

РАЗЛИЧИЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Побылец А.М., Дудинский А.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) является одним из самых распространенных заболеваний в экстренной хирургии. Первая аппендэктомия выполнена в 1884 году. С тех пор предложено множество классификация данного заболевания. Эти классификации имеют иногда значительные и даже принципиальные отличия. Это определяется не только различными взглядами на данную патологию, но и разными подходами к лечению данного заболеванию в разных странах и в тоже время затрудняет соотношение результатов исследований, вносит путаницу при практическом применении разных классификаций.

Цель. Сравнить классификации ОА, оценка значения вариативности классификаций ОА.

Материал и методы. Сравнительный анализ литературы, посвященной классификации ОА.

Результаты. Наиболее применяемая классификация общеизвестна, и включает катаральный, флегмонозный, гангренозный аппендицит, а также осложненные формы ОА. Различные авторские классификации похожи, но в точности не повторяют ее. В частности, катаральный ОА в некоторых из них приравнивается к термину поверхностный, или простой (М. Weinberg, 1898, Шор 1935 Н. Н. Еланского (1951) В. И. Русакова (1975)). В других классификациях термин “простой ОА” заменяет термин катаральный ОА (В. И. Колесова (1972) В. А. Бондаренко, В. И. Лупальцова (1993).

В классификации Нифантьева 1986 г. эти понятия разделены. Катаральный ОА представляется как изменения в червеобразном отростке связанные с “катаральным состоянием толстой кишки”. Поверхностный ОА, согласно Нифантьеву, это начальная форма истинного ОА. То есть автор выделяет 2 различные формы катарального ОА.

Что касается флегмонозной формы, то большинство авторов относит ее к деструктивному ОА. Но некоторые разделяют простой флегмонозный и деструктивный флегмонозный (Нифантьев 1986). К деструктивному большинство авторов относят гангренозный и перфоративный ОА.

Осложненный ОА включен в классификацию ОА А. В. Русакова (1957) и В.И.Русакова (1975). В данной классификации перфоративный ОА не относится к осложненному.

В классификации В.А.Бондаренко, В.И.Лупальцова (1993) перфоративный ОА относится к осложненному [1].

В таблице 1 приведена модифицированная классификация ОА Carr (2000)., которая значительно отличается от упоминаемых выше [2]. Мы обратили на нее внимание, так как на данную классификацию ссылаются клинические рекомендации по диагностике и лечению ОА всемирного общества неотложной хирургии (2016). Как видно из приведенных данных катаральная форма ОА отсутствует. Микроскопические изменения, которые находят в ЧО при катаральном по нашим классификациям отростке, отнесены в группу нормального ЧО. Простой ОА представляет собой флегмонозный аппендицит. Наличие гангренозных изменений в ЧО отнесено в группу осложненного ОА. Данной классификации помогает интерпретировать зарубежную литературу, так как в ней, часто не выделяются определенные формы ОА, присутствует только деление на осложненный и не осложненный ОА.

Таблица 1. Модифицированная классификация ОА Carr (2000)

	МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
НОРМАЛЬНЫЙ ЧО			
без патологии	нет видимых изменений	без патологии	рассмотреть другую причину
острое интролюминальное воспаление	нет видимых изменений	нейтрофилы только в просвете ЧО, нет патологии слизистой	может вызывать симптомы, но рассмотреть другую причину
острое воспаление в слизистом/подслизистом слое	нет видимых изменений	нейтрофилы и/или изъязвления в слизистом/подслизистом слое,	может вызывать симптомы, но рассмотреть другую причину
ПРОСТОЙ, НЕ ПЕРФОРАТИВНЫЙ ОА			
гнойный/флегмонозный	застойные явления, изменение цвета, увеличение диаметра, экссудат, гной	трансмуральное воспаление, изъязвления или тромбозы, с экстрамуральным гноем или без него	вероятная причина симптомов
ОСЛОЖНЕННЫЙ ОА			
гангренозный	«дряблый» ЧО	трансмуральное	угроза

	с изменением цвета на пурпурный, зеленый или черный	воспаление на некрозом	сперфорации
перфоративный	видимая перфорация	перфорация, не только видимая, но и микроскопическая	увеличен риск послеоперационных осложнений
абсцесс (тазовый/абдоминальный)	восп. образование, обнаруженная во время осмотра, или абсцесс, видимый на предоперационной визуализации или, обнаруженный при операции	трансмуральное воспаление с гноем, или без перфорации	увеличен риск послеоперационных осложнений

Примером затруднений, которые могут возникать из-за различий в классификации ОА может служить статистика по напрасной или негативной аппендэктомии (НА). По данным зарубежных авторов количество НА составляет около 11% [4], но может достигать 45% у женщин репродуктивного возраста [5]. Возможно столь высокий процент удаленный нормальных ЧО обусловлен тем, что множество ЧО с катаральными изменениями не входят в число аппендицита, а считаются вариантом нормы. В нашей литературе все НА входят в состав катарального ОА и нет возможности узнать точно сколько из них было действительно НА. Процент же аппендэктомий при катаральном ОА у нас составляет около 30.

Выводы. Различия в используемых классификациях ОА затрудняет интерпретацию научных исследований. Знание особенностей различных классификаций ОА помогает правильно понимать зарубежную литературу по данной теме.

Литература.

1. Пронин, В.А., Патология червеобразного отростка и аппендэктомия / В.А. Пронин, Бойко В.В. – 2-е изд. – Харьков: СИМ, 2012. - 304 с.
2. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management.

Lancet. 2015 Sep 26;386(10000):1278-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5.
Erratum in: Lancet. 2017 Oct 14;390(10104):1736. PMID: 26460662.

3. Ambe PC. Negative Appendectomy. It is Really Preventable? J Invest Surg. 2019 Aug;32(5):474-475. doi: 10.1080/08941939.2018.1453566. Epub 2018 Apr 2. PMID: 29608342.

4. Morse BC, Roettger RH, Kalbaugh CA, Blackhurst DW, Hines WB Jr. Abdominal CT scanning in reproductive-age women with right lower quadrant abdominal pain: does its use reduce negative appendectomy rates and healthcare costs? Am Surg. 2007 Jun;73(6):580-4; discussion 584. PMID: 17658095.