

Alvarado skalas nozīme akūta apendicīta agrīnā diagnostikā bērniem

*Astra Zviedre, Arnis Enģelis¹, Aigars Pētersons¹,
Ilze Ose², Agnese Kāposte²*

Rīgas Stradiņa universitāte, Bērnu ķirurģijas katedra, Latvija

¹ Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, Bērnu ķirurģijas klīnika, Latvija

² Rīgas Stradiņa universitāte, Medicīnas fakultāte, Latvija

Ievads. Bērnu vecumā akūta apendicīta (AAp) agrīna precīza diagnostika tiek novērota tikai 50–70% gadījumu. Sākotnējā AAp diagnoze tiek noteikta, balstoties uz anamnēzi, klīniskiem un laboratoriskiem izmeklējumiem. Alvarado skala ir viena no biežāk sastopamajām diagnostiskajām skalām pediatrijā, kura ar 70% precizitāti nosaka AAp, ja skalas rezultāts ir ≥ 7 balles, bet 99% gadījumu izslēdz AAp, ja skalas rezultāts ir < 2 .

Darba mērķis, materiāls un metodes. Izvērtēt Alvarado skalas kritēriju – sāpju migrācijas uz vēdera apakšējo kvadrantu, sliktas dūšas, labā apakšējā kvadranta jutīguma, atlaišanas sāpju, temperatūras $\geq 37,3$ °C, leukocitozes $> 10 \times 10^3$ u/l un tās novirzes pa kreisi – atbilstību pacientiem ar komplikētu, nekomplētu AAp un akūtu mezenteriālu limfadenītu (AMLa) (7–18 gadi), kuri stacionēti Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā laika posmā no 2010. līdz 2013. gadam. Pētījumā prospektīvi tika iekļauti 46 pacienti ar sākotnējām diagnozēm: aizdomām par AAp – 16 (34,8%) gadījumi un iepriekš noteiktu AAp – 30 (65,2%) gadījumi. Visi pacienti tika vērtēti pēc Alvarado skalas. Iepriekš noteiktās AAp diagnozes kritērijs bija skalas rezultāts ≥ 7 ballēm. Dati tika apstrādāti *SPSS for Windows 19.0* statistisko datu apstrādes programmā. Statistiskā ticamība balstīta uz p vērtībām ($p < 0,05$).

Rezultāti. No pētījumā iekļautajiem pacientiem 58,7% ($n = 27$) bija zēni un 41,3% ($n = 19$) – meitenes. Nedaudz vairāk nekā puse – 56,5% ($n = 26$) – bija vecumā 13–18 gadi, pārējie 43,5% ($n = 20$) bija vecumā 7–12 gadi. Analizējot pacientu diagnožu sakrītību, varam secināt, ka apmēram pusē gadījumu tikai novērota iestāšanās un izrakstīšanās diagnozes atbilstība, savukārt 52,2% diagnozes atšķirās. Pēc izrakstīšanās diagnozes ar nekomplētu AAp bija 28,3% ($n = 13$) gadījumu, ar komplētu AAp – 19,6% ($n = 9$) gadījumu un ar AMLa – 52,2% ($n = 24$) gadījumu. Statistiski ticamas atšķirības gadījumu īpatsvarā salīdzinājumā pa diagnožu grupām (AAp un AMLa) saistībā ar Alvarado skalas kritērijiem tika novērotas šādām pazīmēm: sliktai dūšai ($\chi^2 = 12,54$; $p = 0,002$) un leukocitozei ($\chi^2 = 7,42$; $p = 0,024$). Statistiskā ticamība netika novērota starp pacientiem ar komplētu, nekomplētu AAp un AMLa saistībā ar sāpju migrāciju uz vēdera apakšējo kvadrantu, vemšanu, labā apakšējā kvadranta jutīgumu, atlaišanas sāpēm, temperatūru $\geq 37,3$ °C un leukocitozes novirzi pa kreisi. Pacientu īpatsvarā pēc Alvarado skalas rezultāta ≥ 7 balles tika novērotas statistiski ticamas atšķirības saistībā ar pacienta gala diagnozi ($\chi^2 = 8,02$; $p = 0,01$).

Secinājumi. Bērniem ar nekomplētu akūtu apendicītu sliktā dūša ir agrīns klīniskais simptoms, bet leukocitoze $> 10 \times 10^3$ u/l ir agrīns laboratoriskais kritērijs pacientiem ar komplētu akūtu apendicītu vecuma grupā no 7 līdz 18 gadiem. Bērniem ar akūtām sāpēm vēderā un Alvarado skalas rezultātu ≥ 7 ballēm ir iespējams akūts apendicīts.