

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ И ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

УДК 616.346.2-002.1

© Н.В. Александрова, Т.И. Мустафин, 2014

Н.В. Александрова, Т.И. Мустафин
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
 ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НА ФОНЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
 КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Представлен клинико-морфологический анализ острого аппендицита на фоне болезней системы кровообращения, потребовавшего хирургического вмешательства с учетом частоты возникновения клинико-морфологических форм, возрастных изменений в органе, качества клинической диагностики.

Ключевые слова: аппендицит, морфологическая диагностика.

N.V. Aleksandrova, T.I. Mustafin
**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN ACUTE APPENDICITIS
 AGAINST CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE AGE ASPECT**

The work presents clinical and morphological analysis of acute appendicitis against cardiovascular diseases, after surgical intervention, taking into account the incidence of clinical and morphological forms, age-related changes of the organ, the quality of clinical diagnosis.

Key words: acute appendicitis, morphological diagnostics.

Острый аппендицит занимает первое место среди urgentных заболеваний брюшной полости [3,4,5,9]. Общая смертность примерно в 56% случаев обусловлена болезнями системы кровообращения преимущественно в старшей возрастной группе [1]. Особую сложность представляют вопросы диагностики острого аппендицита у лиц пожилого возраста [2,3,6,7]. У пожилых возрастные изменения и сопутствующие заболевания часто сочетаются и по этой причине их относят к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода [3,8]. Для выявления сопутствующих заболеваний с учетом возрастных особенностей показано применение дополнительных методов исследования [4,7].

Цель исследования

На основе клинико-морфологического анализа определить значимые пути улучшения патологоанатомической диагностики острого аппендицита у лиц с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы

В основу настоящей работы легли результаты клинико-морфологического анализа случаев острого аппендицита у 57 лиц пожилого и старческого возраста, из них 33 человека с сопутствующими болезнями системы кровообращения. Морфологические исследования операционного материала (червеобразный отросток) проводились в условиях ГБУЗ РБ ГКБ №21 за 2011-2012 годы. За обозна-

ченный период изучались медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты, направления на патогистологические исследования операционного материала и др.). Учитывались жалобы, анамнез, результаты объективных исследований, анализировались дневниковые записи, заключения консультантов, лабораторно-диагностические показатели, протоколы операций. Дана морфологическая характеристика операционному материалу (червеобразному отростку) с позиции возрастной инволюции органа на фоне болезней системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, кардиомиопатии, заболевания сосудов).

Результаты и обсуждение

Обследованные пациенты находились в старшей возрастной группе, причем мужчин было 26, женщин – 31. В возрасте 65-74 лет 43 человека, из них 21 женщина и 22 мужчины. В старческом возрасте (75-89 лет) 14 обследованных, из них 10 женщин, 4 мужчины. Из 57 обследованных у 33 (15 мужчин, 18 женщин) в клиническом диагнозе сопутствующими заболеваниями были болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, кардиомиопатии, заболевания сосудов). В 24 случаях в числе сопутствующих заболеваний значилась гипертоническая болезнь: мужчин – 11, женщин – 13. Стенокардия напряжения установлена у 10 наблюдаемых, из них мужчин – 1,

женщин – 9. Инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз зарегистрированы лишь у мужчин в 3-х и 2-х случаях соответственно. В 18 наблюдениях сопутствующими заболеваниями выступали другие классы болезней. Серегина В.В. (2008) отмечает, что наличие сердечно-сосудистых заболеваний при остром аппендиците затрудняет диагностику последнего, осложняет послеоперационный период, увеличивает время заживления послеоперационной раны и, соответственно, сроки пребывания в стационаре. По данным наших исследований, в старческом возрасте (75-89 лет) пребывание в стационаре составило в среднем $20,1 \pm 5,4$ койко-дня. В возрасте 65-74 лет данный показатель был равен $16,6 \pm 2,3$ койко-дням, что достоверно ($p < 0,05$) отличается от таковых цифровых данных у лиц старческого возраста с сопутствующими болезнями системы кровообращения.

При анализе истории болезни выявлена преимущественная локализация болей в правой подвздошной области. Из 57 обследованных у 26 боли в животе носили умеренный характер, что привело к поздней госпитализации (позже 24 часов от начала заболевания). Возрастная инволюция сосудистой сети, нервного аппарата, лимфоидной ткани органа может находиться в основе снижения болевого синдрома, атипичной картины болезни. Между тем болевой синдром в половине наблюдений сопровождался тошнотой и однократной рвотой. В период госпитализации нормальная температура тела отмечена в 4 случаях, повышенная до 38°C – в 35, свыше 38°C – в 18 случаях. Из числа обследованных с сопутствующими болезнями системы кровообращения повышение температуры тела до 38°C было выявлено у 23, свыше 38°C – у 8 обследованных. Как оказалось, температура тела в динамике не соответствовала морфологическим изменениям в червеобразном отростке и не влияла на диагностический процесс. Известно, что лихорадка служит кардинальным признаком инфекции. Однако ее отсутствие у пожилых людей не редкость. Как правило, ориентировка на повышение температуры приводит к запоздалой диагностике и несвоевременному назначению лечения [1]. При клиническом обследовании часто регистрировались симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона в различных сочетаниях, которые свидетельствуют о раздражении брюшины. Вместе с тем симптом Щеткина-Блюмберга отсутствовал или был сомнительным у лиц с деструктивными формами остро-

го аппендицита, а его наличие отмечено лишь в 7 наблюдениях. Примечательно, что только 14 раз проводилась консультация терапевта или кардиолога, хотя в анамнезе пациентов указывалось на наличие болезней системы кровообращения. Диагностическая лапароскопия выполнена в 20 случаях, причем она позволила подтвердить или опровергнуть острый аппендицит. Удаление аппендикса лапароскопическим методом было произведено у 7 пациентов. Оперативное вмешательство продолжалось в среднем $58 \pm 4,1$ мин, что имеет значение для оценки течения послеоперационного периода. После операции проводилось комплексное лечение с учетом сопутствующих заболеваний, в том числе в реанимационном отделении (8 случаев).

При исследовании клинического материала преобладали деструктивные формы острого аппендицита – у мужчин в 42,3%, у женщин – в 51,6% случаев. Гистологические срезы толщиной 7-8 мкм окрашивались гематоксилином и эозином, реже другими красящими веществами. На поверхности органа определялись фибриновые наложения, области неравномерного утолщения, истончение стенки, а в просвете – серозный, серозно-гнойный или гнойный экссудат. В нескольких полях зрения обнаруживалось уменьшение количества сосудов, лимфоидных фолликулов на фоне атрофических и склеротических процессов. У лиц с сопутствующими болезнями системы кровообращения выявлялось нарушение гемодинамики (плазморрагия, полнокровие, периваскулярные отеки, лейкоцистоз, стаз и тромбообразование). При позднем обращении к врачу (более 24 часов от начала заболевания) нередко регистрировались острая флегмонозная, гангренозная и гангренозно-перфоративная формы аппендицита. При деструктивных вариантах болезни обнаруживалась диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев органа, нередко с очагами гистологической микроабсцессов, кровоизлияний, отека стромы, что свидетельствовало о резко выраженных гемодинамических нарушениях. При этом предшествующие изменения (поля склероза, обеднение сосудистой сети, атрофические процессы в лимфоидном аппарате и др.) ведут к более частой деструкции органа. У таких пациентов имели место те или иные осложнения в послеоперационном периоде, среди которых встречались периаппендикулярный инфильтрат, местный перитонит, тифлит, несформированный свищ слепой кишки и др. Умеренный лейкоцитоз ($9,0-13,9 \times 10^9/\text{л}$) был выявлен у 21, высокий (свыше

14,0×10⁹/л) – у 36 обследованных. Первичное заживление ран наступило в 40 наблюдениях, в том числе у 22 обследованных с сопутствующими болезнями системы кровообращения.

Положительная динамика в послеоперационном периоде характеризовалась улучшением общего состояния, уменьшением болей в животе, нормализацией температуры тела, снижением количества лейкоцитов в периферической крови до нормы, первичным заживлением раны.

Заключение

При остром аппендиците у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими болезнями системы кровообращения преобладают деструктивные варианты болезни (55 случаев). У данных пациентов острый аппендицит часто протекает при умеренном болевом синдроме в области правой половины

живота, неубедительной температурной реакции и умеренном лейкоцитозе. На фоне болезни системы кровообращения в операционном материале преобладают макроскопические и микроскопические признаки деструктивного аппендицита. В морфологической картине выявлялись признаки нарушения кровообращения (плазморрагия, полнокровие, лейкодиapedез, стаз и тромбирование) в условиях предсуществующих атрофических и склеротических процессов в червеобразном отростке. По причине возрастной инволюции, в том числе в червеобразном отростке, и наличия сопутствующих болезней системы кровообращения можно объяснить возникновение нагноений раны, других осложнений в послеоперационном периоде, что следует учитывать в клинко-морфологическом анализе случая.

Сведения об авторах статьи:

Александрова Наталья Владимировна – ассистент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: alexandrova85@mail.ru.

Мустафин Тагир Исламнурович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворецкий, Л.И., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 386с.
2. Икрамов, Р.З. Абсцесс печени с прорывом в правую плевральную полость как осложнение деструктивного аппендицита. //Р.З. Икрамов, С.С. Анредеенков // Хирургия.– 2010.–№2. – С. 66-68.
3. Клайн Д., Стед Л. Острая абдоминальная патология. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 293с.
4. Кригер А.Г., Федоров А.В. Острый аппендицит.– М.: Медпрактика,– 2002. – 244с.
5. Пугаев, А.В., Ачкасов Е.Е. Острый аппендицит. – М.: Триада – X., 2011. – 168с.
6. Седов, В.М. Аппендицит/ СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. – 232с.
7. Утешев, Н.С. Острый аппендицит. Современные методы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений. – М.: Миклош, 2010. – 168с.
8. Юсупов, А.А. Структурно-клинический анализ и результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с госпитальными хирургическими заболеваниями в условиях районной хирургической службы: автореф. дис. ...канд. мед.наук. – М., 2012. – 26 с.
9. Humes D.J. Acute appendicitis //D.J. Humes, J. Simpson //Br. Med. J. 2006. – Vol. 333, №7567. – P. 530-534.

УДК 618.15-002-022.7-076.5-08

© Ф.Ф. Бадретдинова, Ф.А. Каюмов, Л.А. Шейда, 2014

Ф.Ф. Бадретдинова¹, Ф.А. Каюмов¹, Л.А. Шейда² КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА НА ГЛИКОГЕН В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», г. Уфа

Для выявления бактериального вагиноза и контроля лечения у 53 больных проводили рН-метрию вагинального содержимого, аминный тест, исследования вагинальных мазков на «ключевые клетки». В эпителиальных клетках гликоген определялся методом Мак-Мануса и реакцией Шифф-йодной кислоты (ШИК-реакция). При полуколичественном цитохимическом определении реакции эпителиальных клеток на гликоген наибольший процент слабой реакции наблюдался у больных с дисбиозом 3-й степени –30 (56,6%) человек. При дисбиозе 2-й степени слабая реакция на гликоген выявлен у 7 (13,2%) человек. При дисбиозе 1-й степени как правило, наблюдается умеренная реакция на гликоген. При положительном эффекте проводимой терапии отмечается равномерная и умеренная реакция на гликоген в цитоплазме поверхностных эпителиальных клеток влагалищных мазков. Изучая результаты цитохимического метода в динамике можно судить об эффективности проводимой терапии и прогнозировать возможность развития рецидива заболевания.

Ключевые слова: гликоген, бактериальный вагиноз, метод Мак-Мануса.