

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.22.650

На правах рукописи
УДК 616.346.2-002.1-089.87

Ахматов Санжарбек Айибханович

**СПОСОБ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ
ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

14.01.17 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек-2023

Работа выполнена на кафедре хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Мусаев Акылбек Инаятович**
доктор медицинских наук, профессор,
главный врач городской клинической
больницы №1 города Бишкек

Официальные оппоненты: **Эраалиев Бейшенбек Ашимович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделением гнойной хирургии
Национального хирургического центра
Министерства здравоохранения Кыргызской
Республики

Байгазаков Асылбек Топчубаевич
доктор медицинских наук, доцент,
ректор Международного медицинского
университета «Авиценна»

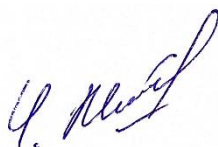
Ведущая организация: Международная высшая школа медицины,
кафедра хирургических болезней (700254,
г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1ф).

Защита диссертации состоится «25» января 2024 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре МЗ Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «21» декабря 2023 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент



М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Острый аппендицит является одним из наиболее распространённых острых хирургических заболеваний и по удельному весу эта патология занимает одно из первых мест [Ю. К. Уметалиев, 2003; В. Б. Биличенко, 2005; М. А. Бородин и соавт., 2006; Т. В. Дунаев и соавт., 2011 Ж. И. Ашимов, 2011; Э. С. Антон, 2021; G. Fente and R. C. Echem, 2009; O. Vidal et. al., 2010].

Острый аппендицит возникает в любом возрасте, но в последние годы с увеличением продолжительности жизни населения увеличивается и число больных пожилого и старческого возраста, у которых это заболевание протекает в большинстве случаев атипично и превалируют осложненные формы. В результате чего и наиболее часто, наблюдаются осложнения в ближайшем послеоперационном периоде [Ж. И. Ашимов, 2011; С. А. Коровин и Ю. Ю. Соколов, 2011; В. С. Савельев и Б. Д. Савчук, 2011; Р. Р. Касимов и А. С. Мухин, 2013; В. В. Козлов и соавт., 2014; C. W. Iqbal et. al., 2012].

Острому аппендициту посвящена обширная литература, в которой обсуждены вопросы особенности клинического течения этого заболевания в различных возрастных группах: в детском и пожилом возрасте. Обращено внимание на важность и сложность своевременной диагностики и несмотря на их совершенствование частота ошибочных диагнозов колеблется от 5 до 15% [А. И. Мусаев, 1999; М. Н. Каминский, 2009; А. А. Призенцов и соавт., 2013; А. Л. Чарышкин и М. М. Ярцев, 2019; V. Jatagandzidis et. al., 2007; G. Thuijls et. al., 2011].

Обширная литература посвящена способам обработки культи червеобразного отростка и ведению послеоперационного периода. Предложено ряд модификации погружения культи червеобразного отростка, целесообразность применения различного шовного материала и способы дренирования, однако, не смотря на множество совершенствовании, после операций выполненных по поводу деструктивных форм острого аппендицита у 3-5% развиваются осложнения брюшной полости, а также высокий процент раневых осложнений [А. Г. Бебуршвили и соавт., 2005; О. Г. Таштемирова и соавт., 2005; О. И. Безуглая и соавт., 2016; Ю. К. Уметалиев, 2003; Н. А. Бархатова, 2017; М. В. Гавщук и соавт., 2019; A. A. Malik and S. Bari, 2009]

Если раневым осложнениям посвящена обширная литература и особенно мерам их профилактики, то что касается внутрибрюшных осложнений, то эти исследования малочисленны и результаты их противоречивы [В. Д. Федоров и соавт., 2004; Е. В. Елисеева и соавт., 2006; В. Р. Корита, 2007; Т. В. Куличенко и соавт., 2009; В. А. Белобородов и Е. А. Кисочевская, 2014; J. Z. Lugo et. al., 2010; C. Vons et. al., 2011].

Эти осложнения включают несостоятельность культи червеобразного

отростка, прогрессирование перитонита и возникновение ранней кишечной непроходимости, обусловленной нарушением функций воспалённой брюшины. До настоящего времени, не разработаны критерии мер профилактики этих осложнений. Все вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования. Улучшить результаты оперативного лечения деструктивных форм острого аппендицита за счет совершенствования диагностики и методов завершения аппендэктомий.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать диагностическую шкалу острого аппендицита.
2. Разработать методы применения лоскута париетальной брюшины и пластины Тахокомб для перитонизации культи червеобразного отростка.
3. Обосновать применение лоскута и пластины Тахокомб.
4. Дать сравнительную оценку традиционному подходу и с использованием разработанных и усовершенствованных методов диагностики и лечения острого аппендицита.

Научная новизна полученных результатов:

1. Усовершенствована шкала диагностики острого аппендицита, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение *«Способ диагностики острого аппендицита» №53/2022 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 31.03.2022 г.*
2. Научно обоснована методика использования париетальной брюшины и пластины Тахокомб в обработке культи червеобразного отростка, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение *«Способ перитонизации червеобразного отростка при деструктивных формах аппендицита» №22/2021 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 25.03.2021 г.*
3. Усовершенствованы меры профилактики воспалительных осложнений при деструктивных формах острого аппендицита с вовлечением в воспалительный процесс купола слепой кишки.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Применение усовершенствованной шкалы диагностики острого аппендицита позволило своевременно выполнить аппендэктомию и в ряде случаев исключить ненужное вмешательство.
2. Разработанная методика использования лоскута париетальной брюшины и пластины Тахокомб дала возможность снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде.

3. Внедрение мер профилактики воспалительных осложнений с использованием озонированных растворов и лимфогенных технологии оказалось эффективным и надежным способом (*Акты внедрения ГKB №1 от 01.06.2023 г. и КГМА им. И.К. Ахунбаева от 29.04.2023 г.*).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Разработанная шкала диагностики и тактики при остром аппендиците является методом выбора при остром аппендиците.

2. Научно обоснованные способы обработки культи червеобразного отростка позволяют достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений.

3. Меры профилактики осложнений при остром аппендиците с применением лимфогенных технологии обеспечивают снижение частоты осложнений.

Личный вклад соискателя. Включает, обследование больных, определение тактики при остром аппендиците, участие в оперативном лечении, разработке методов обработки культи червеобразного отростка и ведение больных после операции. Статистическая обработка полученных результатов, формирование выводов и практических рекомендаций выполнены лично аспирантом.

Апробация результатов исследования: основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых ученых и студентов КГМА им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2022), на заседании сотрудников кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2023).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликовано 7 статей в научных периодических изданиях, индексируемых системами РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Материалы диссертационной работы изложены на 134 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (шрифт 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложения. Библиография включает 282 литературных источников, из них 81 работ авторов дальнего зарубежья. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 16 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дана актуальность темы исследования, цель и задачи, изложена научная новизна и практическая значимость выполненной работы, и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современные направления в диагностике и лечении острого аппендицита». В этой главе представлены литературные сведения о информативности методов диагностики и результатов оперативного лечения пациентов с острым аппендицитом, дана частота атипичного расположения отростка и изложены основные осложнения после оперативного лечения. Обзор литературы написан критически и ознакомление с его содержанием даст возможность судить о нерешённых задачах в диагностике и лечении острого аппендицита.

Во второй главе «Методология и методы исследования» изложена клиническая характеристика больных, методы исследования, которые включают клинические, лабораторные и инструментальные и их информативность.

2.1. Объект и предмет исследования, клиническая характеристика больных. *Объект исследования:* больные с острым аппендицитом деструктивной формы. *Предмет исследования* клинические лабораторные и инструментальные методы.

Клиническим материалом были данные обследования и лечения 302 больных с острым аппендицитом (деструктивные формы), оперированные в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 города Бишкек с 2016 по 2022 годы включительно. Критерием исключения служили больные с катаральной формой аппендицита.

В процессе работы нами были выделены 2 группы, первая - это была группа сравнения, в которой аппендэктомия и способы обработки культи были традиционные, а с целью профилактики воспалительных осложнений они получали антибиотики внутримышечно (гентамицин или ампициллин) и вторая, которая являлась для нас основной, она составляла 202 больных. У них при аппендэктомии для завершения обработки культи при наличии воспаления купола слепой кишки использован лоскут париетальной брюшины (17 чел.) и пластину Тахокомб (15 чел.), а в момент операции выполняли регионарную лимфостимуляцию в переходную складку брюшины, а брюшную полость орошали озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл. Необходимо отметить, что по основным показателям (пол, возраст, давность заболевания, сроки операции и форма аппендицита) обе группы были равнозначны.

Среди поступивших наибольшую группу составляли женщины (196 чел. - 65%) и реже поступали мужчины (106 чел. - 35%). Соотношение женщин к мужчинам составила 1,8:1, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 2.1.1. При анализе возраста поступивших было отмечено, что наибольшую группу составляли лица в возрасте от 20 до 40 лет и существенно реже пациенты в возрасте старше 50 лет.

Таблица 2.1.1 – Распределение больных (n-302) по полу и возрасту контрольная и основная

Возрастные группы (в годах)	женщины		мужчины		всего больных	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
до 20 лет	39	19,9	22	20,8	61	20,2
21-30	71	36,2	45	42,5	116	38,5
31-40	42	21,4	25	23,6	67	22,2
41-50	27	13,8	7	6,6	34	11,2
51-60	10	5,1	4	3,8	14	4,7
61-70	6	3,1	3	2,8	9	2,9
>70	1	0,5	-	-	1	0,3
ВСЕГО: абс.	196		106		302	
%	65,0	100,0	35,0	100,0		100,0

При анализе давности заболевания необходимо отметить, что до 6 часов от начала появления болевого синдрома поступило всего 81 больной, что составило 26,9%, в сроки до суток госпитализировано 250 чел., а остальные поступили позже суток, данные представлены в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2 -Давность заболевания острым аппендицитом (n-302)

Срок заболевания	Всего	
	абс. ч.	%
До 6 часов	81	26,9
От 6 до 12 часов	98	32,4
От 12 до 24 часов	71	23,5
От 24 до 72	41	13,6
Более 3 суток	11	3,6
Всего	302	100,0

Из 302 поступивших больных все были оперированы и им произведена аппендэктомия. Наибольшее число оперировано до 6 часов с момента госпитализации и еще 58 больных оперированы до суток и позже суток 9, что составило 2,9 %. Это были больные, которые нуждались в дополнительном обследовании и предоперационной подготовке при тяжелом сопутствующем заболевании. Сроки операции в момента поступления больного дана в таблице 2.1.3.

Таблица 2.2.6 - Сроки операции с момента поступления больных

Сроки операции	Всего	
	абс. ч.	%
До 2 часов	88	29,2
От 2 до 6 часов	147	48,7
От 6 до 12 часов	42	13,9
От 12 до 24	16	5,3
Позже суток	9	2,9
Всего:	302	100,0

В момент операции мы обратили особое внимание на частоту вовлечения воспалительного процесса купола слепой кишки, и при этом было установлено, что из 302 у 46 отмечена выраженная инфильтрация купола слепой кишки, не позволяющая использовать кисетный способ погружения культи, что составило 15,8%.

2.2. Методы обследования больных с острым аппендицитом. В обследовании включены клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования и шкала Alvarado.

При поступлении обращали внимание на жалобы, историю развития заболевания, при этом выясняли сроки возникновения болевого синдрома, локализацию и характер (постоянные, периодически появляющиеся, перемещавшиеся) продолжительность и лечение, которое дома принимал больной и его эффективность.

В процессе обследования использовали и лабораторные методы: общий анализ крови и биохимические анализы. Немаловажное значение придавали УЗИ, которое выполняли аппаратом «Samsung Medison, SonoAce R7», (Япония) – трехмерным сканированием, объемными датчиками в реальном масштабе времени, частотой диапазона в 2,5 МГц, 3,5 МГц, 5,0 МГц, 5 МГц, 7 МГц и при этом обращали внимание на локализацию аппендикулярного отростка, его диаметр, толщину стенок, характер содержимого отростка (если удастся) и наличие жидкости в илеоцекальной ямке и в малом тазу. Это исследование было выполнено нами у больных основной группы.

В своей работе мы использовали шкалу Альварado, и мы дополнили таким информативным показателем как результаты УЗИ, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение «Способ диагностики острого аппендицита» №53/2022 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 31.03.2022г., которое представлена в таблице 2.2.1. Оценку баллов выполняли следующим образом: от 10 до 14 операция показана, от 5 до 10 необходимо наблюдение, если пациент набирает меньше 5-ти баллов, то острый аппендицит маловероятен и от операции можно воздержаться.

Таблица 2.1.2 - Дополненная таблица шкалы Alvarado

ПРИЗНАКИ	Баллы
Болезненность в правой подвздошной области	+2
Повышение температуры $>37,3^{\circ}\text{C}$	+1
Симптом Щеткина-Блюмберга	+1
<i>СИМПТОМЫ:</i>	
миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1
потеря аппетита	+1
тошнота / рвота	+1
<i>ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ</i>	
лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}$	+2
сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов $> 75\%$)	+1
<i>ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:</i>	
ширина отростка более 7мм и толщина его стенок более 2.5 см	+2
ригидность отростка и наличие воспалительных изменений в окружающих тканях	+2
Всего	14

2.3. Статистическая обработка данных. Получены результаты исследования обработаны методом вариационной статистики, с вычислением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда, а степень достоверности вычисляли по t критерию таблицы Student.

В третьей главе «Результаты оперативного лечения больных контрольной группы с острым аппендицитом» даны результаты оперативного лечения больных с острым аппендицитом контрольной группы.

3.1. Общая характеристика больных. Из 100 оперированных преобладали женщины в сравнении с мужчинами (соответственно 62,0% и 38,0%). При анализе возраста поступивших больных установлено, что как мужчины, так и женщины наиболее часто поступали на оперативное лечение в возрасте до 40 лет, лица старше 60 лет составили всего 5%, что согласуется с литературными сведениями о том, что в настоящее время лица пожилого и старческого возраста стали реже поступать с острым аппендицитом.

Анализ сроков госпитализации показал, что до 6-часов с момента появления болевого синдрома поступило всего 19 больных, до 12 часов еще 31 и в течение суток еще 34, а позже 1-го суток от начала заболевания госпитализировано 16 больных. Анализ сроков госпитализации от начала заболевания показал, что наибольшее число пациентов было госпитализировано от 12 до 24 часов (34 человек).

3.2. Результаты оперативного лечения больных контрольной группы.

Наибольшему числу больных операция выполнена в первые 6 часов с момента поступления (69 чел.), еще 19 больных операция выполнена до 12 часов, в течение суток оперировано, это были лица, у которых не четко выражены симптомы острого аппендицита, были сомнения в диагнозе, им требовались дополнительные клинические исследования, после выполнения которых они были оперированы. У 4-х больных аппендэктомия произведена позже 1-го суток, а у 2-х пожилого возраста были нечеткие клинические проявления острого аппендицита, за ними ввели наблюдение, и при нарастании воспалительного процесса они были оперированы, а у 2-х были сопутствующие заболевания, им требовалась предоперационная подготовка.

При аппендэктомии чаще использовалось внутривенное обезболивание (73,0%), реже применяли эндотрахеальный наркоз (19,0%) и местное обезболивание (8,0%).

При выполнении аппендэктомии в основном применяли доступ Волковича-Дьяконова (82,0%) и реже использовали нижнесрединный доступ (28,0%).

Из числа оперированных у 2-х больных (2,0%), при гистологическом исследовании отросток был не изменен, катаральная форма обнаружена у 6 (6,0%) больных и наиболее часто имело место флегмонозный аппендицит у 61 (61,0%) чел., гангренозная форма обнаружена у 19 (19,0%) и у 12 (12,0%) при деструктивном аппендиците воспалительный процесс был распространён на купол слепой кишки, что создавало затруднения в перитонизации червеобразного отростка.

Из общего числа оперированных у большинства было типичное расположение отростка, и оно составило 82,0%, ретроцекальное было у 6 (6,0%), ретроперитонеальное у 4 (4,0%), и реже наблюдалась такая локализация как высокое, низкое, левостороннее. Из всех наблюдаемых больных атипичное расположение составило 18%.

Особое внимание мы уделили анализу способов перитонизации культи червеобразного отростка, которое было выполнено у больных контрольной группы. У большинства использована методика наложения кисетного шва 86%, перевязка отростка у его основания выполнена у 6-х больных и погружение культи отдельными узловыми швами применили у 8.

Необходимо отметить, что только перевязка отростка у основания и погружение узловыми швами были выполнены у больных, у которых имело место воспаление купола слепой кишки, когда невозможно было погрузить культю кисетным швом.

Анализ осложнений, возникших после аппендэктомии показал, что осложнения имели место у 17 больных, данные представлены в таблице 3.2.1.

Таблица 3.2.1 - Виды перитонизации и характер осложнений после аппендэктомии

Способ перитонизации культи отростка	Всего больных		из них виды осложнений после операции				
	абс.ч.	%	нагноение раны	Инфильтрат	перитонит	абсцесс	Всего
Кисетный шов	86	86,0	4	3			7
Без погружения	6	6,0	1		1	2	4
Погружение отдельными швами	8	8,0	2	2	-	2	6
Всего:	100	100,0	7	5	1	4	17

Пациенты, у которых использовали перитонизацию кисетным швом из 86 у 7, возникли раневые осложнения (нагноение раны и инфильтрат). Без погружения культи выполнено у 6, из них у 4-х возникли осложнения, из которых у 1-го разлитой перитонит, который явился причиной смерти, у 2-х местный (формирование абсцесса в илеоцекальной области) и у одного нагноение раны. При погружении культи, которое выполнено наложением узловых швов из 8-ми оперированных у 6ти возникли осложнения (у 4-х раневые, у 2-х местный перитонит).

Анализ полученных результатов оперативного лечения контрольной группы показал, что при традиционном подходе высокая частота осложнений, которое в основном обусловлена воспалительным процессом купола слепой кишки и осложнения составили 17% и умер один больной, полученные результаты явились основанием для разработки и совершенствования иных способов, которые могли бы обеспечить благоприятный исход. Решение этой задачи и посвящена четвертая глава.

В четвертой главе «Результаты оперативного лечения больных основной группы с острым аппендицитом» даны результаты оперативного лечения больных с острым аппендицитом основной группы.

4.1. Общая характеристика больных. Под наблюдением находилось 202 больных с острым аппендицитом, которые были оперированы. И в этой группе, как и в контрольной, преобладали женщины и больные в возрасте до 40 лет, а старше 60 лет было 5 (2,4%). Необходимо отметить, что со сроком заболевания до 6 часов госпитализировано всего 38 пациентов, что составило 18,8%. Наибольшее число поступило в сроки от 12 до 24 часов, (26,9%) а остальные позже суток (32 чел. – 15,8%).

Ведущим признаком была боль в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга у 88,6%, повышение

температуры тела у 60,3% и повышенное содержание лейкоцитов в общем анализе крови, которое имело место у 61,3%.

Мы вычислили чувствительность и специфичность усовершенствованной нами шкалы Альварода при этом чувствительность составило 79,3%, а специфичность 76,1 %.

4.2. Результаты оперативного лечения больных основной группы.

Большинство больных оперировано под внутривенным обезболиванием и лишь в небольшой группе 8,9% (18 чел.) использовано местное обезбоживание. В выборе срока операции мы использовали шкалу Альварода.

Анализ результатов обследования показал, что количество баллов от 10 до 14 имело место у 140 из 202 больных (69.3%) и им выполнена операция в первые часы поступления в клинику, причем лишь у 3-х была выявлена катаральная форма, у 118-ти флегмонозная и у 19 гангренозная. Из 202 больных количество баллов от 5 до 10 было у 52 за ними продолжено наблюдение и обследование в динамике (общий анализ крови, УЗИ на протяжении суток) и при этом установлено нарастание клинических признаков и лабораторных показателей у 48 пациентов, из них 15 оперированы в течение 6 часов и 33 пациента позже 6 часов.

Катаральная форма имела место у 3-х пациентов, а у остальных флегмонозная, случаев гангренозной формы не выявлено. У 4-х больных признаки острого аппендицита угасли, а в лабораторных показателях не отмечено нарастания воспалительного процесса, операция им не выполнялась.

У 10-ти больных количество баллов составило менее 5-ти и, у которых острый аппендицит исключили после наблюдения и дополнительных исследований считали, что аппендэктомия не показана. За этой группой больных вели наблюдение на протяжении 2-3 дней и ни у одного обострения заболевания (повышение температуры тела, возобновление болевого синдрома, увеличение количества лейкоцитов и ЛИИ) не выявлено.

Типы операции были такими же, как у больных контрольной группы, следовательно, по характеру заболевания, срокам госпитализации и срокам выполнения операции в обеих группах были равнозначны. Отличие заключалось лишь в методике завершения аппендэктомии.

Из 188 оперированных у 155 (82,4%) было типичное расположение аппендикулярного отростка, а у 33 (17,6%) атипичное, из них ретроцекальное у 12 (6,3%) ретроперитонеальное у 7 (3,8%), мезоцелиакальное у 3 (1,6%), высокое 4 (2,1%), тазовое 7 (3,8 %).

В момент операции в основной группе из 188 оперированных нами больных с различными формами острого аппендицита у 32 (17,1%) выявлена инфильтрация купола слепой кишки, у которых использованы разработанные нами 2 метода обработки культи слепой кишки.

Культию погружали кисетными швом у 117 больных, наложением узловых швов у 39, а у 32 из-за наличия воспаления купола слепой кишки, когда погрузить культю было затруднительно у 15 использована пластина Тахокомб и у 17-лоскут париетальной брюшины.

У больных, у которых аппендэктомию заканчивали применением пластины Тахокомб или лоскута париетальной брюшины, выпот брюшной полости исследовали на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам. Посев выполнен у 30 пациентов и при этом обнаружена следующая микрофлора:

- золотистый стафилококк у 8,
- гемолитический стафилококк у 4,
- кишечная палочка у 8,
- золотистый стрептококк у 5,
- сочетание кишечной палочки и золотистого стафилококка было у 4-х
- кишечная палочка и стафилококк у 3-х

Необходимо отметить, что слабая степень обсеменённости обнаружена лишь у одного, ещё у 5-ти средняя, а у остальных высокая степень обсемененности ($\text{КОЕ} \cdot 10^{7-8}$).

Для профилактики воспалительных осложнений и лечения в основной группе всем больным перед операцией и к концу ее водили внутривенно 1,0 цефазолина. В момент операции брюшную полость орошали озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл. и выполняли регионарную лимфостимуляцию в переходную складку брюшины илеоцекальной области, вводимая антибиотико-лимфотропная смесь включала антибиотик 1,0 (цефазолин), гепарин 70 ед. на кг веса тела, лидаза 8-12ед, прозерин 2мл и 0.5% и раствора новокаина 15-20 мл. После операции больные получали инфузионную терапию, обезболивающие средства по показаниям и антибиотики внутривенно на протяжении 4-5 дней.

Методика использования лоскута париетальной брюшины. После аппендэктомии культю отростка перевязывали кетгутом и отросток удалялся. Для профилактики воспалительных осложнений и снижения обсемененности раневой поверхности илеоцекальную область орошали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, затем осушали и эту область, а антибиотико-лифотропную смесь вводили в область переходной складки брюшины.

Из париетальной брюшины выкраивали лоскут размером 3х4 см так, чтобы со всех краев культи лоскут охватывал не менее 2 см. После чего лоскут фиксировали с использованием медицинского клея Сульфакрилат и эту область дренировали микроирригатором. После операции на протяжении 4-5 суток больные получали антибиотик цефазолин внутривенно или внутримышечно, а при гангренозном аппендиците дополняли метронидазол 100 мл внутривенно 2

раза в сутки, а также инфузионную терапию в зависимости от состояния больных. Основной этап выкраивания и фиксации пленки представлены на рисунке 4.2.1.



а). Выкроенный лоскут париетальной брюшины



б). Момент перитонизация культи аппендикулярного отростка

Рисунок 4.2.1 - Этап выкраивания и фиксации лоскута париетальной брюшины.

Чтобы оценить эффективность метода в послеоперационном периоде на протяжении 6 суток измеряли температуру, выполняли общий анализ крови вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации до операции, на 3 и 5-6 сутки.

До операции у всех больных температура превышала $38,7^{\circ}\text{C}$, и необходимо отметить, что у 4-х она была $39,2^{\circ}\text{C}$ и $39,4^{\circ}\text{C}$, и лишь у одного поступившего температура была $37,5^{\circ}\text{C}$. Через сутки после операции ни у одного больного температура не достигла нормы и по группе составляла $37,9 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$. Через 2-е суток после операции повышение температуры отмечалось у 16, а у одного достигала нормы и в целом по группе температура составляла $37,6 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$. Более существенное снижение отмечалось на 3-сутки, и в этот срок у 6 пациентов температура была в пределах нормы, а у 11 оставалась повышенной, но не превышала отметки $37,5^{\circ}\text{C}$. Через 4 дня у всех больных температура была в пределах нормы и была нормальной и в последующие сроки (на 5-6 сутки).

Мы также проследили за показателями общего анализа крови. До операции уровень гемоглобина и эритроцитов были в пределах нормы. Наблюдалось повышение количества лейкоцитов и СОЭ, а также повышение ЛИИ, но на 3 сутки отмечено снижение количества лейкоцитов и СОЭ, а также снижался ЛИИ. На 6 сутки после операции показатели гемоглобина и эритроцитов находились в пределах нормы. Достоверно снизилось количество лейкоцитов и ЛИИ, но СОЭ оставалась повышенной и составляла по группе $16,8 \pm 0,41 \text{ мм/час}$.

При УЗИ исследовании в брюшной полости наличия выпота не обнаружено. Заживление раны было первичным натяжением у всех больных и лишь у одного возник инфильтрат в области раны, ему было назначено физиолечение (инфракрасное излучение), инфильтрат излечен. Среднее пребывание больных в стационаре составило $5,84 \pm 0,13$ койко-дней.

Таким образом результаты наших исследований показали, что для завершения аппендэктомии при воспалении купола слепой кишки можно использовать свободный лоскут париетальной брюшины, что нашло подтверждение в показателях температуры тела, общего анализа крови и УЗИ.

Второй методикой, которую мы использовали для предотвращения осложнения было применение пластины Тахокомб (изготовитель - Хафслунд НИКОМЕД ФАРМА АГ, Линц, Австрия; регистрационный номер - П-8-242 №005524 от 25.11.94).

Методика заключалась в следующем: после удаления червеобразного отростка и перевязки культи кетгутом, илеоцекальную область орошали озонированным раствором, затем выполняли регионарную лимфостимуляцию. Из-за невозможности использования кисетного шва, на культю плотно фиксировали пластину Тахокомб с учетом, чтобы она охватывала культю не менее 2 см с каждой стороны. После фиксации пластины, как и в предыдущей группе илеоцекальную область дренировали микроирригатором. После операции вели наблюдение и выполняли исследования, как и при использовании лоскута париетальной брюшины, это определение температуры, показатели общего анализа крови и УЗИ в динамике. Способ перитонизации Тахокомбом даны на рисунке 4.2.2.



а). Момент перитонизации пластиной Тахокомб



б). Фиксация пластины

Рисунок 4.2.2 - Способ перитонизации Тахокомбом.

Исследование показателей выполнялось также до операции и на протяжении 6 дней. На наш взгляд продолжительность 6 дней достаточна для оценки течения раневого процесса в зоне культи аппендикулярного отростка. До операции у всех больных температура тела была повышенной, не ниже 38°C причем у 4-х больных она достигала 39°C и по группе составила $38,8 \pm 0,11$. Через сутки после операции у всех пациентов температура оставалась повышенной, но уже у 5-ти больных не превышала $37,5^{\circ}\text{C}$. Через двое суток температура достигла нормы у 6-ти оперированных, а у 9-ти она была повышенной, но не превышала $37,5^{\circ}\text{C}$. Через 3 дня температура достигла нормы у 9-ти, а у 6 оставалась повышенной,

но не превышала 37,5°C На 4-е сутки у всех оперированных температура нормализовалась и оставалась в пределах нормы на протяжении всех дней до выписки из стационара.

Анализ показателей крови позволил отметить, что до операции у больных этой группы наблюдалось повышение количества лейкоцитов и СОЭ и ЛИИ. На 3-сутки после операции отмечено достоверное снижение количества лейкоцитов, ЛИИ и СОЭ. На 5-е сутки и на 6-е количество лейкоцитов достигло нормы, незначительно был повышен ЛИИ.

При УЗИ, которое также выполняли в динамике, патологических изменений в брюшной полости не выявлено. Послеоперационный период протекал без осложнения, заживление раны первичным натяжением, пребывание в стационаре составило $5,93 \pm 0,14$ койко-дней.

Следовательно, использование пластины Тахокомб для укрепления культи аппендикулярного отростка также оправдано.

В процессе лечения мы сопоставили динамику температуры при использовании лоскута париетальной брюшины и Тахокомб и сравнили на протяжении 6-ти суток, которая представлена на рисунке 4.2.3.

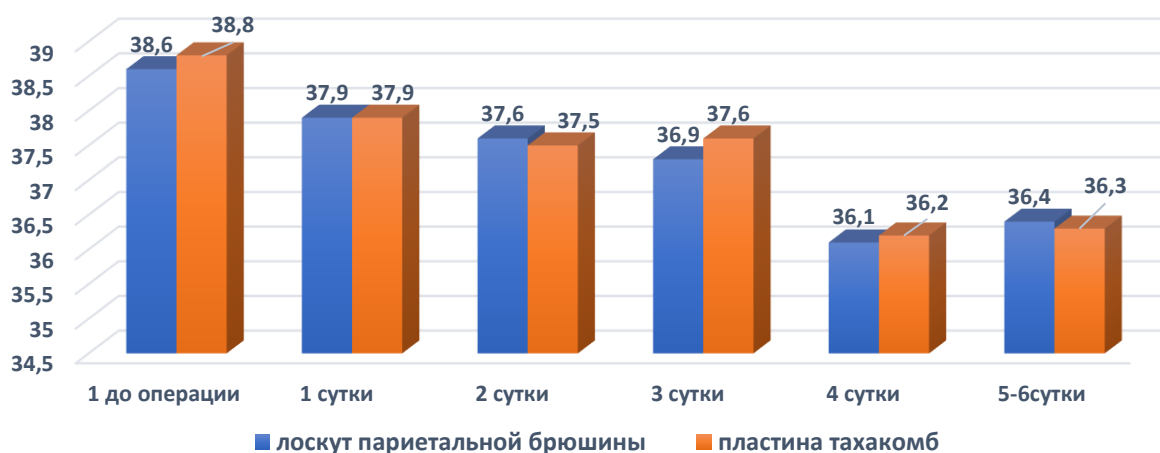


Рисунок 4.2.3 - Динамика температуры при использовании лоскута брюшины и пластины Тахокомб.

Анализ температуры при использовании 2-х методов показал, что снижение температуры шло одинаково в обеих группах, с увеличением сроков после операции, но при применении пластины Тахокомб у большинства температура была повышенной (у 11 из 15) на протяжении 3-х суток, хотя она не превышала 37,3°C, а затем нормализовалась а при использовании брюшины на 3-е сутки температура выше 37°C была отмечена у 4-х больных, а в последующие сроки оставалась в норме.

Мы также рассмотрели и показатели общего анализа крови, которая представлена на рисунке 4.2.4.

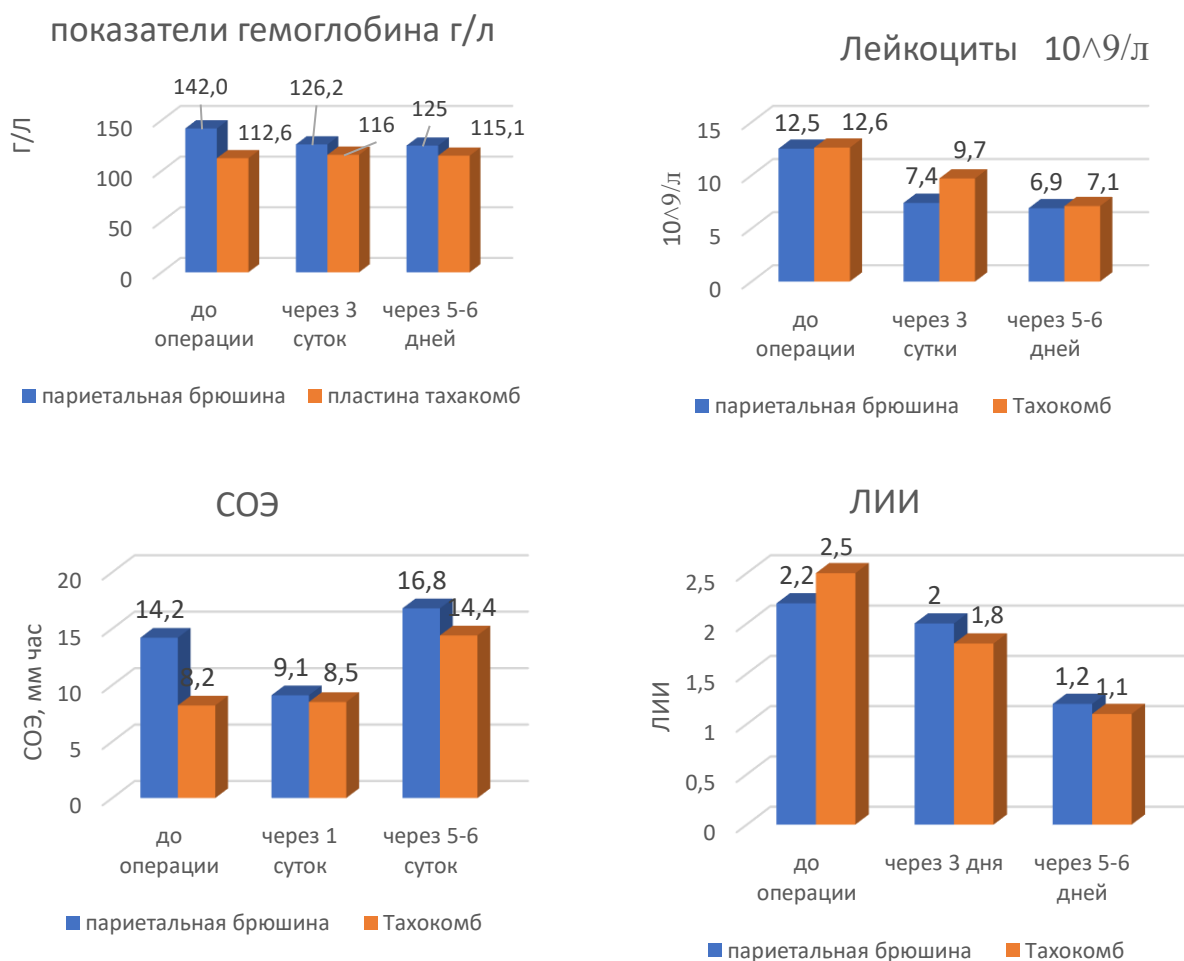


Рисунок 4.2.4 - Показатели крови при использовании лоскута брюшины и пластины Тахокомб.

Таким образом наши исследования, направленные на завершение аппендэктомии с применением лоскута брюшины и пластины Тахокомб показали их целесообразность и возможность рекомендовать в лечении острого аппендицита в тех случаях, когда воспалительный процесс распространяется на купол слепой кишки и нет условия для погружения культи кисетным швом.

Отметим, что при обработке культи этими методами мы особое внимание уделяли противовоспалительному лечению, которое заключалось в выполнении регионарной лимфостимуляции в переходную складку брюшины илеоцекальной области. Регионарная лимфостимуляция оказывало существенное влияние на лимфатическую систему, которое при любом воспалительном процессе страдает в первую очередь и может привести генерализация процесса и развития полиорганной недостаточности. Регионарную лимфостимуляцию мы убедились в ее применение.

В пятой главе «Эффективность мэр профилактики и лечения больных с острым аппендицитом» выполнена сравнительная оценка результатов лечения больных с острым аппендицитом общепринятым методом и с

применением разработанной нами методов.

Для оценки эффективности применения мэр профилактики и лечения больных острым аппендицитом нами выполнена сравнительная оценка клинических показателей и полученных результатов.

Сопоставление возраста больных показало, что возраст пациентов был равнозначный в обеих группах, данные представлены на рисунке 5.1.

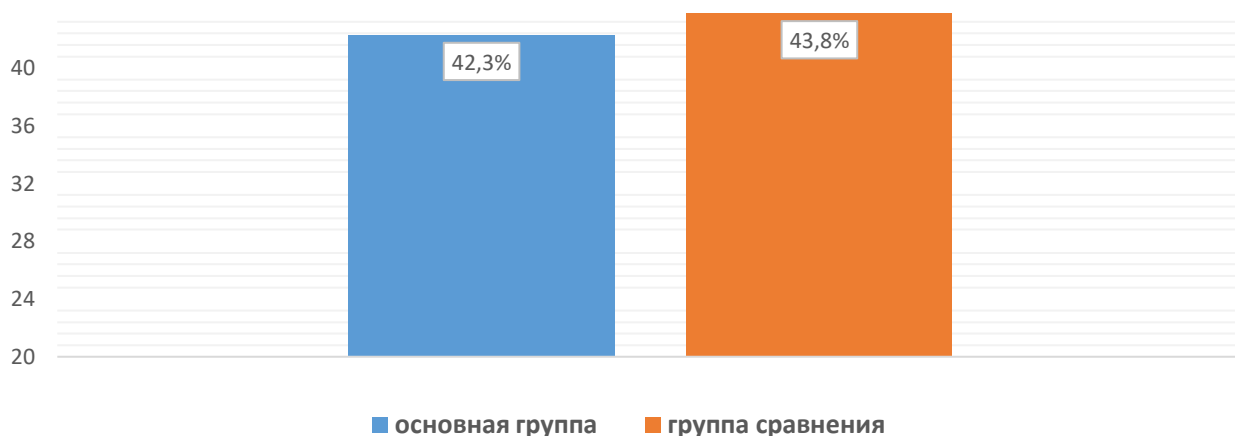


Рисунок 5.1. - Возраст больных в обеих группах.

Представляло интерес сопоставление сроков появления признаков острого аппендицита в обеих группах (табл. 5.1).

Таблица 5.1 – Сроки заболевания острым аппендицитом у больных основной и группы сравнения

Сроки заболевания	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.ч	%	абс.ч	%
До 6 часов	38	18,8	19	19,0
От 6 до 12 часов	19	39,2	31	31,0
От 12 до 24 часов	53	26,2	34	34,0
От 24 до 72	28	13,9	16	16,0
Более 3 суток	4	1,9	-	-
Всего	202	100.0	100.0	100.0

Обращает на себя внимание что в сроки до 6 часов в обеих группах были равнозначны, лишь от 12 до 24 часов чаще всего поступали больные группы сравнения, а в остальные сроки они были равнозначны.

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что в обеих группах превалировала сердечно-сосудистая патология. В основной группе частота сопутствующих заболеваний составляла 41 чел. (20,3%), и в группе сравнения из

100 больных у 23 (23,0%). Следовательно, частота сопутствующих заболеваний на адекватном уровне, данные представлены в таблице 5.2.

Таблица 5.2 - Частота сопутствующих заболеваний у больных основной группы и группы сравнения

Заболевания	основная группа	группа сравнения	всего	%
Гипертоническая болезнь	13	8	21	6,9
КБС	8	3	11	3,6
Гастрит	8	6	14	4,6
Язвенная болезнь желудка и 12п.к	2	1	3	0,9
Сахарный диабет	5	3	8	2,6
Общий атеросклероз	5	2	7	2,3
Итого	41-20,3%	23-23%	64	20,9

Мы также проанализировали расположение аппендикулярного отростка и при этом установили, что в основной группе типичное расположение было у 169 (83,6%), а атипичное у 33 (16,4%) больных. В группе сравнения типичное расположение у 82 (82%) из 100 и атипичное расположение у 18 (18%) больных (табл. 5.3).

Таблица 5.3 - Частота типичных и атипичных расположений аппендикулярного отростка в основной группе и группе сравнения

Варианты	Основная группа	Группа сравнения	Всего:
Типичное	169	82	251
Атипичное из них:	33	18	51
<i>Ретроцекальное</i>	12	6	18
<i>Ретроперитонеальное</i>	7	4	11
<i>Мезоцелиакальное</i>	3	2	5
<i>Верхнее</i>	4	2	6
<i>Тазовое</i>	7	3	10
<i>Левостороннее</i>	-	1	1
Всего	202	100	

Мы также проследили за частотой выраженной инфильтрации купола слепой кишки в обеих группах и при этом установили, что в основной группе она имела место у 32-х (18,8%) а в группе сравнения у 14 (14%), следовательно, частота инфильтрации была почти равнозначной в обеих группах.

Таким образом выполненный анализ клинических показателей позволил

установить их равнозначность.

Представляло интерес оценить влияние использованных нами мер профилактики и лечения у этих сравниваемых групп. В первую очередь мы проследили как часто возникали осложнения при наличии инфильтрации купола слепой кишки, когда мы использовали два разработанных нами метода и сравнили с результатами, где, применялись другие методы обработки.

Так, у больных группы сравнения инфильтрация обнаружена у 14% больных. В послеоперационном периоде у 1-го развился разлитой перитонит послужившей причиной смерти, еще у одного возник тромбоз мезентеральных сосудов, у двух больных выявлен абсцесс брюшной полости и у трех раневые осложнения. Следовательно, из 14 пациентов группы сравнения с инфильтрацией купола слепой кишки осложнения возникли у 7 из 14.

В основной группе, где нами использованы разработанные методы обработки культи из 202 больных у одного обнаружена инфильтрация илеоцекальной области, потребовавшей медикаментозной терапии и физиолечения, еще у одного возникло нагноение раны. Следовательно, из 202 пациентов у двух больных в послеоперационном периоде были отмечены осложнения.

С целью профилактики воспалительных осложнений в основной группе была использована регионарная лимфостимуляция с введением лимфотропной смеси в переходную складку брюшины, методика обоснована значением лимфатической системы при возникновении любого воспалительного процесса.

Немаловажное значение имеет снижение обсеменённости области операции и операционной раны, путём орошения озонированным раствором с концентрацией озона 8-10% мкг на 10 литр. Если в группе сравнения осложнения составили 17%, то в основной группе применение разработанных нами мер профилактики позволили снизить частоту осложнений до 2,9%.

Таким образом, сравнительный анализ эффективности лечения и мер профилактики при остром аппендиците показал, что при равнозначных клинических показателях применение мер профилактики и лечения оказывают существенное влияние. Так, орошение озонированным раствором приводят к снижению частоты раневых осложнений, использование регионарной лимфостимуляции способствует улучшению дренажной функции лимфатической системы и тем самым является хорошей профилактикой воспалительных осложнений.

Немаловажное значение в снижении частоты осложнений играют разработанные методы обработки культи червеобразного отростка. Таким образом выполненное исследование позволило решить цель и задачи данного исследования.

ВЫВОДЫ:

1. Применение шкалы Альварадо, дополненное результатами УЗИ позволяет определить оптимальную тактику при остром аппендиците: экстренно оперировать, продолжить наблюдение или исключить операцию. Разработанная шкала составляет специфичность 76,1%, а чувствительность 79,3.

2. Разработанные способы обработки культи аппендикулярного отростка с применением лоскута париетальной брюшины и пластины Тахокомб не сложны и обеспечивают профилактику осложнений.

3. Использование разработанных способов обработки культи при вовлечении купола слепой кишки в воспалительный процесс, в сочетании с мерами профилактики включающий орошение зоны операционной раны озонированными растворами, регионарную лимфостимуляцию в переходную складку брюшины и дренирование илеоцекальной области способствуют благоприятному течению послеоперационного периода.

4. Разработанные меры профилактики снизили частоту осложнений с 17 % до 2,9 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При поступлении больных с острым аппендицитом или подозрением на острый аппендицит использовать шкалу Альварада дополненную результатами УЗИ исследований и избрать тактику оптимального решения: экстренно оперировать больного, продолжить наблюдение или исключить операцию.

2. В обработке культи аппендикулярного отростка, когда погрузить культю невозможно можно использовать лоскут париетальной брюшины или пластину тахокомб, оба метода являются профилактикой осложнений.

3. При деструктивных формах аппендицита для профилактики осложнений применить регионарную лимфостимуляцию в переходную складку брюшину. Орошать место операции и рану озонированным раствором хлорида натрия с концентрации озона 8-10 мл.

4. При использовании любого метода обработки культи аппендикулярно отростка и необходима динамика УЗИ исследования для своевременного выявления осложнения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Ахматов, С. А. Регионарная лимфостимуляция и озонированные растворы в профилактике осложнений после аппендэктомии при атипичном расположении червеобразного отростка (пилотное исследование) [Текст] / С. А.

Ахматов, А. И. Мусаев, М. Ж. Алиев // Сибирский научный медицинский журнал. – Новосибирск, 2021. - Т. 41, № 6. - С. 76-83; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47377651>

2. Ахматов, С. А. Информативность ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита [Текст] / С. А. Ахматов, А. А. Касымов, У. Э. Максут // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - Т. 22, № 1. - С. 14-18; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164433>

3. Меры профилактики осложнений при атипичном расположении аппендикулярного отростка [Текст] / [А. И. Мусаев, С. А. Ахматов, Т. А. Калыбеков, У. Э. Максут] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - Т. 22, № 1. - С. 64-68; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164443>

4. Эффективность регионарной лимфостимуляции в профилактике осложнений после аппендэктомии при атипичном расположении отростка [Текст] / [С. А. Ахматов, А. И. Мусаев, М. Ж. Алиев, Э. Максут Уулу] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2022. - Т. 19, № 1. - С. 117-122; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48267006>

5. Редкое позднее осложнение после аппендэктомии [Текст] / [С. А. Ахматов, М. Ж. Алиев, К. Т. Туратбекова, Б. С. Ниязов, Максут уулу Э.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - Москва, 2022. - № 2. - С. 120-124; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49225728>

6. Острый аппендицит с позиции синдрома системной воспалительной реакции [Текст] / [А. А. Абдиев, А. Ж. Акешов, А. С. Токтосунов, С. А. Ахматов, К. Т. Туратбекова] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2023. - Т. 23, № 1. - С. 4-8; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434696>

7. Ахматов, С. А. Результаты использования шкалы Альварado в диагностике и тактике острого аппендицита [Текст] / С. А. Ахматов, К. Т. Туратбекова // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2023. - Т. 23, № 1. - С. 9-12; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434697>

РЕЗЮМЕ

диссертации Ахматова Санжарбека Айибхановича на тему: «Способ завершения операции при деструктивных формах острого аппендицита» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 -хирургия.

Ключевые слова: острый аппендицит, Тахокомб, париетальный лоскут, лечение и профилактика.

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения деструктивных форм острого аппендицита за счет совершенствования диагностики и методов завершения аппендэктомий.

Объект исследования: больные с острым аппендицитом деструктивной формы.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов.

Методы исследования: клинический, лабораторный, инструментальный, статистический, шкала Alvarado

Полученные результаты и их новизна: усовершенствована шкала диагностики острого аппендицита, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение «Способ диагностики острого аппендицита» №53/2022 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 31.03.2022 г.

Научно обоснована методика использования париетальной брюшины и пластины Тахокомб в обработке культи червеобразного отростка, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение «Способ перитонизации червеобразного отростка при деструктивных формах аппендицита» №22/2021 при КГМА им И.К. Ахунбаева от 25.03.2021 г.

Усовершенствованы меры профилактики воспалительных осложнений при деструктивных формах острого аппендицита с вовлечением в воспалительный процесс купола слепой кишки.

Степень использования или рекомендация результатов исследования. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия.

Ахматов Санжарбек Айибхановичтин диссертациясы: “Курч аппендициттин деструктивдүү формаларында операцияны аяктоо ыкмасы” аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: курч аппендицит, Тахокомб, париеталдык жапкыч, дарылоо жана алдын алуу.

Изилдөөнүн максаты: диагностиканы жана аппендэктомияны аяктоо методдорун өркүндөтүү аркылуу деструктивдүү курч аппендициттин хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: деструктивдүү курч аппендицит менен ооруган бейтаптар.

Изилдөөнүн предмети: клиникалык, лабораториялык жана аспаптык ыкмалардын жыйынтыктары.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, статистикалык, Альварадо шкаласы.

Изилдөөлөрдөн алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жанылыгы: Курч аппендицитти диагностикалоо шкаласы өркүндөтүлдү, бул жаңылыкка 31.03.2022-ж. И. К. Ахунбаев атындагы КММАдан №53/2022 “Курч аппендицитти диагностикалоо методу” рационализатордук сунуш күбөлүгү берилди.

Курт сымал өсүмдүктү калдыгын жабууда париеталдык брюшинаны жана Тахокомб пластинкасын колдонуу ыкмасы илимий жактан негизделген, ага 25.03.2021-ж. И. К. Ахунбаев атындагы КММАдан №22/2021 “Деструктивдүү курч аппендицитте курт сымал өсүмдүктү калдыгын жабуу ыкмасы” рационализатордук сунуш күбөлүгү берилди.

Сезгенүү процессинде сокур ичегинин күмбөзүн камтыган деструктивдүү курч аппендициттин кабылдоолорун алдын алуу боюнча чаралар жакшыртылды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

SUMMARY

dissertation of Akhmatov Sanzharbek Ayibkhanovich "Method of completing an operation in destructive forms of acute appendicitis", presented for the degree of candidate of Medical Sciences at the specialty 14.01.17 - surgery.

Key words: acute appendicitis, Tachocomb, parietal flap, treatment and prevention.

Research objective: to improve the results of surgical treatment of destructive forms of acute appendicitis by improving diagnostics and methods for completing appendectomies.

Object of study: patients with acute appendicitis of destructive form.

Subject of study: results of clinical, laboratory and instrumental methods.

Research methods: clinical, laboratory, instrumental, statistical, Alvarado scale

Results obtained and their novelty: The scale for diagnosing acute appendicitis has been improved, *for which a certificate was received for the rationalization proposal "Method for diagnosing acute appendicitis" № 53/2022 at the KSMA named after I.K. Akhunbaeva dated march 31, 2022.*

The method of using parietal peritoneum and the Tachocomb plate in treating the stump of the appendix has been scientifically substantiated, *for which a certificate was received for the rationalization proposal "Method of peritonization of the appendix in destructive forms of appendicitis" №22/2021 at the KSMA named after I.K. Akhunbaeva dated March 25, 2021.*

Measures for the prevention of inflammatory complications in destructive forms of acute appendicitis involving the dome of the cecum in the inflammatory process have been improved.

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery.

