

3. Ардабаева С.Н., Лепехов А.С., Мансуров А.С., Садуакасов Н.Ж. Стратегия «снижение вреда» среди групп ЛГБТ. - Павлодар, 2010. - 26 с.

4. Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ // ЮНЭЙДС/ВОЗ. 2000.

Түйіндеме

Мәліметте ЕЖЕ арасында алдын-алу жұмыстары үшін аймақтарды кеңейту, тереңдету және ашуда үкіметтік емес ұйымдардың рөлі бағаланды. Үкіметтік емес ұйымдар ер адамдармен жыныстық қатынасы бар ерлер арасында алдын-алу бағдарламаларын жүзеге асыру бойынша іс-шараларды өткізуде тиімді делдал болып табылады.

Resume

The report assessed the role of non-governmental organizations in expanding, deepening and opening areas for prevention efforts among MSM. It was established that non-governmental organizations are an effective mediator in efforts to implement prevention programs for men who have sex with men.

УДК 616.33 – 006.4

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПРОФУЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Е.К. Каурханов, С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев,
А.Н. Жумабеков**

*Павлодарский филиал государственный медицинский
университет, г. Семей*

Неспецифические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – это совокупность нозологических форм неизвестной этиологии, которые характеризуются язвенным поражением толстой или тонкой кишок в результате их хронического неспецифического воспаления [1, 2].

Первой нозологической формой, которую включили в эту группу в конце XIX века был язвенный колит (ЯК). Вторая характеризовалась как регионарный илеит, то есть изолированное поражение терминального отдела подвздошной кишки. Впоследствии регионарный илеит стали называть болезнью Крона (БК). В течение последующих 30 лет господствовала точка зрения, что при язвенном колите поражается исключительно толстая кишка, а при болезни Крона – терминальный отдел подвздошной кишки.

Проблема дифференциальной диагностики между язвенным колитом и болезнью Крона возникла в 60-70 года XX века, когда после внедрения в широкую клиническую практику колоноскопии появились публикации, в которых утверждалось, что при БК может поражаться не только подвздошная кишка, но и толстая кишка. В настоящее время общепринята точка зрения, что при болезни Крона, в отличие от язвенного колита, могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта – от ротовой полости до анального канала. Болезнь Крона невозможно излечить ни консервативными, ни хирургическим путем. В то же время, больной язвенным колитом считается излеченным после операции колпроктэктомии.

Совершенствование дифференциальной диагностики в группе неспецифических воспалительных заболеваний кишечника может помочь в разработке схем дифференциального лечения больных язвенным колитом и болезнью Крона, а значит, существенно улучшить их качество жизни и прогноз. При этом необходимо исключить воспалительные заболевания кишечника, которые не относятся к группе неспецифических ВЗК. Это инфекционные, сосудистые, медикаментозные, токсические, радиационные поражения кишечника, дивертикулиты и другие.

Сосудистые поражения кишечника обусловлены двумя причинами – ишемией и васкулитом. Ишемия является самой частой причиной сосудистых расстройств кишечника у пожилых. Несколько типов ишемии кишечника могут маскироваться под неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Воспалительный процесс при ишемии может быстро исчезать без остаточных изменений стенки кишки или может персистировать и приводить к образованию трансмуральных рубцов и стриктур. Ишемический генез заболевания кишечника можно предполагать у больного неопластического или неврологического расстройства, выраженными сердечными нарушениями или патологией периферических сосудов и у пожилых пациентов.

В хирургическое отделение 1 городской больницы за 2010 год госпитализировано 90 больных с кишечным кровотечением. Из них 80 больных было с геморроидальным кровотечением, у 10 больных верифицирован язвенный колит при колоноскопии с биопсией. Среди них мужчин – 8, женщин – 2.

Всем больным проводилась инфузионная и гемостатическая терапия, специфическое лечение проведено сульфасалазином и салофальком по схеме, гормонотерапия по показаниям избирательно. Практически всем пациентам удалось остановить кровотечение консервативным путем и добиться стойкой ремиссии заболевания. Однако, у одной больной пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству, в связи с профузным кровотечением из язвы прямой кишки.

Приводим пример: пациентка Б., 1956 года рождения госпитализирована в хирургическое отделение 1 городской больницы с жалобами на наличие

активного кровотечения из заднего прохода после акта дефекации, выраженную слабость. Из анамнеза – в 2009 году пережил острое нарушение мозгового кровообращения, имеется тетрапарез. Объективно: состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледно-розовой окраски, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 80/60 мм.рт.ст., пульс – 96 уд/мин. Живот мягкий, спокоен во всех отделах. Газы отходят, стул с примесью крови.

Местно: тонус сфинктера снижен, на перчатке кровь.

Начата гемостатическая терапия, переливание полиглюкина 400 мл внутривенно, переливание двух доз крови, гемоглобин снизился 72 г/л. Консервативное лечение без эффекта, в срочном порядке больная взята на операцию. Под внутривенным наркозом произведена дивульсия ануса, при осмотре на зеркалах на расстоянии 7-8 см от ануса на передней стенке прямой кишки определяется язвенный дефект до 1,5 см в диаметре с ровными контурами в центре которого пульсирующий кровоточащий сосуд. Произведено прошивание сосуда 8-ми образным кетгутовым швом со стороны слизистой прямой кишки, кровотечение остановлено. В послеоперационном периоде продолжена гемостатическая терапия, рецидива кровотечения нет, больная на 8 сутки выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при трофических язвах прямой кишки на фоне тетрапареза возможно острое кровотечение из сосуда. При низком расположении язвенного дефекта, предпочтительно проводить оперативное лечение трансанальным доступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головенко О.В. Дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний кишечника. - М., 2010. - С.9.
2. Рот М., Бернхардт В. Воспалительные заболевания кишечника. - СПб., 2007.- С. 60.

Түйіндеме

Тетрапарез аясындағы тікшектің трофикалық ойық жара кезіндегі жедел қан кетудің жағдайы баяндалған. Ойық жара ақаулығы төмен орналасу кезіндегі трансанальды жолмен оташалдық әдіспен ем жасау мүмкіндігі көрсетілген.

Resume

A case of profuse bleeding in the trophic ulcers of the rectum against the backdrop of tetra paresis. The possibility of surgical treatment of trans anal access at a low location of the ulcer.