

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ДАШИЕВ Ц.Д., ПЛЕХАНОВ А.Н., ЗОЛБООТ Л., КИСЕЛЕВ П.М., НАМХАНОВ В.В., ТОВАРШИНОВ А.И. — 2009

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ц.Д. Дашиев¹, А.Н. Плеханов^{1,2}, Л. Золбоот, П.М. Киселев, В.В. Намханов, А.И. Товаршинов^{1,2}

¹Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф. член-корр. РАО С.В. Калмыков;

²Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, г. Улан-Удэ, директор — д.м.н. Цыбиков Е.Н.;

³Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД»)

Резюме. В данной статье приведен опыт диагностики, консервативного и хирургического лечения кровотечений язвенной этиологии. Эндоскопическое воздействие на источник кровотечения из поверхностных поражений является эффективным методом гемостаза. Отмечены показания к хирургическому лечению и его результаты.

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечения, лечение.

DIAGNOSTICS AND MEDICAL TACTICS AT BLEEDINGS FROM ULCER LESIONS OF THE GASTROENTERIC TRACT

T.D. Dashiye¹, A.N. Plekhanov^{1,2}, L. Zolbohot, P.M. Kiselev, V.V. Namkhanov, A.I. Tovarshinov^{1,2}

¹Buryat State University, Ulan-Ude;

²Buryat Branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude;

³Departmental Clinical Hospital on the Railway Station "Ulan-Ude", Ulan-Ude)

Summary. In the article the experience of diagnostics, conservative and surgical treatment of bleedings of ulcer etiology is presented. Endoscopic influence on a source of bleeding from superficial lesions is an effective hemostatic method. Indications to surgical treatment and his results are marked.

Key words: stomach ulcer, bleedings, treatment.

Несмотря на уменьшение частоты заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в экономически развитых странах, которую нередко связывают с уменьшением частоты распространности *Helicobacter pylori*, благодаря широкому проведению антихеликобактерной терапии язвенной болезни и хронического гастрита, повышению экономического уровня жизни людей, частота возникновения различных осложнений, прежде всего появления кровотечений, составляет 5-10% случаев.

Цель работы: исследование частоты осложнений язвенной болезни (ЯБ), продемонстрировать возможности эндоскопической диагностики и лечения при кровотечении из язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), эффективности стационарного лечения больных с язвенными кровотечениями.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни больных, поступивших в Отделенческую клиническую больницу на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по поводу осложненных форм ЯБ и результаты диагностической и лечебной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из острых поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Кровотечения у больных язвенной болезнью значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, при длительности заболевания язвенной болезнью более 5 лет. Основные причины образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут быть источником кровотечения, по наблюдениям некоторых исследователей, — инфекция НР, прием большими нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и гиперсекреция соляной кислоты, выделяемой обкладочными клетками слизистой оболочки желудка.

Показанием к проведению неотложной ЭГДС считается подозрение на острое кровотечение из ВОПТ. Эндоскопическое исследование проводим круглосуточно. У большинства больных ЭГДС выполнена в первые 6 часов их пребывания в клинике. Подготовка к исследованию включала стандартную премедикацию и промывание желудка холодной водой.

Результаты и обсуждение

За 3 года поступило 451 больных ЯБ, что составило 6,4% от всех госпитализированных больных. Соотношение количества больных ЯБ желудка (ЯБЖ) и ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) составило 1:2. С осложненным течением поступило 24% от общего числа пациентов (108 человек). Кровотечения составили большую часть всех осложнений — 66,0%. Второе место по частоте возникновения осложнений занимает прободение язвы (30,0%). Стеноз и малигнизация не встречались. Летальность наблюдалась только при осложненном течении ЯБ и составила 3,7%. Эффективность лечения была рассмотрена у 38 больных, госпитализированных с язвенным кровотечением. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1, половина больных была в возрасте 55 и старше. Около 8,0% больных имели отягощенный язвенный анамнез. Сопутствующая патология встречалась у 40,0% пациентов. С признаками активного кровотечения поступило 18,0% больных. У 53,0% больных обнаруживались язвенные дефекты с неактивным кровотечением. В 29,0% случаев эндоскопическая картина была без признаков кровотечения. Язвенные дефекты от 0,5 до 1,7 см встречались в 68,3% случаев. Большие язвы от 1,8 до 2,5 см обнаруживались у 8,1% пациентов. Наиболее часто встречающейся локализацией язв ЛДПК была передняя стенка (58,0%), в желудке язвенные дефекты чаще локализовались в теле желудка — 69,0%. Лечение больных ЯБ, осложненной кровотечением, проводилось по общепринятым схемам лечения.

Использовались эндоскопические методы гемостаза: орошение источника кровотечения 5,0% раствором аминокaproновой кислоты и феракрила, инъекционные методы гемостаза (раствора адреналина в подслизистый слой), диатермокоагуляция пуговчатым зондом и сочетание этих методов. Одной из задач неотложной эндоскопии является оценка интенсивности кровотечения и прогнозирования вероятности его рецидива. Для этой цели в своей работе мы использовали общепринятую классификацию по Forrest (F). Во время ЭГДС у всех 108 больных с продолжающимся кровотечением удалось достичь первичного гемостаза. При остановившемся на момент осмотра кровотечения вы-

полнено воздействие на источник геморрагии с целью профилактики его рецидива.

Оперативные методы применялись при наличии показаний, независимо от локализации язвы:

1. Продолжительные рецидивирующие и массивные кровотечения, несмотря на адекватную терапию (соматостатин, лосек, квамател, диатермокоагуляция и др.).
2. Перфорация.
3. Стеноз привратника.
4. Обострение с рецидивом язвы после перенесенного осложнения (ушная перфоративная язва или язвенное кровотечение).

У 90,0% пациентов на фоне консервативного лечения язвенные дефекты диаметром до 1,0 см рубцевались в среднем на 12 день. Длительность рубцевания язвенных дефектов большого размера (от 1,8 см) неизвестны в связи с выпиской больных на 10 день и долечивания их в амбулаторных условиях. Рецидив кровотечения наблюдался у 2 больных на 3 и 8 сутки соответственно. Послеоперационная летальность составила 11,1% (1 человек). Больничная летальность была отмечена – 6,25 (2 человека), обусловленная ЯБЖ, 3,9% (2 человека), обусловленная ЯБЛДПК. Наибольшая летальность отмечена

на при сочетании ЖКК и пенетрации язвы, на втором месте – при кровотечении, на третьем месте – при прободной язве.

ЭГДС является достоверным методом диагностики причины, локализации и характера кровотечения из поверхностных дефектов слизистой ВОПТ. Эндоскопическое воздействие на источник кровотечения из поверхностных поражений ВОПТ является эффективным методом гемостаза. Современная концепция лечения ЯБ предусматривает активную хирургическую тактику, а также рациональную терапевтическую тактику, с использованием парентеральных форм ингибиторов протонной помпы и блокаторов H₂ — гистаминовых рецепторов в адекватных суточных дозах. Успешная эрадикация НР предупреждает рецидивы кровотечений у больных с язвами двенадцатиперстной кишки, по меньшей мере, в течение 4 лет, способствуя, таким образом, изменению течения язвенной болезни. Скорость реинфекции НР после излечения, по некоторым наблюдениям, составляет от 0 до 4 лет. После успешной эрадикации НР гиперсекреция соляной кислоты, по мнению других исследователей, уже не является фактором риска появления кровотечений.

Адрес для переписки: г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко
Плеханов Александр Николаевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии БГУ;
Товаршинов Александр Искрович — к.м.н., врач-хирург Отделенческой больницы на ст. Улан-Удэ

© ЕСЕЛЕВИЧ В.С. — 2009

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА (ХБП) С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ «МАТРИКС-УРОЛОГ»

В.С. Еселевич

(МУЗ Железногорская центральная районная больница, г. Железногорск, гл. врач — Р. Николаев)

Резюме. Проведена оценка эффективности применения вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-Уролог» в комплексном лечении больных ХБП.

Ключевые слова: лазерная терапия, хронический простатит.

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS WITH THE LASER THERAPY DEVICE "MATRIX-UROLOGIST"

V.S. Yeselevich

(Central Regional Hospital, Zheleznogorsk)

Summary. The article presents evaluation of efficacy of application of vibromagnetolaser head VMLG-10 on the base of device of laser therapy "Matrix - Urologist" in the complex treatment of chronic bacterial prostatitis.

Key words: laser therapy, chronic prostatitis.

Хронический простатит (ХП) является наиболее распространенным заболеванием у мужчин моложе 50 лет, составляя 8% амбулаторных визитов к урологу [1]. С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30-73% [2]. На долю хронического бактериального простатита (ХБП) приходится 5-15% случаев заболевания [3]. Влияние ХП на качество жизни, по данным Richard (2003), сопоставимо с инфарктом миокарда, болезнью Крона, что обуславливает значительные психологические и социальные проблемы у мужчин сексуально активного и трудоспособного возраста.

Наиболее распространенными этиологическими агентами ХБП являются представители семейства *Enterobacteriaceae*, наиболее часто это штаммы *Escherichia coli*, которые обнаруживаются в 65-80% случаев инфекций. Другие бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.* и пр.) выявляются в 10-15% случаев. Энтерококки составляют от 5 до 10% инфекций простаты [2].

В настоящее время обсуждается этиологическая роль грамположительных бактерий – коагулонегативных стафилококков при ХБП [3, 4]. Именно им

(данные кафедры урологии и оперативной нефрологии ГОУ ВПО РГМУ, Москва) принадлежит ведущее (58%) этиологическое значение. Между тем, на долю грамотрицательных патогенов приходится 27% случаев ХБП, а 15% составляют больные с *Enterococcus faecalis*. К факторам риска, способствующим заселению предстательной железы бактериями или возникновению инфекции, вызванной условно-патогенными бактериями, относят уретропростатический рефлюкс мочи, фимоз, анально-генитальные сношения без презервативов, инфекции мочевых путей, острый эпидидимит, постоянные уретральные катетеры и трансуретральные операции у мужчин с инфицированной мочой без предшествующей антимикробной терапии [2].

Ведущее место в лабораторной диагностике ХБП принадлежит микробиологическому исследованию – четырехстаканному локализационному тесту, предложенному в 1968 г. И. Меаресом и Т. Стейми. Десятикратное и более увеличение уровня бактерий в секрете простаты или третьей порции мочи, по сравнению с