С 2001 по 2006 гг. в клинику общей хирургии ИГМУ с диагнозом острый аппендицит были направлены 2 777 больных, из них 1 250 (45 %) женщин и 1 527 (55 %) — мужчин. В клинике у 132 (10,6 %) женщин диагноз острого аппендицита не подтвердился. У них были выявлены различные острые заболевания внутренних половых органов, в том числе у 39 (3,1 %) больных — воспалительного характера.

Эти женщины были в возрасте от 17 до 50 лет. В клинику (33 из них) — направлены врачами скорой помощи, 3 — врачами поликлиник и 3 — переведены из гинекологической клиники. До 24 часов от начала заболевания были доставлены лишь 13 из 39 больных, остальные поступили позже 24 часов, что было связано с поздним их обращением.

При поступлении у 11 из 39 больных направительный диагноз острого аппендицита был подтвержден дежурным хирургом, и в экстренном порядке они были оперированы. Во время операции у них диагностированы воспалительные заболевания гениталий: у 6 больных правосторонний сальпингит, у 5 — 2-х сторонний сальпингоофорит и пельвиоперитонит. Макроскопически червеобразный отросток был изменен вторично, что подтверждено гистологическим исследованием. До операции 6 женщин не были осмотрены гинекологом, а у 5 — гинекологическая патология была исключена.

У 28 больных диагноз острого аппендицита вызвал сомнения. Для уточнения диагноза им были проведены дополнительные исследования (УЗИ брюшной полости, у 20 — видеолaparоскопия, у 3 — пункция брюшной полости через задний свод влагалища). При УЗИ и повторном осмотре гинеколога у 10 пациенток острых воспалительных заболеваний гениталий не было обнаружено, у 12 — такие заболевания были выявлены. У 6 больных по данным УЗИ дифференцировать острый аппендицит и острые воспалительные заболевания гениталий не представлялось возможным. При видеолaparоскопии у всех 20 больных был диагностирован пельвиоперитонит, но достоверно установить его генез удалось лишь у 7 из них: у 4 больных имели место тубоовариальные гнойные образования левых придатков матки, у двух — гнойный сальпингит справа, и у одной больной — разрыв нагноившейся дермоидной кисты левого яичника. У 8 женщин в качестве причины перитонита указывался острый аппендицит, которого на операции не обнаружено, а диагностированы острые воспалительные заболевания внутренних половых органов. У остальных 5 больных наличие выпота, налета фибрина и спаечного процесса в малом тазу не позволило четко осмотреть червеобразный отросток и придатки матки, без чего выявить патологию в них было невозможно.

Предпринятые дополнительные обследования позволили у 19 из 28 женщин исключить острый аппендицит и диагностировать различные острые воспалительные заболевания гениталий. У 9 больных этого сделать не удалось. Истинный характер заболеваний у них был установлен во время операции.

Дополнительные исследования позволили также своевременно и правильно выбрать метод лечения у 19 больных острыми воспалительными заболеваниями гениталий. Состояние 6 из них было удовлетворительным, они не нуждались в экстренной операции и были направлены в гинекологическую клинику для консервативного лечения. 13 женщин с учетом данных клинко-инструментального обследования и ухудшения общего состояния были в экстренном порядке оперированы.

Ретроспективный анализ показывает, что у всех 39 больных с острыми воспалительными заболеваниями гениталий на догоспитальном этапе, а у 20 из них и в стационаре имела место гипердиагностика острого аппендицита. Диагностические ошибки в стационаре были в основном связаны с атипичным течением воспалительных заболеваний гениталий, недооценкой гинекологического обследования и данных клинко-инструментальных исследований.

Таким образом, для улучшения дифференциальной диагностики острых воспалительных заболеваний гениталий и аппендицита в хирургическом стационаре необходимо каждую женщину с признаками острого аппендицита подвергать тщательному и полному гинекологическому обследованию с использованием как традиционных, так и современных методов исследования.

А.Г. Соколов, А.В. Степаненко, А.О. Суховерхов, Л.Ш. Сундуй

КОМПРЕССИОННЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ГНОЙНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Красноярск)
ГУЗ «Красноярская краевая больница» (г. Красноярск)*

Широко распространенные на сегодняшний день традиционные способы кишечного шва имеют ряд существенных недостатков: сквозной характер прошивания пищеварительной трубки, загрязнение лигатурного канала кишечными микробами, частое развитие бактериального воспаления анастомоза (лигатурный анастомозит). Острый анастомозит нередко переходит в хронический (независимо от качества лигатурного материала), что сопровождается нарушением эвакуации, развитием инфильт-

рата и даже несостоятельности шва с перитонитом. Особенно большие проблемы возникают при наложении анастомозов в условиях гнойного воспаления органов брюшной полости.

Принципиально новое направление в соединении тканей — использование сверхэластичных сплавов с памятью формы. Способ наложения компрессионного анастомоза на органах ЖКТ разработан в 1985 г. коллективом во главе с профессором Р.В. Зиганьшиным. Способ основан на применении конструкций из сплава на основе никелида титана.

Методика компрессионных анастомозов имеет несомненные преимущества: бесшовность, атравматичность и асептичность. Применяемые конструкции обеспечивают равномерную компрессию по периметру анастомоза вне зависимости от наличия отека кишечной стенки, их использование технически просто, сокращает время операции.

Указанные свойства анастомозов с использованием конструкций из никелида титана привлекли наше внимание в связи с необходимостью наложения соустьев у больных в условиях гнойного воспалительного процесса, когда традиционные методы часто дают неудовлетворительные результаты.

В 2006 году в клинике Красноярского краевого гнойно-септического центра было оперировано 20 больных с использованием конструкций из никелида титана для наложения компрессионных анастомозов.

Всем больным были ранее проведены операции на органах брюшной полости 2 раза и более, в т.ч. 8 больным — 4 раза и более. Пациенты были доставлены из других учреждений с явлениями нутритивной недостаточности различной степени. Состояние на момент операции у больных этой группы оценивалось по системе Apache II в среднем на 15 баллов, по системе SOFA — в среднем на 9 баллов.

Показанием к операции было наличие одного или нескольких несформированных тонкокишечных свищей. Объем операции в 2-х случаях вынужденно ограничен наложением обходного анастомоза, в остальных выполнена резекция кишки, несущей свищ, с наложением илеотрансверзоанастомоза в 49 %, гастроэнтероанастомоза — в 38 %, энтероэнтероанастомоза — в 13 % случаев.

Недостаточность компрессионного анастомоза как причина смерти отмечена только у одного больного. Еще 4 пациента погибли в ближайшем послеоперационном периоде по другим причинам. У остальных больных признаков несостоятельности анастомозов не отмечалось, они были выписаны в удовлетворительном состоянии в разные сроки после операции.

Таким образом, применение компрессионного анастомоза у больных с несформированными тонкокишечными свищами в условиях гнойного воспалительного процесса позволяет в большинстве случаев избежать развития несостоятельности швов и способствует достижению положительных непосредственных результатов лечения.

А.Г. Соколович, А.В. Степаненко, Д.В. Терсков, К.Ю. Беляев, Е.П. Константинов

КОРРЕКЦИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**ГОУ ВПО Красноярская государственная медицинская академия (г. Красноярск)
Красноярский краевой гнойно-септический центр краевой клинической больницы (г. Красноярск)**

В Красноярске в 2005 г. было 35 000 больных сахарным диабетом. Около 200 ампутаций бедра проводится ежегодно по поводу синдрома диабетической стопы (СДС), т.е. у 1 из 175 больных сахарным диабетом.

Проанализированы результаты обследования и лечения 560 больных с СДС, находившихся на лечении в клинике за период 1992 — 2005 гг. Среди обследованных больных женщин было 66 %, мужчин — 34 %. Сахарным диабетом 2 типа страдал 91 % больных. 90 % больных поступил с декомпенсированным СД. У каждого из больных было по 2 и более осложнений СД: макроангиопатии — 64,3 %, полинейропатии — 80 %, нефропатии — 90 %, в том числе ХПН — 10 %, артропатии — 80 %. У 75 % обследованных больных диагностирована нейроишемическая форма СДС, а у 25 % — нейропатическая инфицированная форма СДС.

У обследованных больных отмечались следующие формы инфекционно-некротического поражения стоп: гнойно-некротические раны, флегмоны стопы, голени — у 36 %, гангрена стопы, пальцев — у 32 %, остеомиелит костей стопы — у 28 %, трофические язвы — у 5,3 %.

Все пролеченные нами больные были разделены на 3 группы в соответствии с эволюцией взглядов на лечение этого контингента больных.

С 1992 по 1998 гг. было пролечено 159 больных, которым применялась стандартная схема лечения независимо от формы СДС. Она включала в себя коррекцию СД, антибактериальную терапию, спазмолитики, анальгетики и местное лечение. В этой группе без операции вылечено 26 больных (16,4 %).