

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, квамтел, 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 инфекции. 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

первой или второй порциями мочи, свидетельствуют о бактериальной этиологии заболевания.

После клинического обследования и микробиологической идентификации этиологического агента возникает необходимость назначения антимикробной терапии, занимающей центральное место в лечении ХБП.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин, принятым в 2001 г., антимикробная терапия ХБП должна проводиться препаратами из группы фторхинолонов или триметопримом в течение 4-6 недель. Эффективность комплексного лечения с применением антимикробной терапии в сочетании с различными методами физиотерапевтического воздействия на предстательную железу продолжает оставаться предметом многочисленных исследований и публикаций. В этой связи особый интерес представляет изучение возможностей различных видов лазерной терапии. Известно, что при использовании низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в лечении ХП улучшаются репаративные, микроциркуляторные процессы, нормализуется функция предстательной железы, что в ряде случаев может привести к улучшению показателей спермограммы. При этом ведущая роль отводится улучшению микроциркуляции в предстательной железе и обеспечению приближенным к оптимальным условиям для транспорта лекарственных средств.

Магнитолазерная терапия (МЛТ) — сочетание НИЛИ с постоянным магнитным полем (ПМП) — в последнее время получила широкое распространение среди сочетанных методов физиотерапевтического воздействия благодаря потенцированию эффекта лазерной терапии.

МЛТ изменяет энергетическую активность клеточных мембран, приводит к конформационным изменениям жидкокристаллических структур, в первую очередь, внутриклеточной воды, что в свою очередь способствует увеличению глубины проникновения излучения в биологические ткани. Усиление турбулентности кровотока обеспечивает улучшение трофики тканей предстательной железы.

Массаж предстательной железы — одна из наиболее известных лечебных процедур, издавна используемых в лечении хронического простатита. Несмотря на появление новейших терапевтических технологий, этот классический метод до сих пор сохраняет свое значение как в диагностике, так и в лечении простатита. Массаж предстательной железы усиливает кровообращение и уменьшает венозный застой в ней, улучшает ее трофику и тканевый обмен, повышает местную иммунологическую резистентность и способствует восстановлению и поддержанию дренажной функции конечных отделов простатических ацинусов. Пальцевой массаж, проводимый нередко в грубой форме, может привести к «раздавливанию» микроабсцессов и распространению инфекции.

В этой связи аппаратный массаж имеет большие преимущества перед пальцевым, отличаясь не только травматичностью, но и меньшей трудоемкостью для врача.

Цель исследования: оценка эффективности применения вибромангнитолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-Уролог» в комплексном лечении больных ХБП.

Материалы и методы

За период с февраля по декабрь 2008 г. было проведено обследование и лечение 49 мужчин, страдающих ХБП.

Всем больным проводилось физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, лабораторные тесты, а также бактериологическое исследование в виде четырехстаканного локализационного теста Миарес-Стейми с определением чувствительности выделенной

микрофлоры к антибиотикам и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы.

Оценку симптомов ХБП проводили по шкале симптомов хронического простатита Национального института здоровья США.

В результате проведенных бактериологических исследований был выявлен рост следующих организмов в диагностически значимых титрах (табл. 1).

Таблица 1
Микроорганизмы, выделенные у больных ХБП

Название микроорганизма	Общее количество	Основная группа	Контрольная группа
<i>Escherichia coli</i>	18 (37%)	11 (40%)	7 (32%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	3 (6%)	1 (4%)	2 (9%)
<i>Acinobacter baumani</i>	2 (4%)	1 (4%)	1 (4,5%)
<i>Citrobacter koseri</i>	1 (2%)	—	1 (4,5%)
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	16 (33%)	9 (33%)	7 (32%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	9 (18%)	5 (19%)	4 (18%)
Всего	49 (100%)	27 (100%)	22 (100%)

Следует отметить, что все идентифицированные микроорганизмы, по данным антибиотикограммы, имели чувствительность *in vitro* к фторхинолонам III и IV поколений.

Заболевание проявлялось в болевых ощущениях в тазовой области у всех больных (средний балл симптомов составлял 14,5), расстройствах мочеиспускания у 34 больных (средний балл — 4,8). Средний балл при оценке качества жизни составлял 7,4.

По данным микроскопического исследования простаты, у всех больных отмечено повышение количества лейкоцитов (более 10 в поле зрения) и снижение количества лецитиновых зерен. Трансректальное ультразвуковое исследование выявило увеличение объема простаты (средний объем составил 32,4 см³) наряду с очаговой и диффузной гиперэхогенностью в ткани железы.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, длительности заболевания и выраженности клинических проявлений. В первую группу вошли 27 больных ХБП в возрасте от 27 до 53 лет (средний возраст — 38,4 лет), схема лечения которых включала антимикробную терапию спарфлоксацином — фторхинолоном 3-го поколения, обладающим высокой активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, и воздействие вибромангнитолазерной головки комплекса ВМЛГ-10 лазеротерапевтического аппарата «Матрикс-Уролог», сочетающее в себе магнитолазерную терапию с вибромассажем. ВМЛГ-10 представляет собой ректальную насадку с кольцевидным магнитом (25 мТл) в рабочей части, источником лазерного излучения (–0,63 мкм, 10 мВт) и генератором вибрации с частотой 1-10 Гц и максимальной амплитудой до 5 мм.

Физиотерапевтические сеансы проводили ежедневно при частично наполненном мочевом пузыре с обязательным опорожнением мочевого пузыря сразу после каждой процедуры. Первые 5 сеансов проводили ежедневно, последующие — через день. Положение пациента — лежа на боку с согнутыми в коленях ногами. На насадку надевали презерватив, воздействовали через слизистую ампулы прямой кишки. 1-5 процедуры проводили с использованием только магнитолазерной составляющей ВМЛГ-10. Время экспозиции 5 минут. Мощность излучения 10 мВт, частота — 10 Гц, ПМП — 25 мТл.

6-10 процедуры проводили с одновременным использованием вибромассажа с магнитолазерной терапией. Время экспозиции — 5 минут, ПМП — 25 мТл, частота вибрации — 8-10 Гц. Максимальная амплитуда вибрации — до 60% под контролем субъективной оценки пациента.

Динамика симптоматики, качества жизни больных до и после лечения

Время исследования	Болевые ощущения в тазовой области (средние баллы)		Расстройства мочеиспускания (средние баллы)		Оценка качества жизни (средние баллы)	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
До лечения	14,3	14,7	4,8	4,8	7,8	7,3
После лечения	4,6	6,3	1,2	2,7	3,1	5,6

В контрольной группе, которая состояла из 22 больных ХБП в возрасте от 24 до 45 лет (средний возраст 35,6 лет), применяли антимикробную терапию спарфлоксацином и 10 сеансов мануального массажа. Спарфлоксацин назначали по 400 мг (2 таб.) 1 раз в первые сутки, а в последующие дни по 200 мг (1 таб.) в сутки. Общая продолжительность курса лечения составила 4 недели. Клинический и бактериологический контроль эффективности проводимой терапии осуществляли через 4 нед. после приема препарата.

Результаты и обсуждение

Спарфлоксацин хорошо переносился больными, и мы не отмечали нежелательных реакций во время всего курса лечения. При контрольном обследовании получены следующие результаты: эрадикации возбудителей по данным бактериологического исследования удалось добиться у 25 больных (92%) основной группы и у 19 (86,4%) больных, входящих в контрольную группу. На фоне проведенного лечения было отмечено значительное уменьшение симптомов, нормализация количества лейкоцитов в секрете простаты и уменьшение объема простаты по данным трансректального ультразвукового исследования. Динамику симптоматики и качества жизни в каждой группе иллюстрирует таблица 2.

При анализе полученных данных обращали на себя внимание более высокие показатели качества жизни после проведенного лечения в основной группе по сравнению с данными у больных контрольной группы. Обращало на себя внимание и то, что купирование болевого синдрома у 77,7% (21 больной) основной группы наблюдали уже к 9-му дню проводимого курса лечения, в то время как у 68% (15 больных) контрольной группы – только к 14-му дню курсового лечения. Уменьшение

выраженности диуретического синдрома происходило приблизительно в одинаковые сроки – в среднем к 12-му дню в обеих группах.

Микробиологическая эффективность антимикробной терапии спарфлоксацином в основной группе больных ХБП составила 92%, в контрольной группе – 86,4%.

Таким образом, применение вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-уролог» в комплексном лечении больных ХБП позволяет повысить эффективность лечения больных хроническим простатитом, за счет сочетанного воздействия антибактериальных препаратов и бактериостатического и иммуномодулирующего действия применяемых физических факторов, восстановления и нормализации микроциркуляции в зоне предстательной железы, улучшения дренирующей функции протоков предстательной железы.

Так же достоинством данного аппарата является его способность в более сжатые сроки избавлять больных от болевого синдрома, что, в свою очередь, помогает больному быстрее адаптироваться в психоэмоциональном плане.

Эффективность лечения в основной группе составила 92%, что позволяет утверждать, что применение вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-Уролог» в комплексном лечении больных ХБП является высокоэффективной патогенетической частью комплексной терапии больных хроническим простатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазо Е.Б., Попов С.В. Хронический бактериальный простатит // Врачебное сословие. — 2004. — № 1-2. — С. 18
2. Москвин С.В., Ачилов А.А. Лазерная терапия аппаратом «Матрикс». — М. — Тверь: Триада, 2008. — 144 с.
3. Муфегед М.Л., Иванченко Л.П., Москвин С.В. и др. Лазерная терапия в урологии. — Тверь: «Издательство «Триада», 2007. — 132 с.
4. Полонский А.К., Черкасов А.В. Об использовании полупроводниковых лазеров в экспериментальной и клинической медицине // Вопр. курорт. — 1984. — № 4. — С. 66—67.

Адрес для переписки: 665653, Иркутская обл., г. Железногорск-Илимский, квартал 8, д. 15, Железногорская центральная районная больница, тел. (39566) 3-17-14; Еселевич В.С. — врач-уролог

© КЛИМЕНКО И.Г. — 2009

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО, РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

И.Г. Клименко

(Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, г. Иркутск, директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Представлен способ оперативного лечения пациентов с патологией коленного сустава (рецидивирующий привычный вывих надколенника), с применением артроскопии. Способ позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, уменьшить восстановительный период и общую нетрудоспособность, снизить количество ближайших и отдаленных послеоперационных рецидивов. Данным способом прооперировано 48 больных в период с 1998 по 2008 годы.

Ключевые слова: коленный сустав, привычный вывих надколенника, хирургическая коррекция.