

Краткое сообщение

(19,4±0,80 дней): 1-я группа ≤19 дней и 2-я группа >19 дней. Наиболее значимыми оказались: содержание цинка в крови, длительность заболевания; диаметр язвы; уровень цинка в крови, активность гастрита. Вероятность распознавания >85%. Коэффициенты дискриминантных функций см. в табл. 5–6.

Прогноз по признакам Цинк и Курение

Таблица 3

Параметры		Коэффициенты для группы 1 (обострение)	Коэффициенты для группы 2 (ремиссия)
b_0		-24,7782	-52,3129
X_1 = Цинк	b_1	55,1236	81,2644
X_2 = Курение	b_2	7,2354	9,5597

Таблица 4

Прогноз по признакам Цинк и Активность гастрита

Параметры		Коэффициенты для группы 1 (обострение)	Коэффициенты для группы 2 (ремиссия)
b_0		-37,2511	-68,5586
X_1 = Цинк	b_1	69,3923	97,2488
X_2 = Активность гастрита	b_2	9,7547	11,7227

Таблица 5

Задача прогнозирования длительности клинично-эндоскопического заживления хронической дуоденальной язвы
Коэффициенты дискриминантных функций 1

Параметры		Коэффициенты для группы 1	Коэффициенты для группы 2
b_0		-279,905	-292,938
X_1 = Цинк	b_1	497,313	502,088
X_2 = Диаметр язвы	b_2	198,432	207,969
X_3 = Длительность заб-я	b_3	11,868	13,182

Таблица 6

Коэффициенты дискриминантных функций 2

Параметры		Коэффициенты для группы 1	Коэффициенты для группы 2
b_0		-104,796	-107,355
X_1 = Цинк	b_1	195,124	190,276
X_2 = Активность гастрита	b_2	25,212	27,742
X_3 = Длительность заб-я	b_3	4,460	5,616

Прогнозирование тяжести течения заболевания велось так: в зависимости от частоты обострений принято выделять [3] легкую (1 раз в год), средней тяжести (2 раза в год) и тяжелую форму язвенной болезни (отсутствие стойких ремиссий и цикличности рецидивов). Среди пациентов с ЯБДК не было тяжелой формы заболевания, прогнозирование последней исключено.

В основу разделения на классы положена частота обострений: 1-я группа – редкие обострения (≤1 раз в год), 2-я группа – обострения ≥2 раз в год. Дискриминантный анализ (табл. 7) показал хорошую степень классификации больных по этим признакам. Значение Λ -статистики Уилкса составило 0,4538828.

Таблица 7

Коэффициенты дискриминантных функций 3

Параметры		Коэффициенты для группы 1	Коэффициенты для группы 2
b_0		-28,8667	-36,8835
X_1 = Цинк	b_1	66,5343	65,4635
X_2 = Длительность заб-ния	b_2	3,0935	7,8214

При прогнозировании диаметра изъязвления в основу разделения на классы был положен средний диаметр язвы у наших пациентов (0,7 ± 0,04 см): 1-я группа ≤ 0,7 см, 2-я группа > 0,7 см. Прогноз вели по содержанию цинка в крови и активности гастрита. Дискриминантный анализ вновь показал хорошую степень классификации пациентов. Значение Λ -статистики Уилкса в

данном случае составило 0,5558037. Коэффициенты дискриминантных функций см. в табл. 8.

Таблица 8

Коэффициенты дискриминантных функций 4

Параметры		Коэффициенты для группы 1	Коэффициенты для группы 2
b_0		-113,582	-102,769
X_1 = Цинк	b_1	224,629	208,192
X_2 = Активность гастрита	b_2	22,068	23,348

Большую практическую значимость имеет созданная компьютерная система для прогнозирования развития ЯБДК. Благодаря удобному интерфейсу и механизму визуализации она доступна в обслуживании среднему медперсоналу. Для работы с системой пользователь должен из списка выбрать задачу для прогнозирования и ввести параметры. Далее система рассчитывает дискриминантные функции и прогнозирует. Проведенные исследования подтвердили, что содержание цинка в крови является фактором, определяющим развитие ЯБДК. Поэтому его можно применять при решении прогностических задач, связанных с идентификацией состояния пациентов, страдающих ЯБДК.

Литература

1. Сергеев П.В. и др. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол.– 2003.– №2.– С. 27–31.
2. Балантер Б.И. и др. Введение в математическое моделирование патологических процессов.– М.: Медицина, 1980.– 264 с.
3. Клекка У.Р. Дискриминантный анализ // Факторный, дискриминантный и кластерный анализ.– М.: Финансы и статистика, 1989.– 215 с.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии.– М.: Мед. информ. агентство, 1997.– 480 с.
4. Клекка У.Р. Дискриминантный анализ: Факторный, дискриминантный и кластерный анализ / Дж. О. Ким, Ч.У. Мюллер, У.Р. Клекка и др.– М.: Финансы и статистика, 1989.– 215 с.
5. Мартино Д. Технологическое прогнозирование / Пер. с англ.– М.: Прогресс, 1977.– 590 с.
6. Матсукура Т. // Биохимия.– 2000.– №7.– С. 961–968.
7. К.Л. Ерзинкян и др. // РМЖ.– 1992.– №5.– С. 14–15.
8. Попелю, П.Ф. // Труды VIII съезда терапевтов Украинской ССР.– Киев., 1967.– С. 348–349.
9. Н.Б. Серебровская и др. // Гастро-бюллетень.– 2000.– №1–2.– С.325.
10. Garcia-Plaza et al. // Rev. Esp. Enferm. Dig.– 1996.– Vol.88, №11.– P. 757–762.
11. Troskot B. et al. // Biometals.– 1997.– №4.– P. 325–329.

УДК: 611.018.72:72:611.34-053.8

ЖЕЛЕЗЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ ДОЛИХОМЕГАКОЛОНЕ

А.М. ШЕСТАКОВ *

Толстая кишка по своим топографо-анатомическим особенностям лишь в 75% случаев соответствуют классической норме, описанной в учебных пособиях [2]. В остальных 25% встречаются различные, в том числе и редкие варианты строения толстой кишки. По данным П.А.Романова (1987), в 7% случаев у взрослых людей при вскрытии определяется левосторонний долихомегаколон. Этот топографо-анатомический вариант заключается в значительном увеличении длины, ширины, площади стенки нисходящей, сигмовидной ободочных и прямой кишок, что сочетается с их внутрибрюшинным положением на всем протяжении (кроме анального канала) норме [3]. Вместе с тем особенности строения конечного отдела толстой кишки при долихомегаколоне (ДМК) почти не исследованы. Имеющиеся по этому вопросу в научной литературе единичные работы отрывочны, фрагментарны, приводят противоречивые данные и часто лишены доказательной базы. Отсутствуют данные об особенно-

* Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ММА им. И.М.Сеченова

стях строения желез прямой кишки у людей при ДМК. Люди, у которых при жизни обнаружен ДМК, жалуются на плохое самочувствие, наличие постоянных запоров, геморроя и др. [3].

Цель работы – изучение морфологии прямокишечных желез (крипт) у людей зрелого возраста при левостороннем ДМК

Материал и методы исследования. Прямокишечные железы изучены макро-микроскопическими и гистологическими методами на препаратах, полученных от трупов 8 людей обоего пола зрелого возраста, смерть которых наступила от причин, не связанных с заболеваниями пищеварительного тракта. У этих людей во время секции был выявлен левосторонний ДМК. В качестве нормы рассматривались показатели строения желез прямой кишки, полученных от трупов 24 человек зрелого возраста, умерших или погибших от случайных причин (травма и др.), не имевших патологии органов пищеварения. Во всех случаях топографо-анатомический вариант толстой кишки у этих людей соответствовал классической норме. Кишечные железы на тотальных препаратах прямой кишки окрашивали 0,05% раствором метиленового синего. Продольные и поперечные гистологические срезы стенки в области средней трети ампулы прямой кишки мы окрашивали, гематоксилином-эозином, пикрофуксином по ван Гизону, ализариновым синим – по Крейбергу. Статистическая обработка данных включала вычисление среднеарифметических показателей ($\bar{X}$) и их ошибок (Sx). Достоверность различий мы определяли методом доверительных интервалов [1].

Результаты. Кишечные железы прямой кишки при ДМК и в норме располагаются в собственной пластинке слизистой оболочки. Продольная ось прямокишечных желез ориентирована перпендикулярно к поверхности слизистой оболочки органа. Железы по форме напоминают трубочки, изредка раздвоенные в своей начальной части. Согласно данным микроскопии, вне зависимости от топографо-анатомического варианта толстой (прямой) кишки, базальная часть желез слепо замкнута. Микро-топографическое окружение для желез при ДМК и в норме составляют волокна рыхлой волокнистой соединительной ткани, фиброциты, фибробласты, клетки лимфоидного ряда, кровеносные (преимущественно венозные) сосуды, располагающиеся как между соседними железами, так и возле базальных их частей.

По нашим данным, количество кишечных желез в стенках прямой кишки и другие структурные их показатели при ДМК существенно отличаются от аналогичных желез при нормальном строении толстой кишки. При левостороннем ДМК на площади 1 кв мм поверхности стенки прямой кишки (средняя треть, область ампулы) располагаются $18,2 \pm 2,4$ железы (от 12 до 30), что в 1,79 раза меньше, чем в норме ($32,5 \pm 1,9$; от 22 до 57 желез), ($p < 0,05$). Длина прямокишечных желез при ДМК равна $340,1 \pm 11,7$ мкм (от 302 до 390 мкм), что в 1,25 раза меньше нормы, когда этот показатель равен $424,8 \pm 5,9$ ($362,7 - 472,2$ мкм), ($p < 0,05$). Согласно данным наших морфометрических исследований, в случаях ДМК ширина кишечных желез в области их середины равна $50,4 \pm 1$ мкм (от 42 до 58 мкм), что в 1,2 раза меньше, чем в норме ($60,3 \pm 1,9$; от 40 до 74,2 мкм), ($p < 0,05$). При левостороннем ДМК уменьшается и площадь кишечных желез. На продольных срезах площадь желез при ДМК в 1,89 раза меньше ($p < 0,05$), а на поперечных срезах – в 1,34 раза меньше нормы ($p < 0,05$). При левостороннем ДМК уменьшается и количество эпителиоцитов в составе стенки прямокишечных желез (особенно абсорбционных клеток). При ДМК имеется тенденция к увеличению % бокаловидных клеток, которые составляют 72,1% всех эпителиоцитов желез (на 4% больше, чем при нормальном строении толстой кишки).

Заключение. Постоянное механическое давление кала и газов на слизистую оболочку прямой кишки при ДМК [3] ведут к ухудшению структурно-функционального состояния прямой кишки: происходит уменьшение числа желез, их размеров, числа эпителиальных клеток в их стенках. Данные морфологические признаки соответствуют ухудшению секреторной деятельности желез, по сравнению с нормой. Рост процентного содержания бокаловидных клеток имеет компенсаторный характер, т.к. их слизистый секрет, покрывая поверхность эпителия слизистой оболочки, препятствует его повреждению каловыми массами.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия в патологии. – М.: Медицина, 1982. – 248с.

2. Азбукин А.П. К учению о врожденных формах положения и прикрепления толстых кишок у новорожденных и детей: Дис...д.м.н.–Томск: Красное Знамя, 1926.– 128с.

3. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. – М.: Медицина, 1987. – 167с.

УДК 616.346.2-089.87

БОЛЕЗНЬ ПОДВИЖНЫХ СЛЕПОЙ И ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНЫХ КИШОК И «ПРОКАЗЫ АППЕНДИКСА»

Б.Т. ДЖАЛАГАНИЯ*

Если болезнь началась с болей в животе, и человек стонет от них, то диагноз пищевой токсикоинфекции надо ставить осторожно. Такая точка зрения должна быть руководящей в сложной дифференциальной диагностике [1]. Формы аппендицита определяются с самого начала заболевания реакцией организма. Отдельные формы представляют собой стадии единого воспалительного процесса. При остром аппендиците отмечаются изменения в нервных элементах и др. органах и тканях. Часто наблюдается несоответствие между клиническими проявлениями болезни и изменениями в удаленных отростках.

Гнойный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный) является необратимой формой заболевания в отличие от функциональных форм (катаральный). Растительная пища реже способствует возникновению аппендицита в отличие от блюд животного происхождения. На развитие острого воспалительного процесса в червеобразном отростке могут влиять особенности его строения, возраст, профессия и т.д. Как отдельную форму острого аппендицита выделяют эмпиему червеобразного отростка и осложнения: аппендикулярный инфильтрат или абсцесс, разлитой перитонит, септический тромбофлебит брыжеечных вен.

Иногда встречается врожденное обратное расположение органов; довольно редкое, как и отсутствие аппендикса; несколько чаще встречается болезнь подвижных слепой и восходящей ободочной кишок. При катаральном аппендиците отмечают утолщение отростка, тусклый серозный покров, лейкоцитарную инфильтрацию подслизистого слоя; иногда виден первичный аффе́кт Ашоффа. При прогрессировании воспалительного процесса стадийность обозначается четче [2].

Пример из практики. Больная Л. находилась на стационарном лечении 10 дней. Заключительный клинический диагноз: основной – острый флегмонозный аппендицит; сопутствующий – болезнь подвижных слепой и восходящих кишок; спаечный тяж брюшной полости между большим сальником и брыжейкой толстой кишки.

Осложнение: динамическая непроходимость кишечника, проксимальный колит. Анализы в день операции: РОЭ – 20 мм/час; лейкоциты $6,7 \times 10^9$ /л. Анализ мочи – уд. вес. 1026, белок – 0,05%, сахара нет, реакция кислая, лейкоциты 4–8 в п/зр., эритроциты св. – 1–3 в п/зр. На 5-й день после операции общий анализ крови: эритроциты 4×10^{12} /л, цветовой показатель – 0,9, РОЭ – 50 мм/час, лейкоциты – $4,2^9$ /л, палочкоядерные – 5, сегментоядерные – 79, сахар крови – 7,85 ммоль/л (из-за капельного в/в вливания 5% р-ра глюкозы. Остаточный азот (небелковый) 15 мг%. Общий анализ мочи: уд. вес – 1014, реакция кислая, белка, сахара – нет, соли – оксалаты. Цитологический анализ: флегмонозный аппендицит, гнойный периаппендицит.

Аппендэктомия длилась с 15⁰⁰ до 17²⁰, несмотря на удлинение разреза, т.к. правая половина толстой кишки целиком была смещена влево ввиду наличия общей брыжейки. Проведена ревизия брюшной полости, рассечение спаечного тяжа.

После выведения в рану подвздошной и тощей кишок обнаружен аппендикс (спаечный тяж $12 \times 1,5$ см, фиксирующий большой сальник с корнем брыжейки тонкой кишки и препятствующий ее выведению, был резецирован, культи перевязаны и нагружены кисетными швами для предотвращения спаечной непроходимости кишечника). Кишечник после аппендэктомии вправлен в брюшную полость. Аппендикс был флегмонозно изменен,

* МСЧ №2 г. Тулы, п. Косая Гора, Дронова, 15, хир. отделение, тел. 243979