ознак, біохімічних показників печінки та ліпідограми у даній категорії хворих. Для досягнення більш ефективної гепатопротекції доцільним є подовження тривалості прийому Стеателю у хворих на НАСГ на фоні негоспітальної пневмонії.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, неалкогольний стеатогепатит, L-карнітин.

#### **Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Негоспітальна пневмонія (НП) залишається одним з найпоширеніших захворювань бронхолегеневої системи. У США щорічно діагностується 3-4 млн. випадків захворювання, причому у 60 тисяч хворих, що були госпіталізовані, ця патологія є безпосередньою причиною смерті. У країнах Євросоюзу кількість хворих на НП протягом року перевищує 4,2 млн. осіб, а смертність становить від 2 до 25% [3]. В Україні за даними офіційної статистики поширеність пневмонії в 2011 році

становила 494,7 а лікарняна летальність від пневмонії у 2011 році збільшилася на 3,6% в порівнянні з попереднім роком [4].

Основні принципи лікування НП базуються на поєднанні різних класів антибіотиків, що вимагає задовільного функціонування печінки.

Внаслідок зміни способу життя і харчування населення спостерігається стрімке зростання і щорічне збільшення кількості хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). В останні роки поширеність НАСГ в країнах Західної Європи, Північної Америки і Японії знаходиться в межах 10-24% і зростає до 57,5-74% у пацієнтів з ожирінням. Стагистичних даних відносно поширеності НАСГ серед жителів України немає [1].

Розвиток стеатозу печінки пов'язують з карнітиновою недостатністю, якій сприяє дисфункція мітохондрій. НАСГ призводить до виникнення фіброзу печінки, цирозу і гепатоцелюлярної карциноми і в даний час є основною проблемою в гастроентерології [1,6].

Враховуючи, що НАСГ являє собою обмінне захворювання з накопиченням надлишкової кількості жиру в печінці, лікування повинно бути направлене на усунення підвищеної ектопії жирних кислот у печінці.

На даний час продовжується пошук препаратів, які здатні ефективно впливати на основну патогенетичну ланку - знижене Я-окислення жирних кислот в мітохондріях, у даній категорії хворих, так як призначення препаратів фосфоліпідів, антиоксидантів, окремих амінокислот дає недостатній ефект, впливаючи лише на наслідок НАСГ (зниження процесів ПОЛ, поповнення клітинних мембран і інш).

Привертає увагу СТЕАТЕЛЮ (левокарнітин)- сучасний гепатопротектор з покращеною біодоступністю з патогенетичним механізмом дії на жирову інфільтрацію печінки, терапевтична ефективність якого обумовлена фізіологічно