

Независимые переменные	Канонические коэффициенты		k
	1 функция	2 функция	
X9 – Экскориации (баллы)	-1,3301	-2,2380	-0,9079
X10 – Сухость (баллы)	3,6242	4,7296	1,1054
X11 – Зуд (баллы)	1,1459	1,5278	0,3819
X12 – Расстройство сна (баллы)	-0,9170	-1,3251	-0,4081
X13 – Константа	-19,2357	-31,6380	-12,4023

**Выводы.** Таким образом, предложенная диагностическая модель позволяет с чувствительностью 91,3% и специфичностью – 77,2% прогнозировать наличие золотистого стафилококка на поражённых участках кожи. Прогностическая ценность положительного результата – 80,7%, а отрицательного – 89,4%.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. AAD Guidelines of Care for Atopic Dermatitis // Режим доступа : <https://www.aad.org/search/?k=atopic+eczema>. – Дата доступа : 16.03.2017.
2. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis / Stalder J.F. [et al.] // *Dermatology*. – 1993. – Vol. 186. – P. 23-31.
3. WAO White Book of Allergy 2013. // Режим доступа : <http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy.pdf> – Дата доступа : 04.04.2013.
4. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита : прил. к приказу М-ва здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2014 № 829 // Режим доступа : [http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000913\\_270327\\_829.pdf](http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000913_270327_829.pdf) – Дата доступа : 08.05.2017.
5. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

### СВЯЗЬ ВЕЛИЧИНЫ КОЭФФИЦИЕНТА ДЕ РИТИСА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

**Бедин П.Г., Ляликов С.А., Яковлева О.Г., Некрашевич Т.В.,  
Веренич А.В., Мурашко А.Ю., Гнедько А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Атопический дерматит (АД) – широко распространённое мультифакториальное заболевание кожи в детском возрасте [2]. Определение активности АЛТ – общеизвестный и широко доступный биохимический тест, используемый для

диагностики заболеваний печени, мышечной ткани и других органов [4]. Ранее нами была продемонстрирована существенная связь между активностью аланинаминотрансферазы (АЛТ) сыворотки и клиническими, морфологическими и лабораторными показателями у детей, страдающих АД [3]. Значение активности АЛТ используется при расчете коэффициента де Ритиса (отношение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) к АЛТ), что позволяет уточнить происхождение АЛТ и используется в практической деятельности.

**Цель** – установить связь величины коэффициента де Ритиса с клинико-лабораторными показателями у детей с АД.

**Методы исследования.** Коэффициент де Ритиса был определён у 89 детей. Медиана возраста составила 4,0 года, интерквартильный размах – 2,0-10,0 лет. Определение активности АЛТ и АСТ было выполнено кинетическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе BS-200 Mindray Chemistry Analyzer (Китай) с использованием набора реагентов «Диасенс» (РБ). Диагностика и терапия заболевания проводились в соответствии с действовавшим стандартом [4]. Клиническая оценка проводилась в день поступления и день выписки по шкале SCORAD, состоящей из 3 блоков: А – распространённость кожного процесса, В – наличие и выраженность морфологических элементов (эритема, корки/мокнутые, папулы, эксфолиации, сухость) и С – субъективные жалобы [2]. Дерматит считался лёгким при сумме баллов менее 20, средней тяжести – 20 – 39, а тяжёлым – 40 и более. Динамика высчитывалась как разность значений индекса SCORAD после и до лечения. Значение индекса у наблюдаемых нами детей составило 38,0 (24,0-59,0) баллов. Забор материала для микробиологического исследования производился однократно и одновременно в утренние часы не позднее одних суток от момента поступления в стационар. Материал для посева с поражённой кожи получали с участка в области наибольшей выраженности кожного процесса до начала терапии кортикостероидами и не менее, чем через 12 часов после применения каких-либо средств местной терапии. Стерильный тампон вращательными движениями соприкасали с поверхностью кожи, а затем помещали в универсальную транспортную среду Стюарта. Таким же образом забирали материал с поверхности миндалин и непоражённой кожи. Посев производили на кровяной агар, желточно-солевой агар, среду Эндо, среду Сабуро. Выделенную чистую культуру идентифицировали классическими методами в

соответствии с требованиями действующих рекомендаций [5]. Исследования проводились с использованием транспортных систем, питательных сред фирмы HIMEDIA (Индия). Статистическая обработка материала выполнялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 непараметрическими методами. ROC-анализ был выполнен с помощью программы SPSS 17.0. Коэффициент корреляции рассчитывался по Спирмену. Сравнение двух независимых переменных проводили с помощью теста Манна-Уитни. При сравнении трёх и более независимых переменных использовали медианный тест, при попарном сравнении переменных в этом случае использовали тест Краскела-Уолиса (критерий z). Данные приведены в виде «медиана (нижняя квартиль – верхняя квартиль)».

**Результаты и обсуждение.** Активность АЛТ составила 25,0 (18,0-29,0) МЕ/л, а АСТ – 34,0 (27,0-43,0) МЕ/л. Значение коэффициента составило 1,44 (1,14-1,65). Достоверной корреляции между возрастом и величиной коэффициента не выявлено ( $R=-0,09$ ,  $p=0,3$ ). Были выявлены значимые корреляционные связи между значением коэффициента и особенностями клинической картины, которые приведены в таблице.

Таблица. Ассоциация значения коэффициента де Ритиса и отдельных показателей шкалы SCORAD

Показатель	Spearman, R	Уровень значимости, p
Корки/мокнутие 1	-0,29	0,004
Папулы 2	-0,21	0,04
В1	-0,25	0,01
Динамика В	0,21	0,04
Динамика корки/мокнутие	0,31	0,002
Титр негемолитических стрептококков, выделенных с миндалин	-0,34	0,04
Титр золотистого стафилококка, выделенного с непоражённой кожи	-0,53	0,04
Глюкоза крови, моль/л	-0,22	0,04
Антистрептолизин О, ед/мл	-0,25	0,02

Примечание: индекс «1» означает оценку показателя на момент первичного осмотра, а «2» – заключительного.

Существенных корреляционных связей между значением коэффициента и острофазовыми показателями сыворотки (СРБ, серомукоид, ферритин), а также клеточным составом периферической крови не выявлено ( $p>05$ ).

Величина коэффициента было существенно больше при выраженности сухости кожи при первичном осмотре на 1 балл (1,54 (1,28-1,84)), чем на 3 (1,04 (0,58-1,42),  $p=0,01$ ). У детей с эритематозно-сквамозной формой заболевания (1,47 (1,31-1,62)) значение коэффициента существенно отличалось по сравнению с лицами с прочими формами (1,40 (1,04-1,65),  $p=0,04$ ), что нашло отражение в частоте наблюдения упомянутой формы у лиц с величиной коэффициента  $<1$  (7,6 (0,0-22,0)) и  $\geq 1$  (38,1 (27,2-49,0) % случаев,  $p=0,03$ ). При наличии пигментных пятен величина коэффициента было значимо больше (1,60 (1,42-1,94)), чем при их отсутствии (1,38 (1,11-1,60),  $p=0,02$ ). При выделении золотистого стафилококка с поражённых участков кожи значение коэффициента было достоверно меньше (1,36 (1,02-1,58)), чем при отсутствии роста (1,53 (1,24-1,90),  $p=0,007$ ). При значении коэффициента  $<1$  экзематозная форма наблюдалась в 38,4 (12,0-64,8) %. Если же последний был  $\geq 1$ , то в таком случае экзема была в 10,5 (3,7-17,3) % ( $p=0,01$ ). Вполне естественно, что как серозные корки, так и мокнутие, встречались существенно чаще (38,4 (12,0-64,8) % и (30,7 (5,2-55,7) %, соответственно) при величине коэффициента  $<1$ , чем при его значении  $\geq 1$  (12,0 (4,7-19,3) % и 9,3 (2,8-15,8) %,  $p=0,01$  и  $p=0,03$ , соответственно).

С помощью ROC-анализа была получена кривая, описывающая вероятность отсутствия *S. aureus* на поражённой коже в зависимости от величины коэффициента, со следующими характеристиками: площадь 0,67 (95% доверительный интервал – 0,55-0,78,  $p=0,008$ ). Хотя форма кривой не позволяет выделить критическую точку, однако можно прогнозировать отсутствие золотистого стафилококка на поражённой коже при значении коэффициента 1,14 с чувствительностью 89,2%, а при значении 1,64 со специфичностью – 79,3%.

**Выводы.** Значение коэффициента де Ритиса существенным образом ассоциировано с особенностями клинической картины, некоторыми лабораторными показателями и инфицированностью поражённых участков кожи золотистым стафилококком.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis / Stalder J.F. [et al.] // *Dermatology*. – 1993. – Vol. 186. – P. 23-31.

2. WAO White Book of Allergy 2013. // Режим доступа : <http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy.pdf> –



Дата доступа : 04.04.2013.

3. Активность аланинаминотрансферазы сыворотки крови у детей с атопическим дерматитом / П.Г. Бедин [и др.] // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. – 2017. – № 3. – С. 402-408.

4. Камышников, В. С. Ферменты / В. С. Камышников // Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике / В. С. Камышников. – Минск, 2000. – С. 351-492.

5. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита : прил. к приказу М-ва здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2014 № 829 // Режим доступа : [http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000913\\_270327\\_829.pdf](http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000913_270327_829.pdf) – Дата доступа : 08.05.2017.

6. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА**

**Белорусец В.Н., Карпицкий А.С.**

*Брестская областная больница, Брест, Беларусь*

**Актуальность.** Лечение пациентов с острым некротизирующим панкреатитом (ОНП) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем в абдоминальной хирургии. Стабильно высокая летальность не меняется на протяжении последних 10 лет, несмотря на широкое применение современных медицинских технологий, и даже в специализированных стационарах достигает 11 – 25% [1, 2, 3, 4].

Характерной особенностью ОНП является распространение деструкции на забрюшинную клетчатку (ЗК). Подвергаясь агрессивному воздействию патологического экссудата, ЗК становится главным объектом поражения, составляет основную массу тканевых секвестров. Мероприятия, направленные на удаление ферментативного экссудата из ЗК в максимально ранние сроки, предотвращение его распространения на клетчатку брыжеечных пространств, представляются патогенетически обоснованными. Тем не менее, большинство хирургов сдержанно относятся к ранним дренирующим операциям на стадии формирования панкреонекроза, в том числе с применением малоинвазивных технологий.