

*Дундаров З.А.1, Адамович Д.М.1, Филатов А.А.2, Анджум Вакар1*

## **ОТДЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

<sup>1</sup>*УО «Гомельский государственный медицинский университет» ,*

<sup>2</sup>*Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

*Гомель, Республика Беларусь*

**Введение.** Острый аппендицит ОА одно из наиболее распространенных заболеваний в неотложной хирургии. В ряде случаев клиническая картина острого аппендицита имеет характерную клиническую картину. При поздних сроках обращения пациентов с жалобами на боль в животе основными моментами в постановке верного диагноза является анамнез, имеющаяся клиническая картина, лабораторные показатели. При атипично расположенном червеобразном отростке (ЧО) с учетом сроков обращения возникает необходимость в проведении дифференциальной диагностики с заболеваниями органов смежных областей (гинекологической и урологической патологии). В связи с этим в диагностике острого аппендицита большую роль имеют неинвазивные методы обследования, в частности ультразвуковое исследование органов брюшной полости, обладающее определенной информативностью в режиме скринингового обследования в условиях общехирургического стационара без лучевой нагрузки на пациента. По данным литературы чувствительность УЗИ в различных клиниках составляет от 48,2% до 90,3%. В качестве завершающего, инвазивного метода диагностики, высокой ценностью обладает диагностическая лапароскопия, позволяющая определить тактику дальнейшего лечения пациента.

**Цель:** изучить значение отдельных клинических, инструментальных и лабораторных данных в диагностике осложненного острого аппендицита у взрослых пациентов.

**Материалы и методы.** Изучены медицинские карты пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение №1 УГОКБ за период 01.01.2014г – 01.02.2020 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

**Результаты и обсуждение.** За период 01.01.2014 – 01.02.2020 в первое хирургическое отделение было госпитализировано 1272 пациента с клиникой острого аппендицита. Пациентов с осложненным острым деструктивным аппендицитом (ООА) (аппендикулярный абсцесс (АА), перитонит) было 170 (13,4%). Мужчин было 92 (54%), женщин 78 (46%). Средний возраст пациентов составил 50 (32; 64) года. Индекс массы тела (ИМТ)

составил 26 (22; 31). Позже 24 часов обратилось 81% пациентов. Средние сроки заболевания составили 52 (33;90) часа.

При сборе анамнеза отмечали локализацию первичной боли 32,6% пациентов в правой подвздошной области, в эпигастрии – 31,5%, нелокализованную боль в животе или в мезогастррии – 22,5%, в гипогастрии – 13,4% пациентов. У пациентов с АА первоначальную боль в правой подвздошной области отмечали 40,7% пациентов, перемещение с эпигастриальной области - 27,8%, боль в мезогастррии, или нелокализованную боль в животе – 25,9%, в гипогастрии - 5,6%. Сроки заболевания составили 72 (48;120) часа, позже 24 часов обратилось 88% пациентов. Средний возраст составил 49 (35;65) лет. Мужчин 56%, женщин – 44%.

У пациентов с перитонитом у 44,4% (у пациентов с острым гангренозным перфоративным аппендицитом и вскрывшимся АА с перитонитом) первоначальная боль локализовалась в эпигастрии, которая затем смещалась в правую подвздошную область, боль в гипогастрии отмечали 25,0% поступивших, боль в правой подвздошной области - 19,4%, нелокализованную боль в животе или околопупочной области - 16,7%. Средние сроки заболевания составили 36 (24;72) часов, позже 24 часов было 70% обратившихся. Средний возраст составил 51 (24;62) лет. Мужчин было - 51%, женщин – 49%. В общем анализе крови средний уровень лейкоцитов составил - 15,4 (12,3;18,6) $\times 10^9$ /л, гемоглобина – 134 (119;146) г/л, эритроцитов – 4,38 (4,00;4,83) $\times 10^{12}$ /л, тромбоцитов – 183 (150;234) $\times 10^9$ /л. Статистически достоверных отличий у пациентов с АА и перитонитом в анализе крови выявлено не было.

При госпитализации выполнено УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка, дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии 96% пациентов. При ультразвуковом исследовании заключение о наличии ООА выставлено 97 (63%) пациентам. При АА выявлены эхоскопические признаки ООГА в 78% случаях, у 43% пациентов с перитонитом. В последующем с целью уточнения диагноза, выбора тактики оперативного лечения 44 (25,9%) пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия. У пациентов с АА – 15 (15,3%), с перитонитом – 29 (40,3%).

**Выводы.** Ведущими клиническими признаками в диагностике ООГА является наличие боли в правой подвздошной области у пациентов с АА или клиники перитонита, с учетом анамнеза - наличие первичной боли в правой подвздошной области у 40,7% пациентов, с клиникой перитонита у 19,4%. Характерная «миграция» первичной боли из эпигастрия у пациентов с АА отмечена в 27,8% случаев, в то время как у пациентов с распространенным перитонитом у 44,4%. Все ООГА сопровождаются лейкоцитозом, составляющим в среднем - 15,4 $\times 10^9$ /л. В условиях общехирургиче-

**Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения** : сб. материалов  
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

ского стационара скрининговое УЗИ имеет определенную ценность – выявляемость АА составила 78%, деструктивного ЧО при клинике перитонита – 43%. С целью уточнения диагноза, определения тактики лечения у пациентов с неясным диагнозом показано выполнение диагностической лапароскопии.