И.Я. Блюменталь (Йошкар-Ола). Опыт применения диоксида при лечении деструктивных пневмоний в отделениях пульмонологического профиля

Диоксидин - препарат производных ди-N-окси хиноксалина, который применяется более 20 лет для лечения различных форм гнойной инфекции (мазевые формы, орошение ран водным раствором, внутрисполостное, эндобронхиальное введение). Как препарат с широким антибактериальным спектром, бактерицидным типом действия диоксидин обладает наиболее высокой активностью в отношении анаэробных бактерий: грамотрицательных (в большей степени) и грамположительных. Он хорошо проникает в органы и ткани при внутривенном введении, выводится почками путем клубочковой фильтрации, а также экстраренально, но при этом необходимо помнить, что внутривенное введение диоксида назначается по жизненным показаниям.

В нашем отделении мы применяем внутривенное введение диоксида для лечения больных с деструктивными пневмониями. За 1998—1999 гг. в отделении получили лечение 588 больных с острыми пневмониями, из них 74 (12,7%) человека с явлениями деструкции легочной ткани. Наиболее часто встречающаяся флора, выделяемая из мокроты при проведении бактериологического исследования, — это *Str. pneumoniae* (63,5%), *Str. viridans* (25,3%), *Staph. aureus* (8,8%), и в последнее время все чаще стала высеваться *Klebsiella pneumoniae* (2,4%). Деструкцию легочной ткани вызывают в основном *Staph. aureus* и *Klebsiella pneumoniae*.

Эмпирическая терапия больных данной категории обычно начинается с адекватных доз бета-лактамов антибиотиков (пенициллин, оксациллин, ампиокс) с подключением аминогликозидов (гентамицин в суточной дозе 240 мг) или назначением фторхинолонов (ципролет, ципрофлоксацин) для инфузионной терапии в дозе 400 мг в сутки. И только при отсутствии положительного эффекта от проводимой антибиотикотерапии мы применяем диоксидин как препарат второго эшелона после контрольного рентгенологического исследования легких при сохраняющейся деструкции легочной ткани внутривенно в суточной дозе 300 мг, предварительно сделав пробную инфузию в дозе 100 мг. Некоторым больным (4,5%) проводились одновременно лечебные бронхоскопии с введением 100 мг диоксида эндобронхиально на стороне пораженных бронхов, что давало дополнительный лечебный эффект.

При отсутствии осложнений в виде миалгий или судорог икроножных мышц курс лечения длится 7—10 дней. В результате лечения диоксидом у 72,4% больных наступило полное выздоровление, у 16,3% — имел место исход в фиброз. В 3,5% случаев в связи с осложнениями потребовалась пульмонэктомия пораженной доли легкого. Летальный исход наблюдался в 1,8% случаев.

Таким образом, диоксидин является препаратом резерва при лечении больных деструктивными пневмониями при неэффективности предшествующей антибиотикотерапии. Затратные цены на данный препарат намного меньше, чем на антибиотики фторхинолонового ряда или мено-

пены. Однако малая терапевтическая широта диоксида требует строгого соблюдения рекомендуемых доз (10 мг/кг).

В.К. Корытцев (Самара) Выбор способа операции при сочетании нескольких осложнений язвенной болезни у одного больного

Лечение язвенной болезни и ее осложнений остается сложной проблемой современной медицины. Кровотечение из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является осложнением, встречающимся у 15—20% больных язвенной болезнью. У 11,7% больных язвенная болезнь осложняется перфорацией, а у 6,5—20% — язвенным стенозом, сочетание же этих осложнений приводит к ухудшению процесса лечения.

Приводим случай успешного лечения пациента с сочетанием 4 осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Н., 40 лет поступил 15.07.2000 г. в самарскую городскую больницу №1 им. Н.И. Пирогова с жалобами на сильные боли в животе, которые появились 2 часа назад. Бригадой скорой медицинской помощи больной был доставлен в стационар.

Из анамнеза: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет, неоднократно лечилась в условиях гастроэнтерологического стационара, 2 года назад был диагностирован субкомпенсированный стеноз привратника.

Объективно: общее состояние тяжелое, язык сухой, живот доскообразно напряженный и резко болезненный при пальпации во всех отделах, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, печеночная тупость отсутствует. Частота сердечных сокращений — 104 в 1 минуту, АД — 110/70 мм Hg.

Общий анализ крови: Hb - 164 г/л; эр. — $4,12 \cdot 10^{12}/л$; гематокрит — 0,5; л. — $20,0 \cdot 10^9/л$, свертываемость крови — 3 мин.

Выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости, которая выявила наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы.

Больному поставлен диагноз: обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. При экстренной операции в брюшной полости выявлено около 1000 мл серозного мутного выпота с налетом фибрина. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки — перфорационное отверстие 1,5 см в диаметре с воспалительным инфильтратом вокруг, желудок увеличен в объеме, двенадцатиперстная кишка в области язвы резко стенозирована. При дальнейшей ревизии в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружена излившаяся туда кровь. Язва переходит на верхнюю и заднюю стенки двенадцатиперстной кишки, пенетрирует в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку. Диаметр язвы на задневерхней стенке — 1,0 см.

Интраоперационный диагноз: обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, пенетрацией в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную

связку, стенозом привратника и желудочно-кишечным кровотечением с кровопотерей легкой степени. Диффузный серозно-фибринозный перитонит.

С учетом наличия крупной язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в головку поджелудочной железы, и высокой вероятности повторения кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде было решено выполнить резекцию 2/3 желудка по Бильрот 1. Брюшную полость санировали 6 литрами физиологического раствора, дренировали резиново-трубчатыми дренажами в 4 типичных точках.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки.

Стеноз привратника и перфорация язвы на современном уровне развития медицины могут быть излечены только хирургическим путем. Кровотечение из дуоденальной язвы у большинства больных может быть устранено консервативно. В то же время высокая вероятность повторения кровотечения из язвы является показанием к срочной операции до развития рецидива кровотечения, так как известно, что умирают от язвенных гастродуоденальных кровотечений именно те пациенты, которые не были своевременно прооперированы. В нашем наблюдении только резекция 2/3 желудка с удалением язвы задней стенки отвечала требованию надежной остановки кровотечения. Остальные осложнения могли быть устранены как путем резекции желудка, так и методом пилоропластики со стволовой ваготомией или ушиванием перфоративной язвы, стволовой ваготомии и наложением гастроэнтероанастомоза. По-видимому, у этого больного были показания к оперативному лечению язвенной болезни в плановом порядке, но они не были своевременно установлены.

Таким образом, больные с сочетанием нескольких осложнений язвенной болезни нуждаются в операции, которая бы адекватно устранила все развившиеся осложнения язвенной болезни.

УДК 616.33—089.87—06:616.34—007.253—089.8

Ш.С. Салимзянов (Набережные Челны). Опыт лечения больных с дуоденальным свищом, возникшим после резекции желудка

Г., 65 лет, поступил в хирургическое отделение БСМП 22.03.2000 г. с жалобами на боли в верхних отделах живота, иррадирующие в спину, тошноту и рвоту после приема пищи. В течение 8 лет больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, многократно лечился в стационарах и амбулаторно. 7 марта он был выписан из хирургического отделения ЦРБ.

При поступлении больной был обезвожен, слабого питания. Начато интенсивное лечение: парентеральное введение электролитов, 5% и 10% раствора глюкозы, белковых препаратов, плазмы крови, витаминов. На рентгенокопии желудоч-

но-кишечного тракта и при ФГДС определена язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,8 S2 см), занимающая задневерхнюю стенку с деформацией луковицы III степени.

5 апреля была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II. Во время операции обнаружено, что язва пенетрирует в головку поджелудочной железы и в желчный пузырь. Луковица двенадцатиперстной кишки сильно деформирована. Культю двенадцатиперстной кишки обработали атипичным способом. На 6-е сутки после операции состояние больного несколько ухудшилось: появились боли в правом подреберье. Вечером повысилась температура тела до 38°C. Несмотря на проведение дезинтоксикационной и антибиотикотерапии состояние больного не улучшилось. Анализы крови показывали палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево.

При осмотре больного определяется болезненность в правом подреберье. Инфильтративных образований, симптомов раздражения брюшины нет. При УЗИ и КТ брюшной полости от 14.04.00 г. были выявлены лишь небольшие инфильтративные изменения в области дуоденальной культи и головки поджелудочной железы. К лечению были добавлены антиферментные препараты, тем не менее состояние больного не улучшилось, а наоборот, усилилась интоксикация организма (анализы крови показали выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево); вечерняя температура тела держалась в пределах 38—39°C.

20.04.00 г. была выполнена повторная КТ брюшной полости: выявлены признаки подпеченочного абсцесса. 20 апреля больной был взят на операцию. Брюшная полость вскрыта косым подреберным разрезом. В правом подпеченочном пространстве обнаружена полость абсцесса, распространяющаяся в правое поддиафрагмальное пространство, в которой находился желчный пузырь, отслоенный из своего ложа из-за перивезикального абсцесса. После вскрытия и санации полости абсцесса была произведена холецистэктомия. Полость абсцесса дренирована сигарообразным дренажем, подведены 2 силиконовые дренажные трубки и микроирригатор для введения антибиотиков.

На 2-е сутки после операции повязка в области дренажа пропиталась желчью, а по дренажам брюшной полости выделилось около 200 мл желчи с панкреатическим соком. Дебит дуоденального сока с каждым днем увеличивался и на 3—4-е сутки после операции достиг 500 мл в сутки, на 5—6-е сутки - 700—800 мл. Несмотря на парентеральное введение большого количества электролитов, плазмы крови, белковых препаратов, состояние больного критически ухудшилось. В связи с этим ему был эндоскопически введен через гастроэнтероанастомоз в отводящий отдел тощей кишки питательный катетер. Через него с помощью шприца вводили выделяемый по дренажам дуоденальный сок, различные питательные смеси, а также одновременно путем парентерального введения свежемороженную плазму крови, 10% растворы альбумина, инфузамина, электролитов и витаминов группы В и С.