

**007. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
И БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ
НАБЛЮДЕНИЯ)**

**Садыкова Е.Ф., Абсалямова Л.Р.,
Гималетина И.А., Файзуллина Г.Г.,
Сайфутдинов И.М., Прохорова Ю.Ф.**
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань
Межрегиональный клинико-диагностический
центр, Казань

Клинический случай 1. Под нашим наблюдением находилась больная с бластомой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензией, механической желтухой. Приводим клиническое наблюдение: больная И., 61 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в марте 2010 г. с жалобами на боли в правом подреберье, эпигастрии, в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, отрыжку воздухом, чувство тошноты, осветленный стул после приема слабительных, мочу темного цвета. Похудела на 7 кг за один месяц.

По данным анамнеза, заболела около двух месяцев назад: появились боли в области эпигастрия после погрешности в еде; изжога, рвота, приносящая

облегчение, потемнение мочи и посветление стула. Обратилась к участковому врачу, прошла УЗИ ОБП - патологии выявлено не было, проведена РКТ ОБП – признаки панкреатита, стриктуры холедоха, размеры желчного пузыря 112x42 мм. Была назначена лекарственная терапия: бускопан, эрмиталь, хофитол, зипантола; самочувствие несколько улучшилось. Перенесенные заболевания: остеохондроз шейного отдела позвоночника, гипертоническая болезнь II ст, ЦВБ, хроническая ишемия головного мозга, СД 2 типа с 2010 года; из оперативных вмешательств: в 1986 г. проведена аппендэктомия. Наследственность не отягощена.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ - 32.18. Кожные покровы и склеры желтые. ЧД 22 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с ЧСС 70 ударов в мин.; АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в правом подреберье. Печень выступает на 6 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светлый, моча темная. Диагноз: Механическая желтуха, стриктура холедоха. Хронический панкреатит в стадии обострения. Сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации. Ожирение I степени. Проведены следующие исследования: общий анализ крови: отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, снижение гематокрита. Биохимический анализ крови: отмечается гипербилирубинемия за счет повышения прямой фракции, цитолиз за счет повышения уровня АЛТ (0,9) и АСТ (0,2) при норме до 0.028, холестаза - повышение уровня щелочной фосфатазы (126), ГГТП (7968). В ОАМ: желчные пигменты положительны. Диастаза мочи по Вольгемуту - 64 г/ч х л.

Копрограмма: кал светло-коричневого цвета, мажвидный, лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эпителий – 2-2-3 в поле зрения, мышечные волокна (+), растительная клетчатка (++), детрит (++). ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 68 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС. Неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости. За время госпитализации проводилось лечение: спазган, контрикал, оmez, дюспаталин, мезим, мотилак.

На основании жалоб: наличие болевого синдрома в эпигастрии и правом подреберье, изменение цвета стула и мочи, наличия желтухи, данных УЗИ (увеличение размеров желчного пузыря 112x42 мм), МРТ (сужение холедоха в терминальном отделе и расширение в средней трети до 1.7 см), данных объективного обследования (положительный симптом Курвуазье, увеличение печени за счет правой доли) был выставлен предварительный диагноз: Механическая желтуха. Холангиокарцинома? Стриктуры холедоха неясного генеза. Дуоденогастральный рефлюкс. Желчный рефлюкс-

гастрит. Для уточнения причины сужения холедоха в МКДЦ была проведена эндоскопическая ультрасонография верхних отделов ЖКТ. Заключение: Эхо-признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки двенадцатиперстной кишки. Билиарная гипертензия. Предположительно T2-T3 Nx Mx. Консультирована врачом онкологом КОД МЗ РТ, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия) в условиях отделения абдоминальной хирургии КОД МЗ РТ. Больная была переведена в КОД МЗ РТ для дальнейшего оперативного лечения.

Клинический случай 2.

Под нашим наблюдением находился больной с Са головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензией и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены.

Приводим клиническое наблюдение. Больной Р., 39 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на выраженную слабость, боли в правом и левом подреберьях, в области желудка, в правой поясничной области, на зуд кожных покровов, темный цвет мочи, похудание на 15 килограмм за последние 2 месяца. По данным анамнеза, заболел около трех месяцев назад: появились боли в поясничной области, отмечал потемнение цвета мочи, присоединилась желтуха, в связи с чем больной был госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на вирусный гепатит. В результате проведенного обследования вирусный гепатит был исключен, и больной переведен в терапевтическое отделение городской больницы, где был выставлен диагноз: хронический гепатит алиментарно-токсического генеза с синдромом цитолиза и холестаза. Механическая желтуха хирургом была исключена. Получал лечение: урсосан, гептрал, метадоксил, мезим форте, дюспаталин. На фоне проводимого лечения у больного сохраняется болевой синдром, который он самостоятельно купировал кеторолом (принимал без назначения врача). Через 2 недели после выписки из стационара самочувствие больного ухудшается: нарастает желтуха, зуд кожных покровов, болевой синдром, больной продолжает худеть, в связи с чем направляется на госпитализацию в госпиталь МВД. При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациента удовлетворительное, астенизирован, ИМТ–18; кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета. При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях, печень увеличена за счет правой доли (выступает на 5 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Стул коричневый, моча темного цвета. В лабораторных анализах отмечается ускорение СОЭ до 36 мм/ч, нормохромная анемия,

гипербилирубинемия за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2N, АСТ - 2N), холестаза (щелочная фосфатаза - 4N, ГГТП - 3N); гиперамилаземия. По данным УЗИ ОБП отмечается увеличение головки поджелудочной железы до 35 мм, увеличение желчного пузыря до 115x50 мм, расширение холедоха до 9 мм. Учитывая болевой синдром, похудание на 15 кг, изменения в биохимических анализах крови, данные УЗИ, наиболее вероятный диагноз: Механическая желтуха. Заболевание головки поджелудочной железы. Пациент направляется на эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС) верхнего отдела ЖКТ. По результатам ЭУС выявлены следующие изменения: эхо-признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензии и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены (Са поджелудочной железы). Предположительно Т3, N1-2, Mx. Данные за увеличение регионарных лимфатических узлов. Проведение ретроградного стентирования на момент осмотра невозможно. Больной направлен к онкологу для проведения оперативного лечения.

Клинический случай 3.

Под нашим наблюдением находилась больная с хроническим билиарным панкреатитом в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989 г.). Холедохолитиаз. Стриктура на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза (послеоперационная рубцовая стриктура?). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести в стадии субкомпенсации.

Приводим клиническое наблюдение. Больная Б., 74 года, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на чувство тяжести в желудке, усиливающееся после еды, чувство тошноты, вздутие живота, нестабильный стул: запоры чередовались с приступами диареи, зуд кожных покровов. Часто беспокоили боли в эпигастрии, возникающие ночью, уменьшающиеся после приема пищи. Похудела на 8 кг за один месяц.

По данным анамнеза, заболела в октябре 2009 года: появились боли в области желудка, чаще в ночное время. Лечилась самостоятельно - принимала мезим форте и оmez. Обратилась к участковому врачу, проведена ФГДС: эрозивный рефлюкс-гастрит, проведено УЗИ гепатобилиарной зоны: печень - с явлениями стеатоза, желчный пузырь удален, холедох - 11 мм, поджелудочная железа - контуры ровные, структура изоэхогенная.

Перенесенные заболевания: хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь II ст, СД 2 типа с 1998 года, киста почки. Из оперативных вмешательств: в 1989 г. проведены холецистэктомия, удаление фибромы левой

груди, в 1990 г. - пластика послеоперационной вентральной грыжи. Наследственность неотягощена.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ - 31. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Отмечается симметричная пастозность голеней. ЧД 16 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с ЧСС 70 в мин.; АД - 160/80 мм рт. ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот мягкий, выражена болезненность при пальпации в области эпигастрия, правого подреберья. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, преимущественно за счет левой доли. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Проведены следующие исследования: общий анализ крови - отмечается ускорение СОЭ до 29 мм/ч, снижение гематокрита; биохимический анализ крови - амилаза - 11,9 мг\скл. В ОАМ - желчные пигменты положительные. Диастаза мочи по Вольгемуту - 16 г/чл. Копрограмма: кал оформленный, желто-коричневого цвета, мазевидный, лейкоцитов 1-2 в поле зрения, растительная клетчатка (+), детрит (+). ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 ударов в 1 мин.; горизонтальное положение ЭОС. Замедление АВ проводимости. УЗИ ОБП - свободной жидкости в брюшной полости нет. Увеличение правой доли печени на 1.5 см по типу стеатоза, холедохолитиаз, признаки хронического панкреатита.

Предварительный диагноз: Хронический билиарный панкреатит в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989 г.). Холедохолитиаз. Стриктура Вирзунгова протока? Дуоденогастральный рефлюкс. Желчный эрозивный рефлюкс-гастрит. Сахарный диабет 2 типа в стадии компенсации. За время госпитализации проводилось лечение: папаверин, урсосан, альмагель, спазган, контрикал, оmez, дюспаталин, мезим, индап, эналаприл, манинил, сиофор. Для уточнения диагноза была проведена эндоскопическая ультрасонография верхнего отдела ЖКТ. Заключение: Стриктура на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза (послеоперационная рубцовая стриктура). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха. Рекомендована консультация онколога. Консультирована врачом онкологом КОД МЗ РТ, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия) в условиях отделения абдоминальной хирургии КОД МЗ РТ; плановое проведение ЭРХПГ + щеточная или щипцовая биопсия для определения показаний к билиодуоденальному протезированию.

Больная выписана с рекомендацией дальнейшего хирургического лечения по поводу стриктуры холедоха.

Выводы: приведенные клинические наблюдения демонстрируют высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении

патологии билиарной системы и заболеваний поджелудочной железы.

008. СООТВЕТСТВИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛЕСТНИЧНЫХ ПРОБ И МОЩНОСТИ ПО ВЭМ.

Чухнин Е. В., Амиров Н.Б.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», кафедра общей врачебной практики.

Цель. Определить степень соотношения мощности в ваттах при проведении велоэргометрической пробы с нагрузкой при подъеме по лестничным пролетам. В качестве объединяющего показателя используется частота сердечных сокращений.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 158 человек. Использовались комплексы суточного мониторирования ЭКГ и велоэргометр. Нами были обследованы 68 человек на велоэргометре «Альтоника» по протоколу: трехминутные этапы с 25 Вт до 150 Вт с шагом 25 Вт. Определяли ЧСС в конце каждого этапа нагрузки. 150 Вт достигли только 22% обследуемых. Обследованы 90 человек на комплексе суточного мониторирования ЭКГ «ДНК». Программа физических нагрузок включала ступенчатый подъем на 2, 3, 5, и 9 этажи с возможностью отдыха по необходимости. Определяли ЧСС при подъеме на каждый этаж, отмеченный в протоколе.

Полученные результаты.

Подъем на 2 этаж, соответствует 25 Вт, 4 ФК, ЧСС 105±4 в минуту.

Подъем на 3 этаж, соответствует 50 Вт, 3 ФК, ЧСС 118 ±3 в минуту

Подъем на 5 этаж, соответствует 75 Вт, 2 ФК, ЧСС 130±5 в минуту

Подъем на 9 этаж, соответствует 100 Вт, 2 ФК, ЧСС 145±5 в минуту.

Также установлено, что чем старше пациенты, тем ниже у них ЧСС на определенных нагрузках и хуже переносимость нагрузок.

Резюме. Данные суточного мониторирования ЭКГ при выполнении лестничных проб можно использовать для определения функционального класса стенокардии напряжения и толерантности к физической нагрузке, используя приведенную ниже таблицу.

Этаж	Ватт	ЧСС	ФК
2	25	105±4	4
3	50	118±3	3
5	75	130±5	2
9	100	145±5	2



001. ПРИМЕНЕНИЕ БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ ОТ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АППАРАТА «АМО-АТОС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

APPLICATION of running magnetic field appliance of magitoterapevtichesky apparatus «АМО-АТОС» in complex treatment of patients suffering from chronic prostatitis from the position of evidential physiotherapy

И.А.Буренина, к.м.н., ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

В.В. Хасанов врач-уролог высшей квалификационной категории

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ

Реферат. Проведено клиническое исследование эффективности применения бегущего магнитного поля в комплексном лечении 50 больных, страдающих хроническим простатитом преимущественно неинфекционного генеза. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой эффективности лечения с применением бегущего магнитного поля по сравнению с группой больных, получавших только стандартный общепринятый комплекс лечения, что свидетельствует о целесообразности включения данного метода в комплексную терапию больных, страдающих хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический простатит, простатодиния, хронический тазовый болевой синдром, низкочастотная магнитотерапия.

Abstract. A clinical trial of the effectiveness of the running magnetic field in complex treatment of 50 patients suffering from chronic prostatitis of mainly noninfectious origin was carried out. Received results indicate much higher efficiency in treatment applying running magnetic field than standard conventional treatment of patients. The results show advisability of including this method into complex therapy of patients suffering from chronic prostatitis.

Key words: chronic prostatitis, prostatodynia, pelvic pain syndrome, low-frequency magnetotherapy.

Хронический простатит в настоящее время остаётся наиболее распространённым заболеванием среди мужчин. Согласно статистическим данным простатитом болеют от 25 до 40% мужчин, причем, как правило, наиболее трудоспособного возраста (25 – 50 лет) [2,3,6].