

ЛИТЕРАТУРА

1. Майборода, А.А. Динамическая структура очага воспаления. Морфофизиологические критерии адаптивных состояний. – Иркутск, 1979. – С. 38-49.
2. Europeanperspectiveonintravascularcatheter-relatedinfections: report on the microbiology, workload, aetiology and antimicrobial susceptibility (ESGNI-005 Study)/ E.Bouza[et al.]// Clin. Microbiol. Infect. – 2004. - № 10. – P. 838-842.
3. Haugo A. J.Vibrio choleraeCyt R is a repressor of biofilm development /A. J.Haugo, P. I.Watnick //Mol. Microbiol. – 2002. - № 45. – P. 471-483.
4. James D Bryers. Medical biofilms / D BryersJames //Biotechnol. Bioeng. – 2008. - №100. – P.1-18.
5. Hematologic malignancies and other marrow failure states: progress in the management of complicating infections /A. S.Levine [et al.] //Hematol. 1974. - № 11. – P.141-202.
6. Mermel L.Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections / L.Mermel, B.Farr, R.Sheretz// Clin. Infect. Dis. – 2001. - № 32. – P. 1249-1272.
7. Staphylococcus epidermidis surfactant peptides promote biofilm maturation and dissemination of biofilm-associated infection in mice /WangRong[et al.] // J. Clin. Invest. – 2011. - № 121(1). – P. 238-248.
8. Safdar N.The pathogenesis of catheter-related bloodstream infection with noncuffed short-term central venous catheters / N.Safdar, D.G. Maki // Inten. Care Med. – 2004. - № 30. – P. 62-67.

УДК 616.346.2-002.1-089.87

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

Т.И. Мустафин, Н.В. Александрова
**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
 ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Актуальность проблемы острого аппендицита у лиц пожилого возраста обусловлена поздней обращаемостью за медицинской помощью, преобладанием деструктивных вариантов заболевания и более частым развитием в послеоперационном периоде гнойных осложнений. Эти особенности во многом связаны с возрастной инволюцией, в том числе лимфоидного аппарата, иннервации, сосудистой сети червеобразного отростка. Рассмотрены различные аспекты морфологической диагностики острого аппендицита, в частности у лиц пожилого возраста с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: острый аппендицит, морфологическая диагностика, генетические факторы.

T.I. Mustafin, N.V. Aleksandrova
**SOME QUESTIONS ABOUT ACUTE APPENDICITIS
 MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS**

The problem of acute appendicitis urgency in elderly is determined by late medical help, by predominance of destructive forms of disease and by frequent development of postoperative purulent complications. Those features are largely related to lymphoid apparatus, innervation and vascularisation of appendix age-specific involution. Various aspects of morphological diagnosis in acute appendicitis, especially in elderly patients with concomitant ischaemic heart disease are revealed in the article.

Key words: acute appendicitis, morphological diagnostics, genetic factors.

В ряду неотложных абдоминальных операций на аппендэктомии приходится 26-29% [3,14,15,16,17]. Многие исследователи [8,25,33] указывают на рост заболеваемости острым аппендицитом. При этом особую сложность представляет диагностика острого аппендицита у лиц пожилого возраста [9,18]. Диагностические ошибки при остром аппендиците имеют место в 12-31% случаев, причем на догоспитальном этапе данный показатель доходит до 70% [15,17,24,30]. Сочетание возрастных изменений внутренних органов и сопутствующих заболеваний лиц пожилого и старческого возраста относят их к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода [31]. При прочих равных условиях возрастные изменения внутренних органов и сопутствующие заболевания негативно влияют на клинические признаки острого аппендицита [26]. Длительное и малосимптомное

течение заболевания, поздняя обращаемость к врачу часто обуславливают развитие осложнений [12]. Диагностические трудности, высокая частота заболевания, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой на фоне стабильных показателей смертности свидетельствуют о том, что проблема диагностики острого аппендицита, в том числе морфологической, остается актуальной.

После аппендэктомии осложнения встречаются в 4,2-16,2% случаев, нередко достигая 32,3% у больных старше 50 лет [3,30,36]. Частота осложнений возрастает с каждым десятилетием жизни и в возрасте 70 лет и старше достигает 36,6%, что почти в 3 раза выше аналогичного показателя у больных моложе 60 лет [23]. Несмотря на достижения медицинской науки и практики, послеоперационная летальность при остром аппендиците варьирует от 0,14 до 0,4% [16,17,20].

У пожилых и старых людей она достигает 4,6%, превышая среднестатистический показатель в 10 раз [3,17,24,26,30]. Иммунологические расстройства и поздняя диагностика острого аппендицита обуславливают рост летальности у пожилых пациентов [5]. Кроме того, они часто ведут к несвоевременным операциям и тяжелым послеоперационным осложнениям [30].

Сопутствующая патология у лиц пожилого возраста встречается в 84,6-100% случаев, а у трети заболевших она носит конкурирующий характер [23]. При остром аппендиците болезни системы кровообращения нередко осложняют течение послеоперационного периода, отодвигают сроки заживления раны и, соответственно, время пребывания в стационаре.

Острый аппендицит рассматривают как полиэтиологическое заболевание, причем его происхождение объясняют механической, инфекционной, ангионевротической, нейрогенной теориями [14,24]. Более того, не отказались и от аллергологической теории возникновения данного заболевания [6,7,19,32]. Как нам представляется, немаловажную роль в развитии острого деструктивного аппендицита у вышеназванных лиц играют возрастные инволюционные процессы в организме и органе.

Зачастую в основе классификации острого аппендицита лежит степень выраженности изменений в органе. Колесов В.И. (1972) использовал клинико-морфологический подход в классификации острого аппендицита, что позволило ему выделить 3 основные категории: 1. Острый простой (поверхностный). 2. Острый деструктивный (включая флегмону). 3. Осложненный. Более подробную схему подразделения обозначенного выше заболевания предложил Абрикосов А. И. (1957): I. Поверхностный аппендицит. II. Флегмонозный аппендицит: 1. Простой флегмонозный аппендицит. 2. Флегмонозно-язвенный аппендицит. 3. Апостематозный аппендицит: а) без перфорации, б) с перфорацией. III. Гангренозный аппендицит: 1. Первичный гангренозный аппендицит: а) без перфорации, б) с перфорацией. 2. Вторичный гангренозный аппендицит: а) без перфорации, б) с перфорацией.

Следует упомянуть McBurney (1891), который констатировал о невозможности определить точный диагноз патологоанатомических изменений в червеобразном отростке исходя лишь из клинических данных [24].

По мнению ряда авторов [11,24], поверхностный аппендицит особенно характе-

ризуется большим разнообразием симптомов и гистологических заключений. Согласно исследованиям Е.П. Евсеева (1963) острый простой аппендицит морфологически выражается расстройством кровообращения, наблюдающегося во всех слоях червеобразного отростка (гиперемия, стаз, тромбоз, кровоизлияния, краевое стояние лейкоцитов). Методы гистохимического исследования нервного прибора органа показали наличие стереотипности ряда изменений при остром и хроническом аппендиците [27]. К тому же изменения в нервных клетках развивались параллельно старению организма.

Дальнейшее прогрессирование в органе экссудативной воспалительной реакции манифестирует развитие деструктивного процесса, что вначале носит флегмонозный характер. На светооптическом уровне начало деструкции связано с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией глубоких слоев стенки червеобразного отростка. При флегмонозной форме заболевания развитие патологического процесса чаще обусловлено интрамуральными сосудистыми нарушениями с первичным повреждением слизистой оболочки [11]. Во всех слоях обнаруживают интенсивную лейкоцитарную инфильтрацию, резкое нарушение кровообращения с явлениями микротромбоза и кровоизлияний. В случае обнаружения язвы воспалительный процесс обозначают как флегмонозно-язвенный. Частым патоморфологическим вариантом выступает острый гангренозный аппендицит. При этом за счет тромбоза сосудов микроциркуляторного русла и ветвей *a. appendicularis* на большей или меньшей площади в стенке отростка можно обнаружить некротические участки. В гистологических срезах на фоне отека стромы выявляют очаги кровоизлияний, лейкоцитарной инфильтрации, явления стаза. У пожилых атеросклеротические поражения сосудов, склонность к гиперкоагуляции объясняют развитие первичного гангренозного аппендицита. Для этой формы заболевания характерно первичное омертвление большей части отростка. По данным ряда авторов [14,24] чаще поражается дистальный отдел отростка. Ряд исследований посвящены оценке состояния системы иммунитета, однако они носят противоречивый характер. При этом отсутствует единое мнение о том, какие изменения возникают в системе крови [2,29]. На угнетение иммунитета и неспецифической резистентности при аппендиците указывают многие авторы [19,29]. Исследователи допускают снижение системного ответа иммунной ткани на

воспаление, ослабление защитных сил организма, перестройку иммунной системы, в том числе лимфоидного аппарата червеобразного отростка [19,22,24,28]. При остром аппендиците разбалансировка в системе цитокинов нарушает клеточный и гуморальный звенья иммунитета, когда определение степени иммунодефицита важно с точки зрения правильного ведения больных в послеоперационном периоде.

Исследования в области патогенеза острого аппендицита пополнились данными о молекулярно-генетических маркерах. Использование достижений генетики позволяет установить наличие взаимосвязи между большим спектром независимых генетических факторов с широко распространенными заболеваниями, определить группу риска по отношению к развитию данной патологии, прогнозировать течение. Значительно расширились представления о системе иммунитета, гемостаза и роли про- и противовоспалительных цитокинов в формировании различных патологических состояний [2,28,29]. В настоящее время сформировалось предположение, что степень тяжести воспаления в червеобразном отростке находится под влиянием полиморфизмов в генах. При остром аппендиците ис-

следован полиморфизм генов TNF- α - 308, IL-1 β -31(C/T), IL-6-174 и определена их связь с тяжестью заболевания [19,35]. Выявлено, что С-аллель в IL-6-174 имеет более низкий риск возникновения осложнений аппендицита. При остром аппендиците аллель TNF α -308 значительно повышает риск возникновения осложнений. Концентрация IL-6 в плазме и перитонеальной жидкости была ниже в С-аллеле, чем в GG- аллеле, причем IL-1 β не был связан с тяжестью заболевания [35].

Общепризнанные методы клинического обследования больных с острым аппендицитом не позволяют точно установить правильный диагноз, тем более степень патоморфологических изменений в червеобразном отростке. У лиц с ишемической болезнью сердца острый аппендицит встречается часто. У них данное заболевание проходит при атипичной картине болезни, а также отсутствию четких критериев для проведения оперативных вмешательств [34]. Таким образом, дальнейшее изучение морфологических, гистоэнзиматических и молекулярно-генетических особенностей проявления острого аппендицита у лиц с ишемической болезнью сердца, который часто имеет место у пожилых, представляет значительный научно-практический интерес.

Сведения об авторах статьи:

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Аннадурдыев, О. Клинико-морфологические сопоставления аппендицитов и динамика гистохимических изменений при различных его формах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ашхабад, 1974. – 28 с.
2. Булава, Г.В. Оценка тяжести иммунных расстройств и прогнозирование развития гнойно-септических осложнений у пациентов с неотложной хирургической патологией. /Г.В. Булава, М.М. Абакумов //Вестник хирургии. –2009. – №3. – С. 10-16.
3. Валиев, Н.Р. Усовершенствование методов диагностики и лечения больных с острым аппендицитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Уфа, 2004. – 21 с.
4. Гаджев, Н.Дж. Прогностическое значение ИЛ-6 в различных биологических средах при распространенном перитоните // Вестник хирургии им. В.Х. Грекова. – 2013. – №1. – С. 25.
5. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 386с.
6. Джумабаев, Э.С. Острый катаральный аппендицит: Нужна ли аппендэктомия /Э.С. Джумабаев., О.А. Ахлиддинов //Хирургия. – 2004. – №2. – С. 69-72.
7. Звягинцев, Т.Д. Современные представления о сосудистом эндотелии в норме и при патологии желудочно-кишечного тракта // Т.Д. Звягинцев, С.В. Гриднева// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – №4. – С. 6-12.
8. Игнатенко, В.Т. Случай острого деструктивного аппендицита, осложнившегося пилефлебитом/В.Т. Игнатенко, Б.В. Келейников, Г.А. Павелкин //Вестник хирургии. –2009. – №1. – С. 95.
9. Икрамов, Р.З. Абсцесс печени с прорывом в правую плевральную полость как осложнение деструктивного аппендицита /Р.З. Икрамов, С.С. Анраев // Хирургия. –2010. – №2. – С. 66-68.
10. Ипатенко, В.Т. Случай острого деструктивного аппендицита, осложненного пилефлебитом /В.Т.Ипатенко,Б.В.Келейников //Вестник хирургии им. В.Х.Грекова.–2009.– №1.– С. 9.
11. Калитеевский, П.Ф. Болезни червеобразного отростка. –М.: Медицина, 1970.– 204с.
12. Клайн, Д., Стед Л. Острая абдоминальная патология. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 293с.
13. Колесов, В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л., 1972. – 343с.
14. Кригер А.Г., Федоров А.В. Острый аппендицит.– М.: Медпрактика, 2002. – 244с.
15. Липатов, В.А. Диагностика острого аппендицита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Курск, 2002. – 26 с.
16. Лисунов, А.Ю. Оптимизация диагностики и лечения различных форм острого аппендицита:автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2008. – 24 с.
17. Лоймиева, В.С. Острый аппендицит. Пути предупреждения необоснованных операций: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Петрозаводск, 2006. – 24 с.
18. Лысенко, А.В. Отсутствие червеобразного отростка у ребенка / А.В. Лысенко, В.К. Литовна// Детская хирургия. –2003.– №2.– С.46.
19. Малык, У.В. Иммунологические и клинические особенности острого аппендицита в зависимости от генеза воспаления:автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2011. – 22 с.

20. Назаров, И.В. Вариантная анатомия червеобразного отростка в норме и патологии в зависимости от типа телосложения человека: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2014. – 18 с.
21. Пугаев, А.В., Ачкасов, Е.Е. Острый аппендицит. – М.: Триада – X, 2011. – 168с.
22. Реут, А.А. Некоторые факторы иммунитета при остром аппендиците / А.А.Реут, С.М.Вагин // Хирургия. – 1988. – №12. – С. 142-147.
23. Рудакова, О.М. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии в ассоциации с ИБС и нарушениями углеводного обмена у больных пожилого возраста // Мед.наука и образование Урала. –2013.– № 2. – С. 150-151.
24. Седов, В.М. Аппендицит.– СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. – 232с.
25. Тимербулатов, В. М. По поводу статьи Я. П. Кулика и С. Н. Поколохина «Время делать выбор: профилактическая или лечебная аппендэктомия (точка зрения)» // В.М. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов// Хирургия – 2001. –№11. – С.72-74.
26. Утешев, Н.С. Острый аппендицит. Современные методы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений. – М.:Миклош,2010.–168с.
27. Фрумкис, Э.М. К морфологии и цитохимии интрамуральных ганглиев червеобразного отростка при аппендицитах и при экспериментальной дизентерии толстой кишки: автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Томск,1968. – 21 с.
28. Хаитов, Р.М. Иммунная система желудочно-кишечного тракта: особенности строения и функционирования в норме и при патологии// Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Иммунология. –1997. – №5. – С. 4-7.
29. Цыбиков, М.Н. Содержание антител к белкам теплового шока при неосложненном и осложненном течении острого аппендицита /М.Н.Цыбиков, И.Д.Лиханов / Вестник хирургии им. В.Х.Грекова. – 2012.–№5. – С. 37-40.
30. Шабалин, Р. В. Применение анализа состояния вегетативной нервной системы в диагностике, прогнозировании течения и определении тактики лечения острого аппендицита: автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Воронеж, 2008. – 21 с.
31. 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.
32. Backhed, F. Host-bacterial mutualism in the human intestine. // F. Backhed, R. E. Ley// Science. 2005. –Vol. 307. – P. 1915-1920.
33. Humes, D.J. Acute appendicitis //D. J. Humes, J. Simpson //Br. Med. J. 2006. –Vol.333. – №7567. – P. 530-534.
34. Horattas, M. C. A reappraisal of appendicitis in the elderly/M. C. Horattas, D. P. Guyton / Am. J. Surg. – 1990. – Vol. 160. – №3. – P.291-293.
35. Innate immunity genes influence the severity of acute appendicitis /Rivera-Chavez [et al.] // Am. J. Surg. 2004. – Vol.240. – P. 269-277.
36. Paterson-Brown, S. Laparoscopy as an adjunct to decision making in the acute abdomen / S.Paterson-Brown //Brit. J. Surg. – 1986. – Vol. 73, №12. – P. 1023-1024.

УДК 616.12-002.77-091:312.2

© Т.И. Мустафин, А.В. Двинских, 2014

Т.И. Мустафин, А.В. Двинских

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В АНАЛИЗЕ СМЕРТНОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье отражено значение патологоанатомических исследований для анализа смертности при ревматических пороках сердца. Представлены сопоставления данных смертности, частоты аутопсий и показателей качества клинической диагностики в зависимости от возраста.

Ключевые слова: ревматические пороки сердца, патологоанатомические исследования, смертность.

T.I. Mustafin, A.V. Dvinskikh

PATHOLOGIC AND ANATOMIC EXAMINATIONS IN MORTALITY ANALYSIS OF RHEUMATIC HEART DISEASE

The present work is about pathologic anatomic examinations means in rheumatic heart disease mortality analysis. They are quality of diagnostic process in clinic depending on age compared with data of mortality and autopsy rate.

Key words: rheumatic heart disease, pathologic anatomic examination, mortality.

Высокая социальная значимость болезненной системы кровообращения (БСК), в том числе ревматической болезни сердца (РБС), являющихся основной причиной смертности населения, обуславливают необходимость дальнейшего изучения эпидемиологии этих болезней, факторов риска и оценки результатов используемых диагностических методов. В то же время, несмотря на обширный перечень прижизненных методов диагностики, самым точным методом верификации посмертного диагноза до настоящего времени остается аутопсия [1].

Цель исследования – определить роль патологоанатомических исследований в анализе смертности и летальности при ревматических пороках сердца (РПС).

Материал и методы

Использованы данные ежегодных территориальных отчетов МЗ РБ (по заболеваемости, летальности, смертности) и архивный материал патологоанатомической службы г. Уфы за 2003-2012 гг. Углубленный анализ качества клинической диагностики РПС проведен с использованием метода четырехпольной таблицы [2]. Для получения ответа на во-