

М. Ф. Шведова, В. Д. Козлова

**РОЛЬ ШКАЛЫ АЛЬВАРАДО В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «3 ГКБ им. Е. В. Клумова», г. Минск

M. F. Shvedova, V. D. Kozlova

**THE ROLE OF THE ALVARADO SCALE IN THE DIAGNOSTICS OF
ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANT WOMEN**

Tutor: associate professor N. Y. Bovtyuk

Department of General Surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

City Clinical Hospital № 3, Minsk

Резюме. В работе изучена роль шкалы Альварадо (диагностическая шкала, включающая ряд клинических и лабораторных признаков для определения вероятности острого аппендицита) в диагностике острого аппендицита у беременных на разных сроках гестации. В результате была выявлена корреляция между значением балла по шкале Альварадо и частотой острого аппендицита у беременных пациенток.

Ключевые слова: шкала Альварадо, острый аппендицит, беременные.

Resume. The trial examines the role of the Alvarado scale (a diagnostic scale that includes a number of clinical and laboratory features to determine the likelihood of acute appendicitis) in the diagnostics of acute appendicitis in pregnant women at different gestation periods. As a result, a correlation between the value of the Alvarado score and the frequency of acute appendicitis in pregnant patients was found.

Keywords: the Alvarado scale, acute appendicitis, pregnant women.

Актуальность. Проблема ранней диагностики острого аппендицита (ОА) у беременных остаётся актуальной темой в связи с многообразием проявлений данного заболевания и рядом тяжёлых осложнений, как со стороны матери, так и плода. В среднем ОА диагностируется в 1 случае из 10000 беременностей [1]. Физикальное обследование беременных затрудняется вариабельностью расположения аппендикса в разные trimestры беременности (например, выше точки McBurney, выше гребня подвздошной кости, в правой подвздошной ямке) [2]. При проведении диагностической видеолaparоскопии риск преждевременных родов и потери плода составляет 10% и 4%, соответственно, что требует большой точности в выставлении диагноза ОА беременным [3].

Возможен ряд предоперационных осложнений – это преждевременные роды, антенатальная смерть плода, аппендикулярный инфильтрат или абсцесс, перитонит, забрюшинная флегмона, сепсис. К постоперационным осложнениям относят преждевременную отслойку плаценты, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода, осложнения воспалительной природы, динамическую или механическую кишечную непроходимость [2]. В связи с этим существует необходимость применения безопасных способов диагностики ОА у беременных на доклиническом этапе и при поступлении в хирургическое отделение до использования инвазивных эндоскопи-

ческих и других технологий с безопасной (УЗИ, МРТ) и опасной лучевой нагрузкой (КТ и др.).

Цель: оценить эффективность применения шкалы Альварадо для диагностики острого аппендицита у беременных.

Задачи:

1. Выявить корреляцию либо её отсутствие между наличием острого аппендицита у беременных и количеством баллов по шкале.
2. Сравнить полученную корреляцию у беременных с группой небеременных.
3. Определить влияние возраста и срока гестации на значение балла по шкале.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 182 беременных и небеременных пациенток, поступивших в хирургическое отделение УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» с подозрением на ОА.

Для оценки вероятности наличия у пациенток острого аппендицита нами была использована модифицированная шкала Альварадо [4], которая демонстрирует вероятность ОА в баллах (рисунок 1).

Признаки	Баллы
Боль в правой подвздошной области	2
Гипертермия выше 37,3 °С	1
Симптом <u>Щёткина-Блюмберга</u>	1
Симптомы	
Симптом <u>Кохера-Волковича</u>	1
Тошнота	1
Потеря аппетита	1
Лабораторные показатели	
Лейкоцитоз больше 10*10 ⁹ г/л	2
<u>Нейтрофилия >75%</u>	1

Рис. 1 – Модифицированная шкала Альварадо

К шкале прилагается следующий ключ: при сумме баллов 5-6 ОА возможен в 40-50%; при сумме 7-8 – вероятен; при 9-10 баллах – диагноз наиболее вероятен.

Статистическая обработка данных – Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки были разделены на две группы. В первую группу (n=86) включены беременные на разных сроках гестации в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст составил 33,8 года. Во вторую группу (n=96) включены женщины без признаков беременности в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст составил 29,3 года.

В первом триместре поступило 22 (25,6%) пациентки, из них ОА не подтвердился ни у одной. Во втором триместре поступило 53 (61,6%) пациентки, из них ОА подтвердился у 5 (9,4%). В третьем триместре поступило – 11 (12,8%) пациенток, из них ОА подтвердился у 3 (27,3%).

Средний балл по шкале Альварадо у пациенток с ОА во втором триместре составил 5,3 (3-7), в третьем триместре 5,3 (5-6). У пациенток с отличными от ОА за-

болеваниями средний балл по шкале составил: в первом и третьем триместрах по 2,8 (1-5), во втором – 3,2 (0-6).

Сравнительная характеристика заболеваемости ОА в обеих группах в зависимости от возраста приведена ниже (рисунок 2).

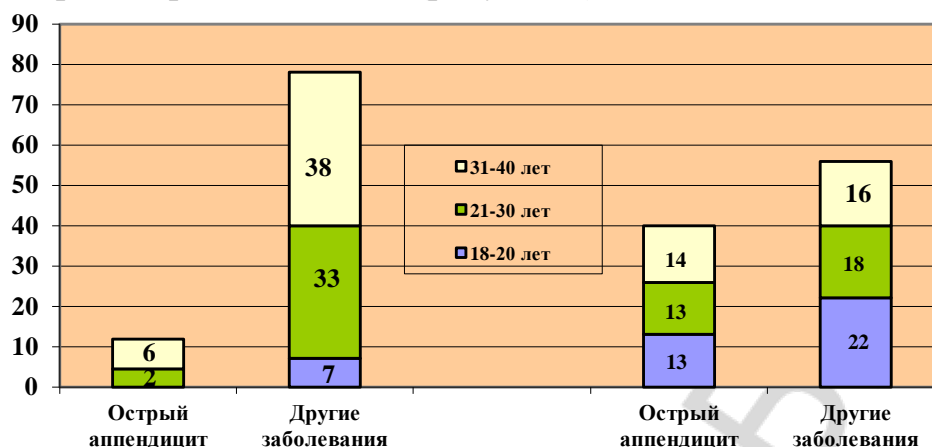


Рис. 2 – Распределение заболеваемости острым аппендицитом по возрасту в группе беременных (слева) и группе небеременных (справа)

В группе беременных пациенток как с ОА, так и с другими заболеваниями наблюдались незначительные изменения баллов по шкале в зависимости от возраста (рисунок 3).

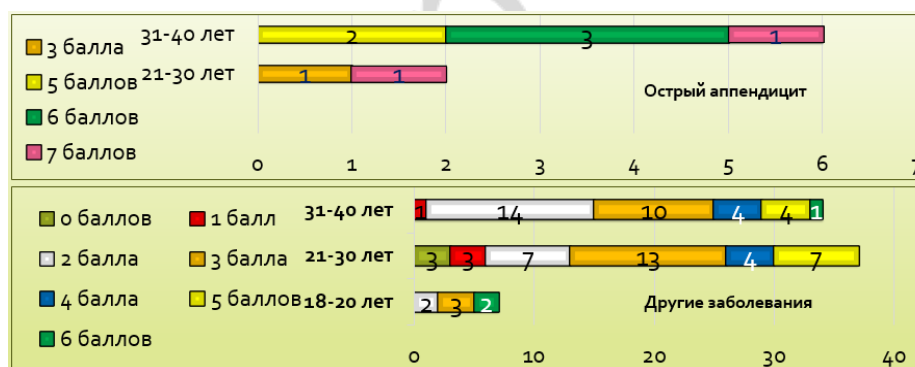


Рис. 3 – Распределение балла по шкале в группе беременных (n=86) в зависимости от возраста

В группе небеременных пациенток также наблюдались незначительные вариации балла по шкале в зависимости от возраста (рисунок 4).

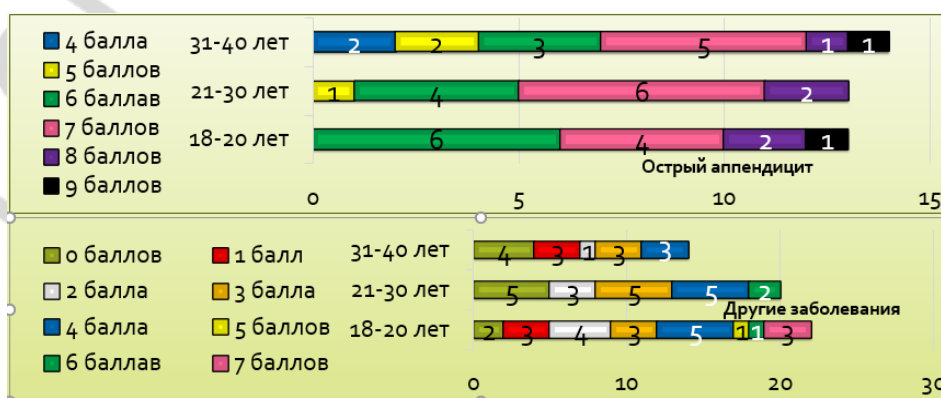


Рис. 4 - Распределение балла по шкале в группе небеременных (n=96) в зависимости от возраста

При анализе частоты встречаемости деструктивных и простых форм ОА в двух группах было установлено, что диагноз острый аппендицит в группе беременных пациенток был выставлен в 8 (9,3%) случаях. У всех 8 пациенток был острый флегмонозный аппендицит, который у одной сочетался с эмпиемой ЧО: по шкале ей было выставлено 7 баллов. Средний балл по шкале в группе беременных составил 5,6. Во второй группе диагноз острый аппендицит был диагностирован у 40 (41,7%) пациенток. Острый катаральный аппендицит был у 2 (5,0%) пациенток. Средний балл по шкале – 6,5 (6-7). Острый флегмонозный аппендицит был у 35 (87,5%) пациенток. Средний балл по шкале – 6,6 (4-9). Острый гангренозный аппендицит был подтверждён у 3 (7,5%) пациенток. Средний балл по шкале – 7,0 (6-8).

Среди заболеваний, дающих сходную с ОА симптоматику, преобладали функциональное расстройство кишечника в обеих группах, желчнокаменная болезнь в группе беременных и мочекаменная болезнь в группе небеременных (рисунок 5)

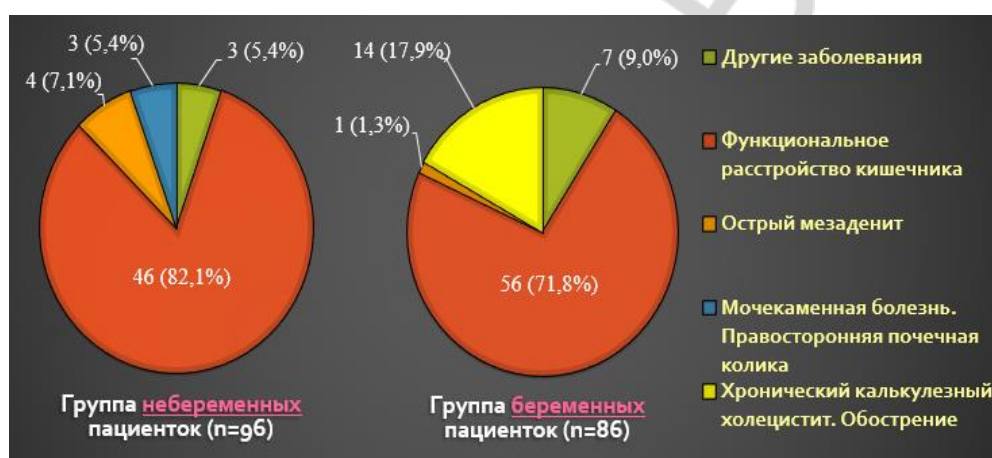


Рис. 5 - Характеристика других заболеваний после дифдиагностики на этапе стационарного лечения (n=134)

При сравнительной характеристике роли шкалы Альварардо в двух группах установлено, что с увеличением балла по шкале возрастает и частота выявления ОА в обеих группах (рисунок 6).

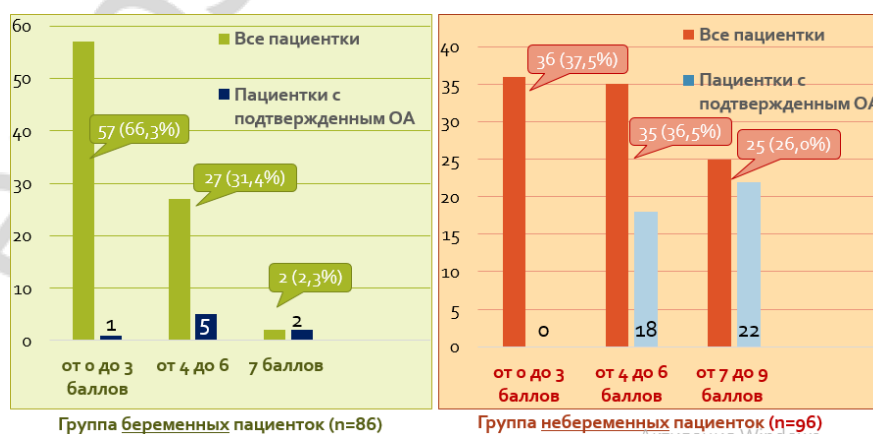


Рис. 6 - Сравнительная характеристика роли шкалы Альварардо в двух группах (n=182)

Выводы:

1. Наблюдается корреляция между частотой выявления острого аппендицита и количеством баллов по шкале, как у беременных, так и у небеременных женщин (более выраженная корреляция у небеременных).

2. Срок гестации не влияет на балл по шкале. Корреляции между возрастом и значением балла по шкале не выявлено.

3. Полученные нами данные не соответствуют заявленным в ключе по пользованию шкалой. В связи с этим можно рекомендовать применять шкалу Альварадо у беременных лишь для предварительной диагностики частично на догоспитальном этапе, но в основном в приёмном отделении. Может быть предложена следующая градация: 0-3 балла – ОА маловероятен, 4-6 баллов – ОА вероятен, от 7 баллов – ОА наиболее вероятен, что требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Andersen B, Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(9):758-62.

2. Современные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита у беременных [Текст]*/ Г. П. Рычагов, О. А. Амельчяня, О. А. Пересада и др. // Новости хирургии. - 2011. - № 5. - С. 23-31.

3. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. J Am Coll Surg. 2007;205(4):534-40.

4. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 912 с.

5. Острый аппендицит: учеб. - метод. пособие / Сост. Н. Я. Бовтюк, Н. Е. Николаев, О. В. Попков. – Минск: БГМУ, 2011. – 27 с.

6. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»: утверждено пост. Министерство здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54 – Минск: Беларусь, 2017. – 102с.