

2. Власов В. Ф. Клинич. хир., 1977, 1, стр. 77.
3. Геворкян И. Х. Прямокишечный метод введения антибактериальных препаратов (метод. рекомендация). Ереван, 1979.
4. Гриневич В. А., Горин А. Г. Хирургия, 1976, 7, стр. 72.
5. Доценко А. П., Чинченко Е. И., Похио М. М., Дж. Окафар. Вестн. хир., 1979, 9, стр. 33.
6. Захарова Г. Н., Скатын Л. И. Хирургия, 1974, 6, стр. 90.
7. Ивашкевич Г. А., Вуль Г. П., Зимка А. С. Хирургия, 1977, 11, стр. 74.
8. Канишин Н. Н. Вестн. хир., 1980, 9, стр. 108.
9. Кузин М. И., Шкраб О. С., Сорокина М. И., Цыдернов М. М. Хирургия, 1973, 10, стр. 125.
10. Кукош В. И., Учугина А. Ф., Каптерев С. Е. Вестн. хир., 1980, 10, стр. 110.
11. Поляк М. С. Вестн. хир., 1963, 10, стр. 35.
12. Радзевич Г. Г., Мусарева А. Л. Вестн. хир., 1981, 2, стр. 49.
13. Савельев В. С. В кн.: Материалы Всерос. конф. хирургов. Казань, 1970, стр. 60.
14. Савчук Б. Д. Гнойный перитонит М., 1979.
15. Симолян К. С. Перитонит. М., 1971.
16. Убрумяцц А. П., Зайцев В. Г., Волкова Р. П. Вестн. хир., 1981, 3, стр. 32.
17. Balch H. H. Am. Surg., 1970, 36, 290.
18. Hepp J., Aluame R. Ann. Chir., 1965, 19, 3-4, 244.
19. Rosato E.-F., Oram-Slmth I. C. Ann. Surg., 1976, 132, 214.

УДК 612.363+616.346.2—002

Я. П. КУЛИК, О. С. ОЛИФЕРОВА

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКАХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЦИФРАХ ВНУТРИАПЕНДИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ

Исследовались взаимоотношения внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ с формой аппендицита и степенью лейкоцитарной инфильтрации стенки аппендикса. Выявлена прямая связь между цифрами внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ и тяжестью течения аппендицита.

Исследования, проведенные Wangensteen и Dennis [2] и Pieper с соавт. [1] показали, что повышение внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ при перевязке червеобразного отростка человека и кролика сопровождается развитием острого аппендицита. Однако, учитывая экспериментальный характер этих работ, параллели между величиной внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ и формой воспаления червеобразного отростка при спонтанном аппендиците у человека остаются невыясненными.

В данной работе поставлена цель установить показатели внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ в норме и при воспалении червеобразного отростка, определить, как влияет изменение внутриапPENDИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ на форму аппендицита и степень лейкоцитарной инфильтрации стенки аппендикса.

ВнутриапPENDИКУЛЯРНОЕ ДАВЛЕНИЕ определялось у 46 больных, из них с острым аппендицитом 42, острым гнойным сальпингитом и пельвеоперитонитом 3, острым гематогенным перитонитом 1 человек. Возраст больных от 5 до 65 лет.

Измерение внутриапPENDикулярного давления выполнялось во время операции в условиях общего или местного обезболивания. После выведения в рану червеобразный отросток пунктировали в дистальном, среднем и проксимальном отделах. Через основание аппендикса определялось давление в слепой кишке. Показатели давления регистрировались в мм вод. ст. электронным манометром. После измерения давления выполнялась типичная аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка в кисетный и зетобразный швы. Исследование проводилось с соблюдением правил асептики и антисептики. Каких-либо осложнений, связанных с исследованием, во время операции и в послеоперационном периоде не было.

Все червеобразные отростки были подвергнуты гистологическому исследованию (окраска гематоксилин-эозином). Исследовались срезы из дистального, среднего и проксимального отделов. Устанавливалась форма воспаления и распределение лейкоцитарной инфильтрации в стенке червеобразного отростка.

В 4 червеобразных отростках, 3 из которых были удалены при остром гнойном сальпингите, пельвеоперитоните и 1—при остром гематогенном перитоните, воспалительные изменения со стороны серозной оболочки имели вторичный характер и не были связаны с изменением внутриапPENDикулярного давления. ВнутриапPENDикулярное давление в них составило 40—165 мм вод. ст., а среднее максимальное давление, не сопровождающееся воспалением червеобразного отростка, равнялось $116,25 \pm 35,075$ мм вод. ст.

В 8 червеобразных отростках был диагностирован острый простой и хронический аппендицит вне обострения. Показатели внутриапPENDикулярного давления при хроническом аппендиците вне обострения составляли 20—100, а среднее максимальное давление— $73,75 \pm 21,05$ мм вод. ст. При остром простом аппендиците было зарегистрировано давление от 90 до 175 мм вод. ст. Среднее максимальное давление при остром простом аппендиците было выше, чем при хроническом, и составляло $136,0 \pm 23,85$ мм вод. ст. Это объясняется регрессом желез слизистой оболочки при хроническом аппендиците.

Необходимо отметить, что в наших исследованиях показатели внутриапPENDикулярного давления при неструктивных формах острого аппендицита не превышали 200 мм вод. ст. В двух червеобразных отростках был обнаружен острый флегмонозный аппендицит в проксимальном отделе, тогда как в дистальном и средней части диагностирован острый простой аппендицит. Давление в этих 2 аппендиксах составляло 200 мм вод. ст. Отсюда предположение, что давление 200 мм вод. ст. и выше способствует развитию деструкции стенки аппендикса.

В 34 червеобразных отростках был диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Показатели внутриапPENDикулярного давления при остром деструктивном аппендиците находились в пределах от 90 до 580 мм вод. ст. Среднее максимальное давление при деструктивном аппендиците составляло $256,19 \pm 20,36$ мм вод. ст., что намного превышает давление в червеобразных отростках при неструктивных формах. Это различие статистически достоверно.

Таким образом, острый деструктивный аппендицит сопровождается повышением внутриаппендикулярного давления.

При остром флегмонозном аппендиците учитывалась степень лейкоцитарной инфильтрации стенки червеобразного отростка. Ее оценивали по распределению лейкоцитов в слизистом, подслизистом, мышечном и серозном слоях аппендикса. При анализе результатов учитывалось максимальное проникновение лейкоцитарной инфильтрации в глубь стенки аппендикса. При лейкоцитарной инфильтрации слизистого и подслизистого слоев внутриаппендикулярное давление составляло от 125 до 230, в среднем— $201,0 \pm 22,53$ мм вод. ст.

Внутриаппендикулярное давление от 90 до 520 мм вод. ст. было определено при лейкоцитарной инфильтрации слизистого, подслизистого и мышечного слоев, а средний показатель давления составил $243,44 \pm 33,36$ мм вод. ст.

При лейкоцитарной инфильтрации всех слоев стенки червеобразного отростка определялось давление от 125 до 580, а среднее максимальное давление составляло $273,44 \pm 33,36$ мм вод. ст.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение, что при деструктивных формах острого аппендицита отмечается повышение внутриаппендикулярного давления по сравнению с недеструктивными аппендицитами. Повышение давления при остром флегмонозном аппендиците сопровождается усилением лейкоцитарной инфильтрации стенки червеобразного отростка.

Кафедра госпитальной хирургии
Благовещенского медицинского института

Поступила 10/1 1983 г.

ՅԱ. Պ. ԿՈՒԼԻԿ, Օ. Ս. ՕԼԻՖԱՐՈՎԱ

ՊԱԹՈՄՈՐՓՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՈՐԴԱՆՄԱՆ ԵՆՈՒՍՏՆԵՐՈՒՄ ՆԵՐԱՊԵՆԻԿՈՒԼՅԱՐ ՃՆՇՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ԹՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Հետազոտվել են ներապենդիկուլյար ճնշման և ապենդիցիտի ձևի և ապենդիցիտի պատի լեյկոցիտային ինֆիլտրացիայի միջև գոյություն ունեցող փոխհարաբերությունները: Բացհայտված է ուղղակի կապ ներապենդիկուլյար ճնշման թվերի և ապենդիցիտի ընթացքի ծանրության միջև:

Ya. P. KOULIK, O. S. OLIFAROVA

PATHOMORPHOLOGIC CHANGES IN VERMIFORM PROCESSES IN DIFFERENT QUANTITIES OF INTRAAPPENDICULAR PRESSURE

The interaction of intraappendicular pressure with the form of appendicitis and the degree of leukocytic infiltration of the appendage wall has been studied. Direct connection is revealed between the quantities of intraappendicular pressure and the gravity of appendicitis development.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Pieper R., Kager L., Tidefeldt U. Acta Chir. Scand., 1982, 148, № 1, 63.
2. Wangensteen O. H., Dennis C. Ann. Surg., 1939, 110, № 4, 629.