лактики пиодермий в организованных воинских коллективах: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2014. — 287 с.

23. *Маянский А.Н.* Патогенетическая микробиология: Руководство. — Н.Новгород: Изд-е Нижегород. ГМА, 2006. — 520 с.

24. *Милюков В.Е., Полуниев С.В.* Современные методы определения жизнеспособности мышечной ткани при выборе объема операции // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. — 2011. — № 4. — С. 73.

25. *Михайлов Н.А.* Гнойная инфекция мягких тканей у военнослужащих. Особенности заболеваемости и оказания хирургической помощи на догоспитальном этапе: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 128 с.

26. *Филиппов С.И., Бархатов С.И., Деговцев Е.Н., Низовой К.А.* Способ хирургического лечения больных карбункулами кожи с применением аргоноплазменной коагуляции и наложением первичных швов // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 3 (электронный науч. журн.).

27. *Фролов А.П., Миронов В.И.* Особенности лечения гнойных заболеваний мягких тканей в условиях хирургического стационара // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 4 (56). — Прилож. — С. 190–191.

28. *Хворостов Е.Д., Морозов С.А., Захарченко Ю.Б., Герасимов Г.Н.* Комплексное лечение гнойных заболеваний мягких тканей / Инфекции мирного и военного времени: Сб. VI Всемирной междунар. конф. — М., 2006. — С. 136.

29. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: Рос. национ. рекоменд. — М., 2015. — 109 с.

30. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национ. руководство / Под ред. *А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева*. — М., 2010. — 928 с.

31. *Шаргородский А.Г.* Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. — М.: Медицина, 1985. — 352 с.

32. *Havn M.T., Vick C.C., Richman J.* et al. Surgical site infection: time to move beyond the surgical care improvement program // Ann. Surg. — 2011. — Vol. 254, N 3. — P. 494499. doi 10.1097/SLA.0b013e31822c6929.

33. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of skin and Soft Tissue infections 2014. Update by the infections Diseases society of America // Clinical infections Diseases. — 2014. — Vol. 59, N 2. — P. 10–52. doi:10.1093/cid/ciu 29.

34. *Ranjitha Vencatersan, Ramalakshmi Basakaran* et al. Carbuncle in diabetes a problem even today // BMJ. — Case Reports June 2017. doi: 10.1136/bcr-2017-220628.

35. *Samuel A., Nelson P.A.* et al. Dermatologic versus surgical treatment of carbuncles and furuncles // JAMA. — 1937. — Vol. 108, N 11. — P. 585–860. doi:10.1001/jama1937.0278011006002.

36. *Sandhya P. Lyer, Prashant Kadam, Madhuri A. Gore* et al. Exision of carbuncles with primary split-thickness skin grafting as a new treatment modality // Int. Wound Journ. — 2013. — Vol. 10, N 6. — P. 697–702. doi: 10.1111/j. 1742-481X.2012.01049.x.

37. *Tan G.H., Bond J.J.* The surgical treatment of carbuncles: a tale of two techniques // Iran red Crescent Med. J. — 2013. — Vol. 15, N 4. — P. 367–370. doi: 10.5812/ircmj.2992.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616.346.2-002.1

Опыт диагностики и лечения острого аппендицита в условиях военного госпиталя

КЛЮЧНИКОВ О.А., старший лейтенант медицинской службы (xknyazx@bk.ru)¹

КЛЮЧНИКОВ Д.А.²

ПАНОВ В.В., полковник медицинской службы³

БАГМЕТ А.Д., профессор, полковник медицинской службы в отставке²

ГРОШИЛИН В.С., профессор (groshilin@yandex.ru)²

¹Войсковая часть 55541, Ростовская область; ²Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону; ³1602-й Военный клинический госпиталь, г. Ростов-на-Дону.

Проанализированы возможности улучшения качества диагностики и лечения острого аппендицита путем выявления корреляций его клинических проявлений и диагностического полиморфизма морфологических изменений червеобразного отростка, а также диагностические методы данной хирургической патологии. Из числа 361 пациента, поступивших в течение 3 лет в военный госпиталь с клиническими проявлениями острого аппендицита, диагноз подтвержден у 195 (54%). Из перенесших лапароскопию операция на диагностическом этапе закончена у 12 (26,1%) больных, у 34 (73,9%) пациентов в ходе лапароскопии подтвержден диагноз деструктивной формы острого аппендицита. Из них лапароскопическая аппендэктомия выполнена 9 пациентам, иные методы аппендэктомии — 25 больным. Во всех случаях выполнение диагностической лапароскопии дало возможность внести ясность в постановку диагноза и избежать ошибок диагностики других заболеваний под маской «острого аппендицита». Важно отметить, что при выполнении

диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии расхождений клинического и морфологического диагнозов не было. По результатам работы, в диагностике и в лечении острого аппендицита лапароскопия является первостепенным методом.

К л ю ч е в ы е с л о в а: острый аппендицит, диагностика аппендицита, лапароскопия, острый живот, лапароскопическая аппендэктомия.

Klyuchnikov O.A., Klyuchnikov D.A., Panov V.V., Bagmet A.D., Groshilin V.S. — Experience in the diagnosis and treatment of acute appendicitis in a military hospital. The possibilities of improving the quality of diagnosis and treatment of acute appendicitis by identifying the correlations of its clinical manifestations and diagnostic polymorphism of morphological changes of the appendix, as well as diagnostic methods of this surgical pathology are analyzed. Out of 361 patients admitted for 3 years to a military hospital with clinical manifestations of acute appendicitis, the diagnosis was confirmed in 195 (54%). Of those who underwent laparoscopy, the operation at the diagnostic stage was completed in 12 (26.1%) patients, in 34 (73.9%) patients during laparoscopy, the diagnosis of the destructive form of acute appendicitis was confirmed. Of these, laparoscopic appendectomy was performed in 9 patients, other methods of appendectomy were performed in 25 patients. In all cases, the performance of diagnostic laparoscopy made it possible to clarify the diagnosis, and to avoid errors in the diagnosis of other diseases under the mask of «acute appendicitis.» It is important to note that when performing diagnostic laparoscopy and laparoscopic appendectomy there were no differences in clinical and morphological diagnoses. According to the results of work, in the diagnosis and treatment of acute appendicitis, laparoscopy is the primary method.

К е у w o r d s: acute appendicitis, appendicitis diagnostics, laparoscopy, acute abdomen, laparoscopic appendectomy.

Актуальность проблемы диагностики и выбора рациональной тактики лечения острого аппендицита продиктована высоким уровнем заболеваемости этой хирургической патологией. По данным статистики, госпитализации с подозрением на острый аппендицит составляют 20–50% от всех экстренных госпитализаций в хирургический стационар, а число аппендэктомий по отношению ко всем неотложным операциям в абдоминальной хирургии составляет порядка 20–85% [5, 6]. В Вооруженных Силах РФ проводится не менее 5500 аппендэктомий ежегодно. Летальность в послеоперационный период составила 0,01%. Несмотря на достаточно глубокое описание данной распространенной хирургической патологии, врачебное сообщество до сих пор не может быть в полной мере удовлетворено результатами ее лечения [2, 3, 5, 6, 9]. Главными факторами неблагоприятных исходов лечения являются не своевременная госпитализация и дефекты ранней диагностики на всех этапах эвакуации, составляющие от 10 до 38% случаев [1, 2, 6, 7, 10].

Первичный диагноз «Острый аппендицит» на начальных этапах эвакуации, как правило, в дальнейшем предполагает полиморфность нозологических форм заболеваний органов брюшной полости, требующих различной тактики лечения [2, 3, 5, 6, 8, 11]. В результате недостаточной диагностики, ошибок в установке ди-

агноза, зачастую происходит удаление микроскопически неизмененных червеобразных отростков у 20–45% больных, являющихся военнослужащими, частота осложнений при этом не имеет значимых различий по сравнению с аналогичными показателями после аппендэктомии по поводу деструктивно измененных червеобразных отростков. В связи с этим проведение необоснованных аппендэктомий не является безопасным оперативным вмешательством, тем более что при разборе отдаленных последствий аппендэктомий выявлялось наличие спаечного процесса брюшной полости в 45–94% случаев. Клинические проявления указанного осложнения значительно влияли на дальнейшее качество жизни этих пациентов [4, 5, 7].

Цель исследования

Определить способы улучшения качества диагностики и лечения острого аппендицита путем выявления корреляций его клинических проявлений и морфологических изменений червеобразного отростка, а также наиболее ценные диагностические методы при данной хирургической патологии.

Материал и методы

Проведен рандомизированный ретроспективный анализ лечения 361 пациента, поступившего в период 2015–2017 гг. в 1602-й Военный клинический госпиталь с клиническими проявлениями острого аппендицита.

Пациенты были распределены в зависимости от пола и возраста в следующие группы (табл. 1.)

Таблица 1

**Соотношение больных
с клиническими проявлениями
острого аппендицита по полу
и возрасту**

Возраст, лет	Мужчины		Женщины	
	Абс. число	%	Абс. число	%
До 20	205	56,8	7	1,9
21–30	80	22,2	11	3,0
31–40	16	4,4	6	1,7
41–50	11	3,0	8	2,3
51–60	7	1,9	2	0,6
61–70	3	0,8	1	0,3
71 и >	3	0,8	1	0,3
Всего	325	89,9	36	10,1

Как следует из данных табл. 1, ввиду военной специфики лечебного учреждения, подавляющее большинство больных (79%) составили молодые мужчины до 30 лет, что имеет важное социально-экономическое значение.

Пациенты были обследованы в следующем объеме: осмотр, сбор жалоб и анамнеза заболевания, пальпация и перкуссия живота, ректальное исследование, определение уровня лейкоцитов крови и лейкоцитарной формулы, фиброгастроскопия при наличии жалоб на боли в эпигастральной области, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностическая лапароскопия.

Ввиду достаточно большого количества клинических проявлений острого аппендицита, при подозрении на данный диагноз, всех пациентов разделили на 6 групп.

1. «Типичная» клиническая картина острого аппендицита, проявлявшаяся наличием боли в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины в правой подвздошной области, симптома Кохера, других типичных аппендикулярных симптомов, наблюдалась у 145 (40,2%) пациентов.

2. «Стертый» вариант клиники острого аппендицита, характеризующийся отсутствием явных симптомов раздражения брюшины в правой подвздошной области при наличии иных симптомов острого аппендицита, определялся у 74 (20,4%) пациентов.

3. «Атипичные» клинические проявления острого аппендицита, характеризующиеся болезненностью в правой подвздошной области, с явлениями перитонизма той же локализации, наблюдались у 23 (6,4%) больных.

4. Наличие исключительно болезненности в правой подвздошной области, без проявлений перитонизма выявлено у 115 (31,9%) пациентов.

5. Клиническая картина разлитого перитонита определялась у 3 (0,8%) больных.

6. Проявления в виде болезненного инфильтрата в правой подвздошной области выявлены у 1 (0,3%) пациента.

В ходе исследования нами также было определено, что из всех пациентов, поступивших в госпиталь с клиническими проявлениями «острого аппендицита», диагноз подтвержден у 195 (54%). По данным, полученным в результате морфологического исследования, с наибольшей частотой встречался флегмонозный аппендицит (61,1%), катаральный аппендицит выявлен у 22,9% пациентов, гангренозный — у 11,8%, аппендикулярный инфильтрат — у 2,1%.

У 4 пациентов (2,1%) выявлена иная хирургическая патология, потребовавшая оперативного лечения: перфорация дивертикула Меккеля (1); перфорация тонкой (толстой) кишки инородным телом с развитием перитонита (1); перфоративная пилорoduodenальная язва (1); некроз жирового подвеса толстой кишки (1).

Хирургическая патология отсутствовала у 166 пациентов (46%), из них у 157 (94,6%) диагноз ОА исключен в результате динамического наблюдения, а у 9 пациентов (5,4%) в ходе диагностических операций. Из них выполнено 6 диагностических лапароскопий под наркозом, 2 под местной анестезией и 1 диагностическая лапаротомия. Выпол-

нение диагностической лапаротомии обусловлено тем, что она осуществлялась в ночное время хирургической бригадой, не владеющей техникой диагностической лапароскопии.

Динамическое наблюдение, включавшее повторные осмотры больных, интерпретацию изменений клинико-лабораторных данных, проводилось у 196 пациентов (54,3%). Из них у 99 (50,5%) оно длилось до 2 ч, у остальных продолжалось более длительный период. Вследствие чего диагноз острого аппендицита опровергнут у 152 (77,6%) пациентов, остальным больным 44 (22,4%) в дальнейшем произведено оперативное лечение.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи прикладных программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение

Изучение данных, отображающих зависимость времени от начала заболевания до момента госпитализации у пациентов с клиникой острого аппендицита (табл. 2), не выявило значимых различий у всех групп больных с установленным диагнозом. Исключением являются пациенты с аппендикулярным инфильтратом, у которых в 81,1% случаев время от начала заболевания превысило 36 ч.

Клиническая симптоматика пациентов при поступлении в зависимости от выставленного в дальнейшем окончательного диагноза представлена в табл. 3.

Симптом «урчащей» слепой кишки пальпаторно определялся у 89,1% пациентов при отсутствии хирургических заболеваний брюшной полости, у 6,7% пациентов с катаральным аппендицитом, 4,2% флегмонозным и 4,3% гангренозным аппендицитом.

Таблица 2

Зависимость окончательного диагноза и времени от начала заболевания до момента госпитализации

Время, ч	Катаральный аппендицит*		Флегмонозный аппендицит*		Гангренозный аппендицит*		Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, потребовавшие хирургического лечения		Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число **	Абс. число **	%	Абс. число	%
< 6	7	15,6	17	14,3	2	8,7	0	0	39	23,5	
6–12	8	17,7	37	31,1	2	8,7	0	0	40	24,1	
12–18	5	11,1	21	17,7	2	8,7	0	1	20	12,1	
18–24	7	15,6	13	10,9	2	8,7	0	1	16	9,6	
24–30	4	8,9	10	8,4	4	17,4	1	0	9	5,4	
30–36	2	4,4	5	4,2	1	4,3	0	1	4	2,4	
> 36	12	26,7	16	13,4	10	43,5	3	1	38	22,9	
Всего ...	45	100	119	100	23	100	4	4	166	100	

Примечания: * по данным морфологического исследования; ** данные представлены только в абс. числах ввиду малого количества наблюдений.

Из приведенных в таблице данных видно, что «типичная» клиника острого аппендицита в наибольшей степени (78,1%) характерна для флегмонозного аппендицита. Несмотря на это, она так же часто встречается как при катаральной (60%), так и при гангренозной (60,9%) форме острого аппендицита. Противоположно этому, данные клинические проявления при отсутствии хирургической патологии брюшной полости встречаются только в 1,2% наблюдений.

«Стертая» клиника при деструктивных изменениях червеобразного отростка выявляется в два раза реже (11,8–13,0%), чем при катаральной форме острого аппендицита (26,6%) и нехирургических заболеваниях брюшной полости (28,3%). Такие же соотношения характерны и для «атипичной» клиники.

Наличие только болезненности в правой подвздошной области без проявлений перитонизма преимущественно характерно для нехирургической патологии брюшной полости (60,9%) и аппендикулярного инфильтрата, но в более редких, приблизительно равных в процентном соотношении случаях встречается и у больных с острым аппендицитом (6,7–8,7%). Клиническая картина разлитого перитонита определялась у 2 пациентов с гангренозным аппендицитом (8,7%) и у 1 (0,6%) пациента с нехирургической патологией. Пальпаторно болезненный инфильтрат в правой под-

Таблица 3

Клиническая картина при поступлении в зависимости от установленного окончательного диагноза

Клиническая картина	Катаральный аппендицит*		Флегмонозный аппендицит*		Гангренозный аппендицит*		Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число **	Абс. число	%
Типичная: симптом Кохера + симптомы раздражения брюшины +	27	60,0	93	78,1	14	60,9	1	2	1,2
Стертая: симптом Кохера + симптомы раздражения брюшины ±	12	26,6	14	11,8	3	13,0	–	47	28,3
Атипичная: болезненность в правой подвздошной области, перитонизм	3	6,7	3	2,5	1	4,4	–	15	9,0
Только боли в правой подвздошной области	3	6,7	9	7,6	2	8,7	2	101	60,9
Клиника разлитого перитонита	–	–	–	–	2	8,7	–	1	0,6
Болезненный инфильтрат в правой подвздошной области	–	–	–	–	1	4,3	1	–	–
Всего...	45	100	119	100	23	100	4	166	100

Примечания: * по данным морфологического исследования; ** данные представлены только в абс. числах ввиду малого количества наблюдений.

вздошной области определялся у 1 пациента с гангренозным аппендицитом и у 1 пациента с аппендикулярным инфильтратом.

У 357 (98,8%) поступивших в стационар пациентов, которым проводилось ректальное исследование прямой кишки, получены результаты, представленные в табл. 4.

Оценивая полученные данные, следует отметить, что отсутствие болезненности при пальцевом исследовании прямой кишки в 89,2% случаев говорит об отсутствии деструктивных изменений червеобразного отростка. Напротив, наличие боли при пальпации правой стенки прямой кишки, пальпаторное обнаружение инфильтрата при исследовании, нависание стенок прямой кишки свидетельствовало о деструктивных изменениях червеобразного отростка у 92,5% пациентов. Следовательно, можно сделать вывод, что пальцевое исследование прямой кишки является очень важным дифференциально-диагностическим исследованием не только в плане установki диагноза острого аппендицита, но и позволяет судить о степени морфологических изменений аппендикулярного отростка.

При внимательном рассмотрении уровня лейкоцитов (табл. 5) периферической крови больных, можно отметить уменьшение вероятности острого аппендицита при

Таблица 4

Результаты ректального исследования прямой кишки

Результаты	Катаральный аппендицит*		Флегмонозный аппендицит*		Гангренозный аппендицит*		Аппендикулярный инфильтрат		Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Пальпация безболезненная	40	88,9	9	7,6	2	8,7	—	—	148	89,2
Умеренная болезненность правой стенки ампулы прямой кишки	4	8,9	63	52,9	5	21,7	1	—	17	10,2
Выраженная болезненность правой стенки ампулы прямой кишки	1	2,2	29	24,4	9	39,2	1	—	1	0,6
Болезненность, нависание стенки ампулы прямой кишки	—	—	17	14,3	4	17,4	1	—	—	—
Пальпируется болезненный инфильтрат	—	—	1	0,8	3	13,0	1	—	—	—
Всего ...	45	100	119	100	23	100	4	—	166	100

Примечания: * по данным морфологического исследования; ** данные представлены только в абс. числах ввиду малого количества наблюдений.

уровне лейкоцитов ниже $8 \times 10^9/\text{л}$ и, наоборот, увеличение количества лейкоцитов более $12 \times 10^9/\text{л}$ указывает на высокую вероятность деструктивных изменений червеобразного отростка.

При наличии жалоб на боль, локализованную в эпигастральной области, 22 пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия. При этом у 10 (45,5%) пациентов органическая патология при исследовании не определялась, а у остальных выявлены различные формы гастропатии. У подавляющего числа этих пациентов впоследствии диагноз острого аппендицита был снят.

УЗИ брюшной полости выполнено 64 больным (табл. 6).

Оценивая полученные результаты, следует признать тот факт, что при отсутствии хирургической патологии в подавляющем большинстве случаев нет изменений внутренних органов по данным УЗИ. А инфильтрат в правой подвздошной области характерен для деструктивных форм острого аппендицита.

Полученные данные свидетельствуют о высокой диагностической эффективности лапароскопии, которая была выполнена у 46 пациентов с клиническими проявлениями острого аппендицита. Из них у 39 (84,8%) лапароскопия проведена под наркозом и у 7 (15,2%) – под местной анестезией. Показаниями к проведению диагностической лапароскопии были: необходимость подтверждения клинического диагноза с последующим определением показаний для проведения лапароскопической аппендэктомии – 40 (87%); изначально планируемая лапароскопическая аппендэктомия – 6 (13%);

Из всех больных, перенесших лапароскопию, операция на диагностическом этапе закончена у 12 (26,1%), у 34 (73,9%) пациента в ходе лапароскопии подтвержден диагноз деструктивной формы острого аппендицита. Из них лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 9 пациентов, традиционная аппендэктомия – у 17 больных, изменение доступа на лапаротомию в правой подвздошной области потребовалась у 3 и на срединную лапаротомию – у 5 больных. Таким образом, во всех случаях выполнение диа-

Таблица 5
Зависимость количества лейкоцитов в клиническом анализе крови от клинических форм острого аппендицита

Количество лейкоцитов в клиническом анализе крови ($\times 10^9/\text{л}$)	Катаральный аппендицит*		Флегмонозный аппендицит*		Гангренозный аппендицит*		Аппендикулярный инфильтрат		Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число **	%	Абс. число	%
6–8	16	35,6	20	16,8	2	8,7	–	39,2	65	39,2
8–10	12	26,7	18	15,1	3	13,0	1	26,5	44	26,5
10–12	9	20,0	29	24,4	4	17,4	1	16,9	28	16,9
Более 12	8	17,7	52	43,7	14	60,9	2	17,4	29	17,4
Всего...	45	100	119	100	23	100	4	100	166	100

Примечания: * по данным морфологического исследования; ** данные представлены только в абс. числах ввиду малого количества наблюдений.

гностической лапароскопии дало возможность внести ясность в постановку диагноза и избежать ошибок диагностики других заболеваний под маской «острого аппендицита».

Дооперационные осложнения основного заболевания в зависимости от клинического диагноза при традиционной методике аппендэктомии распределились следующим образом (табл. 7).

Таблица 6

Результаты УЗИ брюшной полости

Данные УЗИ брюшной полости	Катаральный аппендицит*	Флегмонозный аппендицит*	Гангренозный аппендицит*	Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	Другие заболевания, потребовавшие хирургического лечения
Патологии не выявлено, $n=41$	4	6	1	—	29	1
Свободная жидкость в брюшной полости, $n=5$	—	1	2	—	2	—
Признаки острого панкреатита, $n=2$	1	—	—	—	—	1
Инфильтрат в правой подвздошной области, $n=8$	—	—	3	3	1	1
Признаки мочекаменной болезни, $n=5$	—	1	—	—	3	1
Мезаденит, $n=2$	—	—	—	—	1	1
Острый калькулезный холецистит, $n=1$	—	—	—	—	1	—

Примечание. * По данным морфологического исследования.

Таблица 7

Осложнения основного заболевания при остром аппендиците, выявленные в ходе аппендэктомии

Осложнения	Катаральный аппендицит		Флегмонозный аппендицит		Гангренозный аппендицит	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Местный перитонит	1	2,2	13	11,0	8	34,8
Мезаденит	9	20,0	1	0,8	—	—
Аппендикулярный абсцесс	—	—	2	1,7	2	8,7
Рыхлый аппендикулярный инфильтрат	2	4,4	5	4,2	1	4,3
Эмпиема червеобразного отростка	—	—	2	1,7	—	—
Плотный аппендикулярный инфильтрат	1	2,2	1	0,8	1	4,3
Всего...	13	28,8	24	20,2	12	52,1

Из представленных данных следует, что наибольшее количество осложнений основного заболевания, требующих хирургической коррекции, наблюдалось при деструктивном аппендиците.

При рассмотрении соответствия представленных клинически диагнозов морфологическим изменениям червеобразных отростков можно установить следующее (табл. 8).

Таким образом, гипердиагностика деструктивных изменений червеобразного отростка наблюдалась в 17,6% случаев, гиподиагностика – в 6,7%. При этом морфологические данные, подтверждающие воспалительные изменения червеобразного отростка, отсутствовали в истории болезни у 3,7% больных.

Важно отметить, что при выполнении диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии расхождений клинического и морфологического диагнозов не было.

Заключение

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что наиболее точным методом диагностики острого аппендицита является диагностическая лапароскопия. Иные методы дают относительно посредственный результат вследствие высокой вариабельности трактовки диагностических признаков болезни. Это обусловлено большой полиморфностью симптоматики и морфологических форм острого аппендицита. Гиподиагностика приводит к несвоевременному и неполноценному объему оказания хирургической помощи, в то время как гипердиагностика – к выполнению «напрасных» операций, ведущих к развитию спаечного процесса брюшной полости. Лапароскопия позволяет выявить корреляцию клинических проявлений острого аппендицита и степень морфологических изменений червеобразного отростка, избежать большого перечня осложнений и является первостепенным методом при диагностике и лечении этой патологии.

Таблица 8

Клинические и морфологические диагнозы при традиционной аппендэктомии

Клинический диагноз аппендицита	Абс. число	%	Морфологический диагноз							
			Хронический аппендицит		Простой (катаральный)		Деструктивный (флегмонозный, гангренозный)		Нет данных	
Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%			
Катаральный	45	24,1	1	2,2	38	84,4	3	6,7	3	6,7
Флегмонозный	119	63,6	1	0,8	18	15,1	96	80,7	4	3,4
Гангренозный	23	12,3	—	—	1	4,3	22	95,7	—	—
В с е г о . . .	187	100,0	2	1,1	57	30,5	121	64,7	7	3,7

Литература

1. Гагуа А.К., Евтихов Р.М., Шурыгин С.Н., Сирота В.И. Острый аппендицит: Монография. — М.: Медицина, 2016. — С. 6–11.
2. Касимов Р.Р. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците у военнослужащих: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Н.Новгород, 2013. — 22 с.
3. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. / Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. II. — С. 103–142.
4. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В. и др. Прогнозирование и профилактика развития внутрибрюшных спаек после аппендэктомии // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — № 1. — С. 83.
5. Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М., Устименко И.В., Меликова С.Г. Возможности эндовидеохирургии в диагностике и лечении острого аппендицита // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — № 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27706> (дата обращения: 11.03.2019).
6. Чарышкин А.Л., Яковлев С.А. Проблемы диагностики и лечения острого аппендицита // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2015. — № 1. — С. 92–100.
7. Bhangu A., Soreide K., Di Saverio S. et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis and management // The Lancet. — 2015. — Vol. 386, N 10000. — P. 1278–1287.
8. Bozkurt M.A., Unsal M.G., Kapan S. et al. Is laparoscopic appendectomy going to be standard procedure for acute appendicitis; a 5-year single center experience with 1,788 patients // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. — Vol. 41 (1). — P. 87–89.
9. Gorter R.R., Eker H.H., Gorter-Stam M.A.W. et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015 // Surgical endoscopy. — 2016. — Vol. 30, N 11. — P. 4668–4690.
10. Kadhim A.A., Al-Shalah M.A.N., Kamil A.M. Causes and Prevention of Missing a Diagnosis and Late Management of Acute Appendicitis // Medical Journal of Babylon. — 2016. — Vol. 13, N 2. — P. 370–377.
11. Reuben A. Examination of the abdomen // Clinical Liver Disease. — 2016. — Vol. 7, N 6. — P. 143–150.

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

В рамках проведения Общественным советом при Министерстве здравоохранения независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями *Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка* занял первое место среди медучреждений, набрав 93 балла из 100.

Члены общественного совета особо подчеркнули комфортность условий и скорость предоставления услуг, а также доброжелательность медицинских работников ЦВКГ им. П.В.Мандрыка, отметив учреждение высокой оценкой. Госпиталь также продемонстрировал высокие показатели в категориях доступности услуг для инвалидов и общей удовлетворенности условиями оказания услуг.

ЦВКГ им. П.В.Мандрыка — многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Министерства обороны Российской Федерации, которое обеспечивает лечение и реабилитацию военнослужащих и их семей. В состав госпиталя входят стационар, поликлиника и реабилитационный комплекс, оснащенные современным оборудованием и укомплектованные высококвалифицированными специалистами с многолетним опытом. В мае 2019 г. учреждение отметит 100 лет со дня основания.

Общественный совет Министерства здравоохранения ежегодно проводит независимую оценку качества условий оказания услуг медицинскими организациями в целях реализации релевантного федерального законодательства. В этом году были рассмотрены 122 медицинских учреждения.

Департамент информации и массовых коммуникаций

Министерства обороны Российской Федерации, 20 февраля 2019 г.

https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12218237@egNews