

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE: DISCIPLINI CHIRURGICALE

CZU: 616.346.2-002.1-07-053.9

ANALIZA METODOLOGICO-STRUCTURALĂ A SCORURILOR DE DIAGNOSTIC ALE APENDICITEI ACUTE LA BĂTRÂNI (REVIUL LITERATURII)

Gaitur Alexandr

IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”

Autorul corespondent: Gaitur Alexandr, gaituralexandr@gmail.com

Rezumat

Appendicita acută la bătrâni a fost considerată o boală rară, ulterior s-a observat că incidența apendicitei acute cu vârsta nu scade. Formele distructive de AA sunt detectate la vârstnici mai frecvent decât la tineri (60,7-73% din cazuri), dintre care la 36% de pacienți se constată AA (apendicita acută) perforativă. De la prima descriere a AA în 1839, de Bright și Addison, pînă în prezent, principala metodă de diagnostic a AA a rămas a fi cea clinică, care se bazează pe colectarea anamnezei și determinarea semnelor locale ale bolii. Scorurile diagnostice aplicate în diagnosticul AA sunt foarte diferite atât prin indicii și manifestările clinice abordate în scoruri cât și prin pontajul atribuit și interpretare. Putem menționa cu certitudine că este o necesitate studierea aspectelor organizatorice și juridice de utilizare SD (scorurilor de diagnostic) în AA în practica chirurgicală curentă, realizarea unei formulări fundamentate științific a principiilor metodologice unificate pentru crearea și evaluarea comparativă a acestora, scopul fiind elaborarea unui scor diagnostic clinico-ecografic al AA, ținut pe diagnosticul formelor distructive ale AA.

Cuvinte cheie: apendicita acută (AA), bătrâni, scor diagnostic (SD), apendicele vermicular (AV).

Summary**Structural methodological analysis of diagnostic scores of acute appendicitis in the elderly (literature review)**

Acute appendicitis in the elderly was considered a rare disease, later it was observed that the incidence of acute appendicitis does not decrease with age. Destructive forms of AA (acute appendicitis) are detected in the elderly more frequently than in young people (60.7-73% of cases), of which 36% of patients have perforative AA. Since the first description of AA in 1839, by Bright and Addison, until now, the main diagnostic method of AA has remained the clinical one, which is based on the collection of anamnesis and the determination of local signs of the disease. The diagnostic scores applied in the diagnosis of AA are very different both in the indications and clinical manifestations addressed in the scores and in the scoring assigned and interpretation. We can mention with certainty that it is a necessity to study the organizational and legal aspects of SD (diagnostic scores) use in AA in current surgical practice, to achieve a scientifically based formulation of the unified methodological principles for their creation and comparative evaluation, the goal being the development of a clinical-ultrasound diagnostic score of AA, targeted at the diagnosis of destructive forms of AA.

Keywords: acute appendicitis (AA), elderly, diagnostic score (SD), vermicular appendix (AV).

Резюме**Структурно-методологический анализ диагностических шкал острого аппендицита у пожилых (обзор литературы)**

Острый аппендицит у пожилых считался редким заболеванием, позже было замечено, что заболеваемость острым аппендицитом с возрастом не снижается. Деструктивные формы ОА (острого аппендицита) выявляют у лиц пожилого возраста чаще, чем у лиц молодого возраста (60,7-73% случаев), из них у 36% больных перфоративная ОА. Со времени первого описания АА в 1839 г. Брайтом и Аддисоном и до настоящего времени основным методом диагностики ОА остается клинический, основанный на сборе анамнеза и определении местных признаков заболевания. Диагностические шкалы, применяемые при диагностике ОА, сильно различаются как по показаниям, так и по клиническим проявлениям, которые учитываются в шкалах, а также по присваиваемой шкале и интерпретации. С уверенностью можно отметить необходимость изучения организационно-правовых аспектов применения

ДШ (диагностических шкал) при ОА в современной хирургической практике, достижения научно-обоснованной формулировки единых методологических принципов их создания и сравнительной оценки с целью разработки клинко-ультразвуковой диагностической шкалы ОА, направленной на диагностику деструктивных форм ОА.

Ключевые слова: острый аппендицит (ОА), пожилой возраст, диагностическая шкала (ДШ), червеобразный отросток (ЧО).

Introducere. Apendicita acută la bătrâni a fost considerată o boală rară, deoarece se credea că în a doua jumătate a vieții AV (apendicele vermicular) se obliterează, ulterior s-a observat că incidența apendicitei acute la vârstnici nu a scăzut. Tabloul clinic al AA la vârstă înaintată și senilă nu decurge atipic, însă mai șters, caracterizat prin simptome atenuate care de fapt sunt comune pentru pacienți de toate vârstele [8].

O atitudine inadecvată față de simptomele slab manifestate cât și o reactivitate diminuată la pacienții vârstnici sunt motivele pentru care 27,1-62,3% dintre pacienți sunt internați la 2-3 zile de la debutul bolii [18].

Datorită scăderii reactivității organismului, temperatura corporală la acești pacienți poate fi puțin elevată iar numărul leucocitelor poate fi nemodificat sau neînsemnat crescut. Formele distructive ale AA sunt detectate la vârstnici mai frecvent decât la tineri (60,7 - 73% din cazuri), dintre care la 36% pacienți se constată AA perforativă.

Dificultățile în diagnosticul diferențial al AA constau în faptul că pacienții vârstnici sunt adesea diagnosticați cu obstrucție intestinală (21%) la internare, deoarece apendicita acută este adesea însoțită de coprostază și constipații [29]. Mai mulți autori au descris în 11,5% cazuri predispoziția la această categorie de vârstă la delimitarea procesului inflamator în regiunea iliacă dreaptă și formarea infiltratului apendicular.

Cea mai frecventă metodă de tratament chirurgical în apendicita acută la vârstnici este apendicectomia tradițională sub protecția anesteziei generale. Apendicectomia laparoscopică la vârstnici nu este utilizată pe scară largă datorită dezvoltării frecvente a formelor distructive de apendicită acută și a complicațiilor acesteia (peritonita) [10, 30].

După apendicectomie la pacienții vârstnici și senili, este necesar de a efectua profilaxia complicațiilor nemijlocit asociate intervenției chirurgicale, tarelor concomitente severe, determinate de scăderea capacității compensatorii a organismului. Din numărul total al deceselor cauzate de apendicita acută 76% revine pacienților vârstnici.

Diagnosticul clinic și scorurile de diagnostic în apendicita acută. De la prima descriere a AA în 1839, de Bright și Addison, pînă în prezent, principala

metodă de diagnostic a AA a rămas a fi cea clinică, care se bazează pe colectarea anamnezei și determinarea semnelor locale ale bolii. Până în prezent, au fost descrise mai mult de o sută de simptome ale AA. Cel mai frecvent în literatura de specialitate sunt menționate și utilizate în practica clinică modernă simptomele: Kocher, Sitkovsky, Bartomier-Michelson, Rovzing, Obrazțov, Voskresensky și Blumberg [38, 47, 44, 45]. Tabloul clinic „tipic” clasic al AA este atribuit simptomatologiei cu cea mai frecventă localizare a AV în fosa iliacă dreaptă care are propriul mezu. O atenție sporită este acordată diagnosticului AA în cazul unei localizări „atipice” a AV, ceea ce înseamnă o schimbare a localizării sale în cavitatea abdominală (poziții pelvine, subhepatice, mezoceliacă, retrocecale) și a relației cu peritoneul (localizare retroperitoneală) [42].

Numeroase publicații și experiența practică cotidiană arată că localizarea apendicelui vermicular modifică tabloul clinic al bolii și face parte din „factorii de risc” pentru diagnosticul AA [26, 27, 32, 38, 40, 42, 44, 43].

Diversitatea localizărilor „atipice” ale AV, întâlnită în literatura de specialitate diferă de la un autor la altul. Astfel, frecvența localizării laterale a AV variază de la 5,3 la 15%, mezoceliacă - de la 5,7 la 9,8% , retrocecală - de la 7,82% la 25% și pelviană - de la 9 până la 73% la femeii [7, 36].

Manifestările clinice ale AA în cazul unei localizări „atipice” a AV a necesitat extinderea metodelor de diagnostic cu utilizarea unor simptome suplimentare. Așadar, în presupusa localizare retrocecală și retroperitoneală a AV, cel mai des, suplimentar, sunt utilizate simptomele lui Bartomier-Michelson, Rovzing, Sitkovsky, Cope și Obraztsov. Pentru localizarea pelviană a AV sunt specifice simptomele Cope și examenul rectal digital [44].

Până în prezent, numeroși autori trasează o paralelă între caracteristica tabloului clinic al AA și forma ei morfologică [24].

După P. F. Kalitievsky, nici unul din simptomele clinice și chiar întreaga lor totalitate nu ne permite stabilirea cu certitudine preoperator a formei morfopatologice a AA [40]. Această afirmație este confirmată în multe lucrări științifice dedicate discrepanțelor clinice și morfologice în AA , ceea ce face ca toate tentativele

Scorul Alvarado (scor MANTRELS)

Parametrul măsurat	Scorul atribuit
Migrarea durerii către cadranul inferior drept (simptom Kocher)	1
Lipsa poftei de mâncare	1
Greută, vărsături	1
Durere în cadranul inferior drept	2
Simptom pozitiv, de iritare peritoneală, Shchetkin-Blumberg	1
Temperatura corpului ridicată (> 37,3°C)	1
Leucocitoză (> 10 * 10 ⁹ / l)	2
Devierea formulei leucocitare spre stânga (neutrofile > 75%)	1

Pe lângă valoarea numărului de leucocite din analiza generală de sânge, autorul a propus să se țină cont de indicii formulei leucocitare. Conform scorului diagnostic Alvarado, un scor de 7 puncte sau mai mult sugerează probabilitate sporită de AA și constituie o indicație absolută pentru tratamentul chirurgical. Un scor mai mic de 5 puncte exclude AA sau sugerează o probabilitate mică de AA. Pacienții cu un scor de 5-6 puncte, în procesul de evaluare, au avut nevoie de supraveghere în dinamică sau de laparoscopie diagnostică. Riscul de a face AA la acest grup de subiecți este considerat moderat.

R. Ohle a efectuat o analiză sistematică și a evaluat acuratețea diagnosticului stabilit în baza acestui SD în AA în diferite grupuri (copii, bărbați, femei). Un punctaj mai mic de 5 puncte a făcut posibilă excluderea AA cu un grad ridicat de probabilitate în toate grupurile (sensibilitate generală 99%). În subgrupul de pacienți cu un scor de 7 puncte sau mai mult, specificitatea SD a fost relativ scăzută (81% în total). Specificitatea SD la bărbați a fost mai mică decât la femei (57%, respectiv 73%). Autorii au ajuns la concluzia că Alvarado SD este cel mai calibrat pentru utilizare la bărbați și poate fi utilizat cu o precizie ridicată pentru a exclude AA cu un scor mai mic de 5 puncte. Cu toate acestea un scor de 7 puncte sau mai mult nu este o indicație obligatorie pentru apendicectomie necesitând în acest caz o evaluare minuțioasă de către chirurg, suplimentată de utilizarea altor metode de diagnostic [21].

Cu toate acestea, Alvarado SD este cel mai frecvent citat în literatura de specialitate și și-a găsit cea mai largă aplicare în practica chirurgicală comparativ cu alte scoruri diagnostice. Acest lucru este confirmat prin mențiunea SD Alvarado în „Protocolul clinic național pentru diagnosticul și tratamentul AA” [26].

Din totalitate scorurilor diagnostice elaborate, citate în literatura științifică de specialitate doar câteva scoruri țin cont doar de datele clinice și anamnesti-

ce. Un exemplu este Lintula SD în AA care a fost inițial elaborat pentru utilizare în chirurgia pediatrică [19].

Într-un studiu mic randomizat, SD Lintula s-a dovedit a fi informativ și la adulți, unde sensibilitatea a fost de 87%, specificitatea a fost de 79% iar precizia de 74% [20].

În același timp, în cazul utilizării dinamice a SD în timpul evidenței, sensibilitatea, specificitatea și acuratețea au crescut la 87%, 98% și, respectiv, la 92%. Cercetătorii turci au demonstrat o informativitate ridicată a SD AA Lintula în utilizarea lui la pacienții cu vârsta peste 65 de ani și a fost propusă o versiune modificată a acestui SD [18].

În SD în AA RIPASA parametrii analizei generale a sângelui au fost luați în considerare suplimentar [9]. Acest scor a fost elaborat pentru utilizare la populația asiatică (Asia de Sud-Est). Împreună cu semnele de diagnostic utilizate deja în alte SD autorii au ținut cont de simptomul Rovzing și cetățenia străină a pacientului. Cercetătorii iordanieni au comparat eficacitatea SD RIPASA, Alvarado și abordarea clinică nestandardizată în diagnosticul AA la 600 de pacienți [1]. Ponderea apendicectomiilor „inutile” în cazul diagnosticului clinic nestandardizat a fost de 17%. La evaluarea SD AA Alvarado și RIPASA s-a demonstrat o scădere potențială a apendicectomiilor „negative” la 8 și respectiv 7,8%. În același timp SD RIPASA a arătat o sensibilitate și precizie deosebită.

De asemenea s-au făcut tentative de a include parametri suplimentari de laborator în SD AA. Astfel, în scorul AIRS (Appendicitis Inflammatory Response Score), a fost inclusă valoarea proteinei C - reactive, ceea ce a făcut posibilă doar o ușoară creștere a preciziei SD în comparație cu SD AA Alvarado [1].

S. Ohman a efectuat o analiză prospectivă pe un lot de 1254 de pacienți evaluând 10 SD AA cunoscute până la în 1995 și a ajuns la concluzia că folosind SD în diagnosticul de apendicita acută, incidența apendicectomiei „negative” constituie < 15%, riscul unei posibile perforații este < 35%, incidența perforațiilor ideopatice este < 15%, iar incidența AA nedeterminată este < 5% [22].

O revizuire sistematică a 14 SD în AA, care a fost publicată în anul 2013, a evidențiat SD în AA Alvarado, SD în AA Fenyo și Eskelinen originale și modificate drept cele mai utilizate și eficiente. S-a observat că din totalitatea SD AA prezentate, doar scorul diagnostic Eskelinen a fost elaborat folosind programe computerizate, bine calibrate și testat la diferite categorii de populație și cu participarea unui număr maxim de pacienți. Cu toate acestea, SD-urile sus-menționate nu au avut ca scop izolarea formelor distructive ale AA [35].

Analiza eficacității clinice a DS ale AA relatate anterior demonstrează că ele se bazează pe concepte învechite de AA și indicații extinse, nerezonabile

pentru laparotomie și apendicectomie. Astfel, în articolul original al lui Alvarado, AA determinată histopatologic ca AA simplă a fost stabilită la 108 din 227 de pacienți implicați în studiu, ceea ce constituie 47,6% de intervenții chirurgicale [2].

Spre exemplu, N.E. Tzanakis, în grupul de evaluare a SD AA la 70 din 130 de pacienți operați (53,8%)

a constatat diagnostic histopatologic de AA simplă [32].

Astfel rezultatele utilizării SD în AA nu pot fi în nici într-un caz considerate acceptabile în condițiile moderne de diagnostic și tratament al AA.

În tabelul 1 sunt prezentate SD în AA elaborate până în prezent.

Tabelul 1.

Scorurile de diagnostic

Denumire SD AA (autori)	Indicatorii SD AA					
	Metode de investigație ale pacienților	Condițiile elaborării (populația)	Sensibilitate (%)	Specificitate (%)	Precizie (%)	Prezența formelor nedestructive AA (%)
Lintula	- Examinarea clinică	Copii	90	89	89	Nu s-a determinat
Teicher	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge	Maturi	88.5	83.3	85,6	Nu s-a determinat
Alvarado	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge	Maturi	89.7	76.3	82,1	47
Christian	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge	Maturi	85.1	85.1	85,1	Nu s-a determinat
Eskelinen	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge	Maturi	82.8	92.1	88,1	Nu s-a determinat
RIPASA	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge - Analiza general de urină	Maturi (populația asiatică)	88	67	80,5	Nu s-a determinat
Tzanakis	- Examinarea clinică - Analiza generală de sânge - USG	Maturi	95.4	97.4	96,5	53,8

Cu toate acestea, SD AA până în prezent, nu au primit o acceptare și legalizare juridică, ceea ce limitează radical utilizarea acestora în medicina practică. Astfel, în „Protocolul clinic național pentru diagnosticul și tratamentul AA”, este prezentată o abordare de rutină a diagnosticului AA, iar conceptul SD în AA este reflectat doar ca o oportunitate suplimentară pentru chirurg, fiind indicat SD AA Alvarado, care la moment este depășit.

În pofida similitudinii aparente a SD în AA, a criteriilor selectate și punctajul atribuit, crearea SD s-a bazat pe diferite abordări metodologice. Până în prezent, nu au fost efectuate studii metodologice unificate pentru elaborarea celui mai sensibil SD în AA, prin evaluarea comparativă a celor mai informative criterii de diagnostic și ulterior aplicarea acestuia în practică. SD în AA au fost elaborate pe idei „depășite”, astfel autorii denotă concluzii supraestimate ale eficacității lor clinice. În același timp, criteriul universal utilizat pentru evaluarea eficacității SD în AA rămâne a fi numărul apendicectomiilor „negative” pentru formele nedestructive. Varietatea SD în AA propuse și multiplele încercările de îmbunătățire a

acestora indică nesatisfacția rezultatelor obținute în aplicarea acestora.

În concluzie putem menționa necesitatea studierii aspectelor organizatorice și juridice de utilizare SD în AA în practica chirurgicală curentă, realizarea unei formulări fundamentate științific a principiilor metodologice unificate pentru crearea și evaluarea comparativă a acestora, scopul fiind elaborarea unui scor diagnostic clinico-ecografic al AA oportun, ținut pe diagnosticul formelor distructive ale AA.

Aspectele organizatorice și juridice de utilizare a scorurilor de diagnostic pentru apendicita acută. Problema fundamentală aplicării a SD în AA în clinicile chirurgicale naționale este determinarea locului lor în practica chirurgicală cotidiană. Odată cu dezvoltarea metodelor moderne de diagnostic în majoritatea patologiilor chirurgicale examinarea clinică pacienților este aproape practic ignorată, iar algoritmi de diagnostic diferențial au fost dați uitării de chirurgii moderni, ceea ce i-a făcut efectiv ostatici ai investigațiilor imagistice și endoscopice. Totuși, diagnosticul preoperator al AA este încă în totalitate bazat pe investigațiile clinice. Mai mult de un secol

chirurgii din întreaga lume au acumulat experiență în diagnosticul AA. Au fost publicate numeroase articole, monografiile și manuale care au descris cu lux de amănunte evoluția clinică a AA, evidențiind forme tipice și atipice [37, 41, 42, 11]. Ca rezultat au fost descrise numeroase acuze ale pacienților, multitudinea de simptome ale AA și manifestări clinice individuale. Totodată au fost cercetate diverse metode de diagnostic de laborator, au fost descrise semne ultrasonografice, RMN și semne CT de diagnostic al AA. [6, 15, 13, 14, 17, 20, 25, 27, 30, 4].

O serie de autori au consacrat lucrările lor doar erorilor de diagnostic în AA [46, 39]. Cu toate acestea, până în prezent, nu au fost formulate standarde de diagnostic pentru AA și lipsește conceptul de „minimum necesar” de diagnostic obligatoriu. În literatura de specialitate, privind diagnosticul și tratamentul AA, nu există o separare clară a formelor AA, ca urmare în practica clinică se acceptă tacit efectuarea apendicectomiei în AA nedistructivă. Rezultatul acestei abordări este lipsa unei liste standardizate obligatorii de acuze, simptome clinice, investigații de laborator și date de examinare paraclinică, cu atât mai mult lipsește algoritmul de diagnostic recunoscut universal. (De sters) Demonstrativ în acest aspect este „Protocolul clinic național de diagnostic și tratament apendicitei acute”, unde lipsesc simptome, de altfel pe larg recomandate de mulți autori, caracteristice formelor atipice ale AA.

În lipsa unui algoritm universal obligatoriu de diagnostic clinic, chirurgul este lăsat să-și aleagă de sine stătător simptomele, cantitatea și ponderea acestora pentru diagnosticul AA. Examenul clinic este în mare măsură subiectiv și depinde de experiența personală și de calificarea specialistului. În situații când AA nu a fost diagnosticată la timp, chirurgul este acuzat de „volum insuficient” de examinare și de evaluare „incorectă” a datelor obținute. Chiar și în prezența unui număr mare de simptome negative sau „dubioase” ale AA, expertul caută întotdeauna simptomul pozitiv „salvator” care nu a fost examinat de către medicul curant. Chirurgului i se incriminează încălcarea algoritmului de diagnostic „corect” care, de fapt, nu există. Cazurile îndoielnice de AA în majoritatea cazurilor sunt supuse intervențiilor chirurgicale, argumentul *forte* în aceste situații fiind că laparotomia nu afectează sănătatea pacienților. Așadar, în „Recomandările clinice pentru diagnosticul și tratamentul AA” se afirmă că, „... în orice caz controversat, dacă nu este posibil de exclus AA, tactica tratamentului se decide în favoarea intervenției chirurgicale” [26]. Experiența clinică demonstrează că astfel de operații exploratorii sunt însoțite de complicații. De fapt, această reprezintă o amenințare pentru sănătatea și viața pacienților

și adesea provoacă reclamații cu privire la calitatea tratamentului chirurgical.

Aceste intervenții chirurgicale evidențiază problema tratamentului chirurgical al AA „simple” și hiperdiagnosticului apendicitei acute „secundare”, care încă nu este rezolvată. Este recunoscut în unanimitate că astfel de abordare, provoacă un număr semnificativ de complicații postoperatorii [12].

Fiecare chirurg trebuie să memoreze că îndepărtarea AV, care prezintă doar modificări secundare minore de seroasă, și chiar un AV neschimbat, poate provoca apariția unor complicații suplimentare. În plus tulburările postoperatorii sau complicațiile cauzate de apendicectomia „asociată” face extrem de dificilă căutarea cauzei reale a sindromului algic care a dus pacientul pe masa de operație. În cazurile când tabloul intraoperator al AV (apendicita „cataraală”) nu corespunde cu tabloul clinic, căutarea cauzei reale este un act urgent care ar trebui efectuat în perioada postoperatorie precoce [44].

Concluzionând din cele expuse, constatăm că în nedignificarea AA distructivă sau cazurile de hiperdiagnostic, din punct de vedere legal, cel care va fi învinuit de acordarea asistenței medicale defectuoase, malpraxis, mereu va fi medicul chirurg.

Astfel apare necesitatea de elaborare a conceptului de examinare „suficientă” clinică a pacienților cu AA, care trebuie să includă o listă cu cele mai tipice acuze, simptome clinice, semne de laborator și USG și ar trebui să fie legalizat sub forma unui standard de diagnostic pentru AA distructivă.

Din punct de vedere juridic, acest concept ar trebui să ofere medicului curant protecția legală a exhaustivității examinării clinice efectuate de acesta atunci când apar revendicări privind calitatea acordării asistenței medicale.

În baza analizei celor mai frecvente manifestări clinice al AA și a celor mai frecvente erori de diagnostic, cercetătorii au concluzionat că există tipuri de manifestări clinice ale AA: tipice și atipice [37, 42, 43, 44].

În cazul manifestărilor clinice tipice ale AA, numărul suficient al simptomelor diagnostice este minim. În manifestările clinice atipice ale AA, au fost propuse simptome și metode de examinare suplimentare. Savanții au subliniat că există dependența manifestărilor clinice ale AA de vârsta și de gen ale pacienților [37, 42, 43, 44].

Rezultă că conceptul de „examinare suficientă” ar trebui să acopere atât formele clinice tipice cât și cele atipice ale AA, grupele de vârstă și sex ale pacienților. Problema eşantionării celor mai veridice simptome clinice, semne de laborator și ecografice ale AA distructive, cu crearea unui algoritm de diagnostic pe baza lor, stă la baza formării unui SD al AA. O altă problemă

clinică și juridică importantă este selectarea indicațiilor și contraindicațiilor pentru stabilirea diagnosticului clinic de AA respectiv și al SD AA. La etapa actuală nimeni nu a exclus diagnosticului clinic al AA și nu a impus limite în diagnosticarea clinică a acesteia deși aproape toate recomandările clinice denotă problema majoră a diagnosticului clinic al AA la bătrâni, gravide, la pacienții cu obezitate, diverse patologii SNC și a bolilor mintale etc. [37, 42, 43, 44].

Discuții. Luând în considerație faptul că în majoritatea cazurilor de diagnostic al AA chirurgul se bazează pe tabloul clinic: semne, simptome, examen obiectiv, etc, standardizarea diagnosticului ar duce facilitarea stabilirii diagnozei și micșorarea numărului apendectomiilor false. În pofida faptului că progresul tehnico-științific ne oferă o multitudine de metode de diagnostic noninvazive (CT, RMN, USG, etc), sensibilitatea și specificitatea lor nu ne permite să ne bazăm în exclusivitate doar pe ele. Rămâne de găsit un numitor comun între examenul clinic standardizat și investigațiile performante, formulă de aur în contextul sus descris, decizia finală luându-se întotdeauna de medicul practician.

Concluzii:

1. Scorurile de diagnostic și algoritmi incluși sunt standarde științifice pentru diagnosticarea AA a căror dezvoltare și evaluare comparativă ar trebui să se efectueze pe baza indicatorilor propuși, a principiilor metodologice și a algoritmilor comuni la pacienți bătrâni.

2. Analiza structurală a SD AA structurate anterioare a relevat inconsecvența acestora cu principiile comune propuse de formare a unui SD, lipsa concentrării asupra diagnosticării AA cu admiterea a până la 53,8% din apendectomii a formelor nedistructive de AA, ceea ce la pacienți în vârstă nu este acceptabil.

3. Dezvoltarea scorului nou de diagnostic al AA și algoritmul lui de aplicare la persoane bătrâne, elaborat în conformitate cu cerințele metodologice unificate este o necesitate incotestabilă din punct de vedere atât practic, cât și juridic.

Declarație de conflict de interese. Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Bibliografie

- Alnjadat I., Abdallah B. Alvarado versus RIPASA score in diagnosing acute appendicitis. *Rawal Medical Journal*. - 2013. - Vol. 38(2):147-151.
- Alvarado A. Alvarado practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann. Emerg. Med.* - 1986. Vol. 15:557-564.
- Andersson R., A. Hugander. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis *World J. Surg.* - 1999. Vol. 23:133-140.
- Araki I., Hamano N., Fujimura H. et al. Ultrasonic visualization of normal appendix: Abstracts from the 9th Congress of World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology. *J. Ultrasound in Medicine and Biology*. 2000. Vol. 26(6):166.
- Arnbjornsson E. Scoring system for computer-aided diagnosis of acute appendicitis. The value of prospective versus retrospective studies. *Ann. Chir. Gynaecol.* 1985. Vol. 74:159-166.
- Barger R. L. Jr., K. R. Nandalur. Diagnostic performance of magnetic resonance imaging in the detection of appendicitis in adults: a meta-analysis. *Acad. Radiol.* 2010. Vol. 17(10):1211-1216.
- Blumenfeld Y. J., A. E. Wong. MR imaging in cases of antenatal suspected appendicitis- a meta-analysis. *Matern. Fetal Neonatal Med.* 2011. Vol. 24(3):485-488.
- Carroll P. J., Gibson D. Surgeon-performed ultrasound at the bedside for the detection of appendicitis and gallstones: systematic review and meta-analysis. *J. Surg.* - 2013. Vol. 205(1):102-108.
- Chong C. F. Development of the RIPASA score: a new appendicitis scoring system for the diagnosis of acute appendicitis. *Singapore Med. J.* 2010 Vol. 51(3):220-225.
- Eskelinen M., J. Ikonen. A computer-based diagnostic score to aid in diagnosis of acute appendicitis. *Theor. Surg.* 1992(7):86-90.
- Fitz R. H. Perforating inflammation of the vermiform appendix: With special reference to it's early diagnosis and treatment. *Trans. Assoc. Am. Physicians.* 1886(1):107-138.
- Flum D. R. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis: nationwide analysis. *Arch. Surg.* 2002(137):799-804.
- Gale M. E. CT appearance of appendicitis and its local complications. *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1985(9):34-37.
- Gavriloski P. Acute appendicitis: ultrasound detection and differential diagnosis. *Radiology.* 2000 vol. 10(2):316- 322.
- Grosskreutz S., W. B. Goff, Z. Balsara, T. K. Burkhard. CT of the normal appendix *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1991(15):575-577.
- Jones A. E., Phillips A. W., Jarvis J. R., K Sargen. The value of routine histopathological examination of appendectomy specimens. *BMC Surg.* 2007(7):17-21.
- Keyzer C., Cullus P. MDCT for suspected acute appendicitis in adults: impact of oral and iv contrast media at standard-dose and simulated low dose techniques *AJR.* - 2009. Vol. 193:1272-1281.
- Konan A., Hayran M., Alper Kilic Y. Scoring systems in the diagnosis of acute appendicitis in the elderly. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery.* 2011. Vol. 17(5):396-400.
- Lintula H., Pesonen E. A diagnostic score for children with suspected Appendicitis. *Langenbecks Arch. Surg.* - 2005. Vol. 390:164 -170.
- Lodewijk C. A simple MRI protocol in patients with clinically suspected appendicitis: results in 138 patients and effect on outcome of appendectomy. *Eur. Radiol.* 2009(19):1175-1183.
- Ohle R. et al. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Medicine.* 2011(9):139-152.

22. Ohmann C., Franke C., Yang Q. Diagnostic score for acute appendicitis et al. *Chirurg.* 1995(66):135-14.
23. Ohmann, C., Yang Q., Franke C. Diagnostic scores for acute appendicitis. *Abdominal Pain Study Group. Eur. J. Surg.* 1995(161):273-281.
24. Phillips, A. W., Jones. K. Should the macroscopically normal appendix be removed during laparoscopy for acute right iliac fossa pain when no other explanatory pathology is found. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2009. Vol. 19(5):392-394.
25. Pickhardt P. J., Lawrence E. M. Diagnostic Performance of Multidetector Computed Tomography for Suspected Acute Appendicitis. *Ann. Intern. Med.* 2011 Vol. 154:789-796.
26. Guțu E., Guzun V. Protocol clinic national. *Apendicita acută la adult. PCN-317*, 2018.
27. Puylaert, J. B. Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology.* 1986. Vol. 158(2):355-360.
28. Sitter S. H., Hoffmann I. Diagnostic score in appendicitis. Validation of a diagnostic score (Eskelinen score) in patients in whom acute appendicitis is suspected. *Langenbecks Arch. Surg.* 2004(389):213-218.
29. Subotic A. M. Evaluation of the Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis. *ACI.* Vol. LV:55-61.
30. Tarjan, Z., Jaray B. Sonography of acute appendicitis: accuracy of criteria: Abstracts from the 9th Congress of World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology. 2000. Vol. 26(2):157.
31. Teicher, I., Landa B. Scoring system to aid in diagnoses of appendicitis. *Ann. Surg.* - 1983. Vol. 198:753-759.
32. Tzanakis N. E., Efstathio S. P. A. New Approach to Accurate Diagnosis of Accute Appendicitis. *Word J. Surg.* 2005(29):1151-1156.
33. Van Way W., J. R. Murphy, E. L. Dunn et al. A feasibility study of computer aided diagnosis in appendicitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* - 1982. Vol. 155:685-688.
34. Wagner, J., McKinney W., Carpenter J. Does this patient have appendicitis? *JAMA.* 1996. Vol. 276:1589-1594.
35. Wilasrusmee C., Anothaisintawee T. Diagnostic Scores for Appendicitis: A Systematic Review of Scores Performance *British Journal of Medicine & Medical Research.* 2014. Vol. 4(2):711-730.
36. Zdichavsky H. M., Gögele, G. Blank, et al. Histological characterization of appendectomy specimens with intraoperative appearance of vascular injection. *Surg Endosc.* 2013 Vol. 27(3):849-853.
37. Арсений А. К. Диагностика острого аппендицита. Монография. Кишинев. 1978. Карта Молдовеняскэ:123.
38. Гринберг А. А. Неотложная абдоминальная хирургия: справочное пособие для врачей. Триада-Х, 2000:496.
39. Дронов А. Ф. и др. Гипердиагностика острого аппендицита у детей. *Хирургия* 1999(11):16-19.
40. Калитеевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка. Монография. М. Медицина. 1970:204.
41. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита: монография. Медицина 1972:290.
42. Корита В. Р. Острый аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка: монография. Хабаровск. Издательство ДВГМУ. 2005:220.
43. Пронин В. А., Бойко В. В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия: практическое руководство. Харьков. 2007:271.
44. Савельев В. С., Петухов В. А., Савчук Б. Д. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. под общ. ред. В. С. Савельева. - М.: Изд. «Триада-Х», 2005:640.
45. Седов В. М. Аппендицит. СПб.: ООО «Санкт Петербургское медицинское издательство, 2002:232.
46. Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В. К дискуссии о лечебной тактике при остром аппендиците. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2014(4):20-22.
47. Утешев Н. С., Малюгина Т. А., Богницкая Т. Н., Пахомова Г. В. Острый аппендицит: практическое руководство. Медицина, 1975:158.