

Исторический журнал: научные исследования

Правильная ссылка на статью:

Крылов Н.Н. — История изучения острого аппендицита с древности до наших дней // Исторический журнал: научные исследования. – 2023. – № 4. DOI: 10.7256/2454-0609.2023.4.40981 EDN: SWQRWW URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=40981

История изучения острого аппендицита с древности до наших дней

Крылов Николай Николаевич

доктор медицинских наук

профессор, кафедра гуманитарных наук Института социальных наук, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

119571, Россия, г. Москва, ул. Ленинский Пр, 150

✉ nnkrylov01@yandex.ru



[Статья из рубрики "История науки и техники"](#)

DOI:

10.7256/2454-0609.2023.4.40981

EDN:

SWQRWW

Дата направления статьи в редакцию:

13-06-2023

Дата публикации:

27-07-2023

Аннотация: Автор подробно останавливается на поиске в медицинской литературе девятнадцатого - двадцать первого веков различных вариантов описания анатомии, физиологии и патологической физиологии червеобразного отростка, а также его острого воспаления, осложненного течения, спектра принципов его лечения, а также и их исходов с древности до наших дней. При этом акцент сделан на изучение обзорной иностранной литературы и поиск первоисточников приоритетных работ для выявления исторических фактов, описанных в ранее не цитированных работах и неизвестных отечественным специалистам, с целью ознакомления отечественных специалистов в области истории медицинской науки с важными деталями становления частной хирургии. Особым вкладом автора в исследование темы является констатация факта двухсотлетнего срока между анатомическим описанием червеобразного отростка и признанием того, что именно аппендикс является очагом острого воспалительного заболевания в правом нижнем квадранте живота. Эта истина не получила широкого

признания до публикации работы Р. Фитцем 120 лет спустя. Хирурги разных стран мира в конечном итоге продемонстрировали, что ранняя аппендэктомия безопасна и спасает жизнь больных. Перфорация аппендикса с перитонитом продолжает оставаться серьезной проблемой, но показатель летальности в XX веке резко снизился. Заболевание острым аппендицитом имеет социальный характер и, по-видимому, повлияло на ход истории. Сравнительный анализ возможностей лечения острого аппендицита и их результатов позволил установить пять этапов в истории изучения острого аппендицита

Ключевые слова:

история анатомии, острый аппендицит, номенклатура заболевания, становление тактики лечения, зарубежные хирурги, отечественные хирурги, исходы лечения, принципы лечения, консервативное лечение, вскрытие абсцесса

История аппендицита включает в себя примеры выраженного сопротивления изменению ведущей хирургической парадигмы, скрупулезных, но отвергнутых в последствие результатов ранних наблюдений, эмоциональной поддержки неподтвержденных взглядов, важности принятия общих рекомендаций и, наконец, разработки в высшей степени удовлетворительного окончательного решения.

Острый аппендицит (ОА) – одно из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний издавна известно человечеству. Предполагают, что причиной смерти человека, забальзамированного в Древнем Египте около 2800 г. до н.э., был правосторонний отграниченный перитонит, вероятно, аппендикулярного происхождения [1]. Социальная значимость ОА в РФ в настоящее время определяется высокой заболеваемостью и стабильной больничной летальностью (142,3 и 0,215 случая на 100 тыс. населения, соответственно) [2].

Анатомические исследования.

Гален, который из всех древних дал на сегодняшний день наиболее полные анатомические описания, не обнаружил и не описал аппендикса, потому что он препарировал только обезьян (в основном, пиринейских макак), у которых аппендикса нет. И то, чего не установил Гален, никто не видел и не цитировал на протяжении всего Средневековья. И только в 1472 г. – Леонардо да Винчи изобразил аппендикс на рисунках, посвященных анатомии человека. Однако они остались неизвестными в течение нескольких веков [3]. Затем в 1522 г. Berengarius Carpus профессор кафедры анатомии человека университета в Болонье (Италия) описал червеобразный отросток как самостоятельный орган. Он обнаружил некий «придаток» толстой кишки пустой внутри, шириной меньше мизинца на руке и длиной около трех дюймов. Аппендикс отчетливо виден на иллюстрации книги Андреаса Везалия "De Humani Corporis Fabrica" (1543), хотя в тексте издания он не был описан. Вскоре возникла терминологическая путаница из-за названия червеобразного отростка слепой кишкой в работах Stephanus (1545) и Амбруаз Паре (1582). Он, действительно, имел форму слепого мешочка, в то время, как истинная начальная часть толстой кишки, по их мнению, – это всего лишь место соединения аппендикса, подвздошной и ободочной кишок [4,5].

Fallopius (1561) первым сравнил форму аппендикса с червем, а Bauhin (1579) выдвинул гипотезу о том, что аппендикс во внутриутробной жизни служит вместилищем для

фекалий. К концу восемнадцатого века общая анатомия аппендикса была довольно хорошо известна. Однако в 1847 г. Gerlach впервые обратил внимание на складку слизистой оболочки, которая может действовать как клапан, закрывающий устье аппендикса и которая с тех пор носит его имя. Trietz в 1857 году описал перицекальные ямки парительной брюшины, а Clado в 1892 привлек интерес к складке брюшины, идущей от яичника к мезоаппендиксу и с тех пор известной как «складка Кладо». В последующем стали считать, что именно в ней лежит лимфогенный путь распространения инфекции от придатков матки к аппендиксу [\[6,7\]](#).

Данные аутопсии и патогенез

Многие исследователи истории аппендицита приписывают Jean Fernel, придворному врачу Екатерины Медичи, первое описание постмортального диагноза (1544). На это претендует и немецкий хирург Von Hilden (1652). Более наглядно описание деструктивного осложненного аппендицита ученика Бурхааве Lorenz Heister (1711), который, вскрыв тело недавно казненного преступника, нашел небольшой абсцесс рядом с почерневшим аппендиксом. Парижский хирург Mestivier (1759) при вскрытии трупа 45-летнего мужчины, умершего вскоре после хирургического дренирования абсцесса в правом нижнем квадранте живота, объяснил формирование гнояника перфорацией аппендикса булавкой [\[8\]](#). С этого времени появляется увлечение теорией влияния инородных тел как причины непроходимости и перфорации аппендикса. В русле этой теории было наблюдение J. Parkinson (1812), который описал перфорированный аппендикс, содержащий феколит, и неизмененную слепую кишку при вскрытии трупа 5-летнего мальчика. Другие посмертные исследования обнаруживали в его полости червей, булавки, камни, феколиты и другое содержимое [\[6\]](#). Здесь берет начало определение червеобразного отростка как «мусорного ящика брюшной полости (пищеварительного тракта)». Уже в 1839 г. Bright and Addison заявили, что аппендикс является причиной многих или большинства воспалительных процессов правой подвздошной ямки [\[9\]](#). **Клинические наблюдения и консервативная терапия**

В работе «Об эпидемиях», которую приписывают Гиппократу, есть описание клинического наблюдения, напоминающего течение перфоративного аппендицита. «У женщины, которая остановилась в доме Тисаменаса, мучительный приступ подвздошной боли (острая боль в животе и вздутие), сильная рвота; не могла удержаться от питья; боль в подреберье, а также в нижней части живота; жажды нет; стало жарко; конечности холодные по всему телу с тошнота и бессонница; моча скудная и разжиженная; выделения непереваренные, жидкие, скудные. Ничто не могло принести ей никакой пользы. Она умерла» [\[10\]](#).

Второй афоризм Гиппократа «Нагноение при длительной боли в области кишечника - это плохо» заставил поверить врачей последующих поколений, что он знал и говорил об абсцессе аппендикса. Кроме того, Peter Lowe (1612) утверждал, что Гиппократ действительно умер от этой болезни. Очевидно, что большинство из этих абсцессов действительно были связаны с аппендиксом, поскольку стохастически – это наиболее вероятно. Древнеримские врачи Цельс и Гален наблюдали больных с болью в животе ниже пупка, чаще справа, которая была склонна к рецидивированию. В последующем Аретей, Villanovanus, (1300) и Fernelius (1567) мало что добавили к вышеприведенным наблюдениям [\[11\]](#).

В раннехристианскую эпоху древняя тактика «вскрывать и дренировать» применялась при абсцессах в целом и иногда использовалась при скоплениях гноя в правой

подвздошной ямке. Например, Аретей во II веке вскрыл абсцесс в правой половине живота, но это было рядом с печенью, и существуют некоторые сомнения относительно того, был ли это околопочечный абсцесс или гнойник, связанный с толстой кишкой. В любом случае хирургическое лечение всегда откладывалось до последнего возможного момента, когда признаки абсцесса становились очевидными. Древние врачи предпочитали дать возможность гнойнику вскрыться самостоятельно или позволить пациенту умереть мирной смертью, не подвергая его мучениям из-за вскрытия абсцесса. Т.е., не подвергая себя возможному риску обвинения в убийстве пациента и предпочитая, чтобы он умер естественной смертью. Эта тактика сохранилась до XIX века; варьировал лишь период ожидания: некоторые врачи выступали лишь за более раннее удаление гноя, чем другие [\[8\]](#).

Орибасий (IV век) и арабские врачи -Разес и Авиценна (X-XI века) - поощряли вскрытие абсцесса в животе, укрепляя кожу, покрывающую его, вяжущими средствами

В качестве основного способа к лечению или дополнения к нему выступало кровопускание: немедленная флеботомия в локтевом сгибе, а при наличии задержки мочи - также из подкожной вены на лодыжке. Рвотные средства назначали, если боль была выше пупка; слабительные - если она локализовалась ниже. В тех случаях, когда были признаки явного воспаления, эти средства не применяли, а опорожнение кишечника пытались провести с помощью объемных и многократных клизм. Пациенту предписывали сидеть в ванне с горячим маслом, в котором были растворены различные лекарства [\[7\]](#).

Состояние таких больных, как правило, оставалось стабильным, пока не формировался большой абсцесс или не появилась полная непроходимость кишечника с рвотой с последующим фатальным исходом. Причиной болезни у них считали несостоятельный илео-цекальный клапан, а отсутствие подробного изучения внутренностей при вскрытии тем, что как, например, утверждал F. Hildanus (1620) : «Большинство этих трупов пахли так ужасно, что он не был очень внимателен при осмотре» [\[12\]](#).

Наблюдали и редкие случаи спонтанного выздоровления без лечения. Например, пациентка Saracenus (1642) с большим абсцессом в правом паху, который вскрылся самостоятельно, образовав фекальный свищ. Из этого свища, помимо кишечного содержимого, в разное время вышли 14 червей (аскарид?).

Сиденхэм (17 век) рекомендовал в этих случаях прикладывать к брюшной стенке над воспалительным инфильтратом разрезанное тело только что убитого щенка. В тех случаях, когда боль рецидивировала или когда симптомы дискомфорта в животе сохранялись после приступа боли в подвздошной области, он рекомендовал постоянную езду верхом, чтобы вытряхнуть вредные вещества из слепой кишки, где они были склонны скапливаться. А.Паре в шестнадцатом веке настаивал на том, что многие излечились от тяжелых заболеваний подвздошной кости, выпив три фунта ртути в горячей воде, «что даже спасло их от неминуемой смерти». Любопытно, что эта практика, подкреплённая авторитетом «отца современной хирургии», сохранялась до 1830 года.

Некоторые из древних врачей заставляли своих пациентов глотать свинцовые пилюли (шарики, пули) в надежде, что своим весом они смогут преодолеть все препятствия и, наконец, вызвать полноценное опорожнение кишечника. Helmont (1664) приписывал все абдоминальные симптомы вздутию живота и предположил, что все препятствия можно устранить, проглотив свинцовые пули: «Никто не может умереть от воспаления

подвздошной кости, если только проглотит свинцовые мушкетные пули, которые своим чрезмерным весом могут сдвинуть с места препятствие, находящееся в кишечнике». Чем крупнее были эти шарики и чем большее количество их было проглочено, тем быстрее они должны были оказать воздействие, особенно, если пациент мог держаться на ногах и передвигаться в вертикальном положении [\[13\]](#).

Европейский авторитет Г. Бургаве в "Афоризмах" (1709) предостерегал от подобной глупости с предостережением, которое не лишено своей ценности и в наши дни: «До тех пор, пока эта болезнь продолжается в своей воспалительной стадии, она часто поражает неосторожных людей коликообразной болью, которую приписывают холоду, ветру и метеоризму и, соответственно, она плохо лечится ветрогонными и горячительными лекарствами, причем с фатальными последствиями». Комплексная терапия подобных случаев по Бургаве включала следующее лечение:

1. Большие и повторяющиеся кровопускания.
2. Слабительные и охлаждающие клизмы 3-4 раза в день и чаще.
3. Охлаждающие напитки с «разумным добавлением опиатов».
4. Гнойники брюшной стенки вскрывают, нанеся рану (прежде всего у молодых субъектов).
5. Избегайте всего согревающего.
6. Продолжать тот же курс до тех пор, пока не будет обеспечено полное излечение, то есть пока все симптомы не исчезнут в течение трех дней [\[8\]](#).

Однако лечение пулями продолжалось, по крайней мере, еще в течение века, о чем, свидетельствует случай Herlin (1768), который обнародовал результаты вскрытия мужчины, умершего от воспаления в области правого крыла подвздошной кости. Его заставили проглотить три больших свинцовых шарика (в надежде преодолеть непроходимость). При аутопсии их нашли в аппендиксе, который был расширен до размеров остальной части кишечника.

В 1705 г. Д.Морганьи очень подробно описал клинико-анатомические параллели (жалобы, анамнез, данные объективного исследования и динамики клинических симптомов в течение нескольких дней и результаты вскрытия тела умершего) при деструктивном осложненном аппендиците и опубликовал свои наблюдения в классическом труде «De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri V» (1761).

«Золотым стандартом» лечения воспалительного процесса, обусловленного воспалением отростка, в 1830-1880 гг стало назначение больших доз опия. Хотя, по-видимому, антиперистальтический эффект наркотика позволял воспалительному процессу в какой-то мере локализоваться, принципиальным преимуществом такого лечения была, скорее всего, комфортная смерть больного в бессознательном состоянии [\[11,14\]](#).

Хирургическое лечение

Первую в мире аппендэктомию выполнил главный хирург королевы Анны, а также королей Георга I и Георга II Claudius Amyand 1735 г. в госпитале св.Георгия в Лондоне . Удаление отростка было «вынужденным», поскольку он оперировал 11-летнего мальчика по поводу паховой грыжи, осложненной каловым свищем. В грыжевом мешке

Amyand нашел перфорацию верхушки червеобразного отростка. Хирург решился на аппендэктомию (лигатурным методом) и грыжесечение с благоприятным исходом [\[15\]](#).

Француз Francois Melier (1827) впервые описал клиническую картину острого аппендицита и подтвердил свой прижизненный диагноз во время секционного исследования 6 трупов больных, умерших от этого заболевания. Он предположил, что именно червеобразный отросток, а не слепая кишка, является причиной илеоцекальных инфильтратов, гнойников и перитонита, а также впервые однозначно высказался в пользу возможности хирургического удаления аппендикса. Эта точка зрения была проигнорирована в Европе из-за влияния мнения барона Г. Дюпюитрена, ведущего хирурга Парижа [\[16,17\]](#), который не признавал аппендикс причиной воспаления в правом нижнем квадранте живота.

Явное или скрытое неприятие аппендикулярной теории генеза воспаления в правой подвздошной ямке и отказ от хирургического удаления отростка можно предположительно объяснить отсутствием представлений о тактике и технике такого вмешательства при отсутствии общей анестезии (появившейся только в середине XIX века) и учения об антисептике Д.Листера (1867).

В 1840-1880-ые годы основным методом хирургического лечения острого аппендицита в мире было вскрытие и дренирование парааппендикулярных абсцессов. Одновременно в середине XIX века возникли споры относительно того, где кроется истинная причина воспалительных процессов правой подвздошной ямки. Такие термины, как «стеркореальный тифит», «простой тифлит», «перитифилит», «хронический тифилит», «апофизит», «эпитифлит», «перицецит» и другие заполнили специальную литературу того времени [\[18\]](#).

В 1848 г. Н.Hancock впервые сделал лапаротомию у больной острым перитонитом длительностью несколько дней, дренировал брюшную полость в правом нижнем квадранте живота, но воспаленный червеобразный отросток не удалил. Через две недели из дренированной брюшной полости отошел фекалит и больная поправилась. Он предложил такое лечение до появления размягчения и флюктуации над инфильтратом, а также до образования плотных спаек в брюшной полости. Оптимальный срок для такой операции, по его мнению, занимал период времени с пятого до седьмого и с одиннадцатого по четырнадцатый день течения болезни [\[19\]](#).

Первую операцию в России по поводу нарыва в правой подвздошной впадине (вскрытие гнойника) выполнил проф. П. Ю. Неммерт в 1843 г. своему коллеге проф. В. Е. Экку. Обобщил принципы лечения гнойников в правой подвздошной области в России в 1852 г. Н. И. Пирогов. В журнале «Друг здоровья» он опубликовал статью «О нарывах подвздошной впадины» и описал внебрюшинный доступ («доступ по Пирогову») для вскрытия парааппендикулярного абсцесса. П. Платонов (под руководством Н. И. Пирогова) защитил докторскую диссертацию «О нарывах подвздошной впадины» (1854). В 1861 г. в Петербургской медико-хирургической академии тульский лекарь Г.Шахтингер защитил докторскую диссертацию на тему «О воспалении слепой кишки, червеобразного ее отростка и окружающей клетчатки». Однако, в работах русских хирургов не говорилось ни о ранних симптомах ОА, ни о характере патологических изменений в отростке [\[20\]](#).

В 1880 г. L.Tait (Англия), по-видимому, выполнил первую аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита. Но в последующем он избегал операций удаления отростка

и был ярким противником «листеризма» [\[8\]](#) Seal A. Appendicitis: a historical review. Can J Surg 1981; 24:427-433. Сведения об этой и другой «пионерской» операции были выявлены ретроспективно по прошествии многих лет. Например, операция A.Groves в 1883 г. [\[21\]](#).

Первые аппендэктомии носили спорадический характер и имели непостоянный успех. Так пациенты Mikulicz (1884) и Kronlein (1885) не выжили после операции, а Charter-Symonds (1885) с успехом внебрюшинно удалил и отросток, и свободно лежащий феколит. R.Hall(1886) прооперировал 17-летнего пациента по поводу невримы паховой грыжи, содержимым которой был перфорированный отросток. Аппендэктомия и дренирование тазового абсцесса привели к выздоровлению этого больного [\[15\]](#). В США считают, что впервые верный предоперационный диагноз и целенаправленную аппендэктомию после лапаротомии выполнил T.Morton в 1887 г. К несчастью, он потерял от естественного течения неоперированного ОА и брата, и сына [\[8\]](#).

Уже к 1882 г. стали обсуждать важнейший вопрос: «Как лечить частые случаи перфорации червеобразного отростка, при которых не наблюдается ограниченного скопления гноя (абсцедирования)?». Появились крайние точки зрения на эту проблему. Byrd : «Я не смог найти ни одного зарегистрированного случая, в котором эта процедура (лапаротомия) была предпринята с успехом. Какой бы правдоподобной и важной на самом деле ни была эта операция, трудность постановки точного диагноза станет почти непреодолимым препятствием для ее проведения. Медицина в этих случаях бесполезна, за исключением эвтаназии, а хирургия даже этого не может сделать». Однако Mikulicz был преисполнен оптимизма: «Было бы намного лучше, если бы мы могли удалить аппендикс, как только диагноз его воспаления был бы достаточно достоверен, и удалить из брюшной полости любые конкременты или разлагающиеся ткани, которые могли бы быть причиной воспаления». Эти слова представляют собой завершение preceliotomy period периода доцелиотомии в истории аппендикса, когда простой разрез и удаление гноя были признаны надлежащим хирургическим лечением. Фактическое удаление аппендикса теперь стало центром внимания хирургического мира, и вот-вот должна была начаться современная эра медицинской хирургии [\[22,23,24\]](#).

Ввести новую парадигму в лечении ОА и уточнить номенклатуру заболевания смогли в США, когда 18 июня 1886, профессор Гарвардского Университета (США) патологоанатом Р.Фитц прочитал доклад о перфоративном аппендиците, его ранней диагностике и лечении [\[25\]](#). Он обосновал, что большинство воспалительных заболеваний правого нижнего квадранта начинается в аппендиксе, скрупулезно описал клинические особенности аппендицита и, что самое удивительное, настаивал на скорейшем хирургическом удалении аппендикса.

Он показал, что в 209 случаях тифлита или перитифлита клинические симптомы были идентичны признакам, наблюдавшимся в 257 случаях перфорации аппендикса, и убедил медицинский мир в утверждении, что при любом воспалении правой подвздошной ямки «fons et origo mali» («корнем и источником зла») является червеобразный отросток слепой кишки. Он также установил летальность при лечении острого аппендицита – 67%. Кроме того, Фитц впервые использовал термин «аппендицит». В последующем этот термин подвергли критике, поскольку он состоит из греческого суффикса с латинским корнем. Тем не менее, вскоре он вошел в профессиональный тезаурус и стал общепринятым.

В 1889 г. Charles McBurney (США) описал кардинальные, ставшие «классическими»,

симптомы острого аппендицита, сформулировал показания к ранней лапаротомии при этом заболевании, обосновал косой переменный доступ к червеобразному отростку в правой подвздошной области [\[26\]](#)

Начиная с 1890 года, историография аппендицита стала историей совершенствования техники и диагностики. При этом речь, как правило, шла о варианте лапаротомного доступа и способе обработки культи отростка.

Следует отметить вклад русских хирургов. В 1888 г. К.П.Домбровский перевязал червеобразный отросток у его основания при аппендикулярном абсцессе у трехлетнего ребенка. В 1889 г. А.А.Бобров резецировал часть отростка из аппендикулярного инфильтрата. А в 1890 г. А.А.Троянов выполнил первую аппендэктомию в России в Обуховской больнице. П.И.Дьяконов в 1894 г. произвел первую в России аппендэктомию у ребенка, а в 1901 г. он предложил перитонизацию перевязанной культи аппендикса кисетным швом; он же впервые произвел погружение неперевязанной культи отростка в слепую кишку кисетным швом [\[20\]](#).

К началу XX века счет аппендэктомий, выполненных отдельными хирургами, уже шел на тысячи [\[27\]](#). Причем около 23 из них были «интервальными» - через некоторый срок после купирования острого приступа, уже в «холодном» периоде [\[28\]](#).

Медленное накопление количественных успехов в лечении ОА качественно изменилось после введения в клиническую медицину антибиотикотерапии в 1940-1950-ые годы. Хирурги получили возможность предупреждать и лечить витальные септические осложнения [\[29\]](#).

Известно несколько случаев проведения врачом «открытой» (лапаротомной) аппендэктомии самому себе: в 1961 году - Леонидом Рогозовым во время антарктической экспедиции; в 1976 г. - Сергеем Пахомовым на атомной ракетной подлодке (затем был награжден орденом Боевого Красного знамени) [\[20\]](#).

Качественное изменение техники операции аппендэктомии произошло во второй половине XX века после внедрения лапароскопической технологии и оснащения операционной специальной рассекающей мягкие ткани и сшивающей аппаратурой. Так в 1977 г. DeKok впервые выполнил эндоскопическую аппендэктомию, но удалил отросток через дополнительную минилапаротомию. Уже в 1982 г. K.Semm (Германия) выполнил «попутную» лапароскопическую аппендэктомию по поводу хронического аппендицита при гинекологической операции, а в 1987 г. J.Schrieber (Германия) выполнил первую лапароскопическую аппендэктомию по поводу острого аппендицита [\[20\]](#). В настоящее время частота лапароскопической аппендэктомии в РФ варьирует по округам от 9.85 до 53.1% , составляя в среднем по стране 25.1% [\[2\]](#).

Возможное влияние на ход истории

31/XII 1882 г. скончался знаменитый политический и государственный деятель, премьер-министр Франции Гамбетта (Gambetta L.M.); причиной смерти был ретроцекальный гангренозный аппендицит, маскируемый клиникой острой пищевой токсикоинфекции. Только знаменитый парижский хирург О.М. Lannelongue настаивал на операции, твердо остановившись на диагнозе ретроцекального аппендицита и забрюшинного абсцесса. Но с его диагнозом не согласились другие хирурги. «Мои предположения были отвергнуты, - с горечью писал Lannelongue , - лица окружавшие Гамбетту, перестали оказывать мне

доверие»^[16]. DeMoulin D. Historical notes on appendicitis. Arch Chir Neerl 1975; 27:97-102.

На 26 июня 1902 г. была запланирована коронация Эдуарда VII (Великобритания), однако 23 июня у него появились и начали быстро прогрессировать симптомы острого аппендицита. Доктор F.Treves порекомендовал немедленную операцию. Будущий король попросил перенести операцию и выполнить её после коронации. Тогда F. Treves произнес знаменитую фразу: «В этом случае коронуют Ваш труп»^[30]. Courtney J.F. The celebrated appendix of Edward VII. Med Times 1976; 104:176-181. Коронацию перенесли, больного прооперировали с выздоровлением. F. Treves вспоминал, что он не отходил от больного в течение семи дней и ночей. За заслуги перед королем он позволил себе уйти в отставку в 1908 г., а Эдуард VII правил Британской империей в течение восемь лет. F. Treves не был сторонником ранней операции при остром аппендиците и в последующем потерял от него свою дочь^[30,31]. Stevenson RS. Famous Illnesses in history. London: Eyre & Spottiswoode, 1962; 23-43. Courtney JF. The celebrated appendix of Edward VII. Med Times 1976; 104:176-181.

В мае 1921 г. врач-хирург МедСанУпра Кремля В.Н. Розанов оперирует члена Политбюро и Оргбюро ЦК, а затем (с апреля 1922 г.) и Генерального секретаря ЦК ВКП(б) И.В. Сталина по поводу гангренозного аппендицита: «Операция была очень тяжелой, помимо удаления аппендикса пришлось сделать очень широкую резекцию слепой кишки, и за исход операции ручаться было трудно» (из воспоминаний В.Н. Розанова). «Решились оперировать под местным наркозом из-за слабости больного. Но боль заставила прекратить операцию, дали хлороформу... Потом он лежал худой и бледный как смерть, прозрачный, с отпечатком страшной слабости». (Ф. Аллилуев). В.И. Ленин звонил Розанову два раза в день, спрашивая о здоровье «чудесного грузина», и уже через неделю (!) больному сняли швы, а через десять дней его выписали!

Можно только предполагать, как сложилась бы история России в случае преждевременной смерти больного?

26 февраля 1939 г. СССР отмечал день рождения Крупской, и со всей страны верной соратнице и подруге Ильича отправляли поздравления коллективы и отдельные граждане. А в это время о состоянии виновницы торжества врачи записали: «Больная по-прежнему находится в состоянии, близком к бессознательному. Значительная синюха. Похолодание конечностей. Липкий пот. Пульс аритмичный... Общее состояние остается крайне тяжелым, не исключающим возможность близкого печального исхода».

Утром 27 февраля 1939 г. Н.К. Крупской не стало. В записке Сталину и Молотову профессора С. Спасокукоцкий, А. Очкин, В. Виноградов и начальник Лечсанупра Кремля А. Бусалов написали, что «хирургическое вмешательство... при глубоком поражении всех внутренних органов и в 70 лет было абсолютно недопустимо». Официально причиной смерти стал «острый аппендицит, перитонит». И.В. Сталин лично нес урну с прахом Крупской^[20].

Заключение

Прочитать все публикации, имеющие отношение к ОА и ставшие в настоящее время историей невозможно, поскольку к 1889 году их было около 2500, а к 1950 более, чем 13 000^[32]. Наверняка, этот перечень неполный. Поэтому мы остановились на упоминании лишь основополагающих и принципиально значимых работ.

Руководствуясь характером принятых в разное время оперативных вмешательств и эволюцией показаний к ним, историю учения об аппендиците можно разделить на несколько периодов [\[20\]](#).

Первый период продолжался несколько веков вплоть до 1884 года. В это время хирургическому лечению подвергали немногих больных с периаппендикулярными абсцессами. Показания к операции ставили лишь при вовлечении в нагноительный процесс брюшной стенки. Нередко такие гнойники вскрывались самостоятельно. Больных перитонитом вообще не оперировали.

Второй период (1884-1909) знаменателен тем, что отросток стали удалять в остром периоде заболевания, но только при диффузном или ограниченном перитоните. Кроме того, аппендэктомию выполняли в "холодном периоде" в случае эффективности консервативной терапии с целью предотвращения рецидивов заболевания. Летальность при перитоните достигала 80-90%, а при абсцессах – до 30%.

Третий период в России длился около 20 лет (1909 – 1926). Аппендэктомию выполняли только в сроки 24-48 часов после поступления больного в стационар при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии и появлении симптомов деструктивного аппендицита. Подобную тактику оправдывали тем, что клиническая симптоматика аппендицита, особенно в первые часы заболевания, не соответствует патологоанатомическим изменениям в отростке, и предсказать исход заболевания удастся не всегда. А по прошествии 48 часов воспалительный процесс либо стихает, либо ограничивается. Применение ранней операции в первые 48 часов позволило снизить общую летальность до 2,8%, но при запущенных формах она оставалась высокой (более 20%).

Четвертый период (конец 1920-х – 1960-е годы) – период экстренных операций при остром аппендиците вне зависимости от сроков и формы заболевания. Больного с подозрением на острый аппендицит оперировали в течение 6 часов с момента поступления в стационар, если этот диагноз не удается исключить.

Количество аппендэктомий чрезвычайно возросло. Общая летальность снизилась до 0,1-0,2%, а при деструктивных формах – до 1,5-2,1%. Однако резко возросло количество неоправданных аппендэктомий (в среднем 15-40%).

Пятый период (конец 1960-х – 1970-е годы) – выжидательная тактика. При отсутствии нарастания острых явлений проводили наблюдение за больными в течение суток. Однако ведущим принципом в большинстве учреждений осталось экстренное вмешательство.

Новый период (1980-е годы – настоящее время) – период уточненной дооперационной диагностики острого аппендицита. Лучевые (КТ, УЗИ) и видеоэндоскопические (лапароскопия) методы позволяют подтвердить клинический диагноз до операции, снизить частоту неоправданных лапаротомий и аппендэктомий до 1-3%. Разрабатывают, совершенствуют и широко используют лапароскопическую аппендэктомию.

Библиография

1. Bett, W.R.(1934): In: Bett WR, ed. *Appendicitis A Short History of Some Common Diseases*. p.162-164 London: Oxford University Press,
2. Ревিশвили, А.Ш., Сажин, В.П., Оловянный, В.Е., Захарова, М.А.(2020) *Современные тенденции в неотложной абдоминальной хирургии в Российской Федерации*. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. ;(7):611.

<https://doi.org/10.17116/hirurgia20200716> .

3. McMurrich, J.P. (1930) *Leonardo Da Vinci The Anatomist*. p.291 Baltimore:Williams & Wilkins,
4. Smith, H. F. Fisher, R. E. Everett, M. L. Thomas, A. D. Bollinger, R. R.Parker, W. (2009) *Comparative anatomy and phylogenetic distribution of the mammalian cecal appendix*. J Evol Biol .Oct;22(10):1984-99. doi: 10.1111/j.1420-9101.2009.01809.x.
5. Williams, G. R.(1983) *Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance*. Ann. Surg., vol. 197, no. 5, pp. 495–506.
6. Francis, L.(1987) «Appendix» in Clinical Surgery 1st Ed, 7, p. 1581.
7. Berry, J. Malt, R. A. (1984) *Appendicitis near its centenal*. Ann. Surg., . vol. 200, no. 5, pp. 567–575.
8. Seal,A. (1981) *Appendicitis: a historical review*. Can J Surg ; 24:p.427—433.
9. Bright, R., Addison, (1839). *Elements of the Practice of Medicine*. p.613 London:Longmans, Green & Co., Inc.
10. Ellis, H, Abdalla, S. (2018) *A History of Surger*, ,p.22 CRC Press, Taylor & Francis Group,DOI:10.1201/9780429461743 .
11. Kelly, H.A. Hurdon, E.(1905) *The Vermiform Appendix and Its Diseases*. pp 1-43, Philadelphia London : W.B. Saunders and Company.
12. Garrison, F. H. (1929) *An Introduction to the History of Medicine* . , p. 275. Philadelphia, , 4th ed.
13. Bett, W.R. (1934) *Appendicitis*: In: Bett W.R., ed. *A Short History of Some Common Diseases*. London: Oxford University Press, ; p.164-171.
14. Meade, RH.(1964) *The evolution of surgery for appendicitis*. Surgery ; 55:p.741-752.
15. Shepherd, J.A. (1954) *Acute appendicitis a historical survey*. Lancet, ; 2:p.299-302.
16. DeMoulin, D.(1975) *Historical notes on appendicitis*. Arch Chir Neerl ; 27:p.97-102.
17. Meade, RH. (1964) *The evolution of surgery for appendicitis*. Surgery ; 55. p.741-752.
18. Bull, W.T. (1888) *On the surgical management of typhlitis and perityphlitis*. Trans Am Surg Assoc; 6: p.389-418.
19. Hancock, H. (1848) *Disease of the appendix caeci cured by operation*. Lancet ; 2:p.380-381.
20. Крылов, Н.Н. (2019) *Червеобразный отросток. Сборник эссе*. Москва, Филинь, 206 с
21. Harris, C.W. (1961) *Abraham Groves or Fergus; the first elective appendectomy?* Can J Surg ; 4:pp. 405-410.
22. Battle, W.H. (1897) *A contribution to the surgical treatment of diseases of the appendix vermiformis*. Br Med J ; 1:pp.965-967.
23. Cope, Z. (1965) *A History of the Acute Abdomen*.p.123. London: Oxford University Press.
24. Parker, W. (1867) *An operation for abscess of the appendix vermiformis caeci*. Med Rec ; 2:pp.25-27.
25. Fitz, R.H.(1886) *Perforating inflammation of the vermiform appendix;with special reference to its early diagnosis and treatment*. Am J Med Sci ; 92:pp..321-346.
26. McBurney, C. (1894) *The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating*. Ann Surg ; 20:pp.38-43.
27. Murphy, J.B. (1904)*Two thousand operations for appendicitis, with deductions from his personal experience*. Am J Med Sci ;128:pp.187-211.

28. Weir, R.F. (1900) *An improved operation for acute appendicitis or for quiescent cases with complications*. Med News ; 76:pp.241-242.
29. Nystrom, P.O, Brote, L. (1981) *Postoperative wound infection after appendicectomy*.Acta Chir Scand ; 147:pp.61-65.
30. Courtney, J.F. (1976) *The celebrated appendix of Edward VII*. Med Times ; 104:pp.176-181.
31. Stevenson, R.S. (1962) *Famous Illnesses in history*. p.23-43.London: Eyre & Spottiswoode.
32. Klingensmith, W.(1959) *Establishment of appendicitis as a surgical entity*. Tex State J Med ; 55:p.878-882.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Поль Мишель Фуко как-то сказал: «Медик занимает в пределах любого общества, любой цивилизации совершенно особенное положение: он повсеместно является предметом общественного внимания и почти всегда незаменим». И действительно, и авторитет жрецов, и в дальнейшем сам статус медиков, начиная от знаменитого Гиппократ, наглядно показывают справедливость данного высказывания. Но помимо прочего история медицины есть борьба с невежеством и заблуждениями, а также с ошибочными воззрениями. Высокая заболеваемость острым аппендицитом привлекает внимание к истории изучения этого заболевания.

Указанные обстоятельства определяют актуальность представленной на рецензирование статьи, предметом которой является история изучения острого аппендицита. Автор ставит своими задачами проанализировать анатомические исследования и клинические наблюдения, рассмотреть хирургическое лечение, а также показать примеры случаев острого аппендицита у исторических личностей.

Работа основана на принципах анализа и синтеза, достоверности, объективности, методологической базой исследования выступает системный подход, в основе которого находится рассмотрение объекта как целостного комплекса взаимосвязанных элементов. Научная новизна статьи заключается в самой постановке темы: автор отмечает, что «социальная значимость острого аппендицита в РФ в настоящее время определяется высокой заболеваемостью и стабильной больничной летальностью (142,3 и 0,215 случая на 100 тыс. населения, соответственно)».

Рассматривая библиографический список статьи как позитивный момент следует отметить его масштабность и разносторонность: всего список литературы включает в себя свыше 30 различных источников и исследований, что само по себе говорит о том объёме подготовительной работы, которой проделал ее автор. Несомненным достоинством рецензируемой статьи является привлечение зарубежной англоязычной литературы, что усиливает и ее научную новизну. Из привлекаемых автором трудов отметим исследования А.Ш. Ревитшвили, В.П. Сажина, В.Е. Оловянного, М.А. Захаровой, Дж. Мерфи, Р. Стивенсона и других, в центре внимания которых различные аспекты исследования острого аппендицита. Заметим, что библиография обладает важностью как с научной, так и с просветительской точки зрения: после прочтения текста статьи читатели могут обратиться к другим материалам по ее теме. В целом, на наш взгляд, комплексное использование различных источников и исследований способствовало решению стоящих перед автором задач.

Стиль написания статьи можно отнести к научному, вместе с тем доступному для понимания не только специалистам, но и широкой читательской аудитории, всем, кто интересуется как историей медицины, в целом, так и изучением острого аппендицита, в частности. Апелляция к оппонентам представлена на уровне собранной информации, полученной автором в ходе работы над темой статьи.

Структура работы отличается определённой логичностью и последовательностью, в ней можно выделить введение, основную часть, заключение. В начале автор определяет актуальность темы, показывает, что «история аппендицита включает в себя примеры выраженного сопротивления изменению ведущей хирургической парадигмы, скрупулезных, но отвергнутых в последствие результатов ранних наблюдений, эмоциональной поддержки неподтвержденных взглядов, важности принятия общих рекомендаций и, наконец, разработки в высшей степени удовлетворительного окончательного решения». Автор выделяет в истории изучения аппендицита шесть периодов: при этом врачи использовали то выжидательную тактику, то тактику экстренных операций. Вызывает интерес приводимые автором примеры аппендицита у исторических личностей, в том числе Сталина. Разумеется, сделать эти примеры исчерпывающими вряд ли возможно, но и приведённые автором факты весьма любопытны.

Главным выводом статьи является серьезное внимание к острому аппендициту за последние столетия, при этом к данной теме обращались крупнейшие медицинские светила.

Представленная на рецензирование статья посвящена актуальной теме, вызовет читательский интерес, а ее материалы могут быть использованы как в курсах лекций по истории медицины, так и в различных спецкурсах.

К статье есть отдельные замечания: библиография не отвечает требованиям журнала к оформлению, можно было бы полнее отразить в заключительной части статьи собранные материалы и т.д.

Однако, в целом, на наш взгляд, статья может быть рекомендована для публикации в журнале «Исторический журнал: научные исследования».