

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

## Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Брагина Е.Ю.<sup>2</sup>, Захарова Е.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра факультетской хирургии;

<sup>2</sup>Брагина Екатерина Юрьевна – студент;

<sup>3</sup>Захарова Екатерина Андреевна - студент,  
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

**Аннотация:** в статье приводится краткая характеристика острого аппендицита, способы его диагностики, рассматривается типовой клинический случай, пример тактики ведения пациента с острым аппендицитом. Доказывается необходимость в целостном анализе клинических примеров, их становление базой для накопления опыта и более тщательного анализа острых состояний пациентов. Обобщаются последовательность ведения пациента с острым аппендицитом, шаги к скорому выздоровлению больного, в том числе – хирургические вмешательства, его выписке с положительной динамикой. Особое внимание уделяется вопросу медицинской грамотности населения. Подчеркивается необходимость в своевременном обращении населения за медицинской помощью во избежание развития осложнений (в частности – от острых состояний), для качественно лучшего прогноза и скорейшего восстановления в послеоперационный период.

**Ключевые слова:** хирургия, аппендицит, острое состояние, хирургическое вмешательство, гангренозная форма острого аппендицита, диагностика, лечение, медицинская помощь, симптомы передней брюшной стенки, клиническая картина.

Острый аппендицит – острое неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса), требующее экстренного оперативного вмешательства. Заболеваемость составляет 40-50 больных на 10000 населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечается у подростков и у лиц до 35 лет. Люди пожилого и старческого возраста болеют острым аппендицитом чаще, чем дети, но реже, чем лица среднего возраста. В России количество операций стало значительно меньше вследствие повсеместного снижения заболеваемости острым аппендицитом на 30-50%, а также более строгого обоснования показаний к операции. Несмотря на современные методы диагностики, процент диагностических ошибок около 16%, а летальность 0,2-0,3% остаются как в России, так и в зарубежных странах на одном и том же уровне в течение нескольких десятилетий. Это связано со многими факторами, в том числе и с поздней обращаемостью населения (30%), диагностическими ошибками медицинских работников, сложностью диагностики некоторых вариантов локализации аппендицита, рядом организационных и других проблем [1]. Причины, вызывающие острый аппендицит, подразделяются на предрасполагающие и производящие. Предрасполагающие причины: общие (сенсбилизация или повышенная иммунореактивность организма; нарушение нейрогуморальной регуляции илеоцекальной области и др.) и местные (особенности анатомического строения червеобразного отростка; тромбоз сосудов брыжейки отростка при атеросклерозе, механические факторы и др.). Производящие причины: внедрение патогенных микроорганизмов в стенку отростка (стрептококк, стафилококк в ассоциации с кишечной палочкой, а также другие возбудители). Гангренозно-перфоративный аппендицит является одной из форм острого аппендицита и характеризуется некрозом аппендикса с последующей перфорацией его стенки. Клинически для него характерно первоначальное уменьшение болей в животе, что связано с некрозом тканей и гибелью нервных окончаний. Далее при перфорации боль резко нарастает, появляется неоднократная рвота, наблюдаются признаки прогрессирования перитонита, эндотоксикоза. Развитие гангренозно-перфоративного аппендицита не зависит времени обращения за помощью. Так, заболевание может развиваться и в первые 3 часа от начала заболевания. При этом данная форма характеризуется наибольшим числом осложнений и количеством летальных исходов. Для формирования целостной картины о клиническом течении острого аппендицита - неотложного состояния – и тактики ведения пациентов необходимо рассмотреть большое количество типовых и неклассических течений острого аппендицита. Нетиповое течение острого гангренозно-перфоративного аппендицита встречается соответственно реже. Классическое течение острого гангренозно-перфоративного аппендицита приводится в книжном издании авторов С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, М.Н. Климентов «Острый аппендицит». Данное пособие является одним из самых современных и полных изданий и рекомендуется к прочтению для углубления в диагностику, лечение острого аппендицита, хирургические вмешательства. Своевременная помощь и, что немаловажно, своевременное обращение лица за медицинской помощью играет колоссальную роль в прогнозе, течении заболевания, восстановлении здоровья пациента. Не раз было доказано, что осложнения от острых состояний развиваются гораздо чаще, так как патологический процесс распространяется в разы быстрее в сравнении с хроническим

течением патологии. Клинический пример. Пациент А., 28 лет экстренно поступил в приемный покой БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы» МЗ УР с жалобами на нетерпимые режущие боли в правой подвздошной области, подъем температуры тела до 39° С. Со слов пациента болевое течение 6 дней. Боли купировал анальгином, за медицинской помощью не обращался. После резкого усиления болей вызвал БСМП и был экстренно госпитализирован. При осмотре: живот не вздут, мягкий, резко болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ситковского, Ровзинга, Щеткина-Блюмберга. В правой подвздошной области пальпируется инфильтрат d=10 см, резко болезненный. Кожа в этой области не изменена. В крови – лейкоцитоз до  $17,1 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ = 35 мм/ч. Выставлен диагноз – гангренозно-перфоративный аппендицит, местный фибринозно-гнойный перитонит, абсцесс большого сальника. Проведена лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия, вскрыт абсцесс большого сальника, резекция большого сальника, санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде больной чувствует себя удовлетворительно, жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, сохраняется субфебрилитет, отделяемое по дренажам серозного характера, объемом до 50 мл, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Через 5 дней после операции острого гангренозно-перфоративного аппендицита температура нормализовалась, дренаж удален. Больной выписан из отделения с положительной динамикой. Несмотря на то, что гангренозно-перфоративная форма аппендицита является наиболее неблагоприятной в плане осложнений и частоты летальных исходов, своевременная диагностика и адекватное лечение ведут к выздоровлению пациентов без осложнений.

#### ***Список литературы***

1. *Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Климентов М.Н.* Острый аппендицит. Ижевск, 2008. 80 с.