

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