

УДК 616.346.2-002.1-06-052-053.8

**КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

Кириленко М. С., Листопад Д. И.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Диагностика острого аппендицита в настоящее время основывается на определенном клинико-лабораторно-инструментальном комплексе [1]. Как правило, это выявление локализации и характера первичной боли, динамику ее перемещения, лабораторные показатели (лейкоцитоз), подтверждение инструментальным исследованием (УЗИ) и выполнение диагностической лапароскопии в отдельных случаях [2, 3, 4]. Одним из характерных симптомов является симптом Кохера — Волковича — перемещение боли с эпигастральной области в правую подвздошную. Вместе с тем, атипичность клинической картины порой связана с временным фактором, конституцией и психоэмоциональным состоянием пациента. Не маловажным является и анатомическое расположение червеобразного отростка, которое, порой, играет значение на отграничение воспалительного процесса или наоборот — распространению гнойного процесса в случае перфорации червеобразного отростка.

Цель

Изучить локализацию первичной боли и расположение червеобразного отростка у пациентов с острым осложненным гангренозным аппендицитом.

Материал и методы исследования

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

Результаты исследования и их обсуждение

За период 01.01.2014 – 01.02.2020 гг. в первое хирургическое отделение было госпитализировано 1272 пациента с клиникой острого аппендицита. Пациентов с осложненным острым гангренозным аппендицитом (ООГА) (аппендикулярный абсцесс, перитонит) было 170 (13,4 %). Из них у 44 (25,9 %) пациентов с целью уточнения диагноза и выбора операционного доступа была выполнена диагностическая лапароскопия. Мужчин было 23 (52 %), женщин — 21 (48 %). Средний возраст пациентов составил 50 (24; 58) года. Индекс массы тела (ИМТ) составил 26 (22; 31).

При сборе анамнеза кроме сроков заболевания отмечали локализацию первичной боли в животе: в эпигастрии — 45,8 %, нелокализованную боль в животе или в мезогастррии — 25 %, в правой подвздошной области — 20,8 %, в гипогастрии — 8,4 %.

Типичное расположение червеобразного отростка выявлено у 29,5 %, в малом тазу — 25,1 %, за илеоцекальным переходом — 22,7 %, ретроцекальное — у 18,2 %, подпеченочное — 4,5 %.

При разделении пациентов на группы с аппендикулярным абсцессом и пациентов с гангренозно-перфоративным аппендицитом, перитонитом выявлены были различия. У пациентов с аппендикулярным абсцессом (АА) первоначальную боль в правой подвздошной области отмечали 42,9 % пациентов, переме-

щение с эпигастральной области — 42,9 %, боль в мезогастрии, или нелокализованную боль в животе — 14,2 %. С аппендикулярным абсцессом операция начата с лапароскопии у 15 (34,1 %) пациентов. При этом выявлено следующее расположение червеобразного отростка: ретроцекальное — 40,1 %, за илеоцекальным переходом — 33,3 %, типичное — 13,3 %, малый таз — 13,3 %.

У пациентов с перитонитом у 47,1 % (у пациентов с острым гангренозным перфоративным аппендицитом и в т. ч. вскрывшимся АА с перитонитом) первоначальная боль локализовалась в эпигастрии, которая затем смещалась в правую подвздошную область, нелокализованную боль в животе или околопупочной области — 29,4 %, боль в правой подвздошной области — 11,8 %, боль в гипогастрии отмечали 11,8 % поступивших. Лапароскопия выполнена 29 пациентам с перитонитом. При этом выявлено следующее расположение ЧО: типичное — 37,9 %, малый таз — 31,1 %, за илеоцекальным переходом — 17,2 %, ретроцекальное — 6,9 %, подпеченочное — 6,9 %.

Выводы

Характерным клиническим симптомом у большинства пациентов с ООГА является симптом Кохера — Волковича — 45,5 %. При расположении червеобразного отростка ретроцекально или за илеоцекальным переходом более вероятно развитие аппендикулярного абсцесса, в то время как при типичном его расположении или в малом тазу — развитие распространенного перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов, М. Э. Современная диагностика острого аппендицита / М. Э. Соколов, А. З. Гусейнов, М. А. Шляхов // Вестник новых медицинских технологий. — 2017. — Т. 24, № 4. — С. 219–230.
2. Острый аппендицит: патогистологические формы, диагностика на примере одного клинического центра / А. М. Побыец [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. матер. итоговой науч.-практ. конф. ГрГМУ 24 янв. 2020. — С. 568–571.
3. Suspicion of acute appendicitis in adults / G. Benedetto [et al.] // The value of ultrasound in our hospital. — 2018. — Vol. 225, № 5. — P. 117–123.
4. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / П. А. Ярцев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2010. — Т. 4, № 21. — С. 21–25.

УДК 616.34-007.272-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Коцуба В. С., Гугешашвили Г. Т.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острая кишечная непроходимость — синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки [1].

Своевременная диагностика и выбор оптимального варианта хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью являются одной из самых актуальных проблем в неотложной хирургии [1]. Кишечная непроходимость составляет 1,5–9,4 % от всех заболеваний органов брюшной полости и обуславливает 3–5 % поступлений в хирургические стационары. Несмотря на внедрение в практику современных методов диагностики и хирургических вмешательств, результаты лечения этой категории больных не удовлетворяют клиницистов [2].