

Вакульчик В.Г., Худовцова А.В.

АНАЛИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет» УЗ
«Гродненская областная детская клиническая больница»*

Трудности дифференциальной диагностики острых неспецифических болей в животе у детей обусловлены тем, что абдоминальные боли могут возникать при чрезвычайно большом количестве заболеваний. Причиной болей в брюшной полости является одна из трех обширных нозологических групп: заболевания органов брюшной полости (в том числе и острые, требующие срочного хирургического вмешательства); иррадиирующие боли при заболеваниях, локализующихся вне брюшной полости (это т.н. псевдоабдоминальный синдром (ПАС) – симптомокомплекс, включающий проявления, напоминающие клиническую картину «острого живота», но формирующийся патологией других органов – сердце, легкие, плевра, эндокринные органы, интоксикации, некоторые формы отравлений и др.); системные заболевания. Поэтому синдром острой абдоминальной боли всегда будет рассматриваться, как urgentный, по крайней мере, до тех пор, пока не будет отвергнута или подтверждена «острая хирургическая патология», которая в целом в последние годы имеет тенденцию к росту. Одной из основных причин острых болей в животе является «Острый аппендицит», при диагностике которого возникает большое количество ошибок. Основные тенденции в мире при данной патологии следующие: снижение количества осложнённых форм и уменьшение числа негативных аппендэктомий. В настоящее время не существует какого-либо клинического симптома, биохимического маркера или инструментального метода, позволяющего подтвердить или отвергнуть данный диагноз со 100% вероятностью. Для анализа совокупности анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики предлагается использовать интегральную оценку при помощи различных диагностических шкал (PAS, AIRS, Альворадо и др.). На основании анализа предложенных шкал, в клинике разработана схема анализа воспалительного ответа детского аппендицита (АВОДА), включающая в себя: анамнестические и клинические данные, лабораторные показатели. Данная схема позволяет получить целостное представление о пациенте, наметить рациональное использование дополнительных методов исследования и, в итоге приблизиться к постановке правильного диагноза

Цель исследования. Определить диагностическую значимость анализа воспалительного ответа детского аппендицита (АВОДА) в дифференциальной диагностике острых неспецифических болей в животе у детей.

Материал и методы. Наблюдалось 520 детей в возрасте 5 – 17 лет, поступивших в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с острыми неспецифическими болями в животе. В возрасте 5 – 9 лет было 217 пациентов, из них 107 мальчиков и 110 девочек; 10 – 14 лет – 186, мальчиков - 104, девочек – 84; 15 – 17 лет – 117 детей, мальчиков - 49, девочек – 68. Все пациенты обследованы по разработанной в клинике методике, включающей анамнестические, клинические и лабораторные показатели. Изучаемые показатели были кодированы с присвоением определенных баллов. Минимальная сумма баллов составила 2, максимальная - 13. Выделены две группы: I – дети (80), оперированные с гистологически подтвержденным диагнозом «Острый деструктивный (ОДА) аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный); II – пациенты (440), у которых диагноз «Острый аппендицит (ОАИ)» был исключен после обследования, динамического наблюдения или в результате выполнения диагностической лапароскопии (ДЛ), по результатам которой был установлен диагноз другой патологии, а также дети, которым выполнена негативная аппендэктомия (НА). Диагностическая значимость рассчитывалась согласно критериям доказательной медицины – чувствительность (Se), специфичность (Sp), прогностическая ценность положительного (+ P_v; ПЦПР) и отрицательного (- P_v; ПЦОР) результатов, отношение правдоподобия положительного (+ LR) и отрицательного результатов (- LR), анализа ROC - кривых. Доверительный интервал рассчитывался для 95% вероятности. Для выделения точки разделения использовалась J-статистика Юдена. Рассчитывалось значение информационной меры (J_{x_i}) Kulback, что позволило оценить информативность любого диапазона признака и рассчитать его диагностический коэффициент (ДК).

Результаты. Площадь под ROC – кривой составила 0,942 (ДИ 0,919 - ,0965), стандартная ошибка 0,012. Использование J-статистики Юдена позволило определить точку разделения, равную 8 баллам. Чувствительность АВОДА составила 76,25% (ДИ 72,6 – 79,9); специфичность 93,4% (ДИ 91,3 – 95,5); ПЦПР 67,8% (ДИ 63,8 – 71,8); ПЦОР 95,6% (93,8 – 97,3); отношение правдоподобия положительного результата = 11,6; отрицательного = 0,25, точность – 90,8% (88,3 – 93,3). Информативность (J_{x_i}) диапазона 2 – 7 баллов составила 2,1; диагностический коэффициент равен минус 6,0. Информативность диапазона 8 – 13 баллов равнялась 3,7; диагностический коэффициент плюс 10,0.

Сумма баллов меньше 8 определена у 430 (82,7% ДИ 79,4 – 85,9) пациентов, из них ОДА диагностирован у 19 (4,4% ДИ 2,5 – 6,3). Среди 280

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

(53,8% ДИ 49,5 – 58,1) пациентов с суммой баллов 2 – 4 не было диагностировано ни одного случая деструктивного аппендицита. При сумме баллов 8 – 13 (90 детей, 17,3% ДИ 14,0 – 20,5) ОДА выявлен у 61 (67,8% ДИ 58,1 – 77,4) ребенка. Острый аппендицит был исключен у 29 (32,2% ДИ 22,5 – 41,8) детей, из них у 7 после диагностической лапароскопии, в двух случаях выполнена негативная аппендэктомия.

Выводы.

1. Применение методики анализа воспалительного ответа детского аппендицита позволит стандартизовать обследование пациентов с острыми неспецифическими болями в животе.
2. Значения АВОДА 2 – 4 балла позволит исключить диагноз «Острый аппендицит» на уровне приемного отделения у 53,8% (ДИ 49,5 – 58,1) пациентов с острой неспецифической абдоминальной болью, при этом число гиподиагностических ошибок может быть сведено к минимуму.