КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА,ФОРМОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЧАСТОТОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА

Зюзюкина А. В.

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Острый аппендицит остается одним из наиболее частых заболеваний в структуре острой хирургической патологии брюшной полости [3]. Аппендицит встречается преимущественно у лиц молодого возраста, у женщин чаще, чем у мужчин [1]. Специалистам в области хирургии хорошо известно, что клиническая картина острого аппендицита зачастую определяется вариантом расположения червеобразного отростка в брюшной полости [2].

Цель исследования: выявить клинико-анатомические параллели между расположением червеобразного отростка, формой острого аппендицита и частотой развития перитонита.

Материалы и методы: 220 женщин в возрасте 21-35 лет с установленным диагнозом острый аппендицит.

При сопоставлении формы острого аппендицита с вариантами расположения червеобразного отростка выявлено, что частота встречаемости некоторых положений аппендикса при катаральном и флегмонозном аппендиците статистически значимо не различимы. Как в случаях катарального, так и флегмонозного аппендицита практически с одинаковой частотой встречались три варианта топографии червеобразного отростка: латеральное положение (в 22,9% случаев при катаральном и 23,3% случаев при флегмонозном аппендиците), переднее восходящее положение (20,0% и 21,1% соответственно) и медиальное положение (18,6% и 18,0% соответственно). При катаральном аппендиците подпеченочное, ретроцекальное и тазовое положения отростка регистрировались с близкой частотой (8,6%, 12,9% и 12,9% соответственно). В то же время при флегмонозном аппендиците тазовое положение аппендикса выявлялось несколько чаще – до 18,0%, а подпеченочное – реже (2,3%). Частота экстраперитонеального положения червеобразного отростка составила 4,3% при катаральном аппендиците и 1,5% – при флегмонозном. При гангренозном аппендиците самым распространенным положением отростка являлось латеральное. Указанное положение зарегистрировано в 41,2% наблюдений, что в 1,9 раза чаще, чем при катаральном и в 1,8 раза, чем при флегмонозном. Вторым по частоте было переднее восходящее положение отростка при гангренозном аппендиците. Его доля составила 29,4%, что также значимо чаще, чем при катаральной и флегмонозной формах заболевания. Тазовое и медиальное положение отростка при гангренозном аппендиците выявлены соответственно в 17,6 и 11,8% случаев. Следует отметить, что при указанной форме острого аппендицита не было выявлено ни одного случая подпеченочного, ретроцекального и экстраперитонеального положения червеобразного отростка. Таким образом, можно предположить, что латеральное положение червеобразного отростка может служить косвенным предиктором развития наиболее тяжелых форм острого аппендицита.

Выявлены некоторые взаимосвязи между топографией червеобразного отростка и частотой развития перитонита. При латеральном, медиальном и переднем восходящем положениях перитонит развивается с одинаковой частотой – от 25,0% до 27,8%. Достоверно реже перитонит диагностируется при ретроцекальном (13,9%) и при тазовом положении отростка (8,3%). У женщин, которых выявлено подпеченочное и экстраперитонеальное положения аппендикса случаев перитонита не зарегистрировано.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить ряд взаимосвязей течения острого аппендицита с особенностями частной и локальной конституции женщин первого зрелого возраста. Обнаруженные закономерности могут служить информативными прогностическими критериями развития осложнений острого аппендицита.

1. Левитский В. Д. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. - 2011. - № 1. - С. 55-61.

2. Цуканов А. И. Клиническая анатомия червеобразного отростка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2008. – №2. – С. 15–22.

3. Pathologies of the appendix: a 10-year review of 4670 appendi-cectomy specimens / M. D. Chandrasegaram, L. A. Rothwell, E. I. An [et al.] // ANZ J. Surg. – 2012. - Vol. 82, № 11. – P. 844-847.