

Пузеев М. С.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Научный руководитель ассист. м-р м/с Зайцев М. В.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Острый аппендицит считается одним из наиболее встречаемых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, частота составляет 50-60% всех экстренных хирургических пациентов, при этом летальность сохраняется на уровне 0,15-0,2% (Ю. М. Гаин).

Применение балльных шкал для оценки состояния пациента способствует улучшению диагностики острого аппендицита. Цель исследования: подтвердить значимость шкал для дальнейшего использования их при диагностике данной патологии на раннем этапе.

По данным Всемирного Общества по Неотложной Хирургии при диагностике и лечении острого аппендицита рекомендовано использование балльных шкал, однако, согласно постановлению МЗ РБ №46 от 01.06.2017 диагностика и лечение пациентов с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях не включает в себя использование таковых.

В ходе работы оценивались 4 балльные шкалы: Альварадо, Андерсона, Хонга, AAS. Каждый признак - числовое значение, по сумме которых, в итоге, пациентов относят к одной из 3 групп согласно степени риска с выбором дальнейшей тактики диагностики и лечения острого аппендицита. Общие признак - боль в правой подвздошной области. Другие признаки : повышение температуры тела (Альварадо >37.3°C, Андерссона >38.5°C, Хонга 37 - 39°C), симптом Щеткина, отсутствие аппетита, тошнота или рвота, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, миграция боли в правую подвздошную область, общее количество лейкоцитов, болезненность при резком уменьшении давления на живот, процентное содержание полиморфноядерных лейкоцитов, пол, возраст, длительность симптомов напряжения мышц живота, болезненность в правой подвздошной области при пальпации левой подвздошной области, отсутствие крови, лейкоцитов, бактерий в моче, время после появления симптомов, количество нейтрофилов, С-реактивного белка (AAS). Шкала Альварадо: сумма 0-5 - низкий риск, 6-8 средний риск, 9-10 высокий риск. Шкала Андерссона: сумма 0-4 - низкий риск, 5-8 средний риск, 9-12 высокий риск. Шкала Хонга: сумма 0-8 - низкий риск, 9-14 средний риск, 15-16,5 высокий риск. Шкала AAS: сумма 0-10 - низкий риск, 11-15 средний риск, 16 и выше высокий риск.

Диагностическую точность на примере шкалы Альварадо оценили учёные под руководством Роберто Оле в Ирландии и опубликовали в журнале "BMC Medicine". Учёные подтвердили диагностическую точность данных исследований. Согласно шкале, исключение острого аппендицита стало возможным у абсолютного большинства пациентов (с чувствительностью в 99%), при низкой степени риска. При средней степени риска - методика не была высокоспецифичной. (отношение риска низкое — 1,06; при доверительном интервале 0,87–1,28, промежуточное - 1,09; при доверительном интервале 0,86–1,37 и высокое - 1,02; при доверительном интервале 0,97–1,08). Диагностическая точность при средней степени риска и высокой степени риска выше у шкалы Андерссона (88% против 65% при средней степени риска и 97% против 76% при высокой степени риска, соответственно).

Таким образом, использование балльных шкал способствует успешной ранней диагностике острого аппендицита и выбору правильной тактики дальнейшего лечения пациентов, особенно при отсутствии возможности инструментальной диагностики, включающей высокотехнологические методы обследования.