

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-

гавирусном, 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 Бурхава (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 болей, способствует удалению раздражающего фактора (желудочного сока) и приносит облегчение. При постбульбарных язвах рвота не приносит облегчения.

При субкомпенсированном пилородуodenальном стенозе отмечаются интенсивные боли в эпигастральной 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.

Нарушения моторики желудка и начальных отделов тонкой кишки являются ведущим механизмом развития тошноты и рвоты при пищевых токсикоинфекциях, вирусных гастроэнтеритах, гельминтозах и протозоозах. К более редким причинам желудочной рвоты относятся инородное тело желудка, аномалии развития пищеварительной системы: врожденный гипертрофический пилоростеноз, кольцевидная поджелудочная железа и другие.

Необходимо помнить, что рвота является частым симптомом многих заболеваний [1], поэтому дифференциально-диагностический поиск не должен ограничиваться только патологией пищевода и желудка.

Список литературы

1. Трухан Д.И. Дифференциальная диагностика симптома рвоты в практике врача первого контакта // Справочник поликлинического врача, 2015;2: 27-31.
2. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 160 с.
3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Трухан Л.Ю. Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом // Справочник врача общей практики, 2013; 8:51-9.
4. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Диабетический гастропарез: актуальность проблемы и выбор прокинетики // Материалы V Международной научно-практической конференции «Современные подходы к продвижению здоровья». 15-16 мая 2014. – Гомель, 2014. – С. 254.

«Рациональное использование природных биологических ресурсов», Италия (Рим – Венеция), 20–27 декабря 2015 г.

Технические науки

ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ ДЕГИДРАТАЦИИ ГИДРОСИЛИКАТОВ СИЛИКАТНЫХ СТЕНОВЫХ МАТЕРИАЛОВ

Здоренко Н.М., Ильина И.А., Ляшко А.А.,
Дюмина П.С., Антропова И.А.

*Белгородский университет кооперации, экономики
и права, Белгород, e-mail: zdnatali@yandex.ru*

Плазменное оплавление стеновых строительных материалов способствует не только образованию глазурного покрытия, но и дегидратации гидросиликатов в поверхностном слое, что приводит к снижению прочности сцепления глазурного покрытия с основой [1, 2]. Поэтому исследование кинетических закономерностей дегидратации гидросиликатов в условиях неизо термического нагрева является актуальным направлением исследований.

Экспериментально выявлено с помощью метода РФА, что основными гидросиликатами в силикатном кирпиче являются тоберморит и схожий с ним по составу риверсайдит, а также афвиллит.

Для определения кинетических параметров использовалась дифференциальная методика неизо термической кинетики. С помощью по-

лученных зависимостей изменений скорости дегидратации гидросиликатов от температуры нагрева определены три стадии дегидратации. Первая стадия протекает в интервале температур 250-510°C с кажущейся энергией активации – 50,42 кДж/моль. Вторая стадия имеет температурный интервал равный 510-695°C и 45 % дегидратированных гидросиликатов с кажущейся энергией дегидратации 152,59 кДж/моль. На третью стадию (695-743°C) приходится 29 % дегидротированных гидросиликатов с кажущейся энергией активации 114,88 кДж/моль. По полученным зависимостям построены кинетические уравнения и рассчитаны оптимальные температурно-временные режимы плазменной обработки силикатного кирпича.

Список литературы

1. Бессмертный В.С. Научные основы формирования потребительских свойств изделий из керамики и стекла, обработанных факелом низкотемпературной плазмы: автореферат дис. на соиск. учен. степ. д.т.н.: спец. 05.19.08. – М.: 2004. – 51 с.
2. Бессмертный В.С., Минько Н.И., Бондаренко Н.И., Симачев А.В., Здоренко Н.М., Роздольская И.В., Бондаренко Д.О. Оценка конкурентоспособности стеновых строительных материалов со стекловидными защитно-декоративными покрытиями, полученными методом плазменного оплавления // Стекло и керамика. – 2015. – №2. – С.3-8.