

подтвержден у 11 (73% ДИ 50-95) пациентов. Информативность диапазона составила 3,9; диагностический коэффициент + 12. При точке разделения 7 баллов $Se = 68,7\%$; $Sr = 95,9\%$; $+ P_v = 73,3\%$; $- P_v = 94,9\%$; точность 92,1%. Общая информативность теста составила 11,6; что позволяет рассматривать его как высокоинформативный ($Jx_i > 3,0$).

Выводы:

1. Результаты ШДА 0-3 балла в совокупности с данными клинического и лабораторного обследования позволяют с высокой точностью исключить у ребенка диагноз ОА (чувствительность 100%; минус P_v 100%; информативность 7,7; диагностический коэффициент минус 20).

2. Данные ШДА 7-10 баллов (специфичность 95,9%; плюс P_v 73,3%; информативность 3,9; диагностический коэффициент плюс 12) не могут быть обоснованием для экстренного оперативного лечения вследствие высокого уровня гипердиагностических ошибок (27% ДИ 4-50).

3. Итоги ШДА 4-6 баллов требуют тщательного анализа имеющихся клинических и лабораторных данных, динамического наблюдения, использования дополнительных методов диагностики (УЗИ; определение биохимических маркеров ОА) для подтверждения или исключения диагноза «Острый аппендицит».

ШКАЛА ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА: ИНФОРМАТИВНОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА. ЧАСТЬ II: ВОЗРАСТ 10-14 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. Несмотря на более чем 100-летнюю историю, острый аппендицит (ОА) остается актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Ежегодная заболеваемость

ОА составляет около 100 случаев на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на возраст до 20 лет и превышает средний уровень в 2-4 раза. Отмечается значительный уровень диагностических ошибок и, как следствие, до- и послеоперационных осложнений. Это делает проблему своевременной, точной и ранней диагностики ОА у детей особенно актуальной, учитывая зависимость клинической картины от возраста ребенка. Согласно современной классификации аппендицита у детей, выделяют деструктивные (флегмонозный, гангренозный, с перфорацией или без) и недеструктивные (простой, катаральный) формы. Считается, что недеструктивные формы аппендицита не требуют хирургического лечения, аппендэктомия при данных формах расценивается как неоправданная или негативная. С целью объективизации клинической диагностики ОА и обоснования применения дополнительных методов предложены и используются разные шкалы ОА: Альворадо (MANTRELS), ШПОА, PAS, RIPASA и т. д.

Цель: анализ информативности и диагностической значимости шкалы детского аппендицита (ШДА, Pediatric Appendicitis Score – PAS) у детей в возрасте 10-14 лет.

Материал и методы. Проспективное рандомизированное слепое клиническое исследование. Обследованы 342 ребенка в возрасте от одного года до 18 лет. Все пациенты разделены на следующие возрастные группы: 1 – 4 года, 5 – 9 лет; 10 – 14 лет и 15 лет и старше. Анализируемую группу (10 – 14 лет) составили 109 (31,9% ДИ 26,9 – 36,8) детей, из них 59 (54,1% ДИ 44,7 – 63,4) девочек и 50 (45,9% ДИ 36,5 – 55,2) мальчиков. Выделены две группы пациентов: I-я – диагноз острого аппендицита исключен (ОАИ) в результате динамического наблюдения (85 детей) или на основании данных диагностической (ДЛ) лапароскопии (1 пациент); II-я – дети (23; 21,1% ДИ 13,4 – 28,8), оперированные с гистологически верифицированным диагнозом «Острый деструктивный аппендицит (ОДА)». Доверительный интервал рассчитывался для 95% вероятности. Сравнение долей проводилось методом углового преобразования Фишера. Статистическая обработка данных проводилась методами

непараметрической статистики (медиана Me, 25 и 75 процентиля, критерий Манна-Уитни). Диагностическая значимость рассчитывалась согласно критериям 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. Дети I группы поступили через 10,0 (4,0 – 24,0)ч от начала заболевания, причем 23 (26,7% ДИ 17,3 – 36,0) из них доставлены позже 24 ч. Гипертермия выше 38,0⁰ С отмечена у 5 (5,8% ДИ 0,9 – 10,7), температурная реакция составила 36,7 (36,6 – 37,2⁰ С). Диагноз ОА исключен у большинства детей с первые 10 часов наблюдения (Me = 2 ч; 1 – 3). Установлено, что причиной болей в животе у большинства пациентов (37; 46,8% ДИ 36,8 – 57,8) была функциональная патология желудочно-кишечного тракта. Следующими по частоте причинами абдоминального синдрома были: обострение хронической гастродуоденальной патологии 15 (19%; ДИ 10,3 – 27,6) острые инфекции желудочно-кишечного тракта (9; 11,4% ДИ 4,4 – 18,4) острый брыжеечный лимфаденит (9; 11,4% ДИ 4,4 – 18,4). Пациенты II группы обратились через 24 (11,0 – 40,0) ч от начала заболевания (P = 0,03); 11 из них доставлены в срок 24 ч и более (47,8% ДИ 27 – 68). Температурная реакция составила 37,0⁰ С (36,7 – 37,6⁰С; P = 0,03), гипертермия выше 38,0⁰С отмечена у 3 пациентов (13% ДИ 0 – 26). Оперативное вмешательство выполнено через 4,0 ч (2,0 – 11,0; P<0,001), в ряде случаев наблюдение продолжалось до 24 ч. Осложнения острого аппендицита (разлитой перитонит) диагностированы у 2 (8,7% ДИ 0 – 20) пациентов; сопутствующее поражение большого сальника (гнойный оментит) обнаружено у 7 (30% ДИ 11 – 49) детей. У всех пациентов оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим методом, конверсии на открытую операцию не было. Результаты применения ШДА разделены на 3 диапазона: 0 – 3 балла – ОА маловероятен; 4 – 6 баллов – возможен ОА; 7 – 10 баллов – высокая вероятность ОА. Данные шкалы 0 – 3 балла получены у 74 (67,9% ДИ 59,1 – 76,7) пациентов, ОА исключен у 72 (97,3% ДИ 93,6 – 100,0) детей. ДЛ

не выполнялась. ОДА диагностирован у 2 пациентов (2,7% ДИ 0 – 6,4). Информативность диапазона 0 – 3 балла составила 3,7; диагностический коэффициент равен минус 10. При точке разделения 3 балла Se составила 91,3%; Sp = 83,7%; + Pv = 60,0%; – Pv = 97,3%; точность 85,3%. Диапазон 4-6 баллов (ОА возможен) зарегистрирован у 16 (25,5% ДИ 17,3 – 33,6) детей, ОА исключен у 13 из них. ОДА диагностирован в 3 случаях. Информативность диапазона равна 0,006; диагностический коэффициент минус 0,64. Высокая вероятность ОА – результаты шкалы 7 баллов и больше – выявлена у 19 (17,4% ДИ 10,3 – 24,5) обследованных. Из них ОА исключен у 1 (5,3% ДИ 0-15,4) ребенка после выполнения ДЛ. ОДА подтвержден у 18 (94,7% ДИ 84,6 – 100) пациентов. Информативность диапазона составила 7,0; диагностический коэффициент + 18. При точке разделения 7 баллов Se = 85,7%; Sp = 98,8%; + Pv=94,7%; – Pv=96,6%; точность 96,3%. Общая информативность теста составила 10,7; что позволяет рассматривать его как высокоинформативный ($Jx_i > 3,0$).

Выводы:

1. Результаты обследования по ШДА 0-3 балла позволяют с высокой вероятностью исключить у ребенка диагноз «ОА», при этом уровень гиподиагностических ошибок не превысит 10%.

2. Данные ШДА 7 баллов и больше подтверждают высокую вероятность ОДА у ребенка (уровень гипердиагностических ошибок не превысит 10%).

3. Значения ШДА 4-6 баллов диктуют необходимость применения дополнительных методов диагностики и динамического наблюдения.