

ЛИТЕРАТУРА

1. Загарли Ф.И., Хилькин Н.В., Киселев Н.В. и др. // Грудн. хир. -1975.- № 1.- С. 20-23.
2. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы и его клиническое значение. - Казань, 2000.
3. Подосинников А.С., Белов Ю.В., Шабалкин Б.В. // Вестн. хир. - 1983. - №11. - С. 14-17.
4. Хайруллин Р.Н. Диагностика и лечение медиастинита и постперикардитического синдрома после операции коронарного шунтирования : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2002.
5. Akchurin R.S., Shiraev A.A., Galiautdnov D.M., Khairullin R.N. Michael E. DeBakey International Surgical Society XIII-th Congress "Surgery in the third millennium" - November 19-21, 2000.- Houston. Texas. - Abstract S. 5, 4.

6. Francel T.J., Kouchukos N.T. // Ann. Thorac. Surg. - 2001. - Vol. 72. - P.1411-1418.
7. Lee S., Newman M.D., Lori C. et al. // Chest.- 1988.- Vol.3.- P. 546-553.

Поступила 14.01.05.

PROLONGED MICRODRAINAGE
IN PREVENTION OF MEDIASTINITIS
AFTER MEDIAN STERNOTOMY
IN CARDIOSURGICAL PATIENTS

R.K. Dzhordzhik, I.V. Bilalov, G.I. Kharitonov

S u m m a r y

Significance of prolonged microdrainage in prevention of anterior mediastinitis after operations on open heart is studied. It is established that this method of drainage of wound canal makes it possible to control the course of wound process, to adjust the treatment, to prevent pyo-septic complications in patients operated by sternotomy without opening the pleural cavities.

УДК 616. 33. 34 - 002. 45 - 08 - 089. 8

**КСИМЕДОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Р.Р.Якупов, С.В.Доброквашин, О.К.Поздеев, Л.Г.Морозова, В.Н.Воронин, Р.Р.Рахимов

Кафедра общей хирургии (зав. - проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, кафедра микробиологии (зав. - проф. О.К. Поздеев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, госпиталь ветеранов войны (главврач - Ф.Н. Закиров), г. Казань

Кровотечение из желудочных и дуоденальных язв занимает первое место в структуре смертности больных от язвенной болезни, намного опережая по этому показателю перфорацию язвы [3]. По данным литературы, язвенные кровотечения составляют половину всех случаев гастродуоденальных кровотечений и сопровождаются высокой летальностью -от 10 до 30% [8]. Несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств, число больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100 тысяч взрослого населения в год [7].

Под нашим наблюдением с января 2001 по сентябрь 2004 г. на лечении находились 223 человека с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии. Желудочно-кишечные кровотечения принято классифицировать по тяжести с учетом как объема перенесенной кровопотери, так и состояния больного. В нашей работе мы пользуемся классификацией А.И. Горбашко [1]. Кровотечение I степени отмечено у 63 (28,2%) больных, II - у 51 (22,9%) больного, III - у 109 (48,9%).

Для оценки источника кровотечения

мы использовали классификацию [9]: FIa - продолжающееся струйное кровотечение; FIb - продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания; FIIa - видимый крупный тромбированный сосуд; FIIf - плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток; FIIc - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен; FIII - отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере [7]. FIa отмечена у 7 (3,2%) больных, FIb - у 34 (15,3%), FIIa - у 58 (26%), FIIf - у 72 (32,2%), FIIc - у 34 (15,3%) и FIII - у 18 (8%).

Рецидивы острого гастродуоденального кровотечения после медикаментозного гемостаза развились у 28 (12,6%) больных: у 16 (11%) - с дуоденальными язвами и у 12 (19,8%) - с язвами желудка. Общая летальность при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях составила 9,9% (22 чел.). У 11 (50%) из них была язвенная болезнь желудка, а у 6 (27,3%) - двенадцатиперстной кишки, у 5 (22,7%) - множественные гастродуоденальные язвы. Оперативная активность составила 17,5% (39 чел.). Послеоперационная летальность, по нашим данным, - 23% (9 чел.). Среди

умерших было больше лиц старше 70 лет (6 чел.) с тяжелой степенью кровопотери и сопутствующими заболеваниями; 3 пациента более молодого возраста исходно находились в крайне тяжелом состоянии.

Большинство современных хирургов не противопоставляют консервативный и хирургический способы борьбы с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. По данным В.К. Гостищева [2], дифференцированная активно-выжидательная тактика дает возможность добиться стойкого гемостатического эффекта у 85 - 95% больных и снизить летальность при консервативном лечении до 2,3%. Вместе с тем следует учитывать, что операции при продолжающемся кровотечении дают более высокую летальность - от 10,7 до 32% [4]. По мнению Н.А. Ефименко [3], необходим индивидуальный подход к выбору оперативного лечения с учетом общего состояния пациента, особенностей течения язвенной болезни, характера кровотечения, местных анатомических изменений в области язвы. Выбор оптимальной тактики может быть облегчен путем разработки общедоступных прогностических критериев для выбора консервативного лечения или хирургического пособия в каждом конкретном случае с учетом риска возникновения рецидива кровотечения из язвы.

Важное значение для профилактики рецидива кровотечения имеет проведение консервативной гемостатической и противоязвенной терапии с учетом обсемененности слизистой оболочки желудка бактериями *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

В настоящее время для эрадикационной терапии применяют трех- или четырехкомпонентную (квадротерапия) схему, удовлетворяющую следующим требованиям: 1) уничтожение *H. pylori* не менее чем в 80% случаев; 2) возникновение побочных эффектов менее чем в 5% случаев; 3) продолжительность курса лечения не более 7-14 дней. Однако клиницисты не могут удовлетворять существующие возможности для элиминации *H. pylori*. Дорогостоящие громоздкие схемы, включают три-четыре лекарственных препарата, не лишены побочных эффектов. В связи с этим больным трудно выполнить назначения врача, что часто приводит к неэффективности медикаментозного лечения. Вышеперечисленные недостатки методов лечения, высокий процент послеоперационных осложнений и летальность при рецидивах кровотечений определяют необходимость дальнейшего поиска и внедрения в практику новых препаратов, направленных на улучшение результатов лечения и снижение частоты рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Антигены *H. pylori* обладают низкой иммуногенностью, что существенно ограничивает интенсивность развивающихся иммунных реакций к ним [10]. Это негативно сказывается на возможности самоочищения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и процессах ее регенерации. В этом плане представляет интерес изучение эффективности лекарственных препара-

тов, проявляющих как регенеративное, так и иммуномодулирующее действие. У ксимедона выявлены антистрессорное и мембраностабилизирующее, ангиопротекторное, регенеративное, противовирусное, антимуtagenное, бактерицидное и бактериостатическое, иммуностимулирующее и радиопротекторное свойства [4].

Целью нашего исследования являлось определение специфического антихеликобактерного действия ксимедона.

В качестве исследуемого материала служили биоптаты слизистой желудка, взятые при фиброэзофагогастродуоденоскопии у 70 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной желудочно-кишечным кровотечением (по 4 биоптата от каждого больного: 2 - из антрального отдела, 2 - из тела желудка). Бактериологическую диагностику хеликобактериоза проводили комплексным методом, включающим микроскопию биоптатов, определение в них уреазной активности (кло-тест) и выделение бактерий [6].

Посевы проводили на 3 чашки с плотной питательной средой: кровяной агар (КА) для контроля возможности роста бактерий в аэробных условиях (что несвойственно *H. pylori*), кровяной агар с амфотерицином (КАА). Включение последнего необходимо для подавления роста грибов, а кровяного агара, дополненного различными концентрациями ксимедона (КАД), - для изучения наличия у него способности подавлять размножение *H. pylori*. Засеянные чашки с КА культивировали в аэробных условиях, чашки с КАА и КАД инкубировали в эксикаторе в микроаэрофильных и капнофильных условиях при температуре 37° С и 100% влажности в течение 5 суток. На чашках с КАА с биоптатами 92,9% больных получен обильный рост колоний, характерных для *H. pylori*, что согласуется с литературными данными [5]. Однако на чашках с ксимедоном при разведении 1 : 100 рост колоний *H. pylori* отсутствовал в 100% случаях, что может свидетельствовать о наличии антимикробного действия препарата в отношении *H. pylori*.

Полученные положительные результаты антимикробного действия *in vitro* явились основанием для изучения ксимедона *in vivo*.

Обследованы 32 пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной желудочно-кишечным кровотечением. Для остановки кровотечения больным была назначена гемостатическая терапия, и в течение первых 3 суток после госпитализации все пациенты получали препарат из группы H₂-блокаторов III поколения — квамател. Препарат вводили парентерально по 20 мг 3 раза в сутки. В последующие дни всем больным были проведены двенадцатидневные курсы

противоязвенной терапии с применением омепразола (по 20 мг 2 раза в день) и ксимедона (по 500 мг 2 раза в день). Биоптаты всех больных обследовали на наличие *H. pylori* до и после лечения. По первоначальным результатам *H. pylori* был выявлен в биоптатах слизистой оболочки желудка у 29 (90,6%) больных, в то время как при повторном исследовании - только у 2. Положительный клинический эффект с эндоскопическими признаками заживления язвы прослеживался у всех больных. Таким образом, эффективность эрадикации данной двухкомпонентной схемы составляет 93,1%. Полученные результаты расширяют возможности эрадикационной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. - М., 1982.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. - 2003. - № 7. - С. 43-49.
3. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Астахов В.А. // Хирургия. - 2004. - № 3. - С. 56-60.
4. Измайлов С.Г., Паршиков В.В. // Нижегород. мед. журн. - 2002. - № 3. - С. 81-87.
5. Исаков В.А. // Практич. мед. - 2003. - № 4. - С. 5-8.
6. Морозова Л.Г. Характеристика пролатов *Helicobacter pylori*, выделенных при язвенных

гастродуоденитах и онкологических заболеваниях желудка: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Казань, 2005.

7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. / 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. - М., 2003. - С.250-260.
8. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. // Хирургия. - 2003. - № 12. - С. 44-47.
9. Forrest J.F. // Lancet. - 1974. - Vol. 7877. - P. 394-397.
10. Kirkland T.S., Viriyakosol S., Perez-Perez G.I., Blaser M.J. // Infect. Immun. - 1997. - Vol. 65. - P. 604-608.

Поступила 12.01.05.

XIMEDONE IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

R.R. Yakupov, S.U. Dobrokvashin, O.K. Pozdееv, L.G. Morozova, V.N. Voronin, R.R. Rakhimov

S u m m a r y

Results of the treatment of 223 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding are analyzed. After hemostasis with medications the relapse of acute gastroduodenal bleeding is noted in 28 (12,6%) patients, 16 (11%) of whom had duodenal ulcer and 12 (19,8%) patients — gastric ulcer. Antibacterial effect of ximedone towards *H. pylori* is established by microbiologic studies. Possibilities of including this drug in combined treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding in order to decrease the number of relapses are considered.

УДК 616. 381 - 002. 3 - 089. 8

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШИНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Р.Р. Мустафин, А.Ю. Анисимов, С.В. Доброквашин

Кафедра общей хирургии (зав. - проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, кафедра медицины катастроф и скорой медицинской помощи (зав. - проф. Ш.С. Каратай) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В настоящее время, не умаляя достижений клинической фармакологии и службы интенсивной терапии, следует признать, что первоочередным мероприятием в борьбе с эндогенной интоксикацией при распространенном перитоните является интраоперационная санация брюшины [3, 5]. Однако простой, казалось бы, вопрос при более глубоком его изучении оказывается достаточно сложным, а предложения по его практической реализации весьма противоречивыми.

С 1997 по 2003 г. в отделении неотложной хирургии Больницы скорой меди-

цинской помощи г. Казани на лечении находились 118 больных (мужчин - 78, женщин - 40) распространенным перитонитом. В возрасте от 15 до 39 лет было 63 (53,4%) человека, от 40 до 59 лет - 37 (31,4%), от 60 и старше - 18 (15,2%).

У 97 (82,2%) больных имел место диффузный распространенный перитонит, а у 21 (17,8%) - диффузный об- щий. В первые 24 часа были прооперированы 43 (36,4%) человека, на сроках от 24 до 72 часов - 64 (54,2%), в более поздние сроки - 11 (9,3%). Мы использовали классификацию по объему поражения брюшины с учетом наличия