

ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В РАЗНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Петрашенко И.И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Вопросы диагностики острой хирургической абдоминальной патологии у беременных являются сложными и не до конца решенными. В общей совокупности заболеваний, требующих срочной операции на фоне беременности, острый аппендицит, частота которого составляет 0,03-5,2%, занимает лидирующую позицию[1,5]. Эта патология, ввиду стабильного уровня летальности, без тенденции к снижению (0,1-0,5%), по сей день сохраняет свою актуальность [2, 3, 4].

Цель исследования – оценить диагностическую эффективность ряда клинических симптомов острого аппендицита в разные сроки беременности.

В период с 2012 по 2015 г. в хирургическую клинику областной клинической больницы им. И.И. Мечникова с диагнозом острый аппендицит было направлено 108 беременных. Показания к аппендэктомии были выработаны у 75 (69,4%) пациенток. При диагностике оценивали частоту проявления симптомов острого аппендицита, таких как Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга, Габая, а также характерных во время беременности: симптомы Брендо, Михельсона, Иванова. Результаты клинической диагностики верифицировали в соответствии с интраоперационной лапароскопической картиной. Информативность была изучена по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность.

Результаты частоты проявления симптомов острого аппендицита в разные сроки беременности представлены в табл. 1.

Таблица 1. – Частота проявления симптомов острого аппендицита у беременных, n (%)

Симптом	Триместры		
	I (n=26)	II (n=34)	III (n=15)
	1	2	3
Кохера-Волковича	18 (69,2)	15 (44,1) P_{1-2}^*	4 (26,6) P_{1-3}^{***}
Ровзинга	11 (42,3)	10 (29,4)	2 (13,3) $P_{2-3}^*; P_{1-3}^{**}$
Бартомье-Михельсона	19(73,1)	28 (82,3)	9 (60,0) P_{2-3}^*
Ситковского	18 (69,2)	27 (79,4)	8 (53,3) P_{2-3}^*
Габая	-	3 (8,8)	3 (20,0)
Брендо	-	29 (85,3)	12 (80,0)

Симптом	Триместры		
	I (n=26)	II (n=34)	III (n=15)
	1	2	3
Михельсона	17(65,4)	27 (79,4)	9 (60,0) P ₂₋₃ *
Иванова	19 (73,1)	26 (76,5)	10 (66,7)

Примечание* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001 – достоверность отличий между показателями в разных триместрах.

Проявления симптомов Кохера-Волковича и Ровзинга имело достоверное (p<0,05) снижение с увеличением срока гестации. Симптомы Бартомье-Михельсона и Ситковского наиболее часто выявлялись во II триместре, так же как и симптомы Брендо, Михельсона и Иванова. Симптом Габая определялся у 3 (8,8%) беременных во II и у 3 (20,0%) III триместрах. Симптом Иванова наблюдался у 55 (73,3%) беременных, при этом в I триместре боль чаще иррадиировала в нижние отделы живота, а в поздние сроки беременности – в правое подреберье и пупочную область. Информативность симптомов острого аппендицита у беременных в зависимости от сроков гестации менялась по-разному (табл.2).

Таблица 2 – Информативность клинических симптомов острого аппендицита в разные сроки беременности, (%)

Симптом	Триместр	Диагностическая ценность клинического симптома			
		чувствительность	специфичность	точность	эффективность
Кохера-Волковича	I (P _{I-II})	72,0	100,0	73,0	86,0
	II (P _{II-III})	43,7*	50,0***	44,1*	46,8*
	III (P _{I-III})	23,0***	50,0***	26,7***	36,5***
Ровзинга	I (P _{I-II})	44,0	100,0	46,1	72,0
	II (P _{II-III})	28,1**	50,0***	29,4**	39,0**
	III (P _{I-III})	7,7***	50,0***	13,3***	28,8***
Бартомье-Михельсона	I (P _{I-II})	76,0	100,0	76,9	88,5**
	II (P _{II-III})	84,3*	50,0***	82,3*	62,1
	III (P _{I-III})	61,5	50,0***	60,0	55,7**
Ситковского	I (P _{I-II})	72,0	100,0	73,1	86,0*
	II (P _{II-III})	82,1**	50,0***	79,4*	65,6
	III (P _{I-III})	53,8	50,0***	53,3*	51,9**
Габая	I	-	-	-	-
	II	3,3	50,0	8,8	26,6
	III	9,1	50,0	20,0	29,5
Брендо	I	-	-	-	-
	II	87,5	50,0	85,3	68,7
	III	84,6	50,0	80,0	67,3

Симптом	Триместр	Диагностическая ценность клинического симптома			
		чувствительность	специфичность	точность	эффективность
Михельсона	I (P _{I-III})	68,0	100,0	69,2	84,0*
	II (P _{II-III})	81,2*	50,0***	79,4*	65,6
	III (P _{I-III})	61,5	50,0***	60,7	55,7***
Иванова	I (P _{I-III})	76,0	100,0	76,9	88,0**
	II (P _{II-III})	78,1	50,0***	76,5	64,0
	III (P _{I-III})	69,2	50,0***	66,7	59,6**

Примечание* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$ - достоверность различий между показателями в разных триместрах

Анализируя полученные данные, можно отметить, что диагностическая эффективность симптомов острого аппендицита достоверно снижалась ($p < 0,05$) с увеличением сроков беременности. При этом симптомы Бартомье-Михельсона, Ситковского, Михельсона и Иванова демонстрировали наибольшую чувствительность и точность во II триместре беременности. Симптом Брендо не определялся в I триместре беременности, а во II и III триместрах имела место тенденция к снижению его диагностической информативности.

Выводы:

1. Наиболее информативными клиническими признаками острого аппендицита в I триместре беременности были положительные симптомы Кохера-Волковича и Ровзинга. Чувствительность и точность симптомов Бартомье-Михельсона, Ситковского, Михельсона и Иванова имели наивысшие значения во II триместре: 78,1-84,3% и 76,9-82,3%.

2. Симптомы Кохера-Волковича, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского теряли свою диагностическую эффективность к III триместру беременности, уступая таким симптомам, как Брендо (67,3%), Михельсона (55,7%) и Иванова (59,6%).

Литература:

1. Острый аппендицит у беременных (научный обзор) / В.В. Хацко, Ф.А. Греджев, А.В. Пархов [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2014. – № 1. – С. 154-157.
2. Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности / Ю.Г. Шапкин, Г.В. Ливадный, Д.В. Маршалов [и др.] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1, № 2. – С. 29-37.
3. Федоров, И.В. Лапароскопическая хирургия и ее последствия на фоне беременности / И.В. Федоров, М.И. Мазитова // Эндоскоп. хирургия. – 2010. – Т. 16, № 5. – С. 59-62.
4. Хасанов, А.Г. Клинико-морфологические особенности острого аппендицита у беременных / А.Г. Хасанов, Э.В. Янбарисова, Ф.Ф. Бадретдинова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014, Т. 9. – № 5. – С. 55-58.
5. Шаймарданов, Р.Ш. Острый аппендицит у беременных / Р.Ш. Шаймарданов, Р.Ф. Гумаров // Практическая медицина. – 2011. – № 6. – С. 53-57.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Пикас Г.Б., Пикас О.Б.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
Киев, Украина

В организме человека наблюдается широкий спектр действия оксида азота (II) NO [1, 2, 3], который влияет на микроциркуляцию крови в результате расслабления гладких мышц сосудов и улучшения реологических свойств крови, что предупреждает развитие атеросклеротических бляшек. При дефиците NO развивается вазоконстрикция, происходит образование тромбов и возникает ишемия [6]. Нарушения функции эндотелия и снижение им продукции эндогенных вазодилататоров (в частности NO) повышают риск возникновения ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности [5]. Некоторые авторы считают, что в плазме крови у пациентов с гипертонической болезнью наблюдается сниженное количество NO, другие авторы отмечают повышение его уровня [2].

Целью наших исследований была оценка состояния системы оксида азота (II) NO в крови у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Было обследовано 159 лиц, из которых 103 (53,9 %) здоровых лица (I группа, контрольная) и 88 (46,1 %) пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (II группа).

Исследования проводили в Киевском городском противотуберкулезном диспансере № 1. NO имеет очень короткий период полураспада (5-30 сек), поэтому об уровне NO свидетельствует количество его стабильных метаболитов (нитритов, нитратов и низкомолекулярных нитрозотиолов), которые изменяются в зависимости от наличия патологического процесса.

Метаболизм NO оценивали спектрофотометрическим методом по содержанию конечных продуктов – метаболитов NO (нитритов, нитратов и низкомолекулярных нитрозотиолов) в плазме и эритроцитах крови. Количество нитритов определяли с помощью реактива Гриса (по методу Грина), нитратов – с помощью бруцинового реактива, низкомолекулярных нитрозотиолов – с помощью реактива Гриса с нитратом ртути.

Исследования проводили на базе Киевского противотуберкулезного диспансера № 1, где пациенты находились на лечении.

Результаты исследований и их обсуждение. В плазме крови у здоровых лиц (I группа) количество нитратов составило (6380,0±530,6) пмоль/мл, количество нитритов – (134,0±17,2) пмоль/мл, а нитрозотиолов – (285,7±29,7) пмоль/мл. В эритроцитах крови у здоровых лиц количество нитратов составило (10134,1±1184,0) пмоль/мл, количество нитритов – (132,4±32,1) пмоль/мл, а нитрозотиолов – (361,4±76,8) пмоль/мл.