

других препаратов. Разовая и суточная доза тагансорбента определялась методом титрования и назначалась с учетом тяжести течения болезни: при легком течении – 3г 1 раз в сутки; при среднетяжелом течении по 3г 2 раза в сутки (утром и вечером), при тяжелом течении 3г 3 раза в сутки и соответственно суточные дозы составляли: 3г, 6г, 9г. У всех больных независимо от формы тяжести препарат назначался в течении 3-5 дней (до прекращения диареи).

Результаты и их обсуждение. Наши наблюдения при сальмонеллезе показали, что лечебный эффект тагансорбента по непосредственным результатам оказался значительно выше, чем при традиционной терапии. Клиническая эффективность тагансорбента проявлялась существенным сокращением длительности основных симптомов сальмонеллеза. Так, в более ранние сроки в сравнении с контрольной группой регрессировали: лихорадка (в 1,4 раза), озноб (в 1,5 раза), головная боль (в 1,6 раза), головокружение (в 1,5 раза), слабость (в 1,6 раза), судороги (в 1,5 раза), боли в животе (в 1,6 раза), тошнота (в 1,2 раза), рвота (в 1,2 раза) и диарея (в 1,7 раза). Остальные клинические признаки сальмонеллеза (адинамия, сухость слизистых и др.), также имели тенденцию к более быстрому угасанию, но без достоверных различий с группой сравнения. Оценку эффективности лечения тагансорбентом у больных дизентерией проводили на основании клинических критериев: продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения. Наши наблюдения показали, что применение тагансорбента дает отчетливый клинический эффект уже в период купирования активного инфекционного процесса. У больных получавших тагансорбент, достоверно в более ранние сроки купировались такие основные симптомы, как слабость, тошнота, боли в животе, спазм сигмы, диарея, чем у больных группы сравнения. Следует отметить, что на фоне применения тагансорбента уменьшалась продолжительность и других клинических признаков дизентерии (лихорадка, головная боль, снижение аппетита, тенезмы, ложные позывы), хотя и без достоверных различий.

Выводы. Таким образом, клиническая эффективность тагансорбента и его благоприятное влияние на нормальную микрофлору кишечника позволяют рекомендовать этот препарат для широкого применения в лечении ОКИ. Препарат прост в применении, доступен, безопасен и хорошо переносится больными. Отсутствие побочных действий и противопоказаний позволяют использовать этот препарат не только в условиях стационара, но и в амбулаторных условиях.

189. ОСТАНОВКА ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ

Мусорина В.П., Скажутина Л.Н., Малов В.И., Заворыкина Л.Ю.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», г. Чита, главный врач Лиханов И.Д.

Цель исследования. Анализ эффективности применения метода аргоноплазменной коагуляции (АПК) в остановке желудочных кровотечений.

Материалы и методы. Материалом исследования служили пациенты с острыми желудочными кровотечениями, доставленные в хирургическое отделение. АПК проводили аргоноплазменным коагулятором KLS martin ME MB1 (производитель Германия). Для выполнения АПК проводили от источника высочастотного напряжения через инструментальный канал гастрофиброскопа фирмы «Олимпус» зонд-апликатор немецкой фирмы «ERBE», длиной 200 см, диаметром 2,2 мм, с торцевым расположением сопла. Зонд устроен таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. За 30 мин. до проведения экстренного эндоскопического исследования пациентам проводили стандартную премедикацию: внутримышечно вводили Sol. Promedoli 2%–1,0; Sol. Sibasoni 0,05%–2,0; Sol. Methacini 0,1%–4,0. Во время проведения экстренной эндоскопии определяли состояние источника кровотечения, показывая к АПК. Для непосредственного воздействия на ткани зонд-апликатор выдвигали на 5–10 мм из канала фиброскопа и располагали в 5–8 мм от поверхности слизистой оболочки. При объемной скорости подачи аргона 2 л/мин и электрической мощности 60 вт производили АПК поверхности субстрата 4–5 импульсами по несколько секунд каждый до достижения надежного гемостаза, что определяли визуально. При продолжающемся кровотечении подвергали коагуляции непосредственно кровоточащий сосуд.

Результаты и их обсуждение. За полтора года применения АПК провели остановку кровотечений у 92 больных, 48 мужчин и 44 женщин в возрасте от 18 до 78 лет. Все пациенты поступили в стационар в экстренном порядке. Предварительное обследование в минимальном варианте включало в себя электрокардиографию, общий анализ крови, исследование гематокрита, определение группы крови и резус-фактора, содержания глюкозы в крови, исследование коагулограммы. Все больные дали письменное согласие на проведение эндоскопического вмешательства. У 52 больных причиной кровотечения была язвенная болезнь (из них у 3 пациентов – пептическая язва анастомоза), у 19 – острые эрозии желудка, у 4 – синдром Дьелафуа, у 17 – синдром Мэллори-Вейса. У 86 пациентов (94,4%) применение АПК привело к окончательной остановке кровотечения. Это совпадает с данными других авторов [Н.В. Лебедев с соавт., 2007] или несколько выше установленной исследователями, у которых эффективность АПК при острых язвенных поражениях равнялась 87–88% [Кузьмин-Крутецкий М.И., 2001; Е.Д. Фёдоров с соавт., 2008]. Если сравнить с другими эндоскопическими методиками (по литературным данным), то эффективность биполярной диатермокоагуляции сравнительно ниже (80%), и еще меньше эффект от инъекционного метода (79,7%) [Н.В. Лебедев с соавт., 2007]. Конкурирует по эффективности с АПК, по данным тех же авторов, метод радиоволновой коагуляции (у 87,5% позволяет провести окончательную остановку кровотечения). У 6 пациентов нам не удалось произвести окончательную остановку кровотечения (2 больных с синдромом Дьелафуа, 1 – с пептической язвой анастомоза и 3 – с язвой желудка), но проведение первичного гемостаза позволило отсрочить оперативное

вмешательство и провести полноценную предоперационную подготовку.

Заключение.

1. Применение метода аргоноплазменной коагуляции для первичной остановки кровотечения в ходе экстренной фиброгастроскопии позволяет провести окончательную остановку кровотечения у 94,4% пациентов.
2. Метод АПК более эффективен, чем другие эндоскопические методы остановки кровотечения и экономически выгоден.

190. СИНДРОМ ФЕЛТИ

(клинический случай).

Насыбуллина Р.С., Рубанова Э.Ф., Пак Э.В., Кожевникова Н.В., Черемисина А.Ю., Садыкова Д.М.

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, г. Казань

Синдром Фелти - симптомокомплекс, характеризующийся полиартритом, спленомегалией, лейкопенией, анемией и тромбоцитопенией. Рассматривают как вариант системного течения ревматоидного артрита (РА) у взрослых. Статистические данные: частота 1% больных РА. Преобладающий возраст — старше 40 лет. Преобладающий пол — женский (3:1).

Больная Л, 52 года. Инвалид 2 группы с детства по поводу ДЦП. Поступила в клинику 29.12.09 с жалобами на сжимающие боли в левом боку, усиливающиеся после еды, особенно после жирной пищи и при натуживании. Характер болей переменный, длительность около 2 часов, купировались без медикаментозного воздействия, запоры

Постоянные боли в суставах кистей и стоп, длительная скованность по утрам (6-8 часов), требующая длительного разминания. Anamnesis morbi:

боли в левом боку начали беспокоить 2 последних недели до госпитализации. Особенно острые боли беспокоили 25.12.09. Была вызвана СП, после инъекции но-шпы в/м интенсивность боли уменьшилась, но до конца болевой синдром не купировался. Через 2 дня участковым терапевтом для исключения острой хирургической патологии больная была направлена в РКБ№1, откуда доставлена в терапевтическое отделение РКБ№3 с диагнозом: Панцитопения, спленомегалия, Анемия тяжелой степени.

Anamnesis vitae: родилась недоношенной на сроке 32 недели. Диагноз ДЦП был поставлен при рождении. Родители злоупотребляли алкоголем в течении многих лет. У матери это 2 роды, старший брат, со слов пациентки, рос и развивался нормально. В школу пошла с 7 лет, закончила 8 классов 11 спец.интерната. Menses с 16-48 лет регулярные, обильные.

С 25 лет начали беспокоить боли в пястных, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, появилась припухлость, скованность по утрам. Через некоторое время суставы начали деформироваться, точно назвать время, когда началась деформация, не может.

Перенесенные заболевания: в возрасте примерно 5-6 лет была произведена операция на левой ноге, по видимому, в связи с паретической стопой.

В марте 2008 года госпитализирована в ЧЛХ в связи с абсцессом в околоушной области. Была произведена операция и сделано переливание крови в связи с низким Нб.

Данные объективного исследования: состояние больной удовлетворительное. Астенический тип телосложения. Рост-165 см, вес-48 кг, ИМТ-18,5. Кожные покровы и слизистые: бледные. Выраженный кифосколиоз, воронкообразное вдавление грудины, асимметрия сосков.

Подкожно-жировой слой: выражен слабо, толщина складки<1см. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.

Осмотр суставов. Суставы кистей рук: деформация типа «бутоньерки»-стойкое сгибание проксимального межфалангового сустава и разгибание дистального межфалангового сустава, вызванные слабостью центральных волокон сухожилия разгибателя. Ульнарная девиация пальцев с неполными вывихами в пястно-фаланговых суставах. Стопы: поперечное плоскостопие, подвывихи плюснефаланговых суставов. Деформация стоп по типу латеральной девиации.

Органы дыхания без отклонений.

Сердечно-сосудистая система. Аускультативно: Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке и у левого края грудины. ЧСС-65 ударов в минуту. А/д=120/80 мм.рт.ст.

Система пищеварения. Язык бледной окраски, влажный, чистый. Зубы почти полностью разрушены, поражены кариесом. Живот в горизонтальном положении распластан, мягкий, умеренно болезненный в области левого подреберья.

Печень пальпируется под краем правой реберной дуги, край печени мягкий, гладкий безболезненный. Селезенка пальпируется ниже пупка на 4 см. Край селезенки острый, ровный, гладкий, умеренно болезненный.

Органы мочевыделения без отклонений.

В анализах крови обращает внимание снижение лейкоцитов до 2,6*10⁹ /л; эритроцитов до 3,99*10¹²/л; тромбоцитов до 155*10⁹/л; гемоглобин 72 г/л; Ц.п.=0,54; СОЭ-48 мм / ч. Микроангиопатия+; Пойкилоцитоз +

Анизохромия умеренная.

Биохимические данные. РФ-128 мг/л; Fe-3,0 мкм/л

ИФА: иммуноглобулины А, М, G в пределах нормы; ЦИК-0,057 Е.О.П. N(0,017-0,047)

Рентген ОГК: Эмфизема. Усиление легочного рисунка по сетчато-ячеистому типу преимущественно по средним и нижним легочным полям. Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции: выраженные признаки артрита 3-4 степени.

Узи органов брюшной полости: со стороны печени, желчного пузыря и поджелудочной железы патологии не выявлено. Обращает на себя внимание увеличение размеров селезенки - 175x86. Паренхима однородная, эхогенность повышена, селезеночная вена- 9мм.

РКТ: спленомегалия, портальная гипертензия, данных за тромбоз селезеночной вены не выявлено.

Рентгеноскопия пищевода и желудка: гипотония пищевода, желудка. Гастроптоз. ГПОД.

Эхо-кс: небольшой пролапс митрального клапана с незначительной регургитацией, недостаточность трикуспидального клапана I-II