

– развитие детско-подростковой психотерапевтической службы для своевременного оказания специализированной психотерапевтической помощи, внедрение в лечебно-диагностический процесс современных технологий, направленных на своевременное прогнозирование и коррекцию психопатологических состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – 470 с.
2. Алтер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи // В кн.: Напрасная смерть: причины и профилак-

тика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. Пер. Е. Ройне. – М., 2005. – 208 с.

3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – М., 1977. – 348 с.

4. Паршин А. Н. Суицид как развитие личности: Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – 250 с.

5. Редько А. Н. Анализ динамики распространенности психических расстройств на региональном уровне / А. Н. Редько, А. Г. Жилина // Материалы VI Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 8–10 декабря 2005 г.) – М.: РУДН, 2005. – С. 402–403.

Поступила 19.04.2012

В. А. БОНДАРЕНКО¹, И. И. ТАРАНОВ²

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

¹Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Ростова-на-Дону, Россия, 344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, 88/35, тел. 8 (863) 233-78-95. E-mail: tara-sparcovez@mail.ru;

²кафедра военно-полевой хирургии Ростовского государственного медицинского университета Минсоцразвития России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

Проведен анализ лечения 78 больных с сочетанием язвенной болезни и желчно-каменной болезни. Хирургическую тактику лечения определяли опасностью для больных осложненного течения язвенной болезни или выраженностью признаков острого холецистита и его осложнений. В послеоперационном периоде имели место развитие осложнений со стороны язвенной болезни в виде кровотечений после выполнения только операции холецистэктомии, а также обострение желчно-каменной болезни после операции по поводу язвенной болезни.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желчно-каменная болезнь, сочетание, хирургическое лечение.

V. A. BONDARENKO¹, I. I. TARANOV²

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINATION PEPTIC ULCER AND CHOLELITHIASIS

¹Municipal fiscal health facility «Urban emergency hospital», Mr. Rostov-on-Don, Russia, 344068, Rostov-on-Don, st. Bodray, 88/35, tel. 8 (863) 233-78-95. E-mail: tara-sparcovez@mail.ru;

²department of military surgery, Rostov state sedesol medical university, Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevan Lane, 29

The analysis of treatment is conducted 78 patients with combination of ulcerous illness and to gallstone illness. Surgical tactics of treatment were determined by a danger for the patients of the complicated flow of ulcerous illness or expressed of signs of sharp cholecystitis and his complications. In a postoperative period development of complications took place from the side of ulcerous illness as bleeding after implementation only of operation of cholecystectomy, and also intensifying of gallstone illness after an operation concerning ulcerous illness.

Key words: peptic ulcer, cholelythiasis, combination, surgical treatment.

Введение

Взаимосвязь функций желудка и желчного пузыря известна давно. Ещё в 1899 г. классик отечественной медицины С. П. Боткин [1] в своих научных исследованиях доказывал ее. Возможно также сочетание заболеваний желудка и желчного пузыря у одних и тех же людей [2]. Так, по сведениям литературы [5], сочетание таких заболеваний, как язвенная болезнь и желчно-каменная болезнь, наблюдается у 9,5–12,3% пациентов. Однако в последние годы отмечается увеличение чи-

сла больных с сочетанием данных патологий [3, 4]. Особенно это заметно среди лиц пожилого и старческого возраста, имеющих выраженные метаболические нарушения. У этих пациентов язвенная болезнь выявляется в 17,6% наблюдений при наличии желчно-каменной болезни [7].

В настоящее время хирургические подходы к лечению пациентов с сочетанием язвенной и желчно-каменной болезни исследованы мало. Одни ученые [5] считают необходимым выполнять одномоментные

симультанные операции, другие [6] подходят к хирургическому лечению с учетом конкретной ситуации. Однако при неотложных состояниях хирургическая тактика неопределенна. Вместе с тем широкое применение в клинической практике современных медикаментозных средств лечения язвенной болезни, эндоскопических способов остановки язвенных кровотечений, а также наличие различных методов мини-инвазивных хирургических вмешательств по поводу желчно-каменной болезни обуславливают сложности в выборе тактики хирургического лечения данной категории больных [4]. Все это вызывает необходимость проведения исследования, направленного на разработку современного подхода к лечению данной категории больных.

Целью настоящего исследования является определение хирургической тактики в зависимости от преобладания в клинической картине осложненного течения язвенной болезни или обострения желчно-каменной болезни.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 78 больных с сочетанием язвенной болезни и желчно-каменной болезни. Все пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение в порядке скорой медицинской помощи. По клиническому течению больных разделили на 2 группы. Первую составили 22 человека, у которых в клинической картине преобладали проявления осложненной язвенной болезни. Во второй группе (56 чел.) в клинической картине преобладали симптомы желчно-каменной болезни в стадии обострения. При этом у 14 пациентов были признаки механической желтухи, а у 6 человек имелись сложности диагностики ведущего заболевания в связи с невыраженностью клинических признаков. Только в процессе динамического наблюдения и дополнительных исследований (общий анализ крови, амилаза крови, аминотрансфераза, инструментальные методы) было диагностировано преобладание в клинической картине обострения желчно-каменной болезни.

С целью диагностики патологических процессов в гастродуоденальной зоне и желчном пузыре пациентам выполняли фиброгастродуоденоскопию с обязательной биопсией слизистой оболочки желудка для определения наличия *Helicobacter pylori*, а также ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной области. Кроме того, 8 больным осуществлена рентгеноскопия желудка с дуоденографией, 12 пациентам – обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Среди больных первой группы у 9 были выявлены такие осложнения язвенной болезни, как кровотечение из пенетрирующих язв, сочетание пенетрации язвы со стенозом – у 7 человек, перфорация язвы – в 4 наблюдениях, сочетание кровотечения из язвы со стенозом – в 2 случаях. У 18 пациентов этой группы при ультразвуковом исследовании обнаружен калькулезный процесс в желчном пузыре, в 4 наблюдениях у лиц с перфоративной язвой он стал операционной находкой.

У больных второй группы деструктивные формы острого холецистита выявлены в 32 случаях. Из них у 14 обнаружен холедохолитиаз с явлениями механической желтухи. Уровень общего билирубина находился в пределах 36,2–127,6 мкмоль/л. Кроме того, у 23 человек имелись невыраженные признаки обострения язвенной болезни, у остальных пациентов данной группы имела место язвенная болезнь в стадии ремиссии.

При наличии язвенного кровотечения больным первой группы осуществляли его эндоскопическую остановку. В 4 наблюдениях использовали инъекционный способ эндоскопического гемостаза (спирт-адреналин), в 5 наблюдениях – аргоноплазменную коагуляцию.

Хирургическую тактику определяли опасностью для жизни больных осложнений язвенной болезни или острого холецистита. Экстренные операции выполняли при неостановленных язвенных кровотечениях (Forrest 1A,1B), перфорации гастродуоденальной язвы, рецидиве кровотечения. Всего выполнено 8 экстренных операций. При этом 3 больным осуществлено ушивание перфоративной язвы. Одному пациенту с перфоративной язвой желудка выполнена операция резекции желудка. При наличии язвенного кровотечения в 2 наблюдениях произведено прошивание язвы без удаления желчного пузыря. Лицам с остановленным кровотечением, а также с пенетрирующими и стенозирующими язвами после предоперационной подготовки в течение 10–12 дней выполнены симультанные операции резекции желудка с холецистэктомией.

Больным второй группы выполняли операции холецистэктомии. При этом 11 пациентам с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, операции выполняли в 2 этапа. Первым была операция эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией, вторым этапом – лапароскопическая холецистэктомия. Троем больным выполнены открытые холецистэктомии с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому. Пациентам, не имеющим механической желтухи, произведены лапароскопические холецистэктомии (38 чел.) или открытые холецистэктомии (4 чел.). Для предупреждения возникновения язвенного кровотечения 6 больным накануне операции в течение 2 суток внутривенно вводили препарат «квamatел» по 60 мг в сутки, в 11 наблюдениях – препарат «омепразол» по 40 мг, растворенный в 100 мл физиологического раствора поваренной соли. Остальным пациентам назначали пероральный прием препарата «омепразол» или «омез» по 20 мг 2 раза в сутки. В раннем послеоперационном периоде осуществляли внутривенное введение тех же антисекреторных лекарственных средств, а спустя 3–4 суток после операции отменяли внутривенные инфузии препарата «квamatел» или «омепразол» и назначали прием их внутрь по 20 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. При выписке больных из стационара рекомендовали прием одного из этих препаратов по 20 мг 1 раз в сутки в течение 3 недель.

Результаты и обсуждение

У пациентов первой группы в 2 наблюдениях при использовании для гемостаза в язве инъекций спирт-адреналина остановка язвенного кровотечения не была достигнута. Кроме того, рецидив кровотечения отмечен у 2 пациентов спустя 2–3 дня после эндоскопического гемостаза. При аргоноплазменной коагуляции гемостаз в язве был достигнут во всех случаях его применения. Послеоперационные осложнения возникли в 6 случаях. Наиболее серьезными из них были пневмонии (2) и деструктивный холецистит (1). В связи с этим произведена 1 открытая операция холецистэктомии.

Во второй группе больных послеоперационные осложнения возникли у 2 человек в виде язвенного кровотечения, которое удалось остановить эндоскопическим способом и последующей медикаментозной терапией.

Сравнительный анализ полученных результатов лечения свидетельствует о том, что у данной категории больных хирургическая тактика должна быть определена опасностью для их жизни осложненного течения язвенной болезни или выраженностью признаков острого холецистита и его осложнений. С этой целью в процессе диагностики и динамического наблюдения следует четко разделять пациентов на лиц, имеющих в клинической картине превалирование осложненного течения язвенной болезни, и лиц с выраженными признаками острого холецистита. Выбор вида операции необходимо проводить с учетом особенностей ведущего патологического процесса. В послеоперационном периоде возможно развитие осложнений со стороны язвенной болезни у лиц, которым выполнена только операция холецистэктомии. Также возможно обострение желчно-каменной болезни у пациентов, которым произведена только операция на желудке. Поэтому следует осуществлять тщательное наблюдение за больными в послеоперационном периоде и проводить соответствующее медикаментозное лечение. Больным с остановленным язвенным кровотечением при наличии пенетрирующих или стенозирующих язв и желчно-каменной болезни целесообразно выполнение симультанной операции: резекции желудка и холецистэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. Клинические лекции. – СПб, 1899. – 248 с.
2. Иванов Ю. В., Соловьев Н. А., Шарнов М. Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях // *Анналы хир.* – 2007. – № 4. – С. 17–20.
3. Кононенко С. Н., Лимончиков С. В. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности мини-инвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию // *Хир.* – 2011. – № 9. – С. 4–10.
4. Краснов О. А. Хирургическая тактика лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим калькулезным холециститом // *Анналы хир.* – 2008. – № 5. – С. 30–33.
5. Маховский В. З., Ованесов Б. Т., Маховский В. В. и др. Одномоментные хирургические операции при желчно-каменной болезни и результаты их хирургического лечения // *Хир.* – 2006. – № 5. – С. 18–22.
6. Мовчан К. Н., Романов А. В., Мозила А. И. и др. Спорные вопросы последовательности и методов лечения больных с сочетанием желчно-каменной болезни и язвы двенадцатиперстной кишки // В сб.: *Проблемы хирургии в современной России.* – СПб, 2007. – С. 109–112.
7. Селезнева Э. Я. Особенности клинического течения сочетания желчно-каменной и язвенной болезни у больных в пожилом и старческом возрасте // *Клин. геронтол.* – 2006. – № 1. – С. 66–68.

Поступила 12.04.2012

О. А. ВАСИЛЬЕВА¹, А. Х. КАЗИЕВ², Е. А. КУБРИН¹

ПОЗДНИЙ НЕЙРОСИФИЛИС, КАК ФАКТОР КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

¹Ставропольский краевой диагностический центр,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Ленина, 317, тел. +79283076979;
²кафедра микробиологии Ставропольской государственной медицинской академии,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310

Был обследован 71 больной с поздним нейросифилисом. Использовались нейропсихологическое тестирование, нейрофизиологические методы (P300). Полученные результаты позволили выявить наиболее значимые когнитивные изменения у больных с поздним паренхиматозным нейросифилисом, что может быть следствием более выраженного специфического дегенеративно-дистрофического процесса в тканях мозга с нарушением нейрональных пространственно-временных связей.

Ключевые слова: нейросифилис, когнитивные нарушения

О. А. VASILYEVA¹, А. Н. KAZIEV², Е. А. KUBRIN¹

LATE NEUROSYPHILIS, AS FACTOR COGNITIVE OF INFRINGEMENTS

¹The Stavropol regional diagnostic center,
Russia, 355017, Stavropol, Lenin's, 317 street, tel. +79283076979;
²faculties of microbiology StSMA,
Russia, 355017, Stavropol, street of the World, 310

71 patients with late neurosyphilis have been surveyed. used neuropsychological testing, neurophysiology methods (evoked potential P300). The received results have allowed to reveal the most significant cognitive changes at patient with late parenchyma neurosyphilis which can be consequence of more expressed specific is degenerate-dystrophic process in brain tissue.with infringement neuron existential communications.

Key words: cognitive infringements, neurosyphilis.

Введение

На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации на фоне снижения общего уровня

заболеваемости сифилисом остается высоким удельный вес латентных форм сифилиса, в том числе нейросифилиса [1, 4, 5]. Принимая во внимание давнюю