

А.П. Фролов

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКССУДАТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

В начальной стадии стрептококковые заболевания мягких тканей имеют сходную симптоматику (отек, гиперемия, боль в области поражения). Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике.

Цель исследования: определить возможность использования цитологического исследования экссудата для диагностики различных форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены цитологические исследования экссудата мягких тканей у 82 больных со стрептококковыми заболеваниями мягких тканей. Экссудат получали методом пункционной аспирации из центра очага воспаления. В мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе, определяли вид и среднее количество микробных тел в полях зрения ($\times 630$), среднее количество лейкоцитов, среднее количество деструктивных лейкоцитов, вид фагоцитоза и процент фагоцитирующих клеток. Рассчитывали микробно-лейкоцитарный коэффициент — соотношение количества стрептококков к количеству лейкоцитов. С учетом клинико-морфологических проявлений стрептококковых инфекций мягких тканей все заболевания были разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1 ГКС) включен 31 больной рожей и серозным целлюлитом. Во 2 группу клинического сравнения (2 ГКС) — 21 больной гнойным целлюлитом. В 3 группу клинического сравнения (3 ГКС) — 30 больных некротической формой рожи, некротическим фасциитом и миозитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При цитологическом исследовании экссудата мягких тканей в 1 ГКС обнаруживалось небольшое количество стрептококков ($8,39 \pm 1,89$) и лейкоцитов ($5,42 \pm 0,77$). Деструктивные формы лейкоцитов ($0,58 \pm 0,32$) встречались редко. Фагоцитоз не выражен, фагоцитарный индекс составил $0,048 \pm 0,048$ %. Микробно-лейкоцитарный коэффициент был низкий ($2,10 \pm 0,57$). Во 2 ГКС в экссудате имелось умеренное количество стрептококков ($25,95 \pm 6,78$) и значительное количество лейкоцитов ($36,70 \pm 7,61$), что достоверно больше, чем в 1 ГКС. Количество деструктивных лейкоцитов ($11,10 \pm 2,45$) выявлялось больше, фагоцитарный индекс ($1,595 \pm 0,459$ %) значительно выше, чем в 1 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент низкий ($2,53 \pm 1,74$) и не отличался от 1 ГКС. В 3 ГКС количество стрептококков ($566,50 \pm 66,28$) обнаруживалось значительно выше, чем в 1 ГКС и 2 ГКС, количество лейкоцитов ($15,67 \pm 2,97$) больше, чем в 1 ГКС, но меньше, чем во 2 ГКС, что достоверно больше. Количество деструктивных лейкоцитов ($11,67 \pm 1,68$) соответствовало 2 ГКС. Фагоцитоз не выражен (ИФ — $0,0667 \pm 0,0463$ %), что отличало от 2 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент ($188,90 \pm 46,19$) был значительно выше, чем в других группах.

ВЫВОДЫ

При развитии некротических форм стрептококковых заболеваний мягких тканей в экссудате мягких тканей при цитологическом исследовании обнаруживается большое количество стрептококков, при возникновении гнойного процесса — большое количество лейкоцитов. Эти данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

А.П. Фролов, А.А. Русецкая

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

В настоящее время в России отмечается рост заболеваемости туберкулезом. При развитии осложнений абдоминальной формы туберкулеза возникают симптомы острой хирургической патологии, что служит поводом для направления больных с данными клиническими проявлениями на лечение в общехирургические стационары, оказывающие urgentную помощь. Лечение больных туберкулезом в общей клинической сети имеет свои проблемы.

Цель исследования: оценить характер лечения и исходы осложнений абдоминальной формы туберкулеза в ургентной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 94 наблюдений абдоминальной формы туберкулеза у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006–2011 гг. Больные были в возрасте 18–66 лет. Из них до 20 лет было 2 больных, 20–29 лет — 35, 30–39 лет — 40, 40–49 лет — 12, 50–59 лет — 4, старше 60 лет — 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперировано 74 больных. Основным поводом к операции послужило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 43 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 23 случаях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 — с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 9 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 7 — туберкулез селезенки (с абсцедированием в 2-х случаях), в 3 — туберкулез печени, 2 случая — туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 9 случаях был отмечен туберкулез брюшины. У 56 больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Лапаротомия выполнена у 66 больных, из них в 7 случаях она носила эксплоративный характер. Самыми частыми операциями были: резекции пораженного участка кишки с отсроченным анастомозом в 19 наблюдениях, иссечение и ушивание перфоративной язвы кишки (11), вскрытие и дренирование абсцедирующего мезаденита (5) и санации брюшной полости по поводу туберкулезного перитонита (7). В 24 наблюдениях возникла необходимость в этапных хирургических санациях брюшной полости. Не оперировано 20 больных, у которых клинико-инструментальными методами исследования были исключены хирургические осложнения АФТ. Умерло 56 больных, из них 51 — имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной смерти у 42 больных был генерализованный туберкулез, у 14 больных — разлитой гнойный перитонит с органной дисфункцией.

ВЫВОДЫ

Необходимость в ургентной хирургической помощи наиболее часто возникала у больных с туберкулезом кишечника, осложненным перфорацией, реже — с туберкулезным мезаденитом. Неблагоприятным прогностическим фактором абдоминальной формы туберкулеза для жизни являлось наличие перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

М.Н. Чеканов, А.М. Чеканов

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель: улучшение функциональных результатов хирургического лечения высоких свищей прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2010 г. по январь 2012 г. нами было оперировано 19 пациентов. Мужчин — 11, женщин — 8. Средний возраст: 48 ± 13 лет (от 26 до 74 лет). Анатомия свищей была следующей: передний транссфинктерный — у 10 пациентов, передний экстрасфинктерный — у 4-х, задний транссфинктерный — у 1, задний экстрасфинктерный — у 4-х пациентов. Техника выполнения вмешательства: после прокрашивания свищевого хода витальным красителем, в просвет свища на всем протяжении вводился зонд. В области межсфинктерной борозды, над свищем, выполнялся разрез до 1,5 см. Внутренний сфинктер отслаивался с помощью диссектора от наружного. При этом выделялся свищевой ход на протяжении 1–1,5 см, зонд удалялся, свищевой ход лигировался дважды и пересекался между лигатурами. После пересечения свищевого хода рана ушивалась наглухо. Раневой канал дренировался резиновым выпускником до 3–4 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана срока наблюдения составила 42 недели (от 3 до 105 недель). Рецидив прямокишечного свища отмечен дважды: у женщины 34 лет с передним транссфинктерным свищем и мужчины 74 лет с передним экстрасфинктерным свищем.