

**И.В. Слепцов, Н.И. Тимофеева, Р.А. Черников, В.А. Макарьин, А.А. Успенская,
В.В. Дмитриченко, Ю.Н. Федотов**

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ВНУТРИТКАНЕВОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ УЗЛОВОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Санкт-Петербург)

ЦЕЛЬ

Демонстрация возможностей методов внутритканевой деструкции в лечении пациентов в возрасте старше 60 лет с автономно функционирующими узлами щитовидной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Внутритканевую деструкцию применили у 42 пациентов в возрасте старше 60 лет с диагнозом «Узловой токсический зоб, тиреотоксикоз». При узлах менее 3 см в качестве основного метода применяли этаноловую склеротерапию (ЭС), которую проводили курсами по 1–5 инъекций в курсе. Общее количество курсов составляло 1–3. У 6 пациентов с солитарными АФУ щитовидной железы размером не более 3 см применяли лазериндуцированную интерстициальную термотерапию (ЛИТТ). При проведении ЛИТТ использовали лазерный хирургический аппарат «ЛС-ИРЭ-Полус» длиной волны 970 нм, мощность излучения 2 Вт, диаметр световода 400 мкм, длительность воздействия 6–12 минут. В 8 случаях при узлах диаметром более 3 см использовали комбинированную методику — проведение ЛИТТ узла с последующим введением этанола в участки узла, сохранившие жизнеспособность. У 11 пациентов с крупными АФУ (от 3 до 5 см в диаметре) использовали радиочастотную абляцию (РЧА) автономного узла. Для проведения РЧА использовали радиочастотный генератор 1500X производства компании RITA Medical (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе пациентов с применением ЭС у 11 из 17 пациентов (64 %) было достигнуто эутиреоидное состояние. При наблюдении пациентов в течение 1 года рецидив тиреотоксикоза был зарегистрирован у 3 (27 %) пациентов, что потребовало проведения дополнительных курсов деструкции в 2 случаях и в 1 случае оперативного лечения. Из 6 пациентов с применением ЛИТТ тиреотоксикоз был устранен у 3 пациентов. Осложнений лечения не отмечено. Комбинированное применение ЛИТТ и ЭС привело к купированию тиреотоксикоза у 7 из 8 пациентов (87,5 %). Положительные результаты лечения были достигнуты у 10 из 11 (91 %) пациентов с АФУ ЩЖ наиболее крупных размеров после применения метода радиочастотной абляции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированное применение методов внутритканевой деструкции позволяет проводить эффективное малоинвазивное лечение пациентов старшей возрастной группы с автономно функционирующими узловыми образованиями щитовидной железы.

И.И. Снегирев, А.П. Фролов

ОШИБКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ И АППЕНДИЦИТА

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Проблема дифференциальной диагностики острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов и аппендикита у женщин продолжает оставаться актуальной и обусловлена их распространенностью, тесной анатомической связью и сходными клиническими признаками. Нередко отмечается гипердиагностика острого аппендикита или острых воспалительных заболеваний гениталий. Такие диагностические ошибки негативно влияют на выбор метода лечения и, в определенной степени, на исход заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение частоты и причин диагностических ошибок у больных острыми воспалительными заболеваниями гениталий, направленных в хирургическую клинику по поводу острого аппендикита.

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 tuboovarиальные 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-