

кой желтухой. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1994. 239 с.

6. Каримов Ш.И. Современные проблемы хирургической гепатологии. // Мат-лы IV конф. хирургов-гепатологов. 1996. С. 123-131.

7. Мартов Ю.Б., Галушков Г.М., Подолинский С.Г. и др. // Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М., 1995. С. 90-93.

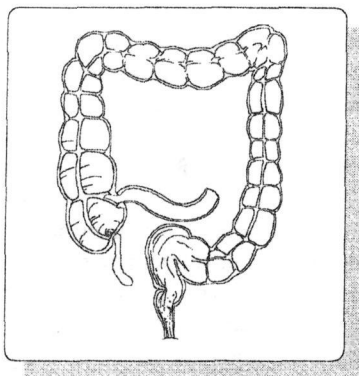
8. Савельев В.С., Прокубовский В.И., Филимонов М.И. и др. // Хирургия. 1988. №1. С. 3-7.

9. Чиж Г.В., Карпович Д.И. // Новости лучевой диагностики. 1999. №3. С. 28-29.

10. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 117-122.

11. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery // Springer-Verlag. 1993. Vol. 2. P. 273.

12. Somnay K., Carr-Locke D.L. // Surgery of the Liver and Biliary Tract. New York: W. B. Saunders, Inc.; 2000. P. 749-770.



УДК 611.346.2 : 616.346.2 - 089

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Частота ретроцекальной позиции червеобразного отростка весьма вариабельна и колеблется от 7 до 25% и более [2, 6-8, 10, 11].

Забрюшинное расположение червеобразного отростка зафиксировано в 1,4-1,9% наблюдений [3, 5]. А.И. Гурин [4] из 146 больных с острым аппендицитом забрюшинное расположение червеобразного отростка отметил у 5,4% больных. Нам представляется, что высокий процент расположения забрюшинного расположения червеобразного отростка обусловлен неоднозначной оценкой хирургами во время операции определения позиций червеобразного отростка при ретроцекальном его расположении. Это относится к червеобразному отростку, который частично (преимущественно верхушка отростка) расположен забрюшинно, а остальные отделы аппендикса находятся внутрибрюшинно. А.И. Ленушкин [7] и соавт. указывают, что при задневозходящем (ретроцекальном) положении червеобразный отросток круто загибается кверху позади слепой кишки, располагаясь между ней и задней стенкой брюшной полости. Иногда отросток доходит до печени, причем он может быть расположен как внутрибрюшинно, так и забрюшинно и своим концом может касаться жировой капсулы почки.

М.И. Резницкий [9] предлагает различать четыре варианта ретроцекального положения отростка: а) сво-

Резюме

В своей работе авторы выделяют пять позиций червеобразного отростка при его ретроцекальном расположении. Позиция червеобразного отростка определяет способы хирургического и лапароскопического удаления червеобразного отростка.

V.R. Korita, S.A. Vavrinchuk, I.N. Streltsova

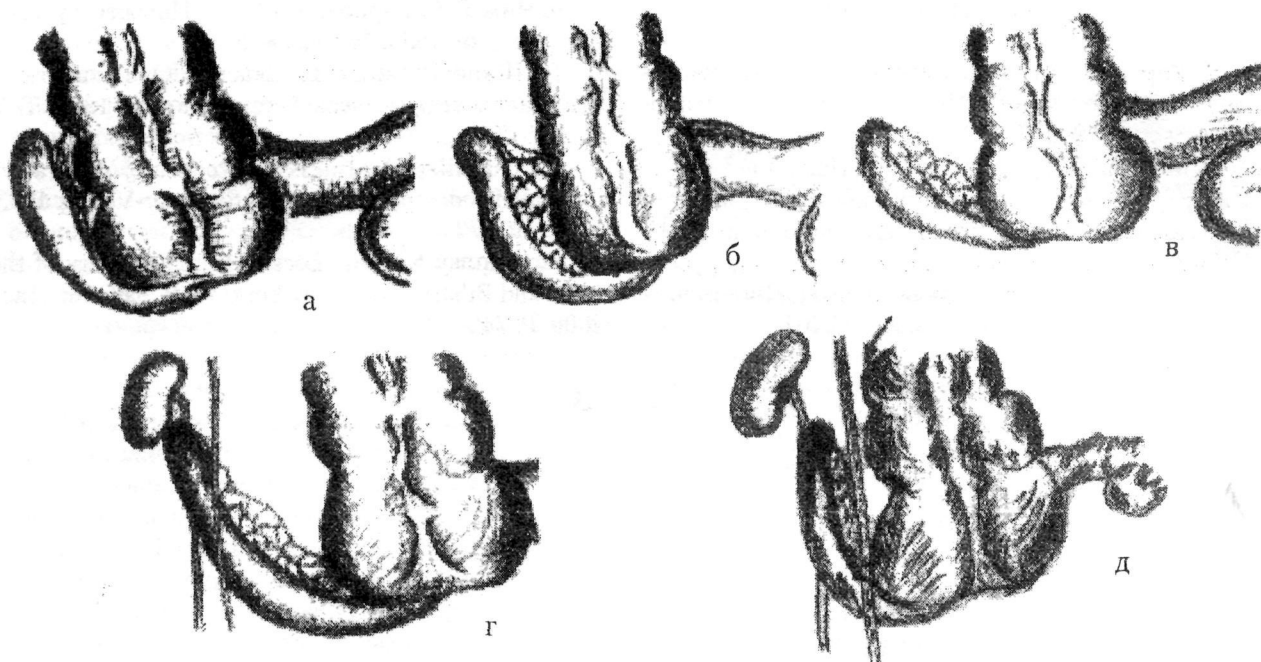
ABOUT THE CLASSIFICATION OF RETROCECAL LOCATION OF VERMIFORM APPENDIX

Far East state medical university, Khabarovsk

Summary

The authors of this work bring forward five positions of vermiform appendix in its retrocecal location. The position of vermiform appendix determines surgical and laparoscopic ways of removing appendix.

бодное, внутрибрюшинное, между слепой кишкой и задней брюшиной; б) при интрамуральной форме, когда отросток интимно спаян с задней стенкой слепой кишки; в) в сращениях с задней брюшиной; г) при полном забрюшинном расположении.



Позиции ретроцекального расположения червеобразного отростка

Нам представляется наиболее целесообразным выделить пять позиций ретроцекального расположения червеобразного отростка (рисунок):

а) червеобразный отросток распластан на задней стенке слепой кишки, практически не имеет брыжейки, сосудистая система интимно спаяна со стенкой кишки. Возможно субсерозное расположение отростка;

б) отросток свободно находится между задней стенкой слепой кишки и задним листком париетальной брюшины;

в) отросток спаян интимно с задним листком париетальной брюшины как рыхлыми, так и плотными плоскостными спайками;

г) отросток частично (преимущественно верхушка) расположен за задним листком париетальной брюшины;

д) червеобразный отросток полностью расположен забрюшинно и может соприкасаться с почкой и мочеточником.

Необычное внутрстеночное (интрамуральное) расположение червеобразного отростка при ретроцекальной позиции описали А.А. Абдишкуров и соавт. [1]. В наших наблюдениях интрамуральное расположение червеобразного отростка отмечено в 2 случаях (0,2%).

Забрюшинное расположение червеобразного отростка в результате нарушения процесса эмбриогенеза органов брюшной полости наблюдается очень редко. Более вероятно, что это — ограничение ретроцекально расположенного червеобразного отростка от полости брюшины спайками. В таких случаях возможно разрушение париетальной брюшины и переход воспалительного процесса на забрюшинную клетчатку при мало выраженных симптомах воспаления в брюшной полости.

По нашим данным (анализ 840 историй больных с острым аппендицитом с ретроцекальным расположением червеобразного отростка), червеобразный отро-

сток в первой позиции расположен редко и отмечен лишь у 24 (2,9%) больных. Вторая позиция отростка — наиболее распространенная и зафиксирована в 724 (86,2%) наблюдениях. В 32 (3,8%) случаях отмечена третья позиция червеобразного отростка, четвертая позиция отростка — в 38 (4,5%) случаях, и пятая позиция отмечена только в 22 (2,6%) наблюдениях. У 15 (1,8%) больных наблюдалось ретроцекальное расположение червеобразного отростка без уточнения позиции его. Исходя из описаний протокола операции, нам представляется, что и в этих случаях была вторая позиция червеобразного отростка, ибо не отмечены технические трудности при выполнении аппендэктомии, которые чаще встречаются при остальных позициях червеобразного отростка.

Уточнение позиций ретроцекального расположения червеобразного отростка позволяет выработать алгоритм открытой и лапароскопической аппендэктомии. Так, при первой позиции аппендикса лапароскопическая аппендэктомия должна осуществляться преимущественно ретроградно. Ввиду короткой брыжейки отростка, ее весьма трудно клипировать и опасно проведение электрокоагуляции, так как возможно повреждение слепой кишки, восходящего отдела ободочной кишки. При возникновении трудностей необходимо перейти на видеоассистированную аппендэктомию либо на лапаротомию.

При второй позиции червеобразного отростка лапароскопическая аппендэктомия, как правило, производится антеградно, но не исключается и ретроградная аппендэктомия.

При третьей и четвертой позициях аппендикса как открытая, так и лапароскопическая аппендэктомия выполняются с техническими трудностями и требуют от хирурга и лапароскописта достаточного опыта и самообладания.

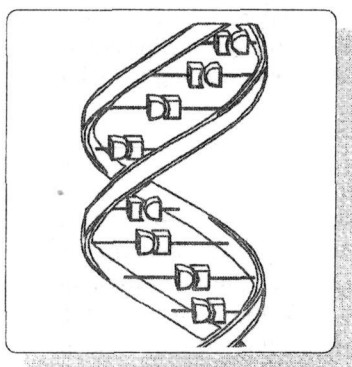
Наиболее трудная аппендэктомия осуществляется при пятой позиции червеобразного отростка, в связи с этим большинство эндоскопистов наличие этой

позиции отростка относят к противопоказаниям лапароскопической аппендэктомии. В хирургических клиниках 3-й городской и 11-й городской больниц за последние два года произведено 5 лапароскопических аппендэктомий при пятой позиции расположения червеобразного отростка. При аппендэктомии как открытым, так и закрытым способом обязательно требуется рассечение заднего листка париетальной брюшины и выведение червеобразного отростка в брюшную полость.

Л и т е р а т у р а

1. Абдишкурров А.А. и др. // Хирургия. 1999. № 12. С. 58.
2. Арсений А.К. Диагностика острого аппендицита. Кишенев, 1978. 123 с.
3. Глухов В.Н., Чекунова Е.В., Кожевников В.А. // Хирургия. 1987. №3. С. 35-37.

4. Гурин А.И. // Хирургия. 1960. №4. С. 92-96.
5. Десков А.Н. // Труды Хаб. мединститута: Сб. IX. Хабаровск, 1948. С. 52-53.
6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. М., 1980. С. 189.
7. Ленушкин А.И., Ворохобов Л.А., Слуцкая С.Р. Острый аппендицит у детей. М.: Медицина, 1964. С. 202.
8. Муканов У.М. Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Караганда, 1972. 20 с.
9. Резницкий М.И. Киев: Здоровья, 1966. С. 161-165.
10. Рычковский Г.Ф. Острый аппендицит у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1978. 15 с.
11. Савельев В.С. Рук-во по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986. С. 66-121.



УДК 612.06 : 557.19:639.211

Л.Н. Федянина, Н.Н. Беседнова, Д.Л. Аминин, Л.М. Эпштейн,
Т.К. Каленик

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ ДНК ИЗ МОЛОК ЛОСОСЕВЫХ РЫБ И НЕКОТОРЫХ ЕЕ МЕХАНИЗМОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии СО РАМН, г. Владивосток

В литературе последних лет имеются публикации о противоопухолевой активности некоторых препаратов экзогенных дезоксирибонуклеиновых кислот природного происхождения, в основном полученных из молок осетровых рыб, как фармакопейных, так и выпускаемых в виде биологически активных добавок (БАД) к пище (деринат, "Биостим") [2, 3, 5, 7, 8].

Противоопухолевая защита организма является многокомпонентной, в которой существенную роль играет система иммунитета, в основном Т-клеточное ее звено. Показано, что препараты нуклеиновых кислот, обладающие противоопухолевым действием, обеспечивают его преимущественно путем реализации своих иммуномодулирующих свойств [1, 3, 5, 7, 8].

На Дальнем Востоке широкое распространение получила ДНК из молок лососевых рыб, разработан-

ная учеными ТИНРО-центра и выпускаемая в виде биологически активной добавки к пище (БАД). БАД ДНК обладает многогранным положительным действием на организм человека, в том числе иммуномодулирующими свойствами [2, 4, 10]. В предыдущих работах нами было показано антиинфекционное, радиопротекторное, иммуноадьювантное действие БАД ДНК [2, 4, 10].

Целью настоящей работы явилось изучение противоопухолевых свойств БАД ДНК из молок лососевых рыб и некоторых механизмов его действия в эксперименте.

Известно, что противоопухолевая активность препаратов может быть обусловлена цитотоксической активностью изучаемого вещества (ЦТА), поэтому на первом этапе работы мы исключали ЦТА ДНК в экс-