

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

<sup>2</sup>Купчя С.В., <sup>1</sup>Дундаров З.А., <sup>1</sup>Адамович Д.М., <sup>2</sup>Сушкин М.И.,  
<sup>2</sup>Скачкова А.С., <sup>2</sup>Калинина А.Л., <sup>1</sup>Анжум В.З.

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

<sup>2</sup>Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»,  
Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Пациенты с острым аппендицитом (ОА) в отделениях экстренной хирургии составляют одну из ведущих нозологий [E. Guaitoli et al., 2020]. Кроме клинической диагностики ОА с применением различных шкал (Alvarado, MANTRELS, AIR, RIPASA, Tzanakis) скрининговым методом обследования пациентов с абдоминальной болью в большинстве клиник является УЗИ, в некоторых странах – КТ, МРТ [Jussi Haijanen et al., 2021; Shehzadi Rimsha et al., 2021; Wouter Bom et al., 2021]. Ультразвуковое исследование при ОА сопровождается чувствительностью 58 – 95% [Debnath, J., et al., 2015, Kundiona I, et al., 2015, Di Saverio, et al., 2016, Eng KA, et al., 2018, Di Saverio, S., et al., 2020, Bahramiet M, al., 2023, Podda M, et al., 2023], при формировании аппендикулярного абсцесса (АА) 36% - 56% [de Jonge, J., et al., 2019, Bhoj Raj Sharma, et al., 2020, Mejri, A., et al., 2021]. Вместе с тем, на эхоскопическую диагностику ОА оказывают свое влияние ряд разносторонних факторов: технические возможности УЗ аппарата, нагрузка и опыт работы врача УЗД, алиментарное поведение, состояние и конституциональные особенности пациента. Кроме того, пациенты с ОА, осложненным перитонитом плохо переносят ступенчатую компрессию датчиком УЗ-аппарата передней брюшной стенки [Hwang ME., et al., 2018].

**Цель:** изучить возможности сонографической визуализации аппендикулярного абсцесса у взрослых пациентов в скрининговом режиме в многопрофильном стационаре, оказывающем круглосуточную экстренную хирургическую помощь.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучены медицинские карты пациентов с аппендикулярным абсцессом, госпитализированных в хирургические отделения УГОКБ. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 10.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %. В исследование не были включены такие показатели: врач и его стаж работы, время суток и день недели выполнения исследования, выполненная нагрузка перед проводимым исследованием.

**Результаты.** За период 01.01.2014г – 01.07.2023г госпитализировано 1860 пациентов с диагнозом «острый аппендицит», из них пациентов с аппендикулярным абсцессом – 131 (7,04%). Среди пациентов мужчин было 72 (54,9%), средний возраст - 52 (38;66) года, женщины – 59 (45,1%) пациенток, в возрасте 55 (40;64) лет. Пациенты поступали в среднем через 72 (40; 96)

часов от начала заболевания, статистически достоверных отличий по полу и срокам обращения выявлено не было ( $p=0,08$ ). Наряду с клиническим, лабораторным обследованием, 95,4% выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек с целью уточнения диагноза, исключения смежной патологии. Исследование производили на аппаратах в режимах с использованием линейного, или конвексного датчиков, или чаще их сочетание, с частотными характеристиками от 3,5 до 12 MHz на аппаратах экспертного класса «Logiq s7 Expert», «Arietta S70», и высокого класса «Aloka prosound alpha 6».

Всего было выполнено 125 исследований пациентам с аппендикулярным абсцессом. Эхоскопические признаки аппендикулярного абсцесса были выявлены у 90 пациентов (72%) (группа 1), не выявлено у 35 (28%) (группа 2). В обеих группах преобладали мужчины – 54,4%. Средний возраст пациентов был сопоставим: 1 группа - 53 (41;64), 2 группа - 52 (38;65). Значимых отличий в обеих группах по значению ИМТ не было: 1 группа - 26 (22;31), 2 группа - 26 (23;31). Отмечено статистически значимые отличия по времени от начала заболевания ( $p=0,002$ ): в 1 группе - 72 (48;120) часа, во 2 группе - 48 (29;72) часов. В первой группе интраоперационно выявлено типичное расположение в 31,1%, ретроцекальное – 42,2%, за илеоцекальным переходом – 17,8%, в мезогастрии – 2,2%, подпеченочно – 1,1%, в малом тазу – 5,6%. Во второй группе: типичное расположение – 28,6%, ретроцекальное – 34,3%, за илеоцекальным переходом – 17,1%, в мезогастрии – 2,9%, подпеченочно – 2,9%, в малом тазу – 14,2%. Статистически значимых различий в эхоскопической визуализации АА в зависимости от локализации червеобразного отростка не было выявлено. При УЗИ выпот в брюшной полости в первой группе был выявлен 55,6% пациентов, увеличенные брыжеечные лимфоузлы в 6,7%. Во второй группе выпот выявлен в 42,9%, увеличенные мезентериальные лимфоузлы - 11,4%. В связи с наличием клиники перитонита, в первой группе после предоперационной подготовки была выполнена срединная лапаротомия 5 пациентам (5,6%), во второй группе лапароскопия, лапаротомия – 5 и лапаротомия – 4 (в совокупности - 25,7%).

**Выводы.** Скрининговое УЗИ органов брюшной полости является эффективным диагностическим инструментальным методом первой линии при остром аппендиците с аппендикулярным абсцессом (72%). Удельный вес (25,7%) с не визуализированным АА было обусловлено наличием клиники перитонита с болевым синдромом, наличием пневматоза кишечника. У пациентов с выявленным АА отмечены сравнительно большие сроки заболевания, что, ведет, в ряде случаев, к лучшему ограничительному процессу, появление хорошо визуализируемого жидкостного отграниченного скопления, сопровождающегося нарастанием локальных воспалительно-инфильтративных изменений тканей, хорошо визуализируемых при УЗИ.