

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-

прос, насколько смертность от РБС, регистрируемая на региональном уровне, подтверждается аутопсией, была использована методика сопоставления данных смертности, частоты аутопсий и показателей качества клинической диагностики в зависимости от возраста.

Результаты и обсуждение

По РБ показатели смертности от РБС за период с 2003 по 2012 гг. снизились с 6,7 до 4,0 и составили в среднем 5,6 на 100 тыс. населения, что аналогично общим тенденциям по России [30]. Смертность от РБС представлена преимущественно хроническими формами РБС (92,8%), реже – ревматической лихорадкой (РЛ). При этом она была выше среди женщин (57,6%), из них 31,9% пребывали в трудоспособном возрасте (средний возраст 56,7±2,15 года). Средний возраст умерших от РБС мужчин равнялся 53,4±1,92 года, 71,3% из них умерли в трудоспособном возрасте. За последние 10 лет по РБ среднегодовые показатели общей летальности при РБС оставались относительно стабильными и составили в среднем 1,3%. В подавляющем большинстве случаев (77,1%) зарегистрированная смерть от РБС наступала вне стационаров, а патологоанатомическая верификация имела место лишь в 19,9% случаев. В структуре БСК по причинам смертности населения РБС составили лишь 0,76%, по данным патологоанатомической службы РБ – 3,1%.

Ввиду строго учета и высокого качества посмертной диагностики при вскрытиях госпитальная летальность является более достоверным критерием. За указанный период она составила 1,5% всех случаев госпитализации больных РБС. Частота патологоанатомических вскрытий умерших от РБС в стационарах г. Уфы составила в среднем 77,1%. Хронические РБС были диагностированы в качестве основного или сопутствующего заболеваний в 79,8% случаев. РЛ как основной диагноз выявлена у 21,3% больных. Умершие находились в возрасте от 26 до 78 лет. На трудоспособный возраст приходилось 71,4% случаев, причем среди женщин он составил 40,7%, а среди мужчин – 59,3%. Среди умерших преобладали лица в возрастной группе 41-50 лет (45,5%). Женщины преобладали в структуре госпитальной летальности от РБС, особенно в старших возрастных категориях. В итоге средняя продолжительность жизни мужчин с РПС составила в среднем 50,2±2,17 года, женщин – 56,7±3,82 года.

В ряде случаев прижизненная диагностика РПС затруднена. Наиболее простой мерой оценки качества клинической диагностики

является определение доли случаев с совпадением или расхождением диагнозов. Для комплексной оценки эффективности диагностического процесса также необходимо определить его точность, чувствительность, специфичность, воспроизводимость, процент расхождений диагнозов, коэффициент качества диагностики и другие показатели (см. таблицу).

Таблица
Качество клинической диагностики ревматических пороков сердца

Показатели качества клинической диагностики	Значения, %
Точность клинической диагностики	99,6
Чувствительность	89,6
Специфичность	99,9
Воспроизводимость	86,6
Процент расхождения	10,4
Гипердиагностика	0,1
Прогноз положительного результата	96,3
Прогноз отрицательного результата	99,7
Категории расхождения: I	11 (45,8%)
II	13 (54,2%)
Коэффициент качества клинической диагностики	1,5

В структуре летальности РБС встречаются нечасто (3,1%), хотя сами заболевания могут стать причиной смерти больных. Врачи разных специальностей встречаются с этими заболеваниями повсеместно, однако выставляют такие диагнозы редко. Последнее отразилось на точности клинической диагностики (99,6%). Однако данный показатель не раскрывает важных аспектов прижизненного диагностического поиска. Высокий уровень прогнозирования отрицательного результата (99,7%) и несколько ниже – положительного результата (96,3%) свидетельствуют о том, что используемые современные методики диагностики РБС оказываются более полезными для исключения заболеваний, чем для их распознавания. Кроме того, несмотря на высокую специфичность (99,9%) и низкий уровень гипердиагностики, клиническое распознавание РБС сегодня не отвечает требуемым нормам, так как через его «сито» (чувствительность 89,6%) проходит в группу «расхождений диагнозов» каждый десятый случай (10,4%). Неудовлетворительный показатель воспроизводимости (86,6%) указывает на недостаточно высокую надежность применяемых диагностических методик в условиях разнопрофильных клиник.

Полученные нами данные делают возможным проведение анализа обоснованности регистрируемой РБС как основной причины смерти в структуре смертности. По данным кривой смертности (см. рисунок) основная доля регистрируемой РБС представлена лицами пожилого и старческого возраста, тогда как на аутопсию направляли чаще трупы умерших более молодого возраста.

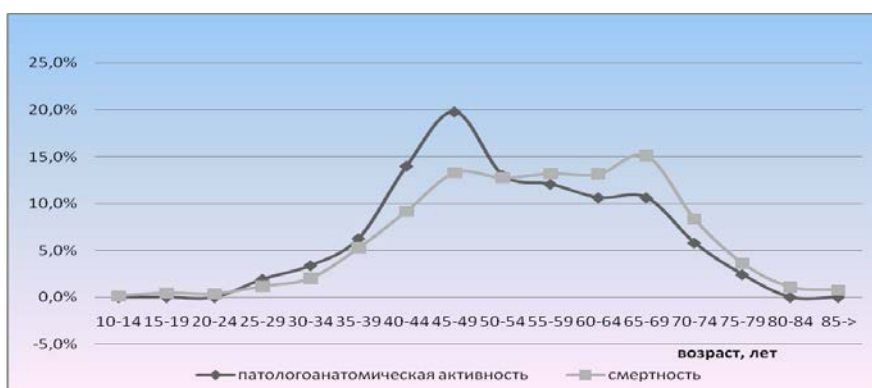


Рис. Соотношение показателей смертности и патологоанатомической активности при РПС в зависимости от возраста умерших

Следовательно, с увеличением возраста больных РБС в качестве причины смерти регистрировали чаще, в то же время это заключение всё реже подтверждалось патологоанатомическим исследованием. Особенно остро эта проблема стояла в отношении умерших женского пола (удельный вес аутопсий составил лишь 16,1%), хотя известно, что женщины чаще страдают РБС, а продолжительность их жизни дольше. Вместе с тем преобладание показателей смертности в старшей возрастной группе над удельным весом аутопсий в этом возрасте, учитывая низкий уровень гиподиагностики РБС (0,1%), как нам кажется, не ставит под сомнение диагноз у таких пациентов. Несколько иная картина складывалась в молодой и средней возрастной категориях, где удельный показатель смертности значительно ниже относительной частоты патологоанатомических вскрытий. Действительно, для данного возраста характерна более частая обращаемость за медицинской помощью, а умершие чаще подвергались аутопсии. Однако процент расхождения диагнозов у таких па-

циентов составил 10,1. Поэтому данный факт не обеспечивает достоверность информации о показателях смертности. Сопоставляемые показатели смертности у таких умерших, вероятно, несколько занижены в сторону гипердиагностики иных заболеваний, в том числе из группы БСК.

Таким образом, больные с РБС в фазе декомпенсации зачастую не подвергаются тщательному наблюдению, редко проходят стационарное лечение. Поэтому в основу формируемой статистики смертности от РБС не входят случаи, для которых характерна стертая клиническая картина заболевания. В случаях отказа от патологоанатомических вскрытий, как нам представляется, врач-клиницист «выбирает» в качестве причины смерти более часто встречающиеся на практике ишемическую болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания. При этом отступление от правил формирования заключительного клинического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти при РБС приводит к искажению статистических показателей.

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. Тел./факс: 8(347) 232-30-00.

Двинских Алексей Викторович – к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Xirurg9@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 576 с.
2. Автандилов, Г.Г. Комплексная методика оценки качества клинической диагностики по результатам патологоанатомических исследований / Г.Г. Автандилов // Архив патологии. – 1989. – №3. – С. 77-79.