

М. П. ШАТАХЯН

ЦИТОЛОГИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В НОРМЕ  
И ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Как показывают наши наблюдения и данные литературы, разнообразные патоморфологические формы острого аппендицита не совпадают с клинической картиной этого заболевания. Подобные расхождения по некоторым авторам достигают 80% [1, 4, 9, 12 и др.]. До настоящего времени вопрос о причинах столь частого расхождения остается неясным.

Некоторые авторы отсутствие параллелизма между клиникой и патоморфологической структурой отростка, удаленного по поводу острого аппендицита, связывают с дефектами техники исследования [2, 6 и др.]. Другие причину расхождения видят в нейрорефлекторных факторах, в частности в поражении интрамуральной нервной системы червеобразного отростка [8, 11 и др.]. Третьи [5, 10 и др.] основной причиной расхождений считают функциональное расстройство самого отростка и т. д.

На основании наших многочисленных исследований и клинических наблюдений мы пришли к выводу, что одной из основных причин отсутствия параллелизма между клинической картиной и патоморфологией удаленного отростка является своеобразие воспалительного процесса в последнем. Наши исследования показывают, что, как правило, в удаленных по поводу острого аппендицита червеобразных отростках имеются элементы выраженного хронического аппендицита. Более того, даже в отростках преждевременно родившихся и умерших детей нами был выявлен хронический воспалительный процесс.

Эти исследования дали нам основание считать, что в основе так называемого острого аппендицита лежит первичный хронический процесс и что различные патоморфологические формы острого аппендицита возникают на фоне его и являются различными стадиями его обострения. Это обстоятельство, с одной стороны, и реактивность организма больного, а также режим питания, пол, возраст, расположение отростка и т. д. с другой — являются, по нашему мнению, теми основными причинами, которые, приводят к клинико-морфологическому искажению в диагностике острого аппендицита.

К такому выводу мы пришли на основании многочисленных клинических наблюдений и разнообразных патоморфологических и лабораторных исследований.

Цитология червеобразного отростка как в норме, так и в патологии почти не изучена. О. Н. Бугайская [3] и Н. Г. Николаева [7], исследовав клеточный состав системы отростка при его остром воспалении, пришли



к заключению, что изучение цитологии дает более точные данные, чем патоморфологии.

Нами изучен клеточный состав 175 червеобразных отростков, из которых 15 были взяты у трупов недоношенных детей, а 160 — после оперативного вмешательства, произведенного по поводу аппендицита. Из 160 отростков 34 были поражены хроническим воспалением, 42 — катарральным, 44 — флегмонозным, 23 — гангренозным и 17 — перфоративным процессом.

Взятые в стерильных условиях непосредственно после аппендэктомии червеобразные отростки помещались на предметное стекло и разрезались как поперек, так и продольно. С указанных срезов делались отпечатки, которые в течение 10 мин. фиксировались в растворе Никифорова, а затем красились по Романовскому-Гимзе. Отпечатки из отростков трупов недоношенных детей готовились таким же образом после предварительной обработки серозной оболочки 70%-ным спиртом. Готовые препараты исследовались микроскопически с использованием иммерсионной системы. Все наши исследования разбиты на VI групп.

В I группу вошли 15 нормальных отростков, взятых у трупов недоношенных детей. Изучение цитологии стенок этих отростков выявило наличие лимфоидных элементов, тканевых полибластов, фибробластов, единичных лейкоцитов и эритроцитов. В цитограммах 5 отростков этой группы отмечались дистрофия и вакуолизация форменных элементов, фрагментация коллагеновых пучков с образованием кучек снопов и множество полиморфных микроорганизмов в межклеточном пространстве (рис. 1). Выявленные в цитограммах указанных пяти червеобразных отростков изменения дают нам основание думать, что воспалительный процесс в червеобразных отростках может иметь место даже во внутриутробной жизни плода.

Во II группу были включены 34 отростка, удаленных по поводу хронического аппендицита. Изучение цитограмм этих отростков выявило множество фибробластов. Коллагеновые нити местами образовывали густые сети. В препаратах попадались нейтрофильные лейкоциты, эозинофилы, моноциты, макрофаги и др. клеточные элементы, а также полиморфные бактерии и единичные случаи макрофагоцитоза (рис. 2).

В III группе было 42 отростка с катарральным воспалением. Изучение цитограмм этих отростков выявило множество бактерий, значительное количество нейтрофильных лейкоцитов, лимфоидные элементы, эритроциты и фибробласты. В 20 случаях наблюдались случаи микро-макрофагоцитоза. В ряде препаратов имелась вакуолизация форменных элементов и их дистрофия I и II степени, а в некоторых препаратах отмечалась даже картина нуклеолиза (рис. 3). Однако во многих препаратах были отмечены нормальные тканевые клетки, местами — варикозное расширение коллагеновых пучков и их фрагментация.

В IV группе имелось 44 отростка с флегмонозным воспалением. В отпечатках из их стенок превалировали лимфоидные элементы и фибро-







лений. Встречались микрофаги и плазматические клетки, а также различной степени дистрофированные форменные элементы (рис. 4).

Цитология гангренозного аппендицита была изучена в 23 отростках, составляющих V группу наших исследований. Здесь, как и в отпечатках предыдущей серии, отмечались фибробласты, скопления коллагеновых нитей. Как фибробласты, так и многие другие форменные элементы (полибласты, лимфоидные элементы, нейтрофильные лейкоциты и др.) были подвержены вакуолизации и дистрофии. Почти во всех препаратах коллагеновые пучки были короткими, разъединенными и фрагментированными. В некоторых препаратах встречались макрофаги Мечникова (рис. 5). Наряду с нормальными клеточными элементами попадалось много фагоцитов и дистрофированных форменных элементов (рис. 6), а также бактерий, расположенных в основном внеклеточно.



Рис. 5. Гангренозный аппендицит. Видны микрофаги Мечникова (увелич. 1350 раз).



Рис. 6. Гангренозный аппендицит. Видна дистрофия форменных элементов и картина фагоцитоза (увелич. 900 раз).

В VI группу были включены 17 отростков с перфоративным аппендицитом. Отпечатки этих отростков были богаты фибробластами. В них отчетливо была выражена фрагментация и распад коллагеновых пучков. В ряде препаратов, особенно в тех, где имелась выраженная вакуолизация форменных элементов, часто встречались как плазматические, так и блуждающие клетки в покое (рис. 7).

Обобщение результатов наших исследований показывает, что червеобразный отросток как в норме, так и при хроническом и остром его воспалении имеет характерный клеточный состав. Однако многие клеточные элементы почти систематически встречаются в отростках при различных патоморфологических формах воспаления. К таким клеточным элементам относятся полибласты, фибробласты, плазматические клетки и др., присутствие которых говорит о длительности течения воспалительного процесса в червеобразных отростках.



Таким образом, одной из основных причин отсутствия параллелизма между клинической картиной острого аппендицита и его патоморфологической основой является, по нашему мнению, своеобразие воспалительного процесса в червеобразном отростке. Это своеобразие обусловлено наличием в отростке первично-хронического воспаления, который, подвергаясь различным обострениям, сопровождается возникновением различных стадий острого воспалительного процесса и различной клинической картиной заболевания.



Рис. 7. Перфоративный аппендицит. Видны плазматические и блуждающие клетки в покое (увелич. 1350 раз).

Многообразие переходных стадий в воспалительном процессе червеобразного отростка, пестрая и разнообразная клиническая симптоматология этих стадий и индивидуальные особенности больного приводят к частому расхождению клинической картины заболевания с обнаруженными в удаленном отростке морфологическими изменениями.

Мы думаем, что дальнейшая разработка вопросов аппендицита должна идти по пути более глубокого изучения первично-хронического аппендицита, в частности по пути разработки его симптоматиологии и диагностики.

Только своевременная диагностика и своевременное удаление хронически воспаленного отростка явятся лучшей профилактикой острого аппендицита и его осложнений. Нам кажется, что только таким путем можно предотвратить и полностью ликвидировать смертность от аппендицита, в частности от острого воспаления червеобразного отростка.

Госпитальная хирургическая клиника  
Ереванского медицинского института

Поступило 22/1 1964 г.

Մ. Պ. ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ՈՐԴԱՆՄԱՆ ԵԼՈՒՆԻ ՅԻՏՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐՆ ԱՊԵՆԴԻԲՍԻ ՆՈՐՄԱԿ  
ՎԻՃԱԿՈՒՄ ԵՎ ՆՐԱ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՊՐՈՅԵՍԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ ֆ ո ֆ ո լ մ

Սուր ապենդիցիտի պատճառով հեռացված որդանման ելուների բազմաթիվ ցիտոմորֆոլոգիական հետազոտություններից պարզվել է, որ ապենդիցիտի ինչպես կատարյալ, այնպես էլ նրա դեստրուկտիվ բոլոր ձևերի ժամանակ, ելուների հյուսվածքներում հայտնաբերված սուր բորբոքային պրոցեսների կողքին (նեյտրոֆիլ լեյկոցիտներ, էրիթրոցիտներ, էօզինոֆիլներ, ֆագոցիտոզի դա-



նազան վարիանտներ և այլն), ցիտոգրամայում նշմարվում են նաև այնպիսի էլեմենտներ, որոնք յուրահատուկ են որդեկունի խրոնիկական ձևերի բորբոքումների համար (հյուսվածքային պոլիբլաստներ, ֆիբլոբլաստներ, պլազմատիկ բջիջներ, լիմֆոցիտ էլեմենտներ, Մեշնիկովի մակրոֆագեր և այլն):

Այս հանգամանքը մեզ մտածել է տալիս, որ սուր ապենդիցիտի հիմքում ընկած է առաջնային խրոնիկական ապենդիցիտի պատկեր: Այս տեսակետից սուր ապենդիցիտի ժամանակ հաճախ կրկնվող կլինիկո-պաթոմորֆոլոգիական տարածայնությունների հիմնական պատճառներից մեկը, մեր կարծիքով, պետք է համարել ելունի խրոնիկական բորբոքումների բազմատեսակ սրացումները:

Մենք կարծում ենք, որ ապենդիցիտի բուժման հարցի հետագա մշակումը պետք է ուղղված լինի առաջնային խրոնիկական ապենդիցիտի սիմպտոմատոլոգիայի մշակման, ժամանակին նրա հայտնաբերման և հիվանդներին օպերատիվ բուժման ենթարկելու ուղղությամբ:

Առաջնային խրոնիկական ապենդիցիտի նկատմամբ, այդպիսի միջոցառումների կիրառումը, մեր կարծիքով, կհանդիսանա լավագույն նախապայմանը սուր ապենդիցիտի պրոֆիլակտիկայի և նրանից առաջացած մահացության դեպքերի լիակատար վերացման համար:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамсон Б. П. Вестник хирургии, 1934, т. 36, кн. 103—104, стр. 451.
2. Бесфамильная З. И. Хирургия, 1952, 15, стр. 85.
3. Бугайская О. Н. Автореферат. Ставрополь, 1956.
4. Бялик В. Л. и др. Военно-медицинский журнал, 1955, 9, стр. 53.
5. Еланский Н. Н. Военно-медицинский журнал, 1952, 7, стр. 8.
6. Колесов В. И. Хирургия, 1959, 2, стр. 50.
7. Николаева Л. Г. Врачебное дело, 1956, 7, стр. 691.
8. Панченко Г. С. Автореферат. Ростов-на-Дону, 1955.
9. Рубашев С. М. Новый хирургический архив, 1930, 6, стр. 450.
10. Русаков А. В. Хирургия, 5, 1952, стр. 83.
11. Хорос З. Н. Диссертация. Саратов, 1948.
12. Шамов В. Н. Вестник хирургии, 1953, 2, стр. 5.