

Клиническое значение соматотипа человека в диагностике острого аппендицита

И.В.НАЗАРОВ, Ю.М.ШУТОВ, А.П.НАДЕЕВ

The clinical value of the human somatotype in the diagnosis of acute appendicitis

I.V.NAZAROV, Yu.M.SHUTOV, A.P.NADEEV

Новосибирский государственный медицинский университет

Острый аппендицит является одной из наиболее распространенных патологий. Так, по данным А. А. Гринбурга (2000) [2], аппендэктомия составляет 28% от всех выполняемых операций в абдоминальной хирургии, притом, что в России выполняется до 1-1,5 млн. аппендэктомий в год. Несмотря на совершенствование диагностики, до 30% аппендэктомий выполняются при неизменном аппендиксе [6]. В литературе описывается различная встречаемость аппендикулярных симптомов, связывается это в большей части со степенью воспаления червеобразного отростка, вовлечением смежных органов [2, 4, 10, 11], однако, проявление нехарактерных для аппендицита симптомов освещено поверхностно. Взаимосвязь симптомов острого аппендицита и расположения илеоцекального угла и аппендикса, в частности, находится в прямой зависимости. Рядом авторов отмечается взаимосвязь между расположением аппендикса и клиническими проявлениями аппендицита [4, 1, 7]. Для прогнозирования развития клиники острого аппендицита, объяснения вариаций различного местоположения аппендикса, необходимо сопоставить соматотип пациента и расположение аппендикса, так как анатомическая изменчивость расположения того или иного органа коррелирует с соматотипом [3, 1, 5].

Целью исследования явилось выявление закономерности между расположением аппендикса у пациентов различных соматотипов и симптоматикой аппендицита.

Материалы и методы

Обследованы 205 оперированных пациентов с диагнозом «Острый аппендицит». После проведения антропометрического исследования они были распределены в три группы по типам телосложения в соответствии с классификацией В. Н. Шевкуненко (1935): 1) 62 (30,24%) - долихоморфные пациенты; 2) 63 (30,73%) - брахиморфные пациенты; 3) 80 (39,02%) - мезоморфные пациенты. В группе мезоморфных пациентов средний возраст составил $30,18 \pm 1,8$ лет; брахиморфных - $40,38 \pm 2,07$ лет; долихоморфных - $37,02 \pm 2,22$ лет. Оценивали частоту ряда симптомов острого аппенди-

цита. По полу пациенты распределились следующим образом: мужчины – 121 пациент (59,02%), женщины – 84 (40,98%), при этом в подгруппе долихоморфных пациентов - 43 (20,98%) мужчин, 19 (9,27%) женщины; в подгруппе мезоморфных пациентов 47 (22,93%) – мужчины, 33 (16,09%) – женщины; в подгруппе брахиморфных пациентов - 31 (15,12%) мужчины, 32 (15,61%) женщины. Обработка данных проводилась с помощью статистического пакета STATISTICA 7.0. Для определения достоверности различий использовались критерии Хи-квадрат Пирсона и двусторонний точный критерий Фишера, при множественном сравнении применялась поправка Бонферрони [9].

Результаты и их обсуждение.

Интраоперационно выявляли следующие расположения аппендикса: типичные и атипичные формы, которые были представлены ретроперитонеальным, тазовым, подпеченочным, забрюшинным, медиальным (табл. 1).

У долихоморфных пациентов ретроцекальное и подпеченочное расположения аппендикса не различались между собой, но при этом преобладали, в сравнении с другими вариантами локализации аппендикса ($p < 0,05$).

У пациентов брахиморфного типа телосложения частота тазового расположения аппендикса была наибольшей в этой группе – 77,78% ($p < 0,05$), частота медиального расположения отростка была достоверно меньше тазового и составила 19,05% ($p < 0,05$), на третьем месте – подпеченочное расположение червеобразного отростка (3,17% ($p < 0,05$)). У лиц брахиморфного типа телосложения с тазовым расположением аппендикса наблюдали достоверное преобладание случаев соприкосновения аппендикса с прямой кишкой, мочевым пузырем, придатками, маткой по сравнению с контактом с сигмовидной кишкой ($p < 0,05$).

У лиц мезоморфного типа телосложения медиальное расположение аппендикса отмечали в 25% наблюдений, типичное расположение - в 75%.

По медиальному расположению аппендикса нет достоверного различия между пациентами групп с

брахиморфным и мезоморфным типом телосложения ($p > 0,05$), в группе долихоморфных пациентов наблюдали один случай медиального расположения аппендикса.

Симптомы аппендицита неодинаково распределены среди пациентов трех соматотипов, что связано с различием в расположении аппендикса (табл. 2). В группе долихоморфных пациентов симптом Щеткина-Блюмберга встречался в 41,94%, симптом Кохера - 70,67%, Воскресенского - 61,29%, Ситковского - 17,74%, Бартомье-Михельсона - 66,13%, Раздольского - 41,94%, Образцова - 8,06%, Ортнера - 3,23%, Ровзинга - 3,23%, Мерфи - 1,61%, Склярова - 1,61%. В группе брахиморфных пациентов симптом Щеткина-Блюмберга - 34,92%, Кохера - 63,49%, Воскресенского - 69,84%, Ситковского - 25,4%, Бартомье-Михельсона - 71,43%, Раздольского - 33,33%, Образцова - 9,52%, Ортнера - 1,59%, Ровзинга - 7,94%. В группе мезоморфных пациентов симптом Щеткина-Блюмберга встречался в 56,25%, Кохера - 77,5%, Воскресенского - 47,5%, Ситковского в 8,75%, Бартомье-Михельсона - 52,5%, Раздольского - 38,75%, Образцова - 7,5%, Ортнера - 1,25%, Ровзинга - 2,5%. В исследовании показано, что болевые точки при аппендиците не постоянны, не являются абсолютными, зависят от анатомических вариантов строения.

В группе брахиморфных пациентов преобладало тазовое расположение аппендикса (49 пациентов), что нашло свое отражение в клинике в виде преобладания симптомов тазовой патологии: в 5,85% встречалась клиника энтероколита, проктита; при контакте с мочевым пузырем в 8,79% (18 пациентов) клиника проявлялась дизурическими явлениями; при соприкосновении с правым яичником и маточной трубой у женщин (в

7,32%) отмечался положительный симптом Промптова.

В группе долихоморфных пациентов при медиальном расположении клиника аппендицита реализовывалась типично, начало заболевания проявлялось симптомами Кохера (77,5%), Щеткина-Блюмберга (56,25%), Бартомье-Михельсона (52%), что сопоставимо с другими исследованиями: Щеткина-Блюмберга - 69,3% и Бартомье-Михельсона - 97,3% [4]. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении аппендикса клинические проявления аппендицита были стертыми, так как брюшина в воспалительный процесс вовлекается позже, что проявляется меньшей частотой встречаемости симптома Щеткина-Блюмберга - 41,94%; при ретроперитонеальном положении на первый план выходили дизурические явления [4, 10, 11], что объясняется топографической близостью правого мочеточника, рассеянным типом строения почечного сплетения. Кроме того, имеет значение отсутствия брыжейки и серозного покрова при ретроцекальном положении аппендикса. Когда воспалительный процесс локализуется в слизистом, подслизистом и мышечном слоях аппендикса, брюшина в процесс не вовлекается и импульсации по ветвям спинномозговых нервов, иннервирующих серозную оболочку червеобразного отростка, не происходит, а афферентная импульсация осуществляется только по путям вегетативной нервной системы [8]. В случае соприкосновения с сигмовидной кишкой положителен симптом Склярова (1,61%). При подпеченочной локализации аппендикса имелась клиника острого холецистита, в том числе симптомы Ортнера (3,23%), Мерфи (1,61%), характерные для острого холецистита.

Таблица 1

Расположение аппендикса у пациентов с разным соматотипом

| Соматотип | Ретроцекальное | Тазовое | Медиальное | Подпеченочное и высокое расположение | Забрюшинное | Типичное |
|---------------|----------------|------------|------------|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Долихоморфный | 24 (11,7%) | | 1 (0,49%) | 27 (13,17%) | 8 (3,9%) | 2 (0,98%) |
| Брахиморфный | | 49 (23,9%) | 12 (5,85%) | 2 (0,98%) | | |
| Мезоморфный | | | 20 (9,76%) | | | 60 (29,27%) |

Таблица 2

Распределение пациентов брахиморфного телосложения в зависимости от отношения к органам малого таза

| Отношение к органам малого таза | Прямая кишка / сигмовидная кишка | Мочевой пузырь | Придатки, матка |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|
| Брахиморфный | 9(4,39%)/3(1,46%) | 18(8,79%) | 15(7,32%) |

Наиболее типичные симптомы острого аппендицита, такие как Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ситковского чаще встречались в группе мезоморфных пациентов ($p < 0,05$), что объясняется типичным расположением аппендикса в 60 случаях (75%) и медиальным в 20 (25%), причем в случаях медиального расположения аппендикса клиника типична, но проявления ее более яркие [4], частота симптомов Кохера и Щеткина-Блюмберга достигает 100% встречаемости. Яркая клиника и мощность болевых импульсов объясняются быстрым вовлечением в воспалительный процесс брюшины [8].

Выводы

1. Варианты расположения аппендикса зависят от соматотипа человека: для лиц долихоморфного со-

матотипа характерно ретроцекальное, подпеченочное и забрюшинное расположение аппендикса, для лиц брахиморфного соматотипа - тазовое расположение аппендикса, для лиц мезоморфного соматотипа - типичное и медиальное расположение аппендикса.

2. В зависимости от соматотипа и атипичного расположения аппендикса встречаются нехарактерные симптомы для острого аппендицита: у пациентов брахиморфного телосложения - симптом Промптова; у пациентов долихоморфного телосложения - симптомы Скларова, Ортнера, Мерфи; у пациентов мезоморфного телосложения клиника, как правило, проявляется типично. Наиболее часто встречаются такие симптомы аппендицита как Щеткина-Блюмберга, Кохера, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Раздольского.

Список литературы

1. Беков Д.Б. «Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и форм тела человека. «Здоровья». Киев-1988, 128.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика 1999; 458.
3. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. – М.: Триада-Х, 2000. 500.
4. Дронов А.Ф. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний органов брюшной полости, симулирующих острый аппендицит у детей. Детская хирургия 2006; 3: 4-6.
5. Клиорин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституции человека. Ленинград, 1979; 164.
6. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л.: Медицина 1972; 343 с.
7. Кузин В. В., Никитюк Б.А. «Интегративная биосоциальная антропология». Физкультура, образование и наука. Москва 1996; 220.
8. Мантулина Л. А., Клеменко Л. Г., Казначеев Н. Н. Адренергическая иннервация отростка в норме и при аппендиците. Морфогенез и регенерация. Мат. Конф. Морфологов, иммунологов и клиницистов Черноземья, посв. 60 –летнему юбилею КГМУ. Курск. 1995; 56-57.
9. Чугунов И.А., Сирота А.В. Лапароскопия в диагностике и лечении хронического аппендицита. Эндоскопическая хирургия, приложение 2003; 154.
10. Ferguson C.M: Acute appendicitis. Oxford textbook of surgery. New York, 2000. P. 1539-1543.
11. Lally K.P. Appendix Adrassy Sabiston textbook of surgery. Philadelphia 2001; 917-928.

Поступила 24.06.2012 г.

Информация об авторах

1. Назаров Илья Владимирович – аспирант кафедры факультетской хирургии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета; e-mail: Inazaroff80@mail.ru
2. Шутов Юрий Миронович – д.м.н., проф. кафедры факультетской хирургии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета
3. Надеев Александр Петрович – д.м.н., проф. кафедры патологической анатомии Новосибирского государственного медицинского университета, e-mail: nadeevngma@mail.ru