

ШКАЛА ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА: ИНФОРМАТИВНОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА. ЧАСТЬ III: ВОЗРАСТ 15-17 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. Острый аппендицит – самое частое заболевание, требующее экстренной хирургической помощи, заболеваемость которым в нашей республике составляет 4-6%. Актуальность проблемы определяется большим числом диагностических ошибок – 25-50% аппендэктомий производится при неизменном отростке или при наличии простой формы воспаления. Последние данные литературы позволяют рассматривать аппендикс как филогенетически молодое образование, имеющее важное иммунокомпетентное значение. Считается, что недеструктивные формы воспаления не требуют хирургического лечения. В настоящее время не существует «золотого стандарта» предоперационной диагностики ОА у детей. Внедрение в клиническую практику методов доказательной медицины позволяет дать точную оценку значимости и информативности различных тестов, применяемых для установления диагноза, а также провести их сравнение.

Цель: анализ информативности и диагностической значимости шкалы детского аппендицита (ШДА, Pediatric Appendicitis Score – PAS) у детей в возрасте 15-17 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 (15 – 17 лет) составили 69 (20,2% ДИ 15,9 – 24,4) детей, из них 31 (44,9% ДИ 33,2 – 56,6) девочка и 38 (55,1% ДИ 43,4 – 66,8) мальчиков. Выделены две группы пациентов: I-я – диагноз острого аппендицита исключен

(ОАИ) в результате динамического наблюдения (55 детей) или на основании данных диагностической (ДЛ) лапароскопии (5 пациентов); II-я – дети (9; 13,0% ДИ 5,1 – 21,0), 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 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. Дети I группы поступили через 14,0 (6,0 – 48,0) ч от начала заболевания, причем 22 (36,7% ДИ 24,5 – 48,9) из них доставлены позже 24 ч. Гипертермия выше 38,0°C отмечена у 5 (8,3% ДИ 1,3 – 15,3), температурная реакция составила 37,0 (36,7 – 37,2°C). Диагноз ОА исключен у большинства (52) детей с первые 6 часов наблюдения (Me = 2ч; 1-4). Установлено, что причиной болей в животе у большинства пациентов (18; 36,0% ДИ 22,7 – 49,3) была функциональная патология желудочно-кишечного тракта. Следующими, по частоте, причинами абдоминального синдрома были: инфекции мочевыводящих путей (8; 16,0% ДИ 5,8 – 26,2), острая и обострение хронической гастродуоденальной патологии 10 (20,0%; ДИ 8,9 – 31,1). Патология репродуктивной системы выявлена у 5 (10,0% ДИ 1,7 – 18,3). Пациенты II группы обратились через 14 (6,0 – 17,0) ч от начала заболевания (P=0,47); поступивших в срок 24 ч и более не было. Температурная реакция составила 36,8°C (36,7-37,1°C; P = 0,82), гипертермия выше 38,0°C не отмечена. Оперативное вмешательство выполнено через 5,0 ч (3,0 – 6,0; P = 0,03), случаев наблюдения более 24 ч не было. Осложнения острого аппендицита (перитонит) не диагностированы; сопутствующее поражение большого сальника (гнойный оментит) обнаружено у 1 ребенка.

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 ОДА. Данные шкалы 0 – 3 балла получены у 48 (69,6% ДИ 58,7 – 80,4) пациентов, ОА исключен у 47 (97,9% ДИ 93,8 – 100,0) детей, у одного ребенка после выполнения ДЛ. ОДА диагностирован у одного пациента (2,1% ДИ 0 – 6,2). Информативность диапазона 0 – 3 балла составила 2,8; диагностический коэффициент равен минус 8. При точке разделения 3 балла Se составила 88,9%; Sp = 73,3%; + Pv = 38,1%; – Pv = 97,9%; точность 79,7%. Диапазон 4 – 6 баллов (ОА возможен) зарегистрирован у 15 (21,7% ДИ 12,0 – 31,4) детей, ОА исключен у 9 из них, в 2 случаях после выполнения ДЛ. ОДА диагностирован в 6 (40% ДИ 15,2 – 64,8) случаях. Информативность диапазона равна 1,7; диагностический коэффициент – 6. Высокая вероятность ОА – результаты шкалы 7 баллов и больше – выявлена у 6 (8,7% ДИ 2,0 – 15,3) обследованных. ОА исключен у 4 пациентов, из них у 2 детей после выполнения ДЛ. ОДА подтвержден у 2 пациентов. Информативность диапазона составила 0,4; диагностический коэффициент + 5. При точке разделения 7 баллов Se = 22,2%; Sp=93,3%; + Pv = 33,3%; – Pv = 88,9%; точность 84,1%. Общая информативность теста составила 4,9; что позволяет рассматривать его как высокоинформативный $Jx_i > 3,0$.

Выводы:

1. Результаты ШДА 0-3 балла характеризуются средней информативностью (2,8; $Jx_i < 3,0$), недостаточно высокой чувствительностью, специфичностью. При этом частота гипо- и гипердиагностических ошибок может достигать 20%.

2. Данные шкалы 7 баллов и больше имеют низкую информативность (0,4; $Jx_i < 1,0$), чувствительность и прогностическую ценность положительного результата, что не позволяет использовать их для исключения или подтверждения диагноза ОА.

3. Результаты ШДА у детей в возрасте 15-17 лет не могут с высокой вероятностью исключить или подтвердить диагноз ОА, но дают возможность выполнить первичную стратификацию пациентов.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ. АПЛАЗИЯ КОЖИ ОБЕИХ ГОЛЕНЕЙ, ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ И СТОП У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Войтехович Г. Ф., Кухтарев А. А., Рубец В. И., Струнович А. А.

Детское хирургическое отделение Могилевской областной детской больницы, г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Врожденная аплазия кожи – гетерогенная группа заболеваний, общим признаком которых является очаговый дефект развития кожи, при котором нарушается формирование эпидермиса, дермы, придатков, а в особо тяжелых случаях и подкожной клетчатки с развитием рубцов.

Встречаемость врожденной аплазии кожи точно неизвестна, большинство исследователей оценивают ее на уровне от 1 до 3:10000 живорожденных. На территории нашего региона эта патология крайне редко встречается, о чем свидетельствует отсутствие каких-либо сведений по этому поводу в крупных руководствах по хирургии детского возраста. На сегодняшний день нет единой и общепризнанной теории, которая бы объясняла этиологию этого врожденного дефекта развития кожи. Врожденная аплазия кожи в большинстве случаев не приводит к тяжелым последствиям, происходит формирование рубца, коррекция которого впоследствии не составляет определенного труда. Однако, учитывая клиническую картину, исходя из классификации врожденной аплазии кожи Frieden (1986) в данном случае имелись признаки VI группы, которая включает в себя триаду симптомов: поражение кожи нижних конечностей, признаки любого типа буллезного эпидермолиза и аномалию ногтей. Эта клиническая триада также называется синдромом Барта (Bart Syndrome).