

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА

Исмаилова Муножат Хаятовна, Баймирзаева Севара Мурат кизи, Муталибов Муслимбек
Уктамжон угли
РСНПМЦОиР, Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Аннотация. Острый аппендицит является одним из наиболее распространённых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и остаётся ведущей причиной экстренных абдоминальных операций. В статье представлены современные данные о клинических проявлениях заболевания, особенностях его диагностики и актуальных подходах к лечению. Рассмотрены лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, а также клинические шкалы оценки вероятности аппендицита. Особое внимание уделено сравнительной характеристике открытой и лапароскопической аппендэктомии. Отмечена роль консервативной терапии при неосложнённых формах заболевания. Сделан вывод о приоритетности хирургического лечения и значении своевременной диагностики в снижении частоты осложнений.

Ключевые слова. острый аппендицит, диагностика, лапароскопия, аппендэктомия, хирургическое лечение, осложнения, УЗИ.

Введение. Острый аппендицит — одно из наиболее распространённых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующее неотложного оперативного вмешательства. По данным международных эпидемиологических исследований, в течение жизни острый аппендицит развивается у 7–8 % населения, при этом пик заболеваемости приходится на возраст 10–30 лет. Заболевание остаётся одной из ведущих причин экстренных абдоминальных операций во всём мире.

Согласно клиническим рекомендациям World Society of Emergency Surgery (WSES, 2020), своевременная диагностика и раннее хирургическое лечение являются ключевыми факторами, определяющими благоприятный прогноз и снижение частоты осложнений. При отсутствии адекватной терапии воспалительный процесс может прогрессировать с развитием деструктивных форм (флегмонозной, гангренозной), перфорации червеобразного отростка, перитонита и абдоминальных абсцессов.

Несмотря на относительную типичность клинической картины, диагностика острого аппендицита в ряде случаев представляет значительные трудности, особенно у детей, пожилых пациентов и беременных женщин. Атипичное расположение червеобразного отростка, сопутствующая патология и вариабельность болевого синдрома могут маскировать заболевание и приводить к диагностическим ошибкам. В связи с этим особое значение приобретают современные методы инструментальной визуализации, включая ультразвуковое исследование и компьютерную томографию.

Хирургическое лечение остаётся «золотым стандартом» терапии острого аппендицита. В настоящее время широко применяются как традиционная открытая аппендэктомия, так и лапароскопические методы, которые демонстрируют меньшую травматичность, более быстрое восстановление пациентов и снижение частоты послеоперационных осложнений. В последние

годы также обсуждается возможность консервативного лечения неосложнённых форм заболевания, однако его целесообразность остаётся предметом научных дискуссий.

Цель исследования. Представить современные данные о клинических проявлениях острого аппендицита, методах его диагностики и актуальных подходах к хирургическому лечению с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы. Проведён анализ отечественных и зарубежных источников литературы, клинических рекомендаций и результатов рандомизированных исследований, посвящённых диагностике и лечению острого аппендицита. Рассмотрены современные алгоритмы ведения пациентов, критерии выбора метода хирургического вмешательства и профилактики осложнений.

Основная часть

Клиническая картина. По данным большинства исследований, классическая клиническая картина включает: боль в животе, начинающуюся в эпигастральной или околопупочной области с последующей миграцией в правую подвздошную область (симптом Кохера); тошноту, однократную рвоту; субфебрильную температуру. Однако типичная симптоматика наблюдается лишь у 50–60 % пациентов

При объективном обследовании выявляются локальная болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины (Щёткина–Блумберга, Ровзинга, Ситковского).

У детей заболевание протекает более бурно с быстрым развитием деструктивных форм, тогда как у пожилых пациентов клиническая картина может быть стёртой, что увеличивает риск диагностических ошибок и осложнений

Диагностика. Лабораторная диагностика острого аппендицита носит вспомогательный характер и используется в сочетании с клиническими и инструментальными данными. Наиболее характерными изменениями являются лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что отражает наличие воспалительного процесса. Повышение уровня С-реактивного белка также свидетельствует о воспалительной реакции и может коррелировать с тяжестью заболевания.

В ряде исследований отмечается, что изолированное использование лабораторных показателей не обладает достаточной специфичностью, поскольку аналогичные изменения могут наблюдаться при других воспалительных заболеваниях органов брюшной полости. В то же время сочетание клинической симптоматики с повышением уровня лейкоцитов и С-реактивного белка значительно повышает диагностическую точность.

Дополнительно могут использоваться биохимические показатели крови для дифференциальной диагностики и исключения сопутствующей патологии. Таким образом, лабораторные методы являются важным, но вспомогательным звеном в комплексной диагностике острого аппендицита.

При инструментальной диагностике острого аппендицита используются ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, каждая из которых имеет свои диагностические особенности. При ультразвуковом исследовании визуализируется увеличенный в диаметре червеобразный отросток (более 6 мм) с утолщённой стенкой и отсутствием компрессии при надавливании датчиком. Дополнительно могут определяться

признаки воспаления окружающих тканей в виде повышения эхогенности жировой клетчатки, наличие свободной жидкости и аппендиколита.

Компьютерная томография обладает высокой точностью и позволяет более детально оценить патологические изменения. При КТ определяется увеличенный аппендикс, утолщение его стенки с контрастным усилением, инфильтрация периаппендикулярной жировой клетчатки, а также наличие жидкости в брюшной полости. Метод также позволяет выявить осложнения, такие как перфорация, абсцессы и признаки перитонита.

Магнитно-резонансная томография применяется преимущественно у беременных пациенток и в ситуациях, когда использование КТ ограничено. При МРТ выявляются аналогичные признаки воспаления: увеличение размеров аппендикса, утолщение его стенки, отёк окружающих тканей и наличие жидкости. Преимуществом метода является отсутствие лучевой нагрузки, однако его применение ограничено доступностью и длительностью исследования

Лечение. Лечение острого аппендицита в настоящее время остаётся предметом активных научных дискуссий, несмотря на устоявшееся положение хирургического вмешательства как метода выбора. Согласно современным клиническим рекомендациям, аппендэктомия продолжает рассматриваться как стандарт лечения, обеспечивающий низкий риск рецидива и высокую эффективность.

В последние десятилетия значительное распространение получила лапароскопическая аппендэктомия, которая, по данным ряда рандомизированных исследований и метаанализов, ассоциируется с меньшей травматичностью, снижением частоты раневых осложнений и более быстрым восстановлением пациентов по сравнению с открытой операцией. В то же время отдельные авторы отмечают, что при осложнённых формах аппендицита преимущества лапароскопии могут быть менее выражены, а выбор метода должен определяться клинической ситуацией и опытом хирурга.

Особое внимание в современной литературе уделяется возможности консервативного лечения неосложнённого аппендицита. Крупные рандомизированные исследования, включая APPAC и CODA trials, показали, что антибиотикотерапия может быть эффективной альтернативой хирургическому вмешательству у части пациентов. Однако, по данным этих же исследований, частота рецидива в течение первого года достигает 20–30 %, что ограничивает широкое внедрение данного подхода в клиническую практику. В связи с этим большинство авторов сходятся во мнении, что консервативная терапия может рассматриваться лишь у тщательно отобранных пациентов при отсутствии осложнений.

В последние годы также активно изучаются вопросы оптимизации хирургической тактики, включая сокращение сроков госпитализации, внедрение принципов «fast-track» хирургии и использование малоинвазивных технологий. Отмечается тенденция к более раннему выполнению операции, что позволяет снизить риск перфорации и послеоперационных осложнений.

Кроме того, современные исследования направлены на улучшение предоперационной диагностики с целью уменьшения числа необоснованных аппендэктомий, а также на разработку индивидуализированных подходов к лечению пациентов в зависимости от клинической формы заболевания.

Таким образом, несмотря на появление альтернативных методов, хирургическое лечение остаётся основным и наиболее надёжным методом терапии острого аппендицита, тогда как консервативный подход рассматривается как перспективное, но ограниченно применимое направление, требующее дальнейших исследований

Заключение. Острый аппендицит остаётся одной из наиболее актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Современные данные свидетельствуют о вариабельности клинической картины заболевания, что может затруднять своевременную диагностику.

Комплексный подход с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов, включая ультразвуковое исследование и компьютерную томографию, позволяет повысить точность диагностики и снизить риск осложнений.

Хирургическое лечение остаётся основным методом терапии, при этом лапароскопическая аппендэктомия рассматривается как предпочтительный метод. Консервативное лечение неосложнённых форм остаётся предметом научных дискуссий и требует дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Podda M., Gerardi C., Cillara N. et al. **Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2025 WSES Jerusalem guidelines.** *World Journal of Emergency Surgery.* 2025.
2. Salö M., et al. **Swedish national guidelines for diagnosis and management of acute appendicitis.** *BJS Open.* 2025.
3. Lee H.G., et al. **Nonoperative management of acute appendicitis: current status and outcomes.** *Annals of Coloproctology.* 2023.
4. Patel A., et al. **Adherence to WSES guidelines in acute appendicitis management.** *British Journal of Surgery.* 2025.
5. Wang B., et al. **Scoring systems and management strategies in acute appendicitis.** *BMC Surgery.* 2025.
6. Hassan M. **Diagnosis and management of acute appendicitis: modern perspectives.** *IntechOpen.* 2025.