

## КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

**Зюзюкина А.В.**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава здравоохранения РФ» Россия (660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1), e-mail: alena-vz@mail.ru

<sup>2</sup>ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН Россия (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г).

---

Проведен анализ конституциональных особенностей клинического течения острого аппендицита у 220 женщин I зрелого возраста (от 21 до 35 лет). У всех больных острым аппендицитом определяли тип телосложения по В.Н. Шевкуненко и соматотипирование по методу W. L. Rees – H. Eysenck. Деструктивные формы острого аппендицита обнаружены у 68,2 % больных. Вторичный катаральный аппендицит был выставлен на фоне острой гинекологической патологии. В большинстве наблюдений острая гинекологическая патология имела правостороннюю локализацию. В 80,4 % случаев перитонит был местный, локализован в пределах одной анатомической зоны. В послеоперационном периоде у больных острым аппендицитом установлено осложнение со стороны послеоперационной раны в виде серомы. У женщин с астеническим и долихоморфным типами телосложения острый аппендицит практически не встречается. Острый аппендицит наблюдается у женщин с мезоморфным и нормостеническим типами телосложения.

---

Ключевые слова: острый аппендицит, типы телосложения.

## КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

**Zyuzyukina A.V.**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Krasnoyarsk state medical university named after Prof. V.F. Voyno-Yusenetsky; Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street P. Zheleznyak, 1), e-mail: alena-vz@mail.ru

<sup>2</sup>Scientific research institute of medical problems of the North, Siberian department of the Russian Academy of Medical Sciences Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street P. Zheleznyak, 3g).

---

The paper presents the analysis of constitutional features of the clinical course of acute appendicitis in 220 women who have reached their adulthood (21 to 35 years old). We defined the body type according to V.N. Shevkunenko and determined the somatic types according to the method of W.L. Rees – H. Eysenck in all patients with acute appendicitis. Destructive forms of acute appendicitis were found in 68.2 % of patients. Secondary endoappendicitis was revealed in cases with acute gynecological pathologies. In the majority of cases the acute gynecological pathology was right-sided. In 80.4 % of cases there was a local peritonitis, localized within one anatomic area. Patients with acute appendicitis had such complications from operative wounds as seromas. Acute appendicitis hardly ever happens in women with asthenic and dolichomorphic body types. Acute appendicitis occurs in women with mesomorphic and normosthenic body types.

---

Keywords: acute appendicitis, body types.

### Введение

Острый аппендицит является самой частой причиной острого живота в России (340–400 тыс. больных в год) [2]. Диагноз острого аппендицита у 80 % пациентов устанавливается на основании клинических и лабораторных данных [6]. Особое место в проблеме острого аппендицита занимает дифференциальная диагностика его с острыми заболеваниями внутренних половых органов у женщин. Нередко допускается гипердиагностика как острого аппендицита, так и острых заболеваний гениталий. Подобные диагностические ошибки

негативно влияют на выбор метода лечения и в определенной степени на исход заболевания. При острых гинекологических заболеваниях оперативные вмешательства производятся лишь при неэффективности консервативного лечения [5]. У 30–45 % больных симптоматика бывает атипичной, вызывая значительные затруднения у клиницистов. Поздняя диагностика деструктивного аппендицита может стать причиной летальных осложнений [1].

Первый период зрелого возраста выбран, потому что именно в этом возрасте наиболее часто диагностируют острый аппендицит. Ошибки, связанные с диагностикой острого аппендицита, чаще допускают у женщин, соответственно им чаще, чем мужчинам, производят аппендэктомию [7]. В настоящее время накоплен большой материал, свидетельствующий о способности передней брюшной стенки реагировать изменением своей конфигурации при ряде заболеваний [4]. Однако закономерности изменчивости живота и передней брюшной стенки при заболевании острым аппендицитом остаются мало изученными.

#### **Материалы и методы исследования**

Работа основана на результатах клинического наблюдения и антропометрического исследования 220 женщин первого зрелого возраста, госпитализированных в хирургическое отделение МБУЗ ГБ№1 и МБУЗ ГКБСМП им. Н.С. Карповича с диагнозом острый аппендицит в период с 2010 по 2012 гг. Анализировали сроки госпитализации больных в хирургический стационар, наличие сопутствующей патологии, осложнений со стороны органов брюшной полости, послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

У всех больных острым аппендицитом определяли тип телосложения по В. Н. Шевкуненко и А. М. Геселевичу (1935 г.) по общепринятой методике с выделением трех типов телосложения [8]. Соматотипирование проводили с учетом двух параметров (поперечного диаметра грудной клетки и длины тела) и вычисления индекса по методу W. L. Rees – H. Eysenck (1945) с выделением астенического, нормостенического и пикнического соматотипов [3,9].

#### **Результаты и обсуждение**

В хирургических отделениях МБУЗ ГБ№1 и МБУЗ ГКБСМП им. Н.С. Карповича было пролечено 220 пациентов с диагнозом острый аппендицит. На основании макроскопического исследования препарата выставлен диагноз – острый катаральный аппендицит у 70 больных, острый флегмонозный аппендицит выставлен у 133 больных, и у 17 больных – острый гангренозный аппендицит. Деструктивные формы острого аппендицита обнаружены у 68,2 % больных, катаральные формы острого аппендицита – у 31,8 % больных.

В течение первых суток поступило 146 больных, что составило 66,4 %. На вторые сутки поступили 57 больных (25,9 %) и 17 (7,7 %), больные поступили на третьи сутки от начала заболевания. Сто (45,5 %) больных с острым флегмонозным аппендицитом поступили преимущественно в первые сутки от начала заболевания, больные с гангренозным аппендицитом поступали в основном на вторые сутки. Пациенты с катаральной формой острого аппендицита в равной степени поступали в первые и вторые сутки от начала заболевания. 15 больных поступили на 3-е сутки, из них у 7(3,2 %) больных, обратившихся за медицинской помощью, выявлена флегмонозная форма острого аппендицита, у 8 (3,6 %) больных червеобразный отросток имел минимальные воспалительные изменения.

При катаральной форме острого аппендицита у 51(72,8 %) больной заболевание было первичным. У 19 (27,2 %) больных был выставлен вторичный катаральный аппендицит, на фоне острой гинекологической патологии. Необходимо отметить, что в большинстве случаев острая гинекологическая патология имела правостороннюю локализацию. Двухстороннее поражение чаще всего встречалось при гнойном сальпингите.

При катаральной форме острого аппендицита у 1 (0,45 %) больной был серозный выпот в брюшной полости, фибринозно-гнойный у 3(1,36 %) и гнойный у 1(0,45 %). Перитониты выявлены при вторичном остром катаральном аппендиците на фоне гинекологической патологии. У 8 (3,6 %) больных с апоплексией яичника, осложненной острым катаральным аппендицитом – выявлен гемоперитонеум. У 17 (7,72 %) больных при флегмонозном аппендиците обнаружен серозный и серозно-фибринозный выпот в брюшной полости, а фибринозно-гнойный и гнойный выпот у 10 (4,52 %) больных с гангренозно-перфоративным аппендицитом.

У 33 (80,4 %) больных перитонит был местный, локализован в пределах одной анатомической области. Диффузный перитонит выявлен у 4 (9,8%) больных. Пельвиоперитонит – у 4(9,8 %) больных при вторичном катаральном аппендиците, за счет острой гинекологической патологии.

В раннем послеоперационном периоде у одной больной с острым флегмонозным аппендицитом наблюдали осложнение со стороны операционной раны в виде серомы, что составило 0,45 %.

По результатам антропометрии все пациентки по типам телосложения по В.Н. Шевкуненко были разделены на три группы. Острый флегмонозный аппендицит встречался только у пациенток с мезоморфным и брахиморфным типами телосложения. Червеобразный отросток с гангренозным воспалением практически в равной степени наблюдали во всех трех типах телосложения. Острый катаральный аппендицит также встречался во всех трех типах телосложения, но в большинстве случаев у больных с мезоморфным типом телосложения.

У 5 (0,9 %) женщин с астеническим типом телосложения по L. Rees – H. Eysenck острый катаральный аппендицит, в 0,45 % флегмонозный. Острый гангренозный аппендицит встречали у больных с нормостеническим и пикническим типами телосложения, что составило 3,6 % и 4,1 % соответственно. При всех типах телосложения встречался острый флегмонозный аппендицит.

Тифлит наблюдали только у 4 (7,4 %) женщин с брахиморфным типом. У 27(50 %) больных с мезоморфным типом телосложения характерно наличие перитонита (табл. № 1).

Таблица № 1

**Осложнения острого аппендицита по типам телосложения В.Н. Шевкуненко (n=54)**

Тип телосложения	Перитонит	Перфорация	Тифлит
Мезоморфный	27(50 %)	3(5,6 %)	
Брахиморфный	10(18,5 %)	6(11,1 %)	4(7,4 %)
Долихоморфный	4(7,4 %)		

У больных с астеническим типом телосложения не выявлено осложнений острого аппендицита. Перфорация и перитонит в большинстве случаев встречались при пикническом типе телосложения (табл. № 2).

Таблица № 2

**Осложнения острого аппендицита по типам телосложения L. Rees – H. Eysenck (n=54)**

Тип телосложения	Перитонит	Перфорация	Тифлит
Астеники	-	-	-
Нормостеники	17(31,5%)	3(5,6%)	2(3,7%)
Пикники	24(44,4%)	6(11,1%)	2(3,7)

В 65,8 % перитонит имел место у больных с мезоморфным типом телосложения, среди которых у 48,7 % – местный, в 7,3 % диффузный перитонит. Пельвиоперитонит наблюдается только у лиц с мезоморфным типом телосложения. Для пациентов с долихоморфным типом телосложения характерно местное распространение перитонита в 9,8 % (табл. № 3).

Таблица № 3

**Распространенность перитонита в зависимости от типа телосложения по В.Н.**

**Шевкуненко (n=41)**

Тип телосложения	Местный	Диффузный	Пельвиоперитонит
Мезоморфный	20 (48,7 %)	3 (7,3 %)	4 (9,8 %)

Брахиморфный	9 (21,9 %)	1 (2,4 %)	-
Долихоморфный	4 (9,8 %)	-	-

Таким образом, у женщин с астеническим и долихоморфным типом телосложения острый аппендицит встречается редко, меньше 3,2 %. Чаще всего острый аппендицит наблюдается у женщин с мезоморфным типом по В.Н. Шевкуненко и нормостеническим типом телосложения по L. Rees – H. Eysenck. Перитонит характерен для больных с мезоморфным типом телосложения. Пельвиоперитонит наблюдается только у лиц с мезоморфным типом телосложения.

### Список литературы

1. Бронтвейн, А. Т. Лучевая диагностика острого аппендицита // Хирургия. – 2002. – № 12. – С. 13-16.
2. Ветшев, П. С. Причина острой абдоминальной боли / П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов // Клиническая медицина. – 2006. – № 3. – С. 23-27.
3. Деревцова, С. Н. Использование лечебных костюмов в реабилитации больных разных соматотипов с синдромом центрального гемипареза // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4. – С. 52-60.
4. Жуклина В. В., Горбунов Н.С., Тихонова Н.В. Размеры, форма и конфигурация передней брюшной стенки у женщин с ишемической болезнью сердца // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4. – С. 34-37.
5. Снегирев, И. И. Ошибки в диагностике острого аппендицита и острых абдоминальных заболеваний гениталий у женщин // Сиб. мед. журн. (г. Иркутск). – 2007. – № 2. – С. 27-29.
6. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита / В. Д. Левитский, А. А. Гуляев, П. А. Ярцев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – № 1. – С. 55-61.
7. Совцов, С. А. Острый аппендицит: спорные вопросы // Хирургия. – 2002. – № 1. – С. 59-61.
8. Шевкуненко, В.Н. Типовая анатомия человека. – Л.: Биомедгиз, 1935. – 232 с.
9. Rees W. L., Eysenck H. A Factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution // J. mental science. – 1945. – V. 91. No 386. – P. 8–21.

### Рецензенты:

Винник Ю.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.

Сухоруков А.М., д.м.н., профессор, хирург-консультант клиники НИИ медицинских проблем

Севера СО РАМН, г. Красноярск.