

Железнова Алла Дмитриевна – к.м.н., доцент кафедры патологической физиологии ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России. Адрес: 460000, г. Оренбург, Парковый проспект 7. Тел./факс: 8(3532)77-96-07. E-mail: k_pathphys@orgma.ru.
Калинина Ольга Вячеславовна – заочный аспирант, ассистент кафедры патологической физиологии ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России. Адрес: 460000, г. Оренбург, Парковый проспект 7. E-mail: k_pathphys@orgma.ru.
Панфилова Татьяна Владимировна – к.м.н., доцент кафедры патологической физиологии ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России. Адрес: 460000, г. Оренбург, Парковый проспект 7. Тел./факс: 8(3532)77-96-07. E-mail: k_pathphys@orgma.ru.
Филиппова Юлия Владимировна – мл. научный сотрудник проблемной лаборатории по изучению механизмов естественного иммунитета ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России. Адрес: 460000, г. Оренбург, Парковый проспект 7. Тел./факс: 8(3532)77-71-72; e-mail: problab.orenburg@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железнова А.Д. Экспериментальное обоснование применения милацина для коррекции иммуносупрессии, индуцированной метотрексатом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2010. – 22 с.
2. Влияние тритерпеноида милацина на чувствительность лимфоцитов тимуса и селезенки к апоптозу, индуцированному дексаметазоном / Т.В. Панфилова [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2003. – Т. 136, №10. – С.382-385.
3. Механизмы антиэндотоксиновой защиты печени / Л.Ф. Панченко [и др.] // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – №2. – С.62-69.
4. Преодоление гепатотоксичности метотрексатом: роль тритерпеноидов / Б.А. Фролов [и др.] // Клиническая онкогематология. – 2013. – Т. 6, № 1. – С. 1-10.
5. Защитный эффект милацина при экспериментальной сальмонеллезной инфекции / Б.А. Фролов [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2013. – № 6. – С. 3-8.
6. Чернов, А.Н. Средства, стабилизирующие биологические мембраны / А.Н. Чернов, М.М. Павлова, Л.Е. Олифсон // Авторское свидетельство № 1043860 от 23.05.1983. А 61К 35/78.
7. Яковлев, М.Ю. Эндотоксиновая агрессия как предболезнь или универсальный фактор патогенеза заболеваний человека и животных / М.Ю. Яковлев // Успехи современной биологии. – 2003. – Т. 123, № 1. – С. 31-40.

УДК612.363 – 089:618.2

© А.Г. Хасанов, Э.В. Янбарисова, Ф.Ф. Бадретдинова, 2014

А.Г. Хасанов, Э.В. Янбарисова, Ф.Ф. Бадретдинова
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
 ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*
МБУЗ «Городская клиническая больница №8», г. Уфа

Изучены клиничко-морфологические особенности острого аппендицита у 106 беременных. У 61 беременной диагноз был исключен. При анализе диагностических признаков по шкале Альваро сумма баллов у большинства таких больных не превышала 5. У 45 беременных клиничко-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При оценке клинических признаков у подавляющего большинства этих больных она составляла 7-10 баллов. При катаральных аппендицитах сумма баллов, как правило, составила 7-8. У 11 (27,5%) беременных диагностирован острый катаральный аппендицит. При гистологическом изучении макропрепарата у 5 больных верифицирован поверхностный аппендицит, у 6 – обострение хронического аппендицита. Применение шкалы Альваро позволяет улучшить диагностику острого аппендицита у беременных.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, шкала Альваро.

A.G. Khasanov, E.V. Yanbarisova, F.F. Badretdinova
**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES
 OF ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY**

106 pregnant women have been studied for clinical and morphological features of acute appendicitis. In 57 pregnant women diagnosis was excluded. In the analysis of diagnostic signs according to Alvarado scale, the sum of points did not exceed 5 in most patients. Clinical and laboratory picture of 45 pregnant women corresponded to acute appendicitis. When scoring clinical signs in the vast majority of patients it was 7-10 points. In catarrhal appendicitis points sum usually was 7-8 points. 11 (27.5%) pregnant women were diagnosed with acute catarrhal appendicitis. Histological study of gross specimen verified surface appendicitis in 5 patients, in 6 - exacerbation of chronic appendicitis. Alvarado scale application allows to improve the diagnosis of acute appendicitis in pregnant women.

Key words: acute appendicitis, pregnancy, Alvarado scale.

Острый аппендицит (ОА) у беременных является одним из сложных пограничных акушерско-хирургических ситуаций. Своевременная диагностика данного заболевания во время беременности крайне затруднительна. Это связано с изменением топографии органов брюшной полости, гормонального и иммунологического баланса во время беременности, реакцией самого организма на те-

чение острого воспалительного процесса [2,3,6,8]. Существующее множество диагностических приемов и характерных симптомов для острого аппендицита зачастую не позволяют хирургу однозначно определить дальнейшую тактику ведения больного. Клиническая триада Дъелафуа, включающая в себя основные локальные признаки ОА в виде боли в правой подвздошной области, локального

напряжения и болезненности, при больших сроках беременности не всегда четко выявляется и вызывает сложности в диагностике данного заболевания. По мнению академика РАМН А.Н. Стрижакова, во II и III триместрах беременности сочетание тошноты, рвоты и симптома Кохера-Волковича при отсутствии акушерской патологии является диагностическим критерием острого аппендицита [6]. В европейских странах в диагностике острого аппендицита получила широкое распространение шкала, разработанная Альфредо Альваро (табл.1), которая включает наиболее часто встречаемые 8 признаков заболевания [9].

Таблица 1

Шкала Альваро	
Признаки	Баллы
Симптом Кохера	1
Тошнота/ рвота	1
Потеря аппетита	1
Болезненность в правой подвздошной области	2
Симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области	1
Повышение температуры тела >37,3°C	1
Лейкоцитоз > 10,5 X 10 ⁹ /л	2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	1
Всего...	10

В случае, если баллов набрано от 0 до 4, то риск наличия острого аппендицитане превышает 5%, и пациенты могут быть оставлены в стационаре под наблюдением врача. Если количество баллов составляет от 5 до 7, то риск острого аппендицита составляет 40-50%, и такие пациенты нуждаются в повторной оценке своего состояния через 2 часа или в выполнении диагностической лапароскопии. Показатели от 8 до 10 баллов являются основанием предполагать риск острого аппендицита более 80%, и таким пациентам показана экстренная операция. Атипичность клинической картины является причиной многочисленных диагностических ошибок, в результате которых имеют место две крайности – поздняя диагностика или гипердиагностика острого аппендицита, частота которых составляет 25% и 31% соответственно [1,8]. В сомнительных случаях вопрос решается в пользу операции, что приводит к необоснованному возрастанию количества «напрасных» аппендэктомий. При этом ряд авторов считают оправданным агрессивный хирургический подход – удаление неизмененного отростка, поскольку риск развития перфоративных форм аппендицита значительно превышает риск, связанный с «отрицательной аппендэктомией». Все вышесказанное свидетельствует об актуальности данной проблемы для хирургии и акушерства.

Целью исследования явилось ретроспективное изучение клинико-морфологических особенностей острого аппендицита у беременных.

Материал и методы

За 2009-2013 гг. в хирургические отделения МБУЗ ГКБ №8 г. Уфы по поводу острого аппендицита было доставлено 1190 женщин. Из них прооперированы 783 (65,8%). Среди поступивших с диагнозом острый аппендицит 106 женщин имели беременность. Средний возраст беременных пациенток составил 24±6,7 года.

Для диагностики острого аппендицита у беременных наряду с выявлением характерных признаков острого аппендицита применялась шкала Альваро. По нашим данным, характерные симптомы для острого аппендицита наблюдались в таких соотношениях: болевой синдром у 45 (100%), сухость во рту у 39 (86,6%), повышение температуры тела у 28 (62,2%), тошнота у 20 (44,4%), рвота у 12 (26,6%), вздутие живота у 5 (11,1%), жидкий стул у 2 (4,4%) пациенток. Учитывая наличие физиологического лейкоцитоза при беременности, за лейкоцитоз принимали количество лейкоцитов $12 \times 10^9 / л$ и более. При анализе диагностических признаков у 106 беременных по шкале Альваро сумма баллов у большинства больныхне превышала 5. У 6 беременных составила 7 баллов. У 45 беременных клинико-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При балльной оценке клинических признаков у подавляющего большинства больных из 45 беременных составляла 7-10 баллов. Этим больным определены показания для экстренной операции. Интраоперационные находки подтвердили наличие острого аппендицита у данной категории больных. При выполнении диагностической лапароскопии у 2 пациенток выявлена внематочная беременность, у 2 – мезоаденит. При этом отмечается наличие прямой зависимости тяжести воспалительных изменений со стороны отростка от суммы баллов. Максимальная сумма баллов наблюдалась при деструктивных формах воспаления. При катаральных аппендицитах сумма, как правило, составила 7-8 баллов.

Результаты исследования обрабатывались с помощью IBM-совместимого компьютера с процессором Pentium с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0 for Windows. Для оценки однородности групп использован сравнительный критерий Стьюдента. Для статистической обработки качественных признаков: пара-

клинических, лабораторных, аппендикулярных симптомов болезненности применяли двусторонний вариант точного критерия Фишера. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Аппендэктомия выполнена 45 беременным; в 39 случаях с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 6 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия в первой половине беременности. Многие авторы подчеркивают, что во время беременности при гистологическом изучении чаще встречается обострение хронического аппендицита, чем первично острого аппендицита. У 11 (27,5%) оперированных беременных по поводу острого аппендицита в I и II триместрах беременности диагностирован острый катаральный аппендицит. При гистологическом изучении макропрепаратов у 5 верифицирован поверхностный простой аппендицит, у 6 – обострение хронического аппендицита. Такая разница клинических и морфологических заключений объясняется тем, что среди хирургов диагноз обострение хронического аппендицита по клиникотактическим соображениям отрицается, хотя гистологически, безусловно, имеет место. Следует отметить, что среди ученых существуют разные мнения в отношении катарального и простого аппендицита. Выдающийся советский патологоанатом И.В. Давыдовский отмечал, что катаральный аппендицит является казуистикой и может встречаться как большая редкость при общем воспалении кишечника. М. М. Мурзанов считает, что катаральные изменения отростка являются его естественным состоянием, ибо червеобразный отросток, богатый лимфоидной тканью, живо реагирует на любое раздражение со стороны органов брюшной полости и не всегда наблюдаются деструктивные формы [5]. В период беременности всегда возникают застойные изменения со стороны висцеральных сосудов органов малого таза, связанные с гормональной перестройкой организма и повышением интраабдоминального давления. При интерпретации подобных изменений возникает естественный вопрос: связаны ли гиперемия и полнокровие сосудов отростка с текущей бе-

ременностью или являются истинным воспалением червеобразного отростка? Поскольку однозначного ответа нет, визуально подобные изменения хирургами трактуется как катаральный аппендицит и являются показанием для удаления и оправданием хирургической тактики. Подобная хирургическая тактика находит поддержку у сторонников «классической» концепции стадийности развития острого аппендицита [7]. По мнению В.С. Савельева, катаральные изменения лимфоидного аппарата носят содружественный характер, которые исчезают по мере ликвидации воспалительного процесса и не имеют самостоятельного значения. В нашем исследовании деструктивные формы аппендицита выявлены у 29 (72,5%) беременных; у 22 имела место флегмонозная форма воспаления, у 7 беременных – гангренозный аппендицит. Так называемый «перфоративный аппендицит» наблюдался в 9 (22,5%) случаях клинических наблюдений, что подтверждает данные других авторов. Деструктивные формы острого аппендицита наблюдались при разных сроках беременности. У 5 больных в I, у 17 – во II и у 7 – в III триместрах беременности. У большинства больных (22-75,6%) перитонит был местный, у 7 – диагностирован диффузный перитонит. У 25 (78,1%) женщин, оперированных в первой половине беременности по поводу острого аппендицита, беременность завершилась срочными родами, у 7 – наблюдались преждевременные роды при 35-37 неделях беременности. У 8 женщин при поздних сроках беременности выполнены кесарево сечение в нижнем сегменте и аппендэктомия из срединного доступа. Среди беременных, оперированных по поводу острого аппендицита, летальных случаев не было.

Резюмируя результаты проведенных исследований, мы пришли к следующему заключению:

1. Диагностика острого аппендицита при беременности представляет сложную задачу в экстренной хирургии.
2. Применение шкалы Альваро позволяет улучшить диагностику острого аппендицита у беременных.
3. У беременных чаще встречаются деструктивные формы аппендицита.

Сведения об авторах статьи:

Хасанов Анвар Гиниятович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: hasanovag@mail.ru.

Янбарисова Эльмира Винаровна – врач-хирург МБУЗ ГКБ № 8. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. 40 лет Октября, 1. E-mail: yanbarisova1985@mail.ru.

Бадретдинова Фларида Фуатовна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов, Р.Р. Малоинвазивные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии (проблемы хирургии, анестезиологии и реабилитации) / Р.Р. Богданов, В. М. Тимербулатов, Б.И. Караваева // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 4. – С. 53-57.
2. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных / С.В. Добровкашин [и др.] // Практическая медицина. – 2010. – № 8.
3. Острый аппендицит и беременность / А.Н. Стрижаков [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т.5, № 6. – С. 54-60.
4. Савельев, В.С. Острый аппендицит / В.С. Савельев, Б.Д. Савчук // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М., 1986. – С. 110-170.
5. Сахаутдинов, В. Г. Нерешенные вопросы диагностики острого аппендицита / В. Г. Сахаутдинов, М.М. Мурзанов // Хирургия. – 1984. – № 12. – С. 28-32.
6. Беременность и острый аппендицит / А.Н. Стрижаков [и др.]. – М.: Издательский дом «Династия», 2010. – 160 с.
7. Совцов, С. А. Является ли острый аппендицит фазным заболеванием? / С. А. Совцов, Ю. Подшивалов // Скорая медицинская помощь. – 2004. – Т. 5, № 3. – С. 54-55.
8. Шаймарданов, Р.Ш. Острый аппендицит у беременных / Р.Ш. Шаймарданов, Р.Ф. Гумаров // Практическая медицина. – 2011. – № 6 (11) Акушерство. Гинекология. – С. 53-56.
9. Alvarado, A. A. Practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. / A. A. Alvarado // Ann emerg med. – 1986. – P. 1048-1049.
10. Andersen, B.R. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy / B.R. Andersen, F.L. Kallehave, H.K. Andersen // Cochrane Database of systematic reviews. – 2005, issue 36.

УДК 616-005

© А.П. Швальб, Н.М. Крупнов, 2014

А.П. Швальб, Н.М. Крупнов
**ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПРАКТИКЕ
 ПАТОЛОГОАНАТОМА И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА**
ГБУ Рязанской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Рязань

В статье статистическими данными обосновывается актуальность проблемы тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) в практике патологоанатома и судебно-медицинского эксперта, рассматриваются вопросы, связанные с техникой поиска источника тромбозов, причины образования тромбов, роли ТЭЛА в патологоанатомическом диагнозе с позиций наличия или отсутствия прямых причинно-следственных связей между основным заболеванием и венозными тромбозными осложнениями. В случаях смерти от ТЭЛА предлагается использовать диагноз «комбинированное основное заболевание», где в качестве конкурирующего регистрируется «тромбоз глубоких вен».

Ключевые слова: патологоанатомический диагноз, тромбоз легочной артерии, тромбоз глубоких вен.

A.P. Shvalb, N.M. Krupnov
**PULMONARY ARTERY THROMBO-EMBOLISM
 IN CURRENT PATHOLOGY AND FORENSIC MEDICINE PRACTICE**

The article presents actuality of pulmonary artery thrombo-embolism (PATE) in current pathology and forensic medicine practice from the view of statistic data. Questions regarding the place of thrombo-emboli origin search, the causes of its formation, the role of PATE in pathologic-anatomical diagnosis from the point of view of possible interactions between the main diagnosis and venous thrombo-embolic complications are also discussed. In cases of PATE as a cause of death it is proposed to use as a term for diagnosis "combined prior disease" with a compete diagnosis of "deep vein thrombosis".

Key words: pathologic-anatomical diagnosis, pulmonary artery thrombo-embolism, deep vein thrombosis.

По разным источникам легочная эмболия встречается от 23 до 220 случаев на 100000 человек, при этом частота фатальной тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) составляет 60 на 100 тыс. населения; смертность от нее в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. Среди причин внезапной смерти массивная ТЭЛА занимает 3-е место [6]. Значительно возрастает летальность от ТЭЛА в послеоперационном периоде, достигая 10-20%. При этом даже массивная ТЭЛА не диагностируется клиницистами у 40-70% больных [1,2,3].

Следует обратить внимание на то, что статистические сведения о частоте ТЭЛА формируются без учета результатов вскрытий внезапной и скоропостижной смерти вне лечебных учреждений, так как эти случаи ис-

следуются в бюро судебно-медицинской экспертизы, где не ведется статистический учет смертельных осложнений.

Источником тромбозов в более чем 95% наблюдений являются сосуды системы нижней полой вены (НПВ). Следовательно, вопрос о причинах тромбозов связан в первую очередь с причиной тромбозов глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и в меньшей степени с тромбозами в системе висцеральных ветвей НПВ и в системе верхней полой вены. В 40% случаев венозный тромбоз в бассейне НПВ имеет эмбологический характер [4].

Причины образования тромбов отражены в известной триаде Р. Вирхова: нарушения «химизма» крови, реологии крови и стенки сосуда. Хотя на сегодняшний день каждый из этих элементов изучен на молекулярном