

### 188. ТАГАНСОРБЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ДИЗЕНТЕРИИ

Муковозова Л.А., Тусупова К.Н., Копашева С.Ю., Маукаева С.Б., Токаева А.З., Нуралинова Г.И., Кулжанова Ш.А., Смаил Е.М.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных сальмонеллезом и дизентерией путем включения энтеросорбента – тагансорбента в общий комплекс терапевтических средств.

Материалы и методы. Оценки лечебного эффекта тагансорбента осуществлялись у 230 больных гастроинтестинальной формой сальмонеллеза (150), дизентерией (80) в возрасте от 19 до 56 лет (мужчин 139, женщин 91). Диагноз сальмонеллеза ставился на основании характерных клинических проявлений, эпидемиологических данных и подтверждался у всех больных выделением сальмонелл из кала (100%), у 1,3% одновременно – из крови, а также обнаружением специфических антител в нарастающих титрах в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) у 36,0% больных. Тяжелое течение сальмонеллеза наблюдалось у 51 больного (34,0%), среднетяжелое – у 72 (48,0%) и легкое у 27 (18,0%). Тагансорбент на фоне базисного лечения из числа обследованных больных сальмонеллезом получали 75 человек. Диагностика дизентерии осуществлялась на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (бактериологически диагноз подтвержден у 80% больных, серологически – у 14% лиц). Колитическая форма дизентерии была у 54 больных, гастроэнтероколитическая – у 26 лиц. По степени тяжести преобладало среднетяжелое (84,4%) течение болезни, реже наблюдалось тяжелое (8,8%) и легкое (6,8%) течение болезни. Среди больных острой дизентерией 40 пациентов на фоне этиопатогенетической терапии получали тагансорбент, а 40 больным назначалось только этиопатогенетическое лечение. Больным сальмонеллезом и дизентерией на фоне комплексного лечения дополнительно применяли тагансорбент. Тагансорбент фармацевтического предприятия «Сорбент» (г. Усть-Каменогорск) применяли per os (в ½ стакана кипяченной воды) за 2 часа до приема

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