

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

Эргашев Саидбек Нурматович

*студент Ташкентский государственный медицинский
университет, Ташкент, Узбекистан*

Тохиров Акбар Тохир угли

*студент Ташкентский государственный медицинский
университет, Ташкент, Узбекистан*

Урозалиева Мохинур Уткировна

*студент Ташкентский государственный медицинский
университет, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность исследования

Острый аппендицит является одним из самых распространённых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и остаётся ведущей причиной экстренных оперативных вмешательств. Несмотря на значительный клинический опыт, накопленный за многие десятилетия, проблема своевременной диагностики острого аппендицита полностью не решена. Клиническая картина может быть стёртой или атипичной, особенно у детей, лиц пожилого возраста, беременных, пациентов с ожирением и сопутствующей соматической патологией.

Позднее обращение за медицинской помощью, атипичное расположение червеобразного отростка, самопроизвольный приём анальгетиков и антибиотиков нередко маскируют симптомы заболевания и приводят к задержке постановки диагноза. В результате возрастает риск развития тяжёлых осложнений: перфорации, перитонита, аппендикулярного инфильтрата, абсцессов брюшной полости, сепсиса. Современные методы визуализации (ультразвуковое исследование, компьютерная томография) и лабораторные маркеры позволяют повысить точность диагностики, однако окончательное решение зачастую остаётся за клиническим опытом врача.

В этой связи изучение особенностей клиники, современных подходов к диагностике, хирургическому лечению и послеоперационному ведению пациентов с острым аппендицитом остаётся актуальной задачей клинической хирургии.

Цель исследования

Проанализировать особенности клинического течения острого аппендицита, оценить роль современных методов диагностики и хирургического лечения, а также изучить подходы к послеоперационному ведению пациентов с целью снижения частоты осложнений и улучшения исходов.

Материалы и методы исследования

В ретроспективное исследование включены 100 пациентов с установленным диагнозом «острый аппендицит», находившихся на лечении в хирургическом отделении. Возраст больных варьировал от 16 до 70 лет. Мужчин было 56, женщин — 44.

Исследование включало анализ:

- клинической картины заболевания (характер и динамика болевого синдрома, сопутствующие жалобы, длительность заболевания до обращения);
- данных физикального обследования (локализация болезненности, симптомы раздражения брюшины, мышечная защита);
- лабораторных показателей (лейкоцитоз, нейтрофилёз, С-реактивный белок);
- результатов инструментальных методов: ультразвукового исследования органов брюшной полости, при необходимости — компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) у беременных
- применяемых методов хирургического лечения (лапароскопическая и открытая аппендэктомия);
- особенностей послеоперационного ведения (антибактериальная терапия, обезболивание, ранняя активизация, контроль моторики кишечника).

Классификация морфологических форм острого аппендицита проводилась по операционным и гистологическим данным: катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный аппендицит.

Результаты исследования

Среди включённых в исследование пациентов распределение морфологических форм острого аппендицита было следующим:

- катаральный аппендицит — 29 % случаев
- флегмонозный аппендицит — 41 %;
- гангренозный аппендицит — 18 %;
- перфоративный аппендицит — 12 %.

Наиболее частыми клиническими проявлениями были:

- абдоминальная боль, отмечавшаяся у 100 % пациентов, при этом у 65 % отмечалась типичная миграция боли из эпигастральной или околопупочной области в правую подвздошную область
- тошнота и/или однократная рвота — у 53 %;
- повышение температуры тела выше 38 °С — у 48 %;
- локальная мышечная защита и симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области — у 72 %;
- лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$ — у 69 % пациентов.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было выполнено большинству пациентов и позволило визуализировать утолщённый, плохо

компримируемый червеобразный отросток, периаппендикулярное воспаление или скопление жидкости примерно у 74 % больных. В 26 % случаев ультразвуковая картина была недостаточно информативной, особенно при выраженном метеоризме, ожирении или атипичном расположении отростка. В этой группе пациентов диагностический алгоритм дополнялся проведением КТ брюшной полости с контрастированием, что позволило верифицировать диагноз в 96 % случаев.

В соответствии с современными тенденциями, у 67 пациентов (67 %) выполнена лапароскопическая аппендэктомия, у 33 (33 %) — открытая аппендэктомия (через доступ в правой подвздошной области или срединную лапаротомию при распространённом перитоните).

Преимущества лапароскопической аппендэктомии включали:

- меньшую выраженность послеоперационной боли;
- раннюю активизацию и более быстрое восстановление бытовой активности;
- лучший косметический результат;
- снижение частоты раневых инфекций и послеоперационных грыж.

Открытая аппендэктомия чаще выполнялась при осложнённых формах аппендицита (гангренозный, перфоративный, распространённый перитонит), а также при невозможности безопасного выполнения лапароскопии (технические сложности, тяжёлое состояние пациента).

В послеоперационном периоде использовались различные схемы антибактериальной терапии в зависимости от морфологической формы и наличия осложнений. При неосложнённом катаральном аппендиците антибиотики ограничивались коротким курсом профилактической терапии, тогда как при флегмонозной, гангренозной и перфоративной формах применялись комбинированные схемы (цефалоспорины III поколения, метронидазол и др.).

Частота послеоперационных осложнений составила:

- раневая инфекция — 6 %;
- внутрибрюшные абсцессы — 3 %;
- парез кишечника — 7 %;
- кровотечение из ложа отростка — 1 %.

Отмечено, что осложнения чаще развивались у пациентов с перфоративными формами аппендицита и при позднем обращении (более 48 часов от начала заболевания).

Обсуждение результатов

Анализ результатов исследования показал, что, несмотря на типичность клинической картины во многих случаях, диагностика острого аппендицита по-прежнему требует комплексного подхода. Классические симптомы (миграция

боли, локальная болезненность и мышечная защита, субфебрилитет, лейкоцитоз) могут быть сглажены или атипичны, особенно у пациентов старших возрастных групп, беременных и при сопутствующей патологии.

Использование визуализационных методов, прежде всего УЗИ и КТ, позволяет повысить точность диагностики и снизить частоту необоснованных аппендэктомий. КТ брюшной полости с контрастированием доказала свою высокую информативность при атипичных формах, подозрении на абсцесс или перфорацию, а также при наличии конкурирующей хирургической патологии.

Лапароскопическая аппендэктомия на сегодняшний день рассматривается как метод выбора при неосложнённом остром аппендиците и во многих случаях при осложнённых формах. Её преимущества включают снижение травматичности вмешательства, более быстрое восстановление и снижение частоты инфекционных осложнений. В то же время открытая аппендэктомия сохраняет свои позиции при распространённом перитоните, технических ограничениях лапароскопии и отсутствии соответствующего оборудования или опыта.

Рациональная антибактериальная терапия должна основываться на морфологической форме аппендицита и наличии осложнений. Избыточное и необоснованное применение антибиотиков при неосложнённых формах может способствовать формированию резистентной флоры и неблагоприятным лекарственным взаимодействиям.

Ключевое значение имеет адекватное послеоперационное ведение: контроль боли, ранняя активизация, профилактика тромбоэмболических осложнений, мониторинг моторики кишечника и раннее восстановление энтерального питания. Соблюдение этих принципов способствует снижению частоты осложнений и сокращению сроков госпитализации.

Выводы

1. Острый аппендицит остаётся одной из наиболее частых причин экстренных хирургических вмешательств и требует своевременной диагностики и оперативного лечения.

2. Клиническая картина острого аппендицита может быть типичной или атипичной, что обуславливает необходимость комплексного подхода к диагнозу с использованием лабораторных и инструментальных методов.

3. УЗИ органов брюшной полости является методом первой линии, однако при недостаточной информативности целесообразно применение КТ для уточнения диагноза и выявления осложнений.

4. Лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора при неосложнённых формах аппендицита и обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода по сравнению с открытыми вмешательствами.

5. Открытая аппендэктомия остаётся необходимой опцией при

распространённом перитоните, технических сложностях лапароскопии и тяжёлом общем состоянии пациента.

6. Рациональная антибактериальная терапия и грамотное послеоперационное ведение способствуют снижению частоты осложнений и улучшению исходов лечения.

Практические рекомендации

- При подозрении на острый аппендицит необходимо максимально раннее обращение за медицинской помощью и госпитализацию пациента в хирургический стационар.

- Диагностический алгоритм должен включать тщательный клинический осмотр, лабораторные тесты и ультразвуковое исследование органов брюшной полости; при сомнениях показано выполнение КТ.

- При отсутствии противопоказаний следует отдавать предпочтение лапароскопической аппендэктомии как менее травматичному и более физиологичному методу.

- Антибактериальная терапия должна назначаться дифференцированно, с учётом морфологической формы аппендицита и наличия осложнений.

- В послеоперационном периоде необходимо обеспечить адекватный контроль боли, раннюю активизацию, профилактику тромбоэмболических осложнений и мониторинг признаков возможных инфекционных осложнений.

- Ведение пациентов с осложнёнными формами аппендицита требует мультидисциплинарного подхода с участием хирурга, анестезиолога-реаниматолога и, при необходимости, инфекциониста.

Список литературы

1. Bhangu A., Søreide K., Di Saverio S. et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*. 2015;386(10000):1278–1287.

2. Di Saverio S., Podda M., De Simone B. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:27.

3. Atema J.J., van Rossem C.C., Leeuwenburgh M.M. et al. Scoring system to distinguish uncomplicated from complicated acute appendicitis. *Br J Surg*. 2015;102(8):979–990.

4. Sammalkorpi H.E., Mentula P., Leppäniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis. *J Gastrointest Surg*. 2014;18(7):1233–1241.

5. Kim K., Rhee J.E., Lee C.C. et al. Impact of helical computed tomography in clinically evident appendicitis. *Emerg Med J*. 2008;25(9):559–562.

6. Terasawa T., Blackmore C.C., Bent S. et al. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med.* 2004;141(7):537–546.
7. Gaitini D. Imaging acute appendicitis: state of the art. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:49.
8. Sauerland S., Jaschinski T., Neugebauer E.A. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10):CD001546.
9. Markar S.R., Penna M., Harris A. Laparoscopic appendectomy: a safe operation for training? *Int J Surg.* 2011;9(4):310–313.
10. Frazee R.C., Boker J.R., Mangiante E.C. et al. Acute appendicitis: a 5-year clinical experience. *Am Surg.* 1996;62(10):815–818.
11. Flum D.R., Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis. *Arch Surg.* 2002;137(7):799–804.
12. Икрамов А.И., Петров В.Н. Острый аппендицит: современные аспекты диагностики и лечения. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2019;7:30–36.
13. Соколов В.А., Климов Д.Ю. Роль лапароскопической аппендэктомии в лечении острых хирургических заболеваний. *Эндоскопическая хирургия.* 2018;24(2):18–24.
14. Орлова Л.В., Пахомов А.А. Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого возраста. *Вестник хирургии.* 2020;176(4):45–51.
15. Мельников А.С., Жуков А.В. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците и пути их профилактики. *Анналы хирургии.* 2021;26(1):55–62.
16. Крылов С.В., Назаров И.В. Антибактериальная терапия при остром аппендиците: современные подходы. *Вестник анестезиологии и реаниматологии.* 2022;19(3):60–66.