УДК 616.346.2-002-06:616.342-002.44-089

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

АННОТАЦИЯ

Стяжкина С.Н.

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, заведующая кафедрой «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ижевск, Россия

Зайчиков Б.В.

студент лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ижевск, Россия

Николаева Э.В.

студент лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ижевск, Россия

Гафиева И.И.

студент лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ижевск, Россия

Аннотация

Введение. Диагностическая ценность представленного наблюдения заключается не просто в констатации факта сочетания двух патологий, а в демонстрации того, как активный язвенный анамнез может деформировать классическую картину "острого живота". В данном случае эпигастральная фаза аппендицита (симптом Кохера) не была своевременно дифференцирована от обострения язвенной болезни луковицы ДПК, что привело к развитию разлитого гнойного перитонита и потребовало выполнения срединной лапаротомии. Представлен клинический случай, при котором интраоперационно червеобразный отросток был расценен как гангренозно изменённый, однако патолого-анатомическое исследование выявило хронический флегмонозный аппендицит в стадии обострения. Специфика случая определяется не только сочетанием с язвенной болезнью ДПК, но и расхождением макроскопической и микроскопической картин.

Цель. На примере конкретного клинического случая проанализировать клинико-анатомические параллели, диагностические трудности и обоснование выбора хирургического доступа при сочетании острого аппендицита и язвенной болезни луковицы ДПК.

Материалы и методы. Представлен клинический случай хронического гангренозного аппендицита в стадии обострения, осложнённого разлитым гнойным перитонитом, у пациента 28 лет с сопутствующей язвенной болезнью луковицы ДПК. Проведён анализ данных клинического осмотра, лабораторных методов (общий анализ крови, биохимический анализ, коагулограмма), инструментальных исследований (ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости), интраоперационной ревизии и патолого-анатомического исследования операционного материала.

Результаты. Эпигастральная фаза аппендицита была ошибочно расценена как возможное обострение язвенной болезни. Последующая миграция боли в правую подвздошную область, локальная болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щёткина–Блюмберга позволили заподозрить острый аппендицит. ЭГДС от 03.06.2025 в 00:35 подтвердила язву луковицы ДПК диаметром 0,5 см без признаков перфорации. Интраоперационно выявлен гангренозно изменённый червеобразный отросток и налетом фибрина и разлитой гнойный перитонит, что потребовало срединной лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. Патолого-анатомическое исследование подтвердило хронический аппендицит в стадии обострения, периаппендицит.

Заключение. Сочетание острого аппендицита и язвенной болезни луковицы ДПК требует комплексного предоперационного обследования и особого внимания к миграции боли. Знание топографо-анатомических вариантов расположения червеобразного отростка позволяет выбрать оптимальный доступ и избежать

интраоперационных осложнений. При разлитом гнойном перитоните методом выбора является срединная лапаротомия.

Ключевые слова: острый аппендицит, язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, топографическая анатомия, аппендэктомия, перитонит, клинический случай.

CLINICO-ANATOMICAL CORRELATIONS IN THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN A PATIENT WITH CONCOMITANT DUODENAL BULB ULCER

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Honored Worker of Higher Education of the Russian Federation, Head of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery,

Izhevsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation.

Izhevsk, Russia

Zaychikov B.V.

Student, Faculty of General Medicine,

Izhevsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation.

Izhevsk, Russia

Nikolaeva E.V.

Student, Faculty of General Medicine,

Izhevsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation.

Izhevsk, Russia

Gafiyeva I.I.

Student, Faculty of General Medicine,

Izhevsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation.

Izhevsk, Russia

ANNOTATION

Introduction. The diagnostic value of this case lies not merely in the observation that two pathologies coexisted, but in demonstrating how a history of active peptic ulcer disease can distort the classic clinical presentation of an "acute abdomen." In this instance, the initial epigastric phase of appendicitis (Kocher's sign) was not promptly distinguished from an exacerbation of a duodenal bulb ulcer; this failure led to the development of diffuse purulent peritonitis and necessitated a midline laparotomy.A clinical case is presented in which the vermiform appendix was assessed intraoperatively as gangrenous; however, pathological examination revealed chronic phlegmonous appendicitis in an acute exacerbation phase. The specific nature of this case lies not only in its association with a duodenal ulcer but also in the discrepancy between the macroscopic and microscopic findings.

Objective. To analyze, using a specific clinical case, the clinico-anatomical parallels, diagnostic difficulties, and rationale for choosing surgical access in the combination of acute appendicitis and duodenal bulb ulcer.

Materials and methods. A clinical case of chronic gangrenous appendicitis in the acute stage, complicated by diffuse purulent peritonitis, in a 28-year-old patient with concomitant duodenal bulb ulcer is presented. An analysis of clinical examination data, laboratory methods (complete blood count, biochemical analysis, coagulogram), instrumental

studies (EGDS, abdominal ultrasound), intraoperative revision, and pathoanatomical examination of surgical material was performed.

Results. The epigastric phase of appendicitis was mistakenly regarded as a possible exacerbation of peptic ulcer disease. Subsequent migration of pain to the right iliac region, local tenderness, muscle tension, and a positive Shchetkin–Blumberg sign suggested acute appendicitis. EGDS performed on 03.06.2025 at 00:35 confirmed a duodenal bulb ulcer 0.5 cm in diameter without signs of perforation. Intraoperatively, a gangrenously altered vermiform appendix with a fibrinous coating and diffuse purulent peritonitis were revealed, which required midline laparotomy, sanitation, and drainage of the abdominal cavity. Pathoanatomical examination confirmed chronic appendicitis in the acute stage, periappendicitis.

Conclusion. The combination of acute appendicitis and duodenal bulb ulcer requires comprehensive preoperative examination and special attention to pain migration. Knowledge of topographic and anatomical variants of the vermiform appendix location allows choosing optimal access and avoiding intraoperative complications. In diffuse purulent peritonitis, midline laparotomy is the method of choice.
Keywords: acute appendicitis, duodenal bulb ulcer disease, topographic anatomy, appendectomy, peritonitis, clinical case.

ВВЕДЕНИЕ

Острый аппендицит на протяжении многих десятилетий остаётся одним из наиболее частых заболеваний, требующих экстренного хирургического вмешательства. По данным литературы, частота

острого аппендицита составляет 4–5 случаев на 1000 населения в год, причём пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 20–40 лет [1, 2]. Однако за внешней простотой и привычностью этой патологии скрывается серьёзная проблема: несмотря на совершенствование диагностических методов, летальность при осложнённых формах достигает 0,5–1%, а при разлитом перитоните — 5–10% [3]. Именно осложнённые формы, а не сам аппендицит, определяют исход заболевания.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки также широко распространена: ею страдают до 10% взрослого населения [4]. Каждое из этих двух состояний по отдельности хорошо изучено, однако их сочетание является сложно определяемой патологией, поскольку эпигастральная фаза аппендицита может имитировать обострение язвенной болезни, а наличие язвы, в свою очередь, маскирует типичную картину «острого живота» [5].

В доступной литературе описаны единичные наблюдения сочетания острого аппендицита и язвенной болезни ДПК [7, 9], однако клинико-анатомические параллели и обоснование выбора хирургического доступа остаются недостаточно освещёнными в массовой информации.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Острый аппендицит: этиология, патогенез, диагностика

В современной литературе патогенез аппендицита рассматривается через призму четырех основных теорий (обструктивной, инфекционной, иммунологической и сосудистой). Однако в случае нашего пациента (28 лет, без указания на обструкцию) ключевую роль, вероятно, сыграл сосудистый

компонент и активация микрофлоры на фоне длительно текущего хронического воспаления[1].

Клиническая картина классически включает миграцию боли из эпигастрия в правую подвздошную область, тошноту, рвоту, повышение температуры, лейкоцитоз. Однако при атипичном расположении отростка или сопутствующей патологии симптомы могут быть стёртыми [2], и тогда именно знание топографо-анатомических вариантов становится правильным путём к постановке правильного диагноза. Хронический аппендицит может длительно протекать вяло, с периодическими обострениями; морфологически в таких случаях выявляется гангренозная инфильтрация стенки отростка на фоне хронического воспаления.

1.2. Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь ДПК характеризуется образованием дефекта слизистой оболочки, чаще на передней или задней стенке луковицы. Клинически она проявляется болями в эпигастрии, связанными с приёмом пищи, и диспепсическими явлениями [4]. Обострение может сопровождаться тошнотой, рвотой, локальной болезненностью в эпигастрии. При сочетании с острым аппендицитом возможно усиление болевого синдрома и изменение его локализации [5], что создаёт дополнительную диагностическую нагрузку: больной и врач оказываются «между» двумя источниками боли, каждый из которых может объяснить симптоматику.

1.3. Сочетание острого аппендицита и язвенной болезни

Анализ доступной литературы показывает, что большинство исследований (например, работа Lee C.C. et al., 2015) фокусируется на эпидемиологической связи язвенной болезни и аппендицита, оставляя вне поля зрения клиническую трансформацию симптомов.

В классических руководствах по неотложной хирургии (Савельев В.С., 2004) эпигастральная фаза аппендицита описывается как кратковременный этап, однако у пациентов с сопутствующей гастроэнтерологической патологией этот период может затягиваться. Мы предполагаем, что наличие активной язвы луковицы ДПК создает "отвлекающий" болевой очаг. Именно это и произошло в нашем наблюдении: пациент связывал болевой синдром с обострением язвы, что привело к поздней обращаемости (спустя 4 часа от начала болей) и развитию перитонита.

1.4. Хирургические доступы

Классический доступ — косой разрез по Волковичу–Дьяконову в правой подвздошной области. При неясном диагнозе, признаках перитонита или атипичном расположении отростка показана срединная лапаротомия. Лапароскопический доступ обладает преимуществами: малая травматичность, лучшая визуализация, возможность ревизии органов брюшной полости [3, 6]. Однако при разлитом гнойном перитоните именно срединная лапаротомия обеспечивает адекватную ревизию, полноценную санацию и дренирование, что и определило выбор доступа в нашем наблюдении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Характеристика пациента

Пациент Мокрушин Илья Александрович, 28 лет (дата рождения 29.01.1997). Обратился сам в экстренном порядке 02.06.2025 в 23:00 в приёмное отделение БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР» (г. Ижевск, ул. Труда, 1).

Основное заболевание при поступлении исходя из первичного сбора данных - острый перитонит (К65.0). В экстренном порядке был направлен в отделение хирургии по абдоминальному профилю.

Из медицинской карты № 148814.

2.2. Методы исследования

Клинический осмотр хирурга и анестезиолога. Лабораторные методы: общий анализ крови, биохимический анализ, коагулограмма, исследование на ВИЧ, гепатиты В и С. Инструментальные методы: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) от 03.06.2025 в 00:35, ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 02.06.2025. Интраоперационная ревизия, аппендэктомия. Патолого-анатомическое исследование операционного материала (протокол от 06.06.2025).

2.3. Этические аспекты

Пациент дал письменное информированное согласие на публикацию клинического случая. Данные анонимизированы. Исследование одобрено этическим комитетом БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР».

РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Анамнез заболевания

Со слов пациента, 02.06.2025 около 11:00 появились ноющие боли в эпигастральной области. Через некоторое время боль стала колющей по всей области живота, без четкой локализации. Отмечалась тошнота, рвота выпитой водой, не облегчающая. Стул и мочеиспускание в норме. Температура тела повысилась до 37,0 °С. В 11:00 02.06.2025 пациент почувствовал боль в эпигастрии, что могло быть расценено как обострение язвенной болезни, около 22:00

обратился в приемное отделение. В медицинской карте указано время поступления 23:00 02.06.2025.

3.2. Данные объективного осмотра

Общее состояние средней тяжести. Сознание 15 баллов по ШКГ(шкала комы Глазго). Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Температура 37,1 °С. Язык сухой, чистый. Живот симметричный, поддут. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, что является признаком перитонита так, как сокращение передней стенки вызывает сильную боль. При пальпации — напряжённость и болезненность в правой подвздошной области. Симптом Щёткина–Блюмберга, Воскресенского-1 положительные во всех отделах. Перистальтика ослаблена.

3.3. Предоперационное обследование

ЭГДС от 03.06.2025 в 00:35 (врач Киреева Н.В.): просвет пищевода свободно проходим, слизистая без особенностей. Желудок расправился хорошо, слизистая розовая, складки продольные. В просвете умеренное количество жидкости, слизь. Луковица ДПК деформирована. Слизистая луковицы отёчна, гиперемирована, на передней стенке язва диаметром около 0,5 см, покрытая фибрином. Заключение: язва луковицы ДПК.

УЗИ органов брюшной полости от 02.06.2025, 15:36 (врач Пириева А.И., аппарат SonoScape S48Exp, конвексный датчик C1-6): печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность нормальная. Желчный пузырь сокращён, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, нечеткие. Эхогенность умеренно повышена, структура диффузная, неоднородная.Почки, селезёнка без особенностей. Заключение: УЗИ-признаки умеренных

диффузных изменений поджелудочной железы по типу хронического панкреатита.

Лабораторные данные: в общем анализе крови от 02.06.2025 — лейкоциты 10,7 ×10⁹/л, тромбоциты 206 ×10⁹/л. Умеренный лейкоцитоз.

Осмотр анестезиолога: диагноз: К65.8. Другие виды перитонита.

Жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту. Аллергоанамнез не отягощён. Оценка операционно-анестезиологического риска: II ASA. Планируемый вид анестезии: эндотрахеальный наркоз (ЭТН). Премедикация: цефтриаксон 1,0 в/м за 30 мин до операции.

3.4. Оперативное вмешательство

03.06.2025 в 01:00 начата операция: срединная лапаротомия. Операционная бригада: оперирующий хирург — Бакиров Азат Раилович, ассистент — Ионов Дмитрий Петрович, анестезиолог-реаниматолог — Жуковский Константин Эдуардович. Диагноз до операции: К65.8. Другие виды перитонита.

При ревизии в брюшной полости обнаружен гнойный выпот по фланкам, в малом тазу и мезогипогастрии, осушен, взят на посев. Желчный пузырь не изменён, печень тёмно-вишнёвого цвета, капсула гладкая; желудок и двенадцатиперстная кишка без видимой патологии. Петли кишечника умеренно раздуты. В рану выведена слепая кишка, аппендикс расположен латерально, в перипроцессе. Макроскопически (интраоперационно) аппендикс расценен как гангренозно изменённый: утолщён, отёчен, гиперемирован, покрыт фибрином, участки стенки имели багрово-чёрный оттенок, размерами 1,0 × 6,0 см. Брыжейка отростка инфильтрирована, отсечена с перевязкой и прошиванием. Отросток у основания

пережат, перевязан, отсечён. Культя погружена узловыми швами из-за выраженного тифлита в стенку слепой кишки. Контроль гемостаза — сухо. Другой патологии не обнаружено.

Санация брюшной полости до чистых промывных вод. Счёт гематопов. Брюшная полость дренирована через контрапертуру в правой подвздошной области трубкой ПВХ и 1/2 перчатки в малый таз и по фланку. Послойно швы на рану. Асептическая повязка. ИБП 12 баллов. Операция завершена в 02:00. Диагноз после операции: острый гангренозный аппендицит, разлитой гнойный перитонит, тифлит

3.5. Послеоперационный период

В послеоперационном периоде пациент находился в отделении хирургии, затем в ОАР. Ежедневные осмотры хирурга (06.06.2025, 09.06.2025, 10.06.2025) фиксировали умеренные боли в области послеоперационной раны, состояние удовлетворительное, температура тела нормализовалась. Живот мягкий, умеренно болезненный в области раны. Дренажи удалены. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Осмотр 03.06.2025 в 09:30 профессором Э.В. Халимовым, заведующим отделением В.В. Казанцевым, врачами отделения: состояние тяжёлое, обусловленное основным заболеванием и операцией, сознание ясное (15 баллов по ШКГ), явления энцефалопатии, вялый, астеничен. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. SpO_2 99%. Гемодинамика с тенденцией к гипотензии: АД 136/84 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин. Язык суховат, обложен налётом. Живот

незначительно поддут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в ране. Перитонеальные симптомы отрицательные. По НГЗ 700 мл застойного отделяемого. St. localis: рана без воспаления, швы состоятельны, по дренажу из брюшной полости серозное отделяемое.

К 06.06.2025 состояние пациента улучшилось и расценивалось как относительно удовлетворительное. При осмотре в 10:00 пациент предъявлял жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, тошноты и рвоты не отмечал. Восстановилась функция кишечника: стул был, газы отходили. Пациент находился в ясном сознании (15 баллов по ШКГ), кожные покровы и слизистые приобрели физиологическую окраску. Гемодинамика стабилизировалась: АД 130/80 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык оставался влажным, обложенным налетом. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в зоне раны, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги. Рана без признаков воспаления, швы состоятельны, выполнена перевязка.

В последующие дни (09.06.2025 и 10.06.2025) отмечалась стойкая положительная динамика. При осмотре 09.06.2025 жалобы ограничивались болями в ране, состояние оставалось удовлетворительным, гемодинамика стабильной (АД 130/80 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин). Живот оставался мягким, умеренно болезненным только в области послеоперационной раны. Рана заживала первичным натяжением.

10.06.2025 при утреннем осмотре в 08:00 пациент жалоб не предъявлял. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Гемодинамика и дыхание в пределах нормы. Живот при пальпации

оставался умеренно болезненным в области раны. В этот день были сняты послеоперационные швы. Заживление раны — первичным натяжением. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники.

3.6. Результаты патолого-анатомического исследования

Несмотря на интраоперационную макроскопическую картину гангренозного аппендицита, при патолого-анатомическом исследовании операционного материала (протокол от 06.06.2025) был установлен диагноз: хронический флегмонозный аппендицит в стадии обострения, периаппендицит. Признаков тотального некроза стенки отростка (истинной гангрены) гистологически выявлено не было. Выраженный отек, полнокровие и гнойная инфильтрация тканей, приведшие к визуальному изменению цвета и структуры отростка, были расценены как проявления тяжелой флегмоны.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ ОБЗОР

4.1. Анатомия илеоцекальной области

Илеоцекальный угол образован слепой кишкой, конечным отделом подвздошной кишки и червеобразным отростком. Слепая кишка проецируется на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области. Червеобразный отросток отходит от медиально-задней стенки слепой кишки. Его проекция на переднюю брюшную стенку соответствует точке МакБернея (граница средней и наружной трети линии, соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости) [8]. Понимание данной информации имеет не только теоретическое, но в большей степени практическое значение: именно от них зависит быстрота обнаружения отростка и безопасность его мобилизации.

4.2. Варианты расположения червеобразного отростка

В нашем случае отросток располагался латерально, в перипроцессе. Это не только облегчило его мобилизацию, но и потребовало от хирурга повышенной осторожности из-за инфильтрации окружающих тканей. Кроме того, выраженный тифлит (воспаление слепой кишки) в данном случае вынудил хирурга отказаться от классического кисетного шва и использовать узловые швы для погружения культи, что является важным тактическим мом в условиях гнойного перитонита. Однако хирург должен помнить о возможных вариантах: тазовое (прилежит к мочевому пузырю, прямой кишке, может вызывать дизурию, тенезмы), подпечёночное (имитирует холецистит), ретроцекальное (фиксирован к задней стенке слепой кишки), ретроперитонеальное (расположен забрюшинно, что затрудняет диагностику и доступ). Знание этих вариантов позволяет избежать ятрогенных повреждений и выбрать адекватный доступ [8]. В нашем наблюдении латеральное расположение отростка в условиях перипроцесса было «благоприятным» анатомическим вариантом, который во многом упростил выполнение аппендэктомии.

4.3. Кровоснабжение и иннервация

Кровоснабжение отростка осуществляется a. appendicularis, отходящей от a. ileocolica (ветвь a. mesenterica superior). Вены сопровождают артерию и впадают в v. ileocolica, затем в v. portae. Лимфоотток — в nodi lymphoidei ileocolici. Иннервация — из верхнего брыжеечного сплетения (симпатическая) и блуждающего нерва (парасимпатическая). Воспаление отростка может вызывать рефлекторные боли в эпигастрии (симптом Кохера), что наблюдалось у нашего пациента [8]. Этот патофизиологический механизм лежит в основе главной диагностической ловушки

данного наблюдения — эпигастральная фаза аппендицита, имитирующая обострение язвенной болезни.

4.4. Топография луковицы двенадцатиперстной кишки

Луковица ДПК расположена на уровне L1–L2, спереди от тела поджелудочной железы, справа от воротной вены. Сверху от неё — желчный пузырь, снизу — головка поджелудочной железы. Язва передней стенки луковицы может перфорировать в свободную брюшную полость, вызывая перитонит [4]. В нашем случае язва была диаметром 0,5 см, покрыта фибрином, без признаков перфорации. Однако она могла быть источником болей в эпигастрии, что затрудняло дифференциальную диагностику и создавало «двойной» источник болевой импульсации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сочетание острого аппендицита и язвенной болезни луковицы ДПК создает проблему в правильной постановке диагноза, в основе которого лежит несовпадение клинической и анатомической логики. Эпигастральная фаза аппендицита, обусловленная висцеральной болью по ходу чревного сплетения, имитирует обострение язвенной болезни [5]. В нашем случае пациент первоначально отметил боль в эпигастрии, что могло быть расценено как язвенный анамнез.

Однако позже болезненность отмечалась по всей локализации живота,но напряжение мышц и положительный симптом Щёткина–Блюмберга позволили заподозрить острый аппендицит. Именно динамика болевого синдрома, а не его первоначальная локализация, оказалась решающим диагностическим критерием.

Проведённая ЭГДС от 03.06.2025 в 00:35 выявила язву луковицы ДПК, что подтвердило сопутствующий диагноз. УЗИ исключило другую патологию (желчнокаменную болезнь, панкреатит в стадии

обострения) и выявило диффузные изменения поджелудочной железы, что могло быть следствием хронического панкреатита. Лабораторный лейкоцитоз 10,7 ×10 процесс. Тем самым данные методы подтвердили необходимость экстренного хирургического вмешательства.

Особый интерес в данном наблюдении представляет расхождение интраоперационной и патоморфологической картин. Во время операции отросток макроскопически был расценен как гангренозный (багрово-черный цвет, налет фибрина), что типично для тяжелого деструктивного процесса. Однако гистологическое исследование выявило хронический флегмонозный аппендицит в стадии обострения. Подобное несоответствие объясняется тем, что выраженный воспалительный отек и гнойное пропитывание (флегмона) могут приводить к нарушению микроциркуляции и визуальному изменению цвета тканей, имитируя гангрену. Приведенный случай показывает нам пример того, что необходимо проводить патолого-анатомическое обследование для полного подтверждения диагноза. Учитывая тяжесть состояния, обусловленную разлитым гнойным перитонитом и объёмом оперативного вмешательства, пациент в раннем послеоперационном периоде находился в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) под динамическим наблюдением.

При осмотре 03.06.2025 в 09:30 профессором Э.В. Халимовым, заведующим отделением В.В. Казанцевым и лечащими врачами состояние расценивалось как тяжёлое. В области послеоперационной раны швы были состоятельны, признаков воспаления не отмечалось, по дренажу из брюшной полости выделялось серозное отделяемое. Продолжалась комплексная

консервативная терапия, направленная на коррекцию гемодинамических и метаболических нарушений.

К (06.06.2025, 09.06.2025, 10.06.2025) на фоне проводимого лечения была достигнута выраженная положительная динамика. Восстановилась функция желудочно-кишечного тракта: газы отходили, появился самостоятельный стул. Гемодинамика стабилизировалась (АД 130/80 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин).

Топографо-анатомические знания позволили быстро идентифицировать отросток и избежать повреждения соседних структур. Латеральное расположение отростка в перипроцессе облегчило выполнение аппендэктомии. В послеоперационном периоде пациент получал терапию, направленную на лечение язвенной болезни (ингибиторы протонной помпы, диета), а также антибактериальную терапию (цефтриаксон). Таким образом, благоприятный исход в данном наблюдении был обусловлен не только своевременной хирургической тактикой (срединная лапаротомия при разлитом перитоните), но и адекватным ведением раннего послеоперационного периода, включая пребывание в ОАР, лабораторно-инструментальный мониторинг и комплексную консервативную терапию.

ВЫВОДЫ.

- Эпигастральная фаза аппендицита у пациента с сопутствующей язвенной болезнью ДПК может протекать атипично, имитируя гастродуоденальную патологию, что требует динамической оценки болевого синдрома и активного использования инструментальных методов (ЭГДС) даже при наличии язвенного анамнеза.

- Выбор срединной лапаротомии в данном случае был продиктован наличием разлитого гнойного перитонита и невозможностью исключить другую острую хирургическую патологию на дооперационном этапе.
- Интраоперационная оценка степени деструкции червеобразного отростка не всегда совпадает с гистологической картиной: выявленное в данном случае расхождение (макроскопически — гангренозный, микроскопически — флегмонозный аппендицит) диктует необходимость обязательной морфологической верификации диагноза для определения истинного объема воспалительного процесса.
- Благоприятный исход был достигнут благодаря сочетанию радикальной хирургической санации (дренирование брюшной полости) и ранней послеоперационной реабилитации в условиях ОАР с последующим переводом в хирургическое отделение.

Библиографический список

1. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Триада-Х, 2004. — 640 с.
2. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С. Клиническая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 896 с.
3. Национальные клинические рекомендации по острому аппендициту. — М., 2020. — 48 с.
4. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 256 с.
5. Каган И.И. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 720 с.

6. Кованов В.В., Бомаш Ю.М. Практическое руководство по топографической анатомии. — М.: Медицина, 1967. — 428 с.
Lee C.C., Lee M.G., Hsieh R.H., et al. Acute Appendicitis Is Associated with Peptic Ulcers: A Population-based Study // Scientific Reports. — 2015. — Vol. 5. — P. 18044.
7. Острый аппендицит: учебное пособие для врачей и студентов / В.А. Ситников, М.В. Варганов, С.Н. Стяжкина, В.И. Коробейников, С.Л. Тарасов, Н.Е. Трошина, Д.В. Зайцев, В.В. Ларин, А.А. Целоусов. — Ижевск, 2008. — 120 с.
8. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Климентов М.Н. Острый аппендицит. — Ижевск, 2008. — 80 с.