

Острый «катаральный» аппендицит — диагностика и лечение

Ш.А. Таджибаев¹✉, Э.К. Собиров², Ф.Ш. Абдурашидов¹

Кафедра хирургии и гражданской обороны

¹ Андижанский государственный медицинский институт

170127, Республика Узбекистан, Андижан, ул. Юсуфа Отабекова, д. 1

² Медицинский госпиталь Almozn

Арабская Республика Ливия, Зинтан, ул. Кашшаф, д. 36

✉ Контактная информация: Таджибаев Шараф Абдурашидович, доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии и гражданской обороны Андижанского государственного медицинского института. Email: sharaftad@gmail.com

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время, несмотря на динамический прогресс в ургентной абдоминальной хирургии, основанный на внедрении достижений медицинской техники и, как следствие, развитии неинвазивных и мини-инвазивных технологий, диагностики и лечения, проблема диагностики и лечения «катаральной» формы острого аппендицита (*acutis appendicis "catarrhalis" form*) остаётся актуальной.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты эндовидеолапароскопической аппендэктомии путём оптимизации дифференцирования патоморфологических форм острого аппендицита на основе результатов неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики и лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Медицинского госпиталя ALMOZH, (Арабская Республика Ливия) с 2019 по 2024 год аппендэктомии с использованием эндовидеолапароскопической техники перенесли 182 пациентов. Настоящая работа основана на анализе 128 больных, перенесших аппендэктомию с использованием эндовидеолапароскопической техники, у 54 больных (29,7%) из 182, техника выполнения операций имела свои особенности, которые являются объектом дальнейших исследований. Обследованы 24 пациента с отдельной абдоминальной хирургической патологией, хирургическая коррекция которой возможна с использованием эндовидеолапародоступа для оценки невоспалённого червеобразного отростка (по данным ультразвукового исследования и эндовидеолапароскопии) в качестве группы сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 22 пациентов (17,2%) диагностирована катаральная форма (*acutus appendicitis forma "catarrhal"*), у 89 (69,5%) — флегмонозная форма (*acutus appendicitis "phlegmonous"*), а у 17 (13,3%) — гангренозная форма (*acutus appendicitis forma "gangreno"*). Всего 128 больных (100%).

ВЫВОДЫ

Непостоянство симптоматики в группе пациентов с острым «катаральным» аппендицитом затрудняет первичную клиническую диагностику.

Результаты неинвазивных методов диагностики показали, что чувствительность ультразвукового исследования составила 87,6%, вместе с тем данный метод исследования малоэффективен в выявлении «катаральной» формы. Степень эффективности ультразвукового исследования прямо пропорциональна деструктивным изменениям аппендикса. Диагностическая точность эндовидеолапароскопии — 96%. Данный метод диагностики является эффективным и предпочтительным в диагностике «катаральной» формы.

Ключевые слова:

острый аппендицит, диагностическая эндовидеолапароскопия, эндовидеолапароскопическая аппендэктомия, острый «катаральный» аппендицит

Ссылка для цитирования

Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш. Острый «катаральный» аппендицит — диагностика и лечение. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2025;14(2):423–428. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-423-428>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки. Авторы выражают глубокую признательность администрации и медицинскому персоналу Медицинского госпиталя Almozn (отделение хирургии, Арабская Республика Ливия) за всестороннюю поддержку и сотрудничество, оказанные как в активный период клинической работы в 2016–2022 гг. (Ш.А. Таджибаев), так и в последующий период, продолжающийся по настоящее время

МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ — ультразвуковое исследование

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на положительные изменения в ургентной абдоминальной хирургии, основанные на внедрении не- и малоинвазивных технологий диагностики и лечения, проблема «катаральной» формы острого аппендицита (*acutis appendicis "catarrhalis" form*) требует дополнительных исследований. Это положение напрямую связано с частотой встречаемости — 22,8 на 10 000 населения [1], а из всех оперированных экстренно аппендэктомия составляет 40% [2]. По данным E. Young et al., А.Ш. Ревишвили и соавт. ежегодно в мире от данной патологии и её осложнений умирает от 50 до 70 тыс. человек [3, 4].

Ряд исследователей в диагностике острого аппендицита подчеркивают эффективность ультразвукового исследования (УЗИ) и считают, что число ошибок на этапах диагностики без использования современных неинвазивных и мини-инвазивных методов диагностики достигает 31%, а частота необоснованных аппендэктомий — 35–40%, остаётся высокой частота послеоперационных осложнений (32,3–50%). На ранних стадиях воспаления червеобразного отростка отмечается низкая достоверность УЗИ — до 50–63%, тогда как при деструктивных формах она достигает 92–96% [5].

Что же касается компьютерной томографии, то точность данного исследования в диагностике острого аппендицита составляет 94–100% [6]. Общеизвестно, что при возникновении дифференциально-диагностических трудностей при остром аппендиците проводят диагностическую лапароскопию. Эндовидеолапароскопия имеет точность до 92,0–95,8%, кроме того, данное исследование позволяет снизить количество диагностических ошибок [7].

С 1983 года лапароскопическая аппендэктомия приобрела широкую популярность, в связи с чем до 75% операций в мире выполняют лапароскопически. Более того, некоторые авторы выступают за предоставления лапароскопической аппендэктомии статуса «золотого стандарта» [8]. Вместе с тем в Российской Федерации, согласно данным А.Ш. Ревишвили (2019), частота использования эндовидеолапароскопических технологий в оперативном лечении острого аппендицита составляет 27% [9]. К этому моменту надо добавить, что, по данным И.И. Затевакина (2020), внедрение и распространение лапароскопической аппендэктомии сдерживается низкой мотивацией [10].

Проблемы острого аппендицита рассмотрены в национальных и международных рекомендациях хирургических обществ [11]. Дискуссии затрагивали вопросы, связанные с определением тактики в сложных клинических ситуациях, вместе с тем конкретных решений в отношении «катаральной» формы острого аппендицита (*acutis appendicis "catarrhalis" form*) нет [12, 13]. Вместе с тем мы должны помнить, что острый аппендицит — клинический диагноз, и клиника данной патологии в сочетании с результатами методов диагностики определяет вектор направления тактического ведения и лечения.

Цель исследования: улучшить результаты эндовидеолапароскопической аппендэктомии путём оптимизации дифференцирования патоморфологических форм острого аппендицита на основе результатов неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики и лечения.

Задача: на базе полученных данных анализа клинического материала конкретизировать показания

к аппендэктомии при остром аппендиците «катаральной» формы с применением эндовидеолапароскопии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Медицинского госпиталя ALMOZH, (Арабская Республика Ливия) с 2019 по 2024 год аппендэктомии с использованием эндовидеолапароскопической техники перенесли 182 пациента. Настоящая работа основана на анализе наблюдений 128 больных, перенесших аппендэктомии с использованием эндовидеолапароскопической техники, при этом у 54 больных (29,7%) техника выполнения операций имела свои особенности, и они являются объектом наших дальнейших исследований. Дополнительно обследованы 24 пациента с отдельной абдоминальной хирургической патологией, хирургическая коррекция которой возможна с использованием эндовидеолапароскопии, для оценки невоспалённого червеобразного отростка (по данным УЗИ и эндовидеолапароскопии) в качестве группы сравнения с группой больных, у которых диагностирован острый «катаральный» аппендицит.

Контингент пациентов комплексно обследован. Спектр обследования включал: период диагностики — клиническое и лабораторное обследование, УЗИ, по показаниям мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), эндовидеодиагностическая лапароскопия. УЗИ-сканер *Sono Scape – P20* (Германия). МСКТ — компьютерный томограф производства США (Женерал Электрик), модель 2022 года. Хирургические вмешательства производили эндовидеокомплексом фирмы COMEG (Япония), эндоинструменты фирмы *Karl Storz* (Германия). Гистоисследования проведены в диагностическом центре «Диагностические услуги Аттасами», Триполи, Ливия. Статистическая обработка включала вычисление экстенсивных показателей. Возрастной спектр больных был от 16 до 64 лет. Контингент пациентов по половому различию: мужчин — 71 (55,5%), женщин — 57 (44,5%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя клинический материал, мы выявили периоды процесса диагностики и лечения. Первый период — клиническое обследование для выявления параллелей между клиникой и операционными находками, что позволило обобщить клинику в зависимости от патоморфологического диагноза.

Согласно данным рис. 1, у 22 пациентов (17,2%) выявлена катаральная форма (*acutus appendicitis forma catarrhalis*). Непостоянство клиники и стёртость симптоматики в данной группе затрудняли диагностику. У 89 больных (69,5%) наблюдали флегмонозную форму (*acutus appendicitis phlegmonous*), а у 17 (13,3%) — гангренозную форму (*acutus appendicitis forma gangrenosa*) аппендицита. Доля деструктивных форм (*acutus exitiabilis appendicitis*) составила 82,8% — 106 из общего числа 128 пациентов (100%). Классический вариант клиники в сочетании с достоверными результатами методов исследований не создавал трудностей в диагностике.

Следующим этапом обследования явилось применение УЗИ брюшной полости. Необходимо отметить, что в группе сравнения, состоящей из 24 пациентов, у 19 (79,2%) удалось визуализировать червеобразный отросток (рис. 2). Общая характеристика: диа-

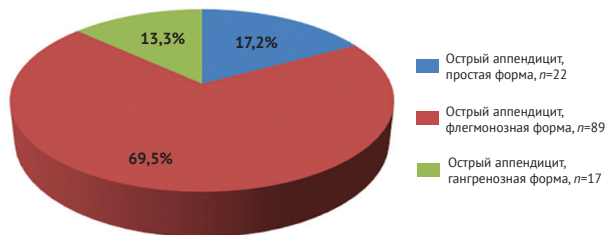


Рис. 1. Распределение пациентов по патоморфологическому диагнозу
Fig. 1. Distribution of patients by pathomorphological diagnosis

метр поперечного сечения составил в среднем 5,5 мм, слоистость стенки визуализируется, подвижность при надавливании датчиком сохранена, ригидность и болезненность отсутствуют, характер содержимого определить не удаётся; классические УЗ-признаки острого воспаления отсутствуют. Изменения васкуляризации, по данным цветного доплеровского и энергетического картирования кровотока, отсутствуют. УЗ-картина острого воспаления червеобразного отростка представлена на рис. 3. Классические УЗ-признаки общеизвестны и описаны в периодической литературе.

С помощью МСКТ были обследованы 43 пациента. У 28 из них (65,1%) были выявлены признаки острого аппендицита, в то время как у 15 (34,9%) данный диагноз был исключён. Полученные цифровые данные подтверждают высокую диагностическую эффективность метода. Показаниями к применению МСКТ являются клинически сложные и труднодиагностируемые случаи.

На диагностическом этапе операции, в сложных ситуациях, устанавливали второй 5-миллиметровый троакар для манипулятора по средней линии на 3–4 см ниже пупка с учётом того, чтобы при наличии признаков аппендицита была возможность выполнить аппендэктомию.

В группе сравнения данные эндовидеолапароскопии на этапе визуальной ревизии показали, что червеобразный отросток во всех случаях подлежал осмотру, мобильность его была сохранена, он свободно лежал в правой подвздошной области, а его ход был извилистым. Напряжённость и ригидность, а также ампулообразные утолщения по всей длине отростка отсутствовали, серозная оболочка не была изменена, без патологических визуальных признаков воспаления, сосуды её не были инъецированы, брыжейка по ходу червеобразного отростка не была отёчной, обычной толщины.

Спаечный процесс и патологическая жидкость в зоне визуального осмотра отсутствовали (рис. 4). Такое состояние червеобразного отростка в дальнейшем явилось отправной точкой для оценки его изменений.

Эндовидеолапароскопическими признаками катаральной формы острого аппендицита (*acutis appendicitis forma catarrhalis*) явились — гиперемия, точечные кровоизлияния на серозе и отёчность брыжейки (рис. 5).

Косвенные признаки — наличие выпота в правой подвздошной ямке и малом тазу, гиперемия пари-

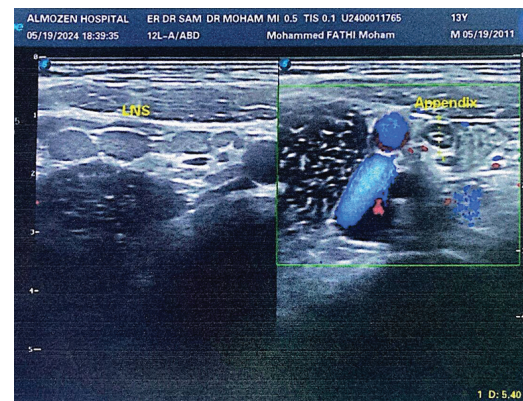


Рис. 2. Ультразвуковая картина *appendix* без признаков воспаления
Fig. 2. Ultrasound image of the appendix without signs of inflammation

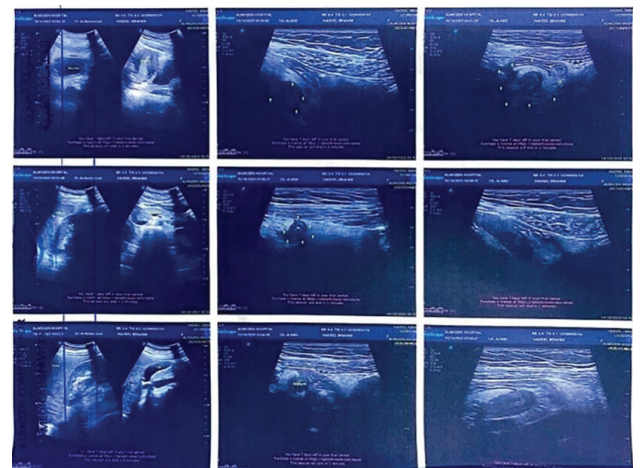


Рис. 3. Ультразвуковая картина *appendix* с признаками воспаления
Fig. 3. Ultrasound image of the appendix with signs of inflammation

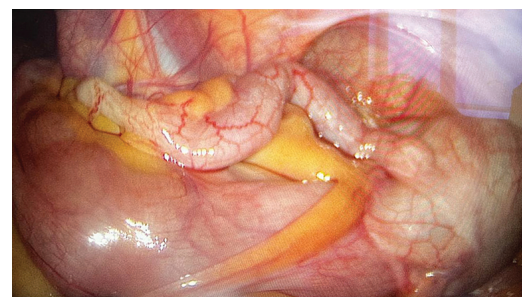


Рис. 4. Неизменённый червеобразный отросток
Fig. 4. Intact vermiform appendix

тальной брюшины (рис. 6). Многократное оптическое увеличение «зоны интереса», получаемое с помощью эндовидеолапароскопической техники, повышает степень эффективности дифференцирования признаков воспаления.

При деструктивных формах острого аппендицита эндовидеодиагностика при отсутствии спаечного инфильтрата особых трудностей не представляет. Так, например, на рис. 7 представлена картина флегмонозного аппендицита, где в некоторых случаях имеются ампулообразные расширения, чаще в апикальной части по типу эмпиемы. На рис. 8 представлен случай гангренозного аппендицита.

После окончания визуальной ревизии устанавливали дополнительные троакары. Каждый вариант



Рис. 5. Катаральная форма острого аппендицита
Fig. 5. Catarrhal form of acute appendicitis

локализации портов использовали в зависимости от интраабдоминальной ситуации.

Аппендэктомию выполняли антеградным и ретроградным методом или их комбинацией. Мобилизацию червеобразного отростка из спаек выполняли эндокрючком под прикрытием би- и монополярной коагуляции, при обработке брыжейки отростка использовали клипирование или узел *Roeder*. Культю лигировали дважды. При деструктивных формах аппендикса с явлениями локального или диффузного перитонита выполняли обязательную санацию и дренирование брюшной полости.

Пациентов выписывали на 4–6-е сутки. В послеоперационном периоде нагноение в точке введения троакара отмечено у 6 пациентов (4,7%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Непостоянство симптоматики в группе пациентов с острым «катаральным» аппендицитом затрудняет первичную клиническую диагностику.

Результаты неинвазивных методов диагностики показали, что чувствительность ультразвукового исследования составила 87,6%, вместе с тем данный метод исследования малоэффективен в выявлении «катаральной» формы. Степень эффективности ультразвукового исследования прямо пропорциональна деструктивным изменениям аппендикса. Диагностическая точность эндовидеолапароскопии оказалась равной 96%. Данный метод диагностики является эффективным и предпочтительным в диагностике «катаральной» формы.

На наш взгляд, использование эндовидеолапароскопии позволит при подтверждении диагноза выполнить аппендэктомию лапародоступом, то есть одновременно решить проблему хирургической коррекции

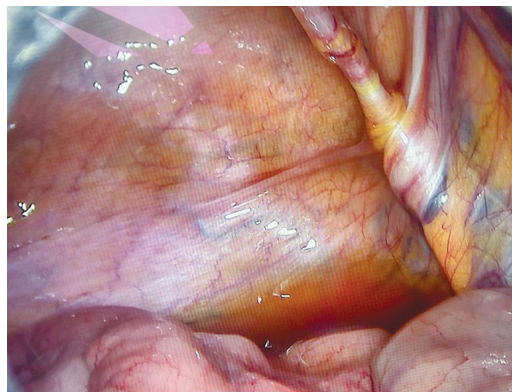


Рис. 6. Выпот в брюшной полости
Fig. 6. Effusion in the abdominal cavity



Рис. 7. Острый аппендицит, флегмонозная форма. Эмпиема аппендикса
Fig. 7. Acute appendicitis, phlegmonous form. Empyema of the appendix

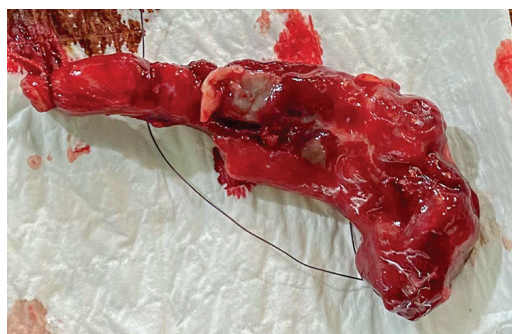


Рис. 8. Острый аппендицит, гангренозная форма
Fig. 8. Acute appendicitis, gangrenous form

острого аппендицита. Данное положение позволяет оптимизировать диагностику и сократить диагностический период.

Клинические проявления острого аппендицита в совокупности с результатами методов диагностики и определяют вектор направления тактики ведения и лечения пациента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- van Dijk ST, van Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg*. 2018;105(8):933–945. PMID: 29902346 <https://doi.org/10.1002/bjs.10873>
- Sibia US, Onayemi AO, Turcotte JJ, Klune JR, Wormuth J, Buckley BM. Bundled payments for appendectomy: a model of financial implications to institutions. *J Gastrointest Surg*. 2020;24(3):643–649. PMID: 30840183 <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04181-5>
- Young E, Stewart S, McCulloch G, Maddern G. Appendectomy mortality: an Australian national audit. *ANZ J Surg*. 2019;89(11):1441–1445. PMID: 31566305 <https://doi.org/10.1111/ans.15439>
- Ревитшвили А.Ш., Оловянный В.Е., Калинин Д.В., Кузнецов А.В. Летальность при остром аппендиците в России. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2022;(10):5–14. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20221015>
- Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р., Мадиев Р.З., Рахимова Р.А. Возможности ультразвукового исследования в диагностике деструктивных форм острого аппендицита. *Вестник экстренной медицины*. 2021;14(5):101–105. https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a17
- Meeks DW, Kao LS. Controversies in appendicitis. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008;9(6):553–558. PMID: 19216665 <https://doi.org/10.1089/sur.2008.9954>
- Mishra RK, Hanna GB, Cuschieri A. Laparoscopic versus open appendectomy for the treatment of acute appendicitis. *World J Laparosc Surg*. 2008;1(1):19–28.

8. Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.И., Амбарцумян В.М. Лапароскопическая аппендэктомия – «золотой стандарт» при лечении всех форм острого аппендицита. *Эндоскопическая хирургия*. 2018;24(2):3–7. <https://doi.org/10.17116/endoskop20182423>
9. Ревшвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019;(3):88–97. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188>
10. Затевахин И.И., Сажин А.В., Кириенко А.И., Нечай Т.В., Тягунов А.Е., Титкова С.М. и др. Диагностические и лечебные подходы при остром аппендиците в практике хирургов Российской Федерации. Результаты общероссийского опроса. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2020;(8):5–16. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20200815>
11. Yamada T, Endo H, Hasegawa H, Kimura T, Kakeji Y, Koda K, et al. Risk of emergency surgery for complicated appendicitis: Japanese nationwide study. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020;5(2):236–242. PMID: 33860144 <https://doi.org/10.1002/ags3.12408> eCollection 2021 Mar.
12. Галимов О.В., Ханов В.О., Минигалин Д.М., Галимов Д.О., Сафаргалина А.Г., Галиуллин Д.Ф. Лапароскопические операции при остром аппендиците, осложненном перитонитом. *Креативная хирургия и онкология*. 2023;13(1):33–38. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2023-13-1-33-38>
13. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов М.В., Федоров С.В., Гафарова А.Р., Тимербулатов В.М., Сибяев В.М. Острый аппендицит: как часто выполняется «напрасная» аппендэктомия? *Креативная хирургия и онкология*. 2023;13(2):112–118. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2023-13-2-112-118>

REFERENCES

1. van Dijk ST, van Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg*. 2018;105(8):933–945. PMID: 29902346 <https://doi.org/10.1002/bjs.10873>
2. Sibia US, Onayemi AO, Turcotte JJ, Klune JR, Wormuth J, Buckley BM. Bundled payments for appendectomy: a model of financial implications to institutions. *J Gastrointest Surg*. 2020;24(3):643–649. PMID: 30840183 <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04181-5>
3. Young E, Stewart S, McCulloch G, Maddern G. Appendectomy mortality: an Australian national audit. *ANZ J Surg*. 2019;89(11):1441–1445. PMID: 31566305 <https://doi.org/10.1111/ans.15439>
4. Revishvili ASH, Olovyanin VE, Kalinin DV, Kuznetsov AV. Mortality in acute appendicitis in Russia. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2022;(10):5–14. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia20221015>
5. Khadjibaev FA, Karimov DR, Madiev RZ, Rahimova RA. Possibilities of Ultrasound Examination in the Diagnosis of Destructive Forms of Acute Appendicitis. *The Bulletin of Emergency Medicine*. 2021;14(5):101–105. (In Russ.). https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a17
6. Meeks DW, Kao LS. Controversies in appendicitis. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008;9(6):553–558. PMID: 19216665 <https://doi.org/10.1089/sur.2008.9954>
7. Mishra RK, Hanna GB, Cuschieri A. Laparoscopic versus open appendectomy for the treatment of acute appendicitis. *World J Laparosc Surg*. 2008;1(1):19–28.
8. Ukhonov AP, Zakharov DV, Bol'shakov SV, Zhilin SA, Leonov AI, Ambartsumyan VM. Laparoscopic appendectomy – the «gold standard» technique for all kinds of acute appendicitis. *Endoscopic Surgery*. 2018;24(2):3–7. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/endoskop20182423>
9. Revishvili ASH, Fedorov AV, Sazhin VP, Oloviannyi VE. Emergency surgery in Russian Federation. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2019;(3):88–97. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188>
10. Zatevakhin II, Sazhin AV, Kirienko AI, Nechay TV, Tyagunov AE, Titkova SM, et al. Diagnostic and Treatment Approaches for Acute Appendicitis in the Russian Federation. Results of the All-Russian Survey. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2020;(8):5–16. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia20200815>
11. Yamada T, Endo H, Hasegawa H, Kimura T, Kakeji Y, Koda K, et al. Risk of emergency surgery for complicated appendicitis: Japanese nationwide study. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020;5(2):236–242. PMID: 33860144 <https://doi.org/10.1002/ags3.12408> eCollection 2021 Mar.
12. Galimov OV, Khanov VO, Minigalin DM, Galimov DO, Safargalina AG, Galiullin DF. Laparoscopic Surgery for Acute Appendicitis Complicated by Peritonitis. *Creative surgery and oncology*. 2023;13(1):33–38. (In Russ.). <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2023-13-1-33-38>
13. Timerbulatov ShV, Timerbulatov MV, Fedorov SV, Gafarova AR, Timerbulatov VM, Sibayev VM. Acute Appendicitis: How Often is Appendectomy Negative? *Creative surgery and oncology*. 2023;13(2):112–118. (In Russ.). <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2023-13-2-112-118>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Таджибаев Шараф Абдурашидович

доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии и гражданской обороны Андижанского государственного медицинского института;
<https://orcid.org/0009-0000-8427-0398>, sharftad@gmail.com;
 50%: сбор и обработка материала, написание и редактирование текста

Собиров Эркин Кобулович

врач-хирург Медицинского госпиталя Almozni;
<https://orcid.org/0009-0009-0749-0739>, erkinjon1989.guli@icloud.com;
 30%: сбор и обработка материала, написание текста

Абдурашидов Фазлиддин Шарафович

врач общей практики Андижанского государственного медицинского института;
<https://orcid.org/0009-0000-7254-5825>, fazliddinabdurasidov@mail.ru;
 20%: концепция и дизайн исследования

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Acute Catarhal Appendicitis – Diagnosis and Treatment

Sh.A. Tadzhibaev¹ ✉, E.K. Sobirov², F.Sh. Abdurashidov¹

Department of Surgery and Civil Defense

¹ Andijan State Medical Institute

Yusuf Otabekov Str. 1, Andijan, Republic of Uzbekistan 170127

² Almozni Medical Hospital

Kashshaf 36, Zintan, Arab Republic of Libya

✉ **Contacts:** Sharaf A. Tadzhibaev, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery and Civil Defense, Andijan State Medical Institute.
 Email: sharftad@gmail.com

RELEVANCE At present, despite the dynamic progress in urgent abdominal surgery, based on the introduction of advances in medical technology and, as a consequence, the development of non-invasive and minimally invasive diagnostic and treatment technologies, the problem of diagnosis and treatment of the catarrhal form of acute appendicitis (acutis appendicitis forma catarrhalis) remains relevant.

THE AIM was to improve the outcomes of endovideolaparoscopic appendectomy by optimizing the differentiation of pathomorphological forms of acute appendicitis based on the results of non-invasive and minimally invasive diagnostic and treatment methods.

MATERIAL AND METHODS In the surgical department of the Al-Mozn Medical Complex (Arab Republic of Libya), 182 patients underwent appendectomy using endovideolaparoscopic technology from 2019 to 2024. This work is based on the analysis of 128 patients who underwent appendectomy using endovideolaparoscopic technology; in 54 (29.7%) patients out of 182, the surgical technique had distinctive features that were the subject of further research. 24 patients with different abdominal surgical pathology, surgical correction of which was possible using endovideolaparoscopic access, were examined to assess the non-inflamed appendix (according to ultrasound and endovideolaparoscopy) as a comparison group.

RESULTS 22 (17.2%) patients were diagnosed with the catarrhal form (acutis appendicitis forma catarrhalis), 89 (69.5%) with the phlegmonous form (acutus appendicitis forma phlegmonous), and 17 (13.3%) with the gangrenous form (acutus appendicitis forma gangreno). A total of 128 (100%) patients.

CONCLUSIONS Inconsistency of symptoms in the group of patients with acute catarrhal appendicitis complicates primary clinical diagnosis. The results of non-invasive diagnostic methods showed that the sensitivity of ultrasound was 87.6%; however, this method of research is ineffective in identifying the catarrhal form. The degree of effectiveness of ultrasound is directly proportional to the destructive changes in the appendix. The diagnostic accuracy of endovideolaparoscopy is 96%. This diagnostic method is effective and preferable in diagnosing the catarrhal form.

Keywords: acute appendicitis, diagnostic endovideolaparoscopy, endovideolaparoscopic appendectomy, acute "catarrhal" appendicitis

For citation Tadzhibaev ShA, Sobirov EK, Abdurashidov FSh. Acute Catarhal Appendicitis – Diagnosis and Treatment. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2025;14(2):423–428. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-423-428> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study has no sponsorship. The authors express their deep gratitude to the administration and medical staff of Almoz Medical Hospital (Surgery Department, State of Libya) for their comprehensive support and cooperation provided both during the active period of clinical work from 2016 to 2022 (Sh.A. Tadzhibayev), and in the subsequent period, which continues to the present day

Affiliations

Sharaf A. Tadzhibaev	Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery and Civil Defense, Andijan State Medical Institute; https://orcid.org/0009-0000-8427-0398 , sharaftad@gmail.com; 50%, collection and processing of material, text writing and editing
Erkin K. Sobirov	Surgeon, Almoz Medical Hospital; https://orcid.org/0009-0009-0749-0739 , erkinjon1989.guli@icloud.com; 30%, collection and processing of material, text writing
Fazliddin Sh. Abdurashidov	General Practitioner, Andijan State Medical Institute; https://orcid.org/0009-0000-7254-5825 , fazliddinabdurashidov@mail.ru; 20%, study concept and design

Received on 25.09.2024

Review completed on 14.11.2024

Accepted on 24.03.2025

Поступила в редакцию 25.09.2024

Рецензирование завершено 14.11.2024

Принята к печати 24.03.2025