


# БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Якупджан Нишанович ФАЙЗИЕВ,  
Тахир Аскарлович АСКАРОВ,  
Кенжабек Сабутаевич ДОЛИМ,  
Ахмаджон Махамтович АШУРМЕТОВ,  
Мирхалил Джалилович АХМЕДОВ

Кафедра общей хирургии с основами ОХТА,  
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Узбекистан

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

For citation: Y.N. Fayziev, T.A. Askarov, K.S. Dolim, A.M. Ashurmetov, M.D. Ahmedov MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS TREATMENT IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 500-504

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-73>

### АННОТАЦИЯ

Большое количество осложнений и летальность у пациентов пожилого и старческого возраста при остром аппендиците побуждает клиницистов поиск эффективных методов диагностики и лечения с применением современных технологий. С помощью ультразвукового исследования выявлены эхографические признаки которые служили индикатором локального воспалительно-деструктивного процесса в червеобразном отростке. Комплексное использование современных лучевых и минимально инвазивных методов обследования способствует интенсификации и точности диагностики, обеспечивая формирование рациональной лечебной программы.

**Ключевые слова:** червеобразный отросток, пожилой и старческий возраст, ультразвуковая диагностика, мезаденит.

Yakupdjan Nishanovich FAYZIEV,  
Takhir Askarovich ASKAROV,  
Kenjabek Sabutaevich DOLIM,  
Akhmadjon Makhamtovich ASHURMETOV,  
Mirkhalil Djalilovich AHMEDOV

Department of General Surgery and TAOS  
of Tashkent Pediatric Medical Institute of Uzbekistan

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS  
TREATMENT IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

## ANNOTATION

A large number of complications and mortality in elderly and senile patients with acute appendicitis prompts clinicians to search for effective methods of diagnosis and treatment using modern technologies. Ultrasound revealed echographic features that served as an indicator of the local inflammatory and destructive process in the appendix. The integrated use of modern radiation and minimally invasive examination methods contributes to intensification and accuracy of diagnostics, ensuring the formation of a rational treatment program.

**Key words:** appendix, elderly and senile age, ultrasound diagnostics, mesadenitis.

**Ёқубжон Нишоневич ФАЙЗИЕВ,  
Тохир Аскарлович АСКАРОВ,  
Кенжабек Сабутаевич ДОЛИМ,  
Ахмаджон Махаматович АШУРМЕТОВ,  
Мирхалил Джалилович АХМЕДОВ**

Умумий хирургия ОХТА асослари кафедраси,  
Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон

**ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА  
ТАШХИСЛАШ ХАМДА ДАВОЛАШДАГИ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШИШЛАР**

## АННОТАЦИЯ

Қари ва кекса ёшдаги беморларда ўтқир аппендицит операциясидан кейинги даврдаги кузатиладиган асорат ва ўлимнинг тобора кўпайиб бориши мутахасислардан янги замонавий технология усларини қўллашни талаб этади. Бу ёшдаги беморларда ультратовуш усуллари орқали эхографик белгилар асосида чувалчангсимон ўсимтадаги ялиғланишнинг локал деструктив жараёнларини аниқлаш имконини беради. Хозирги замонавий нур диагностика ва кичик инвазив усуллари комплекс қўллаш ёрдамида интенсификациялашган аниқ ташхис қўйиш ҳамда рационал даволаш программасинини тузиб бериш имконини беради

**Калит сўзлар:** чувалчангсимон ўсимта, қари ва кекса ёш, ультратовуш ташхисоти, мезаденит.

**Актуальность исследования.**

Острый аппендицит (ОА) - самая распространенная острая патология органов брюшной полости, заболеваемость при которой остается на уровне 4 - 5 человек на 1000 населения. Послеоперационные осложнения после аппендэктомии варьируют от 5 до 9%, а летальность при данной патологии составляет 0,1-0,3% [2, 4, 6].

Увеличение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения обуславливает интерес к особенностям течения заболеваний в этой возрастной группе, выделение гериатрического направления в хирургии. Острый аппендицит по-прежнему остается одним из наиболее распространенных острых заболеваний, занимая первое место среди экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Данному вопросу посвящена обширная литература, принципы лечения подробно разработаны и твердо установлены, а хирургическая тактика не вызывает сомнений. Однако течение острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста привлекает особое внимание хирургов в связи с трудностями диагностики вследствие мультиморбидности и низких адаптационных возможностей организма [1, 4, 5, 6].

Большое количество осложнений и высокая летальность у пациентов пожилого и старческого возраста, с одной стороны, связаны с низкой адаптационной способностью органов жизнеобеспечения к эндотоксемии, вторичным иммунодефицитом и сопутствующей полиморбидностью, с другой стороны с несвоевременной диагностикой или гипердиагностикой обусловленными стертой общих и местных проявлений ОА,

когнитивными расстройствами и несоответствием лабораторных показателей тяжести патологического процесса.

Клиническая диагностика ОА у больных пожилого и старческого возраста представляет сложную задачу в связи с тем, что более чем у 40% больных заболевание протекает с атипичной клинической картиной. Неудовлетворенность результатами традиционной схемы диагностики и лечения ОА побуждает клиницистов вести поиск эффективных методов лечения с применением современных технологий [2, 5].

Все это указывает на то, что проблема диагностики и лечения ОА еще далека от своего завершения. В связи с этим все новые исследования в данном направлении являются актуальными и имеют большую практическую значимость.

#### **Цель исследования.**

Улучшение результатов диагностики и лечения острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста.

#### **Материал и методы исследования.**

В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа диагностики и лечения ОА у 64 больных пожилого и старческого возраста, оперированных в городской клинической больнице №7 г. Ташкента.

В исследовании принимали участие больные пожилого возраста (61-74 лет) и старческого возраста (75-89 лет) согласно классификации, принятой на международном симпозиуме по возрастной периодизации (1965г.).

Клинический диагноз аппендицита, как правило, основывался на подробном анамнезе и физикальном обследовании больного. В ряде ситуаций для облегчения трактовки результатов клинико-лабораторных данных использовали шкалу Альварадо.

У больных пожилого и старческого возрастов заболевание характеризовалось преобладанием деструктивных форм и это было обусловлено сниженной реактивностью организма, атеросклеротическим поражением сосудов, что становится непосредственной причиной быстрого нарушения кровоснабжения с развитием некроза и гангрены червеобразного отростка. Симптомокомплекс острого аппендицита у больных этой группы нередко имел стёртую картину. Вследствие физиологического повышения порога болевой чувствительности пациенты часто не фиксировали внимания на эпигастральной фазе абдоминальных болей в начале заболевания. Тошнота и рвота возникали чаще, задержка стула не имел решающего значения, поскольку в старческом возрасте существует тенденция к замедленному опорожнению кишечника.

При исследовании живота выявляли лишь болезненность в правой подвздошной области даже при деструктивных формах аппендицита, как следствие возрастной релаксации мышц брюшной стенки, и из-за этого мышечное напряжение в очаге поражения был незначительным, а симптом Щёткина-Блюмберга был сомнителен. Часто оказывались положительными симптомы Габая и Ворламова. Температура тела даже при деструктивном аппендиците повышалась умеренно или оставалась нормальной. Количество лейкоцитов нормальное или было повышено незначительно - в пределах  $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный сдвиг формулы крови был не выраженным. Общеклинические исследования выполнялись в рутинном порядке каждому больному. Исследовали показатели общеклинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, общего анализа мочи.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляли на оборудовании «Sonoscare S 22» с использованием конвексных и линейных датчиков 3,5 и 5 МГц (Гринберг А. А. и соавт., 1998). Основной целью исследования при госпитализации больного являлось подтверждение или исключение (дифференциальная диагностика) ОА, в процессе лечения - определение динамики размеров инфильтрата и своевременное выявление абсцедирования.

Открытую аппендэктомию выполняли под общей анестезией косым переменным доступом по Мак Бурнею-Волковичу-Дьяконову. Этапы операции соответствовали общепризнанной методике (Савельев В.С. и соавт., 2013). В послеоперационном периоде всем больным назначалась антибактериальная терапия.

**Результаты исследования.** В соответствии клинико-лабораторным признакам деструктивного аппендицита выявлены у 56 пациентов из 64 старческого и пожилого возраста. При последующей дифференцировке неосложненные формы деструктивного аппендицита предположены у 37 больных, осложненные - 19 (плотный аппендикулярный инфильтрат (АИ) - 3, местный перитонит - 7, периаппендикулярный абсцесс (ПАА) - 3, рыхлый АИ - 4, распространенный перитонит - 2). В 8 наблюдениях из-за минимальной длительности анамнеза и неоднородной симптоматики отсутствовала убедительная возможность исключить или верифицировать аппендицит, что подтверждало целесообразность выделения группы больных с сомнительной клинической картиной. Рутинное выполнение УЗИ в вышеуказанных группах было информативным в 26 случаях - у больных визуализированы прямые и косвенные эхоэнографические признаки аппендицита.

К основным прямым критериям относились увеличение  $> 6$  мм наружного диаметра ЧО, утолщение  $> 2$  мм стенки ЧО и ригидность отростка. Как правило, определение этих показателей не сопровождалось какими-либо трудностями при лоцировании ЧО.

Выявленные эхографические признаки служат индикаторами локального воспалительно-деструктивного процесса в ЧО: увеличение диаметра просвета происходит вследствие обструкции отростка и нарушения оттока содержимого; утолщение стенки развивается из-за расстройства микроциркуляции; ригидность при компрессии и нарушение слоистости стенки органа свидетельствует о глубоких необратимых изменениях. Кроме прямых эхографических диагностических признаков ОА для его диагностики важен учет и совокупность следующих косвенных признаков ОА: утолщение купола слепой кишки; наличие инфильтрата в области купола слепой кишки; повышение эхогенности тканей, окружающих слепую кишку и червеобразный отросток; повышение контрастности структур в проекции червеобразного отростка слепой кишки, дистального отдела тонкой кишки, окружающих тканей; признаки перитонита (газ вне просвета кишки); отсутствие, ослабление или усиление перистальтики в терминальном отделе тонкой кишки, анэхогенное содержимое в петлях тонкой кишки; увеличение диаметра дистального отдела подвздошной кишки, утолщение стенки в области илеоцекального перехода; наличие свободной жидкости в правой подвздошной области и малом тазу.

Распределение было следующим: из 19 пациентов с предполагаемым неосложненным течением деструктивного аппендицита у 14 клинический диагноз подтвержден.

Объяснением коррекции первоначального диагноза служит схожесть клинических проявлений рыхлого инфильтрата и неосложненных форм, а также способность эхоэнографии выявить периаппендикулярную гипозхогенную инфильтрацию. Следовательно, верификация АИ рыхлой степени зрелости основывается на данных ультразвукового метода обследования.

Полное соответствие лучевых данных клиническим результатам наблюдалось у 9 больных осложненными формами ОА, что свидетельствует как об убедительности предложенных клинико-лабораторных критериев, так и о высоких диагностических свойствах УЗИ в распознавании осложнений. В частности, эхоэнография была завершающим методом обследования у всех больных плотным АИ и сформированным периаппендикулярным абсцессом, избавив от необходимости использования эксплоративных операций. У 2 больных распространенным перитонитом визуализированы дилатированные петли тонкой кишки, что послужило показанием к выполнению лапаротомии. В группе больных с сомнительной клинической картиной, состоявшей из 8 пациентов, УЗИ позволило диагностировать деструктивный неосложненный аппендицит в 5 случаях. У 3 больных верифицирована другая патология (мезаденит, гинекологические заболевания и некроз жирового подвеса сигмовидной кишки), что дало возможность избежать напрасных аппендэктомий и скорректировать последующую лечебную тактику.

Тактика лечения у больных с плотным АИ назначалась консервативная терапия, больным с периаппендикулярным абсцессом применяли диапневтический метод, а у больных распространенным перитонитом с парезом тонкой кишки выполняли лапаротомию.

**Выводы.** Таким образом, анализ результатов диагностики больных старческого и пожилого возраста ОА позволяет констатировать, что комплексное использование современных лучевых и минимально инвазивных методов обследования способствует интенсификации и точности дооперационной диагностики, обеспечивая формирование рациональной лечебной программы. Преемственность этапов диагностики с синтезом клиничко-лабораторных и инструментальных критериев деструктивного и осложненного аппендицита позволили своевременно верифицировать заболевание, определить его форму и сформировать рациональную лечебную тактику во всех случаях.

### Список использованной литературы

1. Аванесова, В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. - 2008. - № 12. - С. 8-12.
2. Васильева, М.А. Ультразвуковое исследование в диагностике осложнений острого аппендицита / М.А. Васильева, Е.А. Егорова // Медицинская визуализация. - 2010. - № 5. - С. 128-131.
3. Касимов, Р.Р. Современное состояние диагностики острого аппендицита / Р.Р. Касимов, А.С. Мухин // СТМ. - 2013. - Т.5, №4. - С. 112-117.
4. Лисунов, А.Ю. Оптимизация диагностики и лечения различных форм острого аппендицита: автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Лисунов Андрей Юрьевич. – Саратов, 2008. – 25 с.
5. Натрошвили, А.Г. Результаты применения модифицированной диагностической шкалы у больных острым аппендицитом / А.Г. Натрошвили, А.М. Шулутко, Ф.Н. Насиров, М.В. Пименова // Хирургия. – 2010. – № 8. – С. 24-27.
6. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]. Клинические рекомендации/Министерство здравоохранения Российской Федерации. Российское общество хирургов. - 2015. 32с. Режим доступа: <http://обществохирургов.рф/stranicpravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostryi-arendicit.html> (дата обращения 03.08.2016)
7. Охотников, О.И. Клиничко-инструментальные группировки в диагностике острого аппендицита / О.И. Охотников, Е.В. Ближенская // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2012. - № 10. - С. 29-35.
8. Савельев, В.С. Клиническая хирургия: национальное руководство. в 3 т., Т. 2 / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 832 с.
9. Совцов, С.А. Острый аппендицит: что изменилось в начале нового века / С.А. Совцов // Хирургия. - 2013. - № 7. -С. 37 - 42.
10. Седов, В.М. Болезни червеобразного отростка: монография / В.М. Седов, К.Л. Бохан, А.А. Гостевской. – СПб: «Человек», 2016. – 338 с.
11. Юсупалиева Г. А. и др. Возможности лучевых методов в диагностике острого аппендицита и его осложнений у детей //Авиценна. - 2017. - №. 12. - С. 4-9.
12. Alvarado, A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis / A. Alvarado // Ann Emerg Med. – 1986. – Vol. 15, №5. – P. 557-564.
13. Andersson, M. Can new inflammatory markers improve the diagnosis of acute appendicitis / M. Andersson, M. Ruber, C. Ekerfelt. [et al.] // World J Surg. - 2014. - Vol. 38, №11. - P. 2777-2783.
14. Bachar, I. Diagnostic value of laparoscopy, abdominal computed tomography, and ultrasonography in acute appendicitis / I. Bachar, Z.H. Perry, L. Dukhno [et al.] // J Laparoendosc Adv Surg Tech. - 2013. - Vol. 23, № 12. - P. 982 - 989.
15. Drake, F.T. Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis / F.T. Drake, N.E. Mottey, E.T. Farrokhi [et al.] // JAMA Surg. – 2014. – Vol. 149, № 8. – P. 837-844.