

А.Д. Быков, Ю.А. Быкова, С.А. Белоусова

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛОЙ ИНФЕКЦИИ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ
РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, МЕТОДОМ ПРИМЕНЕНИЯ
БИОИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Госпитальная хирургическая клиника медицинского факультета
Бурятского государственного университета (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Больной Н., 72 года, госпитализирован в плановом порядке в урологическое отделение городской клинической больницы на оперативное лечение по поводу аденомы предстательной железы. Обследован амбулаторно на уровне клинического минимума. Противопоказаний для оперативного лечения нет. Через двое суток после госпитализации выполнена трансуретральная простатэктомия. Ближайший послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 6-е сутки после операции повысилась температура до 39 °С, появился выраженный озноб, многократный жидкий стул, сильная общая слабость, сдвиг формулы крови влево, лейкоцитоз (лейкоциты — $16 \times 10^9/\text{л}$, п/я — 18). Признаков послеоперационных осложнений в области операции не найдено. Бактериологическое исследование кала отрицательное. Принимал антибактериальную терапию (цефатоксим 2,0 в/в $\times$ 3 раза). Состояние улучшилось незначительно, сохранялся многократный жидкий стул. На 10-е сутки после операции выписан на амбулаторное долечивание в поликлинике по месту жительства. Через двое суток после выписки состояние пациента ухудшилось: А/Д — 80/60 мм рт. ст., повышение температуры до 40 °С, озноб, спутанное сознание. Осмотрен врачом скорой помощи, доставлен в отделение реанимации городской инфекционной больницы. Переведен на ИВЛ, начата интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Состояние улучшилось: переведен на спонтанное дыхание, повышение температуры до 38 °С. Многократные посевы кала на дизгруппу, кишечные инфекции не дали положительного результата. Продолжено лечение в условиях отделения реанимации в течение четырёх суток без эффекта и дальнейшей положительной динамики. На 4-е сутки лечения в инфекционной больнице проведена диагностика и однократное лечение с применением биоинформационных технологий (после проведенного однократного лечения жалоб не предъявляет, температура снизилась до субфебрильной, А/Д — 130/80 мм рт. ст., пульс — 88 уд./мин; мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, неучащенное; стул самостоятельный, обычной консистенции). С применением NLS-диагностики в мочевыводящих путях выявлен *Enterococcus Fecium*, который верифицирован при бактериологическом исследовании мочи. Проведена метадиэнцефалотерапия, метазодотерапия по общепринятой методике. Трёхкратное лечение по данной технологии привело к выздоровлению пациента. Контрольный микробиологический анализ мочи на микрофлору — отрицательный. На 7-е сутки выписан из инфекционной больницы. В отдалённом периоде через 6 месяцев жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Качество жизни хорошее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический пример показывает, что возможности биоинформационных технологий имеют широкий диапазон воздействия в плане диагностики и лечения не только хронических, но и острых воспалительных заболеваний, кишечных инфекций, в том числе в комплексном лечении, значительно сокращают сроки пребывания пациентов в стационаре и могут с успехом применяться в диагностике и лечении заболеваний мочевыводящих путей, кишечных инфекций. Биоинформационные технологии частично решают проблему новых подходов в раннем выявлении патологических изменений в организме человека.

А.Д. Быков ^{1, 2}, Г.Ф. Жигаев ², В.Е. Хитрихеев ¹, Е.Н. Цыбиков ^{2, 3}**КИСТА СРЕДОСТЕНИЯ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**¹ Госпитальная хирургическая клиника медицинского факультета БГУ (Улан-Удэ)² Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)³ Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Улан-Удэ)

Кисты средостения и забрюшинного пространства, по данным авторов, являются наиболее часто встречающимися образованиями в средостении. Терминология, которую использовали для их обо-

значения, значительно варьировала — дубликатуры, бронхогенные, энтерогенные, кисты пищевода, а также было много вариантов их классификации. В литературе есть единичные описания длительно существующих гигантских кист этой области, которые подлежат оперативному лечению. Приводим клинический пример кисты забрюшинного пространства у пациента М. 42 лет.

Больной М., поступил в хирургическое отделение РКБ 05.09.2009 г. с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, усиливающиеся при разгибании туловища, приёме пищи, отмечено снижение веса тела на 14 кг за 1 месяц. Из анамнеза выяснено, что болеет около 20 лет, когда периодически стал отмечать боли в верхних отделах живота после физической нагрузки, иррадиирующие в спину. Обращался за медицинской помощью, лечился по поводу острого панкреатита, обследовался. Отмечал незначительное улучшение самочувствия после проводимого лечения. Последнее время боли участились и усилились. Заметил появление опухолевидного образования в верхнем этаже брюшной полости, которое заметно увеличивается. Осмотрен хирургом по месту жительства, направлен в хирургическое отделение РКБ с направительным диагнозом «киста поджелудочной железы», госпитализирован. Общее состояние при поступлении — средней степени тяжести, старается принять вынужденное положение сидя согнувшись или лёжа согнувшись с приведенными к животу ногами. Боли усиливаются после приёма пищи. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс — 76 уд./мин., А/Д — 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот увеличен в объёме за счёт опухолевидного образования в верхнем этаже брюшной полости. В эпигастриальной области, преимущественно слева, определяется опухолевидное образование тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, неподвижное, размером примерно 12 × 15 см, при пальпации болезненное, перкуторно определяется притупление над образованием. Другие отделы живота доступны пальпации, безболезненные, отклонений от нормы не определяется. При лабораторном обследовании нет изменений со стороны общих анализов крови и мочи, биохимических анализов. Температура тела нормальная. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы: диффузные изменения поджелудочной железы, головка — 24 мм, тело — 21 мм, хвост — 17 мм. Учитывая данные обследования и осмотра пациента, несмотря на длительный анамнез заболевания (20 лет), возникло сомнение в диагнозе: хронический рецидивирующий панкреатит, киста поджелудочной железы. Выполнена компьютерная томография, при которой обнаружена гигантская киста забрюшинного пространства и средостения с распространением до бифуркации трахеи.

09.09.2009 г. выполнена операция — верхнесрединная лапаротомия, дренирование кисты средостения и забрюшинного пространства, дренирование брюшной полости.

При ревизии обнаружено массивное кистозное образование в забрюшинном пространстве, которое сдавливает желудок, брыжейку, мезocolon, выраженный спаечный процесс этой области. При дальнейшей ревизии выявлено, что поджелудочная железа интактна, не увеличена, при пальпации обычной консистенции и не является причиной кисты. При дальнейшей ревизии выявлено, что последняя через пищеводное отверстие диафрагмы «уходит» в средостение. Произведена пункция кисты, получено мутное, светло-зеленоватое содержимое без запаха. Электроотсосом эвакуировано до 1500 мл такого содержимого. Интраоперационная инструментальная ревизия полости кисты в забрюшинном пространстве показала, что её размеры более чем на 20 см выше диафрагмы и достигают 15 см в ширину с переходом до 16 см ниже диафрагмы в забрюшинное пространство. Полость кисты средостения и забрюшинного пространства промыта 3 % раствором перекиси водорода, раствором фурацилина 1 : 5000 с последующей активной аспирацией содержимого, дренирована двумя силиконовыми дренажными трубками, приготовленными из желудочных зондов, и выведены в поясничную область с заведением контрольного трубчатого дренажа в брюшную полость. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Отмечено подтекание серозно-геморрагического отделяемого из полости кисты в течение 7 дней. Выписан в удовлетворительном состоянии из стационара. Жалоб не предъявляет. Дренаж оставлен в полости кисты для формирования свищевого канала. Рекомендовано наблюдение хирурга по месту жительства и осмотр в РКБ через 15 дней. Осмотрен через 1 месяц. Жалоб не предъявляет, выделений из дренажа нет. Дренаж удалён. Осмотрен через 1 год по вызову. Жалоб нет, работает, выполняет физические нагрузки, считает себя полностью здоровым. Признаков рецидива кисты нет.

Таким образом, для дифференциальной диагностики кистозных образований брюшной полости необходимо комплексное обследование с обязательной компьютерной томографией для выбора правильной тактики оперативного лечения.