

Выводы. Критерии, входящие в шкалу PAS, обладают различной степенью информативности и диагностической значимости. Необходимо пересмотреть и скорректировать количество баллов, которые присвоены каждому из критериев. Шкала PAS нуждается в дальнейших исследованиях в различных возрастных группах.

ОПТИМИЗАЦИЯ PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE (PAS) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 10 – 14 ЛЕТ.

Политыко Д. Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра детской хирургии.

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Вакульчик В. Г.

Актуальность. Процент диагностических ошибок, приводящих к необоснованным операциям при остром аппендиците (ОА), составляет 10—20%. По результатам многих исследований шкала PAS (ШДА) является более чувствительным и точным методом диагностики ОА, чем УЗИ ОБП. В 20-60% всех УЗИ ОБП визуализировать аппендикс не удаётся. Это подчеркивает необходимость усовершенствования шкал диагностики ОА, включая шкалу PAS (Pediatric Appendicitis Score).

Цель. Оптимизировать шкалу PAS (ШДА).

Материалы и методы исследования. Оптимизация шкалы PAS проводилась на основании анализа информативности и диагностической значимости критериев, составляющих шкалу PAS; а также с помощью анализа информативности критериев Kulback и анализа Вальда.

Проспективное рандомизированное слепое клиническое исследование. Анализ результатов диагностики ОА у 125 детей в возрасте 5–9 лет. Выделены две группы: I-я – диагноз острого аппендицита исключен (ОАИ) в результате динамического наблюдения (98 детей) или данных диагностической (ДЛ) лапароскопии (2 пациента); II-я – дети (25 20,0% ДИ 13,0 – 27,0) с гистологически верифицированным диагнозом «Острый деструктивный аппендицит (ОДА)».

Результаты. По данным шкалы PAS заключение «ОА маловероятен» получено у 88 (70,4% ДИ 62,4 – 78,4), у 86 детей ОА исключен, ОДА диагностирован у 2 пациентов. Заключение «ОА вероятен» вынесено в 17 (13,6% ДИ 7,6 – 19,6), ОДА подтвержден в 4 случаях. Результат «высокая вероятность ОА» получен у 20 (16,0% ДИ 9,6 – 22,4) пациентов, ОДА диагностирован у 19 из них. Результаты оптимизированной шкалы PAS (oPAS) соответствовали клиническому заключению у 75 (75,0% ДИ 66,5 – 83,5) из 100 пациентов с ОАИ. Из 25 детей с ОДА положительное заключение шкалы oPAS получено у 21 (84,0% ДИ 69,6 – 98,4) пациентов. Гиподиагностическая ошибка

допущена в 1 (4,0% ДИ 0,0 – 11,7) случае. Гипердиагностические ошибки допущены у 3 (3,0% ДИ 0,7–8,5) пациентов, из них диагноз ОА исключен по данным лапароскопии. Не удалось классифицировать 25 (20,0% ДИ 13,0 – 27,0) пациентов, из них у 22 (22,0% ДИ 13,9 – 30,1) ОА исключен, в 3 (12,0% ДИ 0,0 – 24,7) случаях подтвержден ОДА.

Выводы. Оптимизация шкалы PAS показала лучшие результаты, по сравнению с её начальной версией. Необходимы дальнейшие исследования oPAS для ее большего совершенствования и устранения гипердиагностических ошибок.

ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ; ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Половая М. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии

Научный руководитель – канд. мед. наук Жлобич М. В.

Актуальность. Гранулезоклеточные опухоли яичников (ГКОЯ) относятся к редким неэпителиальным новообразованиям и по Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ относятся к новообразованиям стромы полового тяжа. По данным разных авторов ГКОЯ составляют 5-10% от всех злокачественных новообразований яичников.

Цель. Изучение частоты встречаемости, клинико-морфологических особенностей и результатов лечения у пациенток с ГКОЯ.

Материалы и методы исследования Проведен ретроспективный анализ клинических и морфологических данных из медицинской документации Гродненского областного онкологического диспансера всех 34 случаев ГКОЯ, впервые выявленных в Гродненской области в 2013 – 2018 гг.

Результаты. Средний возраст пациенток с ГКОЯ в исследуемой группе составил на момент установления диагноза 58 лет (от 24 до 83 лет). У каждой второй пациентки опухоль была диагностирована в возрасте 45-60 лет (50%). В возрасте старше 60 лет заболело 14 женщин (41%). Распределение пациентов по стадиям согласно классификации TNM было следующим: I стадия – 19 пациенток (56%), II стадия – 5 (15%), III – 6 (18%), IV – 1 (3%). В 3 случаях стадия заболевания не установлена (9%). Для ГКОЯ характерно развитие первично-множественного синхронного рака (наблюдался в 3 случаях), чаще других – это рак тела матки. Согласно стандартам необходимым является проведение оперативного лечения в сочетании с 6 курсами химиотерапии. Радикальное хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками и оментэктомии было выполнено в 89% случаев. Химиотерапевтическое лечение в послеоперационном периоде проводили 22 женщинам. Для ГКОЯ