

3. Ерюхин И. А., Успенский В. М., Сацуке-  
вич В. Н./Хирургия.—1984.—№ 9.—С. 50—53.
4. Кузин М. И., Гордеев В. Ф., Торопчи-  
на И. А., Смирновский В. Ю./Сов. мед.—  
1987.—№ 3.—С. 22—29.
5. Мыши В. Г./Врач. дело.—1989.—№ 1.—  
С. 3—7.
6. Панцырев М. Ю. Селективная прокси-  
мальная ваготомия с сохранением привратника  
в хирургии осложненных пилородуodenальных  
язв: Автореф. дисс. канд. мед. наук.—М., 1984.
7. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Чер-  
някевич С. А./Хирургия.—1987.—№ 11.—  
С. 22—29.
8. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Чер-  
някевич С. А. и др./Вестн. хир.—1989.—  
№ 8.—С. 12—16.
9. Постолов П. М., Крылов Н. Н./Хирургия.—  
1983.—№ 2.—С. 100—104.
10. Пурмалис В. Р., Макаренко Н. И./Клин.  
хир.—1989.—№ 8.—С. 72—73.
11. Трофимов В. М., Нечай А. И., Ситен-  
ко В. М. и др./Вестн. хир.—1990.—№ 9.—  
С. 25—31.
12. Хачиев Л. Г., Хаджибаев А. М./Вестн.

- хир.—1988.—№ 8.—С. 143—148.
13. Шевченко Б. Ф./Гастроэнтерология.—  
1986.—Вып. 18.—С. 56—58.
14. Becher H. D./Acta Hepatogastroenterol.—  
1979.—Vol. 26.—P. 516—519.
15. Johnston D., Blackett R. L./World. J.  
Surg.—1987.—Vol. 11.—P. 274—282.
16. Mackie C. R., Wisbey M. L., Cuschiere A./  
Brit. J. Surg.—1982.—Vol. 69.—P. 101—104.

Поступила 09.07.91.

## DUODENOGASTRALIC REFLUX IN RELAPSE OF PEPTIC ULCER OF DUODENUM AND STOMACH AFTER VAGOTOMIES

A. S. Ermolov, K. A. Abikuloy, A. V. Upyret,  
A. G. Altambetov, V. M. Vasilyeva

### Суммарный

The presence of duodenogastralic reflux is one of the factors provoking the postoperative relapse which is necessary to be taken into account in the choice of volume and type of operative treatment of peptic ulcer of duodenum.

УДК 616.346.2.005

## СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Ш. Х. Ганцев, А. Н. Серяк

Кафедра онкологии (зав.—докт. мед. наук Ш. Х. Ганцев) Башкирского медицинского института

Червеобразный отросток подвержен практически всем видам патологии, встречающейся в других отделах кишечника, кроме специфических заболеваний. Болезням аппендициса посвящено большое количество опубликованных работ, однако вопрос об их классификации остается открытым. Даже в самых авторитетных руководствах и монографиях даются классификации лишь острого и хронического аппендицита. Неполной и нерациональной, на наш взгляд, является и классификация болезней червеобразного отростка, предложенная П. Ф. Калитиевским [16]. По нашему мнению, классификация должна быть основана на следующих принципах.

1. Она должна отражать современный уровень имеющихся представлений о заболеваниях червеобразного отростка.

2. Быть полной и в то же время доступной для практического применения.

3. Характеризовать в определенной мере патологоанатомические изменения в червеобразном отростке с учетом клинического проявления заболевания.

4. Указывать степень вовлечения в патологический процесс окружающих тканей и органов и обозначение развивающихся осложнений.

Исходя из этих принципов, мы предлагаем следующую классификацию заболеваний червеобразного отростка.

### I. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

1. Агенезия

2. Удвоение

3. Аномальное отхождение от слепой и восходящей ободочной кишки

4. Левостороннее расположение при обратном развитии органов (*situs viscerum inversus abdominalis*)

### II. ТРАВМА

### III. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

### IV. КАМНИ (энтеролиты и копролиты)

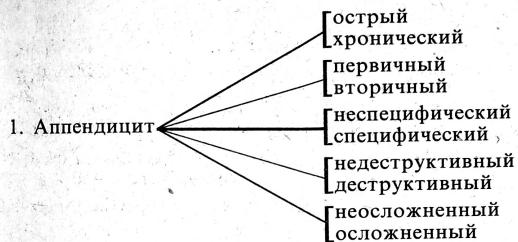
### V. ЗАВОРОТ

### VI. ИНВАГИНАЦИЯ

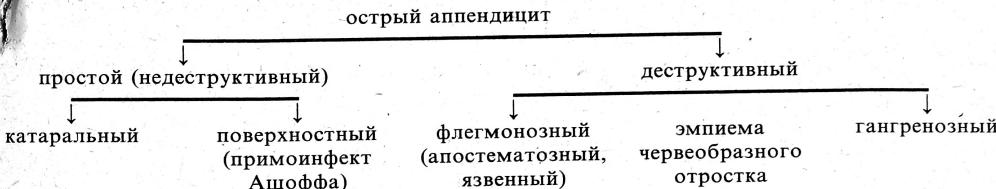
### VII. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТКОВЫЙ ГРЫЖЕ

### VIII. ТРОМБОЗ АРТЕРИИ appendicularis (первичная ишемическая гангрена червеобразного отростка)

### IX. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



### Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита:



### Клинические формы острого аппендицита

1. Типичная клиническая форма.
2. Атипичная клиническая форма:
  - a) связанная с атипичной локализацией червеобразного отростка в брюшной полости — расположение червеобразного отростка в брыжейке подвздошной или поперечной ободочной кишки; высокое, подпеченочное расположение; низкое, тазовое расположение; левостороннее расположение; медиальное расположение; забрюшинное расположение;
  - b) токсическая форма;
  - c) маскированный острый аппендицит.

Положение червеобразного отростка относительно слепой кишки

1. Нисходящее (каудальное)
2. Боковое (латеральное)
3. Внутреннее (медиальное)
4. Переднее (центральное)
5. Заднее (ретроцекальное)

Осложнения острого аппендицита:

- a) ранние (до 3 нед) — перфорация червеобразного отростка; аппендикулярный инфильтрат; аппендикулярный абсцесс; тифлит; пилефлебит; абсцесс брюшной полости, перитонит; забрюшинная флегмона; сепсис; осложнения со стороны других органов и систем;
- b) поздние (свыше 3 нед) — спаечная болезнь брюшины; недостаточность бау-гииевой заслонки.

Клиническая классификация хронического аппендицита: первичный; резидуальный; рецидивирующий.

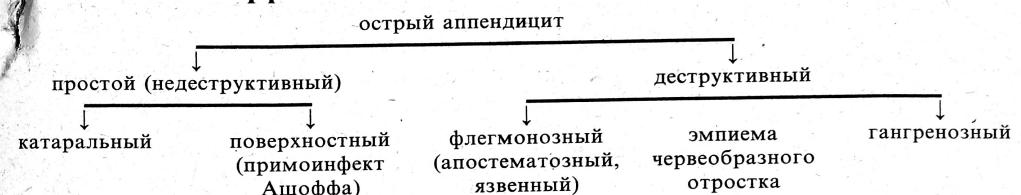
Специфический аппендицит: туберкулезный; псевдотуберкулезный; йерсиниозный; брюшно-тифозный; паратифозный; дизентерийный; коревой; грибковый (актиномикоз, гистоплазмоз).

2. Болезнь кроны (грануллематозный эпителиоидноклеточный лимфаденит червеобразного отростка).

### X. АППЕНДИКОПАТИЯ

1. Фолликулярная аппендикопатия (лимфаденопатия червеобразного отростка): склеротически-атрофическая форма; гипертрофическая форма.

### Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита:



2. Обтурационная аппендикопатия (киста): водянка червеобразного отростка; мукоцеле (псевдомиксома) червеобразного отростка; миксоглобулез червеобразного отростка.

Осложнения: перфорация кисты, псевдомиксома брюшины.

### XI. ДИВЕРТИКУЛЕЗ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА: истинный (врожденный); ложный (приобретенный)

1. Глистные инвазии: аскариз; энтеробиоз; трихоцефалез; трихиниоз; тениидозы; анкилостомидоз; шистозомиаз; эхинококкоз.
2. Протозойные инвазии: амебиаз; лямблиоз; балантидиаз; трихомониаз; малярия.

### XII. ПАРАЗИТИЧЕСКИЕ ИНВАЗИИ

1. Глистные инвазии: аскариз; энтеробиоз; трихоцефалез; трихиниоз; тениидозы; анкилостомидоз; шистозомиаз; эхинококкоз.
2. Протозойные инвазии: амебиаз; лямблиоз; балантидиаз; трихомониаз; малярия.

### XIII. ОПУХОЛИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

1. Добропачественные опухоли: а) эпителиальные — ворсинчатая опухоль; полипоз; б) неэпителиальные — липома; фиброма; миома; неврома; нейрофиброма.

2. Злокачественные опухоли: а) эпителиальные — рак (аденокарцинома, скирр, плоскоклеточный неороговевающий); карциноид; б) неэпителиальные — ретикулобластома; саркома (вертеноцелочная, эндотелиальная, лимфосаркома, ретикулосаркома, фибросаркома, миосаркома); макрофолликулярный лимфобластоз (болезнь Брилья — Симмерса).

3. Метастатические опухоли червеобразного отростка.

4. Эндометриоз червеобразного отростка.

### XIV. ЗАБОЛЕВАНИЯ САЛЬНИКОВОГО ОТРОСТКА АППЕНДИКСА

(перекрут, воспаление, некроз)

# XV. ИЗМЕНЕНИЯ В ЧЕРВЕОБРАЗНОМ ОТРОСТКЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ (грипп, тонзилло-аппендикулярный синдром, неспецифический язвенный колит, пневматоз

УДК 616.61—003.7:618.3—009.614

кишечника, коллагенозы и др.)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Калинцевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка.—М., 1970.

Поступила 27.03.91.

## СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОДНОВРЕМЕННОЙ РЕГИОНАРНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ДЛЯ ИЗГНАНИЯ КОНКРЕМЕНТОВ

О. С. Кочнев, Г. М. Сафин, В. Н. Биряльцев, В. С. Гирфанов

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина,  
отделение плановой хирургии городской клинической больницы № 7 (главврач—И. С. Абдуллин)  
Казанского горздравотдела

В неотложной хирургии и урологии существует много способов купирования почечной колики, обусловленной уролитиазом. В последнее время появился ряд предложений, усиливающих позиции консервативных способов лечения, поскольку они вселяют дополнительные надежды на самостоятельное отхождение камней из мочеточников без операций. Хлорэтиловые блокады зоны остистых отростков I—III поясничных позвонков дают эффект в 35% случаев, новокаиновая блокада тазового отдела мочеточника через лакунарную связку—в 63% [2, 4], звукотерапия—в 15%.

Альтернативу срочным хирургическим вмешательством при камнях в мочеточнике создают извлечение их петлей и трансуретральное или экстракорпоральное дробление, но они доступны не всем хирургам и даже урологам.

Новокаиновые блокады тазового отдела мочеточника через лакунарную связку и запирательное отверстие не получили широкого распространения из-за технической сложности и возможности повреждения сосудов, нервов и органов таза. Возобновление боли требует их многократного повторения, что может привести к различным осложнениям.

Нами предложен способ локально-го пролонгированного купирования почечной колики и изгнания конкре-ментов из мочеточника, позволяющий подвести раствор анестетика и смесь лекарственных веществ в боковое клетчаточное пространство таза (авторское свидетельство № 1444366 А61-В 17/00 от 09.07.91 г.). Для этого по микроир-

игатору, установленному во внутреннюю подвздошную ямку, в тазовую клетчатку вводим смесь, содержащую раствор новокаина, прозерина, папаверина и пенициллина в обычных дозировках, ежедневно 1—2 раза в течение 7—10 дней. Локализация установки микроирригатора совпадает с методом введения новокаина при внутритазовых блокадах по Л. Г. Школьникову и соавт. [1, 6].

Приводим описание предлагаемого нами способа. Большого укладываем на спину. На 1 см внутри от передненеверхней ости подвздошной кости после предварительной обработки кожи настойкой йода и спиртом вводим иглу (длина—14—15 см, диаметр—2 мм), насаженную на 20-граммовый шприц, через анестезированный участок кожи под ость подвздошной кости спереди назад срезом к внутренней поверхности кости. Продвижению иглы все время предпосылаем раствор новокаина и постоянно ощущаем близость подвздошной кости. Игла при движении своим косым срезом, как сани, скользит по внутренней поверхности кости и на глубине 12—14 см достигает внутренней подвздошной ямки, что определяется ее упором в кость. Оттянув на 0,5 см иглу на себя, вводим по ней леску. После удаления иглы проводим по леске катетер, который фиксируем на коже прошиванием.

Для введения используем лекарственную смесь, состоящую из 0,25% раствора новокаина (3 мл/кг), 0,05% раствора прозерина (1,0), 2% раствора папаверина хлористоводородного (2,0) и бензил-пенициллина натриевой соли