

Анализ информационных характеристик для маркеров воспалительного синдрома и синдрома цитолиза, позволяет сделать вывод о возможности формирования устойчивой функциональной системы в условиях патологического процесса, подтверждением чего являются наименьшие значения относительной информационной энтропии h и наибольшие значения коэффициента относительной организации системы R , полученные в группах с тяжелыми патологическими изменениями.

Список литературы

1. Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И. Зависимость информационных характеристик признаков воспалительного синдрома от времени при патологии печени // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №12. – С. 66-67.
2. Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И. Зависимость информационных характеристик признаков синдрома цитолиза от времени при патологии печени // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – №10. – С. 112-113.
3. Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И. Исследование биохимических и иммунологических показателей крови при патологии печени с позиции теории информации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №10-2. – С. 279-280.
4. Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И., Яшин А.А. Информационное состояние биохимических и иммунологических показателей крови при патологии печени // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №11-1. – С. 63-64.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ У ВЗРОСЛЫХ

¹Ковров К.Н., ²Фокина Ю.С., ¹Хорева О.В.

¹ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск;

²ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко» ФМБА России, Архангельск, e-mail: konkovrov@yandex.ru

Актуальность. В долапароскопическую эру около трети удалённых хирургами червеобразных отростков при гистологическом исследовании оказывались нормальными (И.В. Давыдовский, 1962; В.И. Колесов, 1972). Между тем, отдалённые результаты аппендэктомии при сомнительных аппендицитах хуже, чем при деструктивных его формах. До конца не оценена и потеря многообразных функций червеобразного отростка (П.Ф. Калитеевский, 1970) в результате неоправданных аппендэктомий. Внедрение лапароскопии в экстренную хирургию привело к снижению как общего числа аппендэктомий, так и доли катаральных отростков в операционном материале (В.П. Рехачев, 2010). Укрепляется мнение о невозможности перехода простой формы аппендицита в деструктивную и о необходимости пересмотра хирургической тактики в отношении катарального аппендицита в пользу его консервативного лечения. В последние годы накопились данные, согласно которым при отказе от экстренной аппендэктомии после

лапароскопии у больных с катарально изменённым червеобразным отростком, в дальнейшем не выявляется каких-либо признаков острой хирургической патологии (А.Ю. Лисунков, 2008). Многими авторитетными хирургами и патологами подвергается сомнению или отрицается само существование катарального (простого) аппендицита, так как описываемые при них изменения, во-первых, могут быть обусловлены интраоперационной травмой, а во-вторых, постоянно наблюдаются в так называемых краденых отростках, то есть в отростках, удалённых «попутно» при других заболеваниях (П.Ф. Калитеевский, 1970; М.А. Пальцев с соавт., 2011).

Цель исследования: провести сопоставления клинического и патоморфологического диагнозов по операционному материалу аппендэктомий. Задачи исследования: определить в операционном материале долю неизменённых и малоизменённых червеобразных отростков, а также частоту и структуру расхождений клинического и патоморфологического диагнозов; выявить возможные гендерные различия по данным показателям.

Материал и методы исследования. Проанализированы (с использованием журнала регистрации исследований биопсийного и операционного материала) 1667 аппендэктомий в ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска за 7 лет (2007-2013 гг.) у взрослых. Создана электронная база данных, содержащая пол и возраст пациентов, а также клинический и патоморфологический диагнозы; в ходе статистической обработки материала произведено сопоставление диагнозов. Значимость различий частот встречаемости признаков проверяли с помощью критерия хи-квадрат (χ^2).

Результаты исследования. Среди прооперированных мужчин было 823 человека, женщин – 844 человека; средний возраст мужчин и женщин существенно не различался. За 7 лет ежегодное число аппендэктомий в лечебном учреждении снизилось более чем на треть (на 37,1%). А вот доля неизменённых и малоизменённых червеобразных отростков в операционном материале не имела тенденции к снижению и в среднем составила 11,2%. При сличении клинического и патоморфологического диагнозов в 17,9% случаев нами зарегистрированы расхождения диагнозов, которые были подразделены на хирургическую гипердиагностику (15,6%) и хирургическую гиподиагностику (2,3%). Гипердиагностикой мы считали такие ситуации, когда хирург выявляет деструктивный (флегмонозный, гангренозный) аппендицит, а патологоанатом констатирует либо простой или хронический аппендицит, либо отсутствие изменений в червеобразном отростке; гиподиагностикой считался хирургический диагноз катарального или хронического аппендицита при обнаружении патологом деструктивного аппендицита.

При сравнении структур диагнозов на валовом операционном материале выяснилось, что клиницисты достоверно чаще патологов выставляют флегмонозный ($p < 0,05$) и гангренозный ($p < 0,001$) аппендициты, а патологи достоверно чаще хирургов выносят диагнозы «хронический аппендицит» ($p < 0,001$) и «отросток без изменений» ($p < 0,001$). Очевидно, что большинство случаев неподтверждённых патоморфологом деструктивных форм острого аппендицита «уходят» в диагноз «хронический аппендицит», как правило – с минимальными изменениями в отростке или даже при отсутствии таковых. В нашем исследовании не подтвердились литературные данные о преобладании женщин среди прооперированных с неизменённым аппендиксом; не было выявлено значимых гендерных различий и в частоте расхождений диагнозов. Это можно объяснить внедрением в современную экстренную хирургию новых дооперационных диагностических возможностей, прежде всего, – лапароскопии и УЗИ.

Вывод. Поскольку выявленные нами расхождения диагнозов обусловлены, главным образом, хирургической гипердиагностикой, разработка и внедрение в клиническую практику новых методов, позволяющих верифицировать или исключить деструктивную форму острого аппендицита, остаётся одной из важнейших задач современной хирургии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РВОТЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

¹Лисняк М.В., ¹Трухан Д.И., ¹Багишева Н.В.,
¹Гришечкина И.А., ²Бусс Н.Н., ³Федотова О.И.

¹Омский государственный медицинский университет, Омск;

²Городская клиническая больница №1, Омск;

³Областной кожно-венерологический диспансер, Омск, e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru

Рвота (vomitus, emesis) – извержение желудочного (иногда и кишечного) содержимого через рот (реже и носовые ходы) наружу [1]. Рвота достаточно часто указывается в числе характерных симптомов при заболеваниях пищевода. Однако, «пищеводная рвота» не является истинной рвотой, поскольку в ее реализации не участвует сложный рефлекторный механизм с участием центра рвоты в продолговатом мозге. «Пищеводная рвота» представляет собой регургитацию (перемещение в результате сокращения мышц содержимого пищевода в противоположном физиологическому направлению) или срыгивание (пассивное забрасывание небольших количеств пищи из желудка в пищевод, в глотку и ротовую полость в сочетании с отхождением воздуха). Наиболее часто «пищеводная рвота» встречается при стриктурах или опухолях пищевода, ахалазии кардии, эзофагоспазме, цитоме-

галовирусном, герпетическом или кандидозном эзофагите. «Пищеводная рвота» развивается вследствие нарушения прохождения пищи в желудок и наступает вскоре после еды (спустя несколько минут после проглатывания), особенно после приема жидкости. Характерно наличие непереваренной пищи и, нередко, большого количества слизи. Необходимо отметить urgentные состояния, которые связаны с патологией пищевода, и проявляющиеся рвотой: синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода) и синдром Мэллори-Вейсса.

Рвота является одним из проявлений синдрома органической диспепсии при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки: острых и хронических гастритах и дуоденитах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и ее осложнениях (желудочно-кишечное кровотечение, пилоростеноз, рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки), раке желудка, постгастрэктомическом синдроме, системных и метаболических заболеваниях [1,2].

При хеликобактер-ассоциированном гастрите и язвенной болезни патогенетическую роль в развитии рвоты и болевого синдрома играет кислотно-пептический фактор. Рвота, как правило, возникает на высоте боли, способствует удалению раздражающего фактора (желудочного сока) и приносит облегчение. При постбульбарных язвах рвота не приносит облегчения.

При субкомпенсированном пилородуоденальном стенозе отмечают интенсивные боли в эпигастриальной области и чувство распирания после приёма небольшого количества пищи, часто отмечается отрыжка тухлым и рвота, приносящая облегчение. Пациент сам вызывает рвоту. Возможно определение симптома плеска через несколько часов после еды. Для декомпенсированного стеноза характерна задержка эвакуации пищи из желудка более 24 часов. Характерны частая рвота, почти не приносящая облегчения больному; постоянная отрыжка тухлым; чувство переполнения желудка; периодические мышечные подёргивания, самочувствие улучшается после промывания желудка [2].

Кровотечение из ЖКТ: появление крови в желудке, в независимости от причины, может вызвать тошноту и рвоту. Рвота с кровью (гематомезис) и чёрным дёгтеобразный стул (мелена) являются прямыми симптомами кровотечения. Кровавая рвота возможна при объёме кровопотери более 500 мл. Желудочное кровотечение имеет обычно вид «кофейной гущи». При обильном и быстром кровотечении отмечается рвота алой кровью.

Рвота может быть следствием нарушения двигательной активности пищеварительного тракта при идиопатическом и диабетическом гастропарезе [3, 4], гастропарезе после ваготомии, функциональной диспепсии, дуоденальной гипертензии.