

При слишком раннем введении толстых трубок можно растянуть шаружное отверстие свища и нарушить его герметизм. Опыт клиники показывает, что правильный уход за свищом до его полного формирования возможен только в стационаре, и поэтому ранняя выписка таких больных может дать неблагоприятные результаты.

Отдаленные исходы были прослежены у 25 больных. Средняя продолжительность жизни больных, подвергшихся гастростомии, составила 216 дней (наименьшая — 48 дней, максимальная — 783 дня у больного после операции Торека — Добромывлова).

Поступила 25 декабря 1972 г.

УДК 616.346.2—002:616—07

О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Проф. Т. С. Сунаргулов, С. Е. Гайсинская

*Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. Т. С. Сунаргулов) Башкирского
медицинского института им. 15-летия ВЛКСМ*

Целью настоящей работы явилось изучение морфогистохимических изменений при простых аппендицитах у детей в сопоставлении с нормальными червеобразными отростками в тех же возрастных группах. Материалом исследования служили 180 червеобразных отростков, удаленных у детей с острым простым аппендицитом. В качестве контроля было изучено 70 червеобразных отростков детей, умерших скоропостижно или от различных соматических заболеваний без указания на патологию червеобразного отростка и заболевания желудочно-кишечного тракта. Анализ материала проводили в возрастном аспекте.

Для изучения брали кусочки из дистального, среднего и проксимального отделов отростка. Кроме общепринятых ориентировочных, были использованы некоторые гистохимические, импрегнационные методы и микроморфологические измерения.

Морфологически при остром простом аппендиците наблюдались расстройства кровообращения во всех слоях червеобразного отростка в виде гиперемии, кровоизлияний, стазов и тромбозов. Эндотелий сосудов набухший, местами пролиферирует, выступает в просвет, располагаясь неравномерно по периметру интимы. Внутренняя эластическая мембрана в таких сосудах неравномерно складчатая, а аргирофильная утолщена и проявляет большое сродство к серебру, что свидетельствует о повышении их проницаемости. Периваскулярные пространства расширены. В значительном числе случаев обнаружено фибриноидное набухание, сегментарный или тотальный фибриноидный некроз, некротические васкулиты. Лимфатические пути всех слоев отростка забиты лимфоцитами вследствие резкого нарушения лимфооттока, что можно объяснить спазмом лимфатических капилляров.

В значительном большинстве поверхностный цилиндрический эпителий, покрывающий слизистую оболочку отростка, сохранен. Иногда на слизистой оболочке обнаруживаются дефекты, имеющие ограниченный характер, неправильную или клиновидную форму и морфологически соответствующие «первичному аффекту» Ашофа; чаще имеются обширные, нечетко отграниченные язвы, дном которых может служить подслизистая оболочка. Слизистая оболочка отростка диффузно инфильтрирована лимфоцитами, ретикулярными клетками, плазмобластами. Кроме того, преимущественно на уровне основания крипт определяется то большее, то меньшее количество полинуклеарных лейкоцитов, среди которых преобладают эозинофилы. Резко увеличено количество гистиоцитов; они гипертрофированы, имеют нечеткие контуры, многие из них превратились в макрофагов.

Хорошо заметно изменение секреции железистого аппарата слизистой оболочки при остром простом аппендиците в сравнении с нормальными отростками. Отмечается гиперсекреция в виде резкого увеличения количества бокаловидных клеток в криптах и в покровном эпителии. Выявляется отчетливое преобладание в составе муцина Шик-позитивной фракции над кислой, выявляемой по Хейлу.

Микроморфометрия показывает статистически достоверное увеличение диаметра лимфоидных фолликулов в сравнении с контрольной группой, преимущественно в дистальном и срединном отделах. Часто имеет место двухслойное расположение лимфоидных фолликулов вследствие формирования светлых центров в местах скопления лимфоидной ткани в глубоких слоях слизистой оболочки. Центры размножения фолликулов резко расширены. В них часто встречаются кровоизлияния. При окраске по Браше обращает на себя внимание значительное по сравнению с нормой увеличение числа клеток, протоплазма которых содержит много рибонуклеопротеидов: лимфобластов, плазмобластов, плазматических и ретикулярных клеток, расположенных преимущественно в краевой зоне зародышевых центров.

В ретикулярной ткани зародышевых центров отмечается пролиферативная реакция. Значительное число ретикулярных клеток превращается в макрофагов; последние округляются, теряют отростки, ядра их увеличиваются в размере, принимают неправильную форму. В ряде случаев наблюдается значительный распад макрофагов и разрежение зародышевых центров, которые приобретают вид «звездного неба». Как в макрофагах, так и вне их обнаруживается Шик-позитивный материал, располагающийся беспорядочно или в виде кляксообразных кучек. При окраске по Фельгену в центрах лимфоидных фолликулов видно большое количество метилофильных обломков ядер.

Соединительная ткань глубокого слоя подслизистой оболочки при окраске по ван-Гизону неравномерно пикринофильна; аргирофильные волокна грубые, интенсивно импрегнируются серебром, местами сливаются в однородную серовато-черную массу.

При остром простом аппендиците серозная оболочка также подвергается глубокой деструкции, особенно в тех случаях, когда развиваются выраженные некробиотические изменения в ретикулярных клетках лимфоидных фолликулов. В ней наблюдаются гиперемия, стазы в сосудах, кровоизлияния, периваскулярная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с наличием нейтрофилов, разрыхление коллагеновых волокон, эластолиз и разрыв эластических волокон. В результате всех описанных выше патологических процессов, возникающих при острых простых аппендицитах, стенка отростка в целом и отдельные слои его утолщаются, что наиболее отчетливо заметно в дистальном отделе.

Изучение материала в возрастном аспекте показывает, что в младших возрастных группах от 1 до 3 лет и от 4 до 6 лет воспалительный процесс принимает более распространенный характер, часто захватывая при этом все отделы и слои органа и переходя на брыжейку.

Изложенное дает основание выделять две разновидности острого простого аппендицита у детей:

1) поверхностный аппендицит — с преимущественной локализацией процесса в слизистой оболочке при сохранении структуры и барьерной функции лимфоидного аппарата;

2) диффузный — с большей выраженностью и глубоким распространением воспаления при начинающейся деструкции и нарушении барьерной функции лимфоидных фолликулов.

Можно предположить, что вторая разновидность простого аппендицита потенциально может перейти в деструктивные формы, тогда как простой поверхностный имеет тенденцию к затиханию воспаления и излечению болезни без хирургического вмешательства. Это заключе-

ние не снимает, а, наоборот, обосновывает правомерность существующего правила о широкой и ранней госпитализации детей при малейшем подозрении на аппендицит. В то же время учет морфологических разновидностей простого аппендицита у детей необходим для дифференцированного подхода при решении вопроса об оперативном вмешательстве.

Поступила 11 декабря 1972 г.

УДК 616.147.3—007.64:616—089

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНЫХ РАСШИРЕНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ал. Атанасов, Г. Груев

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Г. Балчев) Высшего медицинского института, София

Варикозное расширение вен нижних конечностей является весьма распространенным заболеванием. По материалам рабочих больниц гг. Мадан, Златоград, Рудозем, Лыки Смолянского округа, среди 14260 осмотренных рабочих горнорудного комбината «Горубсо» лица с варикозным синдромом составили 4,8%. При профилактическом осмотре 19315 жителей того же района в возрасте от 14 до 75 лет варикозное расширение вен нижних конечностей было установлено у 5,67%.

С 1962 по 1972 г. под нашим наблюдением находилось 116 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей (31 женщина и 85 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет).

Варикозное расширение вен встречается чаще в возрасте от 30 до 50 лет, т. е. в творческом возрасте, что и обуславливает повышенный интерес к этому заболеванию и его лечению. Мы не нашли связи между профессией больных и частотой заболевания. У большинства больных (у 79 из 116) условия труда требовали продолжительного сидения в прямом положении. У 22 женщин расширение вен появилось после рождения первого ребенка. У 6 женщин беременности не было. У 3 варикозный симптомокомплекс анамнестически связывается с предшествующим тромбозом. Тромбоз в прошлом наблюдался у 4 мужчин.

У 35 больных обнаружены различные трофические изменения в заболевших конечностях: варикозная экзема, улкус крурис, варикозум, отек голени с разницей в окружности области в 2—5 см. У 39 больных вены были расширены на обеих ногах, у 18 — в области бедра и голени.

У наших больных не было патологических отклонений со стороны картины крови, печеночных проб и содержания мочевины в крови. У 64 больных выявлено ускорение РОЭ, у 12 — латентный диабет (сахар крови 120—147 мг%). При тромб-эластографическом обследовании и определении времени рекальцификации плазмы не найдено данных о наличии тромбозов.

Флебографию мы осуществляли по общедоступному методу Халзе через пункцию одной из поверхностных вен стопы или венесекцию. После флебографии у 3 больных наблюдалось воспаление на месте венесекции и у 4 — постинъекционный тромбоз.

Всем больным применяли комбинированный оперативный метод лечения, который заключался в следующем.

1. Обнаружение и перевязка большой подкожной вены и ее расклонение непосредственно до впадения в бедренную вену.

2. Стриппинг большой подкожной вены.

3. Лигатура малой подкожной вены в fossa poplitea.

4. Стриппинг или иссечение малой подкожной вены.

5. Обязательно наложение лигатуры на все перфорантные вены в зависимости от данных флебографии.

6. Прошивание расширенных мелких венозных кожных сосудов.

Применяемая оперативная техника возможна только при полной проходимости и наличии глубокой венозной сети. Операция протекает под общей анестезией. В конце операции делаем перевязку эластическим бинтом, которую больной носит в течение 10—15 дней. Сразу после пробуждения и прихода в сознание к концу 1-го дня после операции больного переключаем на койку. На 2-й день разрешаем вставать с постели. Послеоперационная боль исчезает за 24—48 часов. В день операции начинаем антикоагулянтную терапию. Применяем в основном синкумар, доводим протромбиновое время до 80—60%. Антибиотики — по показаниям.

В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. 44 больных прослежены до 3 лет после операции. 39 из них чувствуют себя хорошо, никаких жалоб у них нет, у 2 заболевание рецидивировало, 3 чел. отмечают отек конечности, особенно к вечеру после значительного утомления. У 8 больных развились парестезии.