

выступают ПОС>4 дней ($p<0,005$), а также отношение операции по классификации RACSH-1 к классам 4, 5, 6 ($p<0,005$).

Смертность составила 0,75% (23 пациента). Основными причинами смерти были полиорганная недостаточность, криз легочной гипертензии. Основными диагнозами данной группы пациентов являлись синдром гипоплазии левых отделов сердца, тетрада Фалло, общий артериальный ствол. Данные показатели коррелируют с мировыми данными литературы (от 11 до 36%).

Выводы. Пролонгированная открытая стернотомия – безопасная и эффективная процедура у новорожденных и детей после сложных оперативных вмешательств. Данный метод позволяет увеличить процент выживания пациентов с имеющейся острой сердечной недостаточностью, кровотечениями, синдромом тесного средостения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ШКАЛЫ ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Вакульчик В. Г., Политыко Д. Д., Стацкевич С. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
г. Гродно, Республика Беларусь.

Введение. Результаты предоперационной диагностики острого аппендицита (ОА) у детей до настоящего времени остаются неудовлетворительными. Сохраняется высокий уровень негативных аппендэктомий, в то же время не снижается число дооперационных (перитонит) осложнений. Клиническая диагностика ОА, по-прежнему, остается основной. Использование различных биохимических маркеров не позволяет решить проблему. Ни один маркер воспаления, такой как количество лейкоцитов, С-реактивного белка или любой другой новый тест, в том числе прокальцитонин, leucine-rich α -2-glycoprotein, изолированно от прочих не может определить аппендицит с высокой специфичностью и чувствительностью.

Каждый клинический признак аппендицита изолированно имеет малую прогностическую ценность. Тем не менее, в комбинации их возможности прогнозирования намного сильнее, хотя и не идеально точны. С целью повышения клинической точности было разработано несколько клинических показателей риска (Альворадо «MANTRELS», ШПОА, PAS, RIPASA AIRS, LINTULA), целью которых является выявление групп низкого, среднего и высокого риска у пациентов с подозрением на аппендицит

Цель: сравнительный анализ информативности и диагностической значимости шкалы детского аппендицита (ШДА, Pediatric Appendicitis Score – PAS) у детей разного возраста.

Материалы и методы. Проспективное рандомизированное слепое клиническое исследование. Обследованы 342 детей в возрасте 1 год и старше. Все пациенты разделены на следующие возрастные группы: 1-4 года (№ 1); 5-9 лет (№ 2); 10-14 лет (№ 3), 15 лет и старше (№ 4). В каждой возрастной группе пациенты разделены на подгруппы: I-я – диагноз острого аппендицита исключен (ОАИ) в результате динамического наблюдения или на основании данных диагностической (ДЛ) лапароскопии; II-я – дети, оперированные с гистологически верифицированным диагнозом «Острый деструктивный аппендицит (ОДА)». Дети группы №1 исключены, т.к. в этой группе из 54 пациентов ОДА диагностирован только у двух. Всего в анализ включено 288 пациентов, из них 140 (48,6% ДИ 42,8 – 54,4) девочек. Результаты применения ШДА разделены на 3 диапазона: 0-3 балла – ОА маловероятен; 4-6 баллов – возможен ОА; 7-10 баллов – высокая вероятность ОДА. Сравнение долей проводилось методом углового преобразования Фишера (двухсторонний критерий). Доверительный интервал рассчитывался для 95% вероятности. Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики (медиана Me, 25 и 75 процентиля, критерий Краскела-Уоллиса). Диагностическая значимость рассчитывалась согласно критериев доказательной медицины – чувствительность (Se), специфичность (Sp), прогностическая ценность положительного (+ Pv) и отрицательного (- Pv)

результатов. Расчет информационной меры (Jx_i) проводился по методу Kulback.

Результаты и обсуждение. Группу № 2 составили 110 (38,2% ДИ 32,6 – 43,8) пациентов, ОДА диагностирован у 16 (14,5% ДИ 7,9 – 21,1) из них. ДЛ выполнена у 4 (3,6% ДИ 0,1 – 7,1) детей. В группу № 3 вошли 109 (37,4% ДИ 31,8 – 43,0) наблюдаемых, ОДА подтвержден у 23 (21,1% ДИ 13,4 – 28,8) пациентов, статистически достоверных различий с группой №2 не обнаружено ($P_1=0,2$). ДЛ применена у 1 (0,9% ДИ 0 – 2,7) ребенка ($P_1=0,16$). Группу №4 составило 69 (24% ДИ 19,1 – 29,0) детей, ОДА выявлен у 9 (13,0% ДИ 5,1 – 21,0). Не найдено существенных различий с группами № 2 и № 3 ($P_1=0,78$; $P_2=0,17$). ДЛ использована у 5 (7,2% ДИ 1,1 – 13,3), выявлено существенное повышение частоты ДЛ по сравнению с группой №3 ($P_2=0,021$), не найдено отличий с группой № 2 ($P_1=0,21$). Проведен анализ показателей температурной реакции, числа лейкоцитов, срока заболевания, длительности наблюдения, нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ), абсолютного числа нейтрофилов, результатов ШДА по возрастным группам и подгруппам. Не получено существенных различий ($P>0,05$) у детей с подтвержденным ОДА в зависимости от возраста. Среди пациентов с исключенным ОА выявлены возрастные различия в числе лейкоцитов ($P=0,02$), сроке наблюдения ($P=0,001$), величине НЛИ ($P=0,0001$), абсолютном числе нейтрофилов ($P=0,0001$) и данными ШДА ($P=0,033$), что, вероятно, связано с имевшимся основным заболеванием. При анализе информативности и диагностической значимости у всех обследованных (288) выявлено, что значения ШДА 0-3 балла зарегистрированы у 189 (62,6% ДИ 57,0 – 68,2). ОДА диагностирован у 3 (1,6% ДИ 0 – 3,4%) из них. При точке разделения 3 балла $Jx_i = 3,9$; $Se=93,7\%$; $Sp=22,5\%$. Показатели ШДА 7 баллов и больше наблюдались у 40 (13,9% ДИ 9,9 – 17,9) детей, ОДА подтвержден у 31 (77,5% ДИ 64,5 – 94,0). При точке разделения 7 баллов $Jx_i = 3,78$; $Se = 64,6\%$; $Sp=96,2\%$. Данные ШДА 4 – 6 баллов получены у 59 (20,5% ДИ 15,8 – 25,2) пациентов, ОДА диагностирован у 14 (23,7% ДИ 12,8 – 34,5), информативность диапазона равна 0,1. Общая информативность

теста составила 7,78, что соответствует высокоинформативному тесту ($Jx_i > 3$). При анализе информативности и диагностической значимости в возрастных группах получено: при точке разделения 3 балла у детей группы № 2 $Jx_i = 7,7$; $Se = 100\%$; $Sp = 74,4\%$; в группе № 3 $Jx_i = 3,7$; $Se = 91,3\%$; $Sp = 83,7\%$; в группе №4 $Jx_i = 2,8$; $Se = 88,9\%$; $Sp = 73,3\%$. При точке разделения 7 баллов в группе № 2 $Jx_i = 3,9$; $Se = 68,7\%$; $Sp = 95,9\%$; в группе №3 $Jx_i = 7,0$; $Se = 85,7\%$; $Sp = 98,8\%$; в группе № 4 $Jx_i = 0,4$; $Se = 22,2\%$; $Sp = 93,3\%$. Общая информативность теста составила в группе № 2 – 11,6; в группе № 3 – 10,7; в группе № 4 – 4,9.

Выводы:

1. Результаты ШДА могут быть использованы в диагностике ОА с целью первичной стратификации пациентов на группы риска.

2. У детей разных возрастных групп ШДА имеет различную информативность и диагностическую значимость.

3. Основываясь только на результатах ШДА нельзя исключить или подтвердить диагноз ОА с высокой точностью.

ШКАЛА ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА: ИНФОРМАТИВНОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА. ЧАСТЬ I: ВОЗРАСТ 5-9 ЛЕТ

Вакульчик В. Г., Политыко Д. Д., Стацкевич С. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Диагностика острого аппендицита (ОА) у детей остается сложной задачей. Современные тенденции преследуют две основные цели: своевременный и точный отбор пациентов, требующих срочного оперативного лечения и снижение уровня неоправданных аппендэктомий. Одним из направлений диагностики является применение различных шкал, включающих определенный набор клинических симптомов и лабораторных