

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Гаврильман А.С.

КГКП «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Болезнь Пейрони – очаговая фибропластическая индукция белочной оболочки полового члена, относится к коллагенозам, встречается в возрасте 40-60 лет. Клинические проявления болезни: боль в половом члене при эрекции и искривление полового члена. Это приводит к невозможности половой близости.

Цель работы. Оценка эффективности медикаментозной терапии в сочетании с физиотерапевтическими процедурами в частности ударно-волновой терапии на очаг поражения у больных с болезнью Пейрони.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте от 35 до 62 лет, длительность болезни от 6 месяцев до 1 года, искривление члена при эрекции от 10° до 90°, боли беспокоили практический до 90% пациентов. Диагноз выставлялся на основании жалоб, осмотра, наличия пальпируемых бляшек в кавернозных телах, данных ультразвуковой эхографии.

Больным проводилась комплексная терапия: витамин Е (α -токоферол) 400 МЕ х 2 раза в сутки во время еды - 30 дней; вобензим 3-5 драже х 3 раза в сутки, за 40 минут до еды - 30 дней; детралекс 1т х 2 раза в день – 20 дней.

Физиотерапевтические методы в следующей последовательности:

инфракрасный лазер 10 минут № 10, затем ультразвук 15 мин, ударно-волновая терапия вместо или после ультразвука (УВТ на аппарате «Мастер Пульс-МП-100» фирмы «КАРЛ-ШТОРЦ») с частотой 2000-2500 импульсов и силой энергии от 1.5 до 2 БАР. Проводилось до 8 процедур через 4-5 дней. Контактная среда – фастум гель.

Контроль результатов лечения проводился на основании жалоб пациента, ультразвуковых исследованиях размеров и экоструктуры.

Результаты и обсуждение

В результате проведенной терапии регресс наступал к 4-6 дню. Уменьшались боли, а к концу лечения отмечалось разрыхление бляшек и уменьшение искривления полового члена. При этом эффект физиотерапевтических процедур был значительно выше у больных, которые вместо ультразвука получали ударно-волновую терапию.

Заключение.

Применяемый мною метод комплексной медикаментозной терапии в сочетании с тройным физиотерапевтическим воздействием на очаг поражения позволяют значительно повысить эффективность лечения и добиться значительного регресса клинических проявления заболевания.

ГИДРОАДЕНИТ МОШОНКИ

Гаврильман А.С.

КГКП «Аксукая центральная больница», г. Аксу, Павлодарская область

Гидроаденит - воспаление апокриновых потовых желез возникает в подмышечных впадинах, волосистой части головы, а в редких случаях, на коже мошонки, что вызывает, порой, сложности в диагностике заболеваний органов мошонки.

Материалы и методы. Мною наблюдались ряд больных обратившихся с жалобами: на боли в мошонке, с иррадиацией в паховую область, наличие нескольких свищей с гнойным отделяемым. Данные больные направлялись в стационар с диагнозом:

«Абсцесс мошонки», «Туберкулез яичка», «Орхоэпидидимит». У одних больных это было впервые, у других подобные свищи открывались и закрывались самопроизвольно. В тяжелых случаях наблюдалась гиперемированная увеличенная мошонка, плотная и резко болезненная при пальпации с еще не вскрывшимися гнойниками, а иногда с вскрывшимися, с гнойным или серозно-геморрагическим отделяемым. При вскрытии гнойников и взятии посева из раны, был выделен золотистый стафилококк, а в свищевых ходах при гистологическом обследовании определялась псевдоэпителиоматозная гиперплазия.

В комплекс лечения, помимо вскрытия и дренирования гнойников, назначались антибиотики сроком до одного месяца. В острой стадии - цефалоспоринового ряда, а в хронической - эритромицинового ряда. Использовались мазевые повязки с антибиотиками, иммуностимуляторы - имунофан, полиоксидоний, циклоферон, физиотерапевтические процедуры - УФО, УВЧ.

Результаты. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что гидроаденит мошонки протекает так же как гидроаденит другой локализации.

Заключение Гидроаденит мошонки одно из редких локализаций гидроаденита.

Нередко он вызывает сложности в диагностике заболеваний мошонки, поэтому при дифференциальной диагностике заболеваний мошонки нельзя забывать о таких его редких локализациях.

Лечение гидроаденита должно быть комплексным, включать хирургический и медикаментозный методы.

Литература:

1. Беринбейм Б.А., Студницин А.А. «Дифференциальная диагностика кожных болезней» (Руководство для врачей)
2. Иванов О.Г., Львов А.Н. «Справочник дерматолога»
3. Фицматрик Т., Джонсон Т. и др. «Дерматология» (атлас-справочник)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Ганюкова О.В.

ФАО «ЖГМК» Павлодарская железнодорожная больница, г. Павлодар

Гипертензия во время анестезиологического пособия при хирургическом вмешательстве является актуальной проблемой анестезиологии. Выраженная гипертензия, осложняющая состояние пациента, может проявиться на этапе интубации трахеи, после начала оперативного вмешательства и отличается стойкостью к медикаментозному воздействию. Особенно выраженной гипертензия бывает у больных с исходным гипертензионным синдромом и гипертонической болезнью в анамнезе. Резкое повышение артериального давления опасно развитием острых циркуляторных нарушений мозговой гемодинамики и инсультом. В

литературе имеются указания на профилактику гипертензии на этапе вводного наркоза и оперативного вмешательства, которые сводятся к адекватной премедикации, продолжению антигипертензивной терапии в день операции, соответствующему выбору препаратов для вводного наркоза и основной анестезии. Вместе с тем, некоторые авторы отмечают недостаточность этих мероприятий, когда несмотря на точный расчет всех компонентов предстоящей анестезии, достаточную степень анальгезии и нейровегетативной защиты, избежать развития гипертензии во время операции не удастся. В последние годы на