



ных ВП в сочетании с патологическими изменениями со стороны ССС — основная группа. Возраст пациентов колебался в интервале от 17 до 89 лет (в среднем  $56,4 \pm 5,9$  года).

Сравнительная группа — 148 больных ВП без патологии органов кровообращения в возрасте от 17 до 79 лет (средний возраст —  $36,1 \pm 4,5$  года), отобранных аналогичным путем.

Изменения ССС, патогенетически связанные с ВП, верифицировались у 29,1% обследованных основной группы; не имеющие патогенетической связи — у 87,3%, в т. ч. с обострением на фоне ВП — у 27,8%, вне обострения — у 59,5%. Наиболее частыми формами патологии ССС были гипертоническая болезнь (63,9%), стенокардия напряжения (27,8%), острый инфекционно-токсический миокардит (13,3%). У 36,1% пациентов диагностирована хроническая сердечная недостаточность различных ФК.

В сочетанном варианте ВП протекала более тяжело. Так, при поступлении общее состояние больных определялось как тяжелое в 8,2% наблюдений (сравнительная группа — 2,7%), пневмония тяжелого течения диагностирована в 13,3% (сравнительная группа —

10,1%). В ранний период ВП неотложные клинические состояния отмечались у 28,2% больных основной выборки, в сравнительной группе — в 10,1% случаев,  $p < 0,001$ .

Радикальной особенностью лечения больных ВП, сочетанными с заболеваниями органов кровообращения, было подавляющее превосходство в частоте использования и спектре применяемых сердечно-сосудистых средств — 81% по сравнению с 22,3% ( $p < 0,001$ ).

Полное клинко-рентгенологическое разрешение ВП отмечалось в основной группе лишь у 54,4% больных, в сравнительной — у 89,9% ( $p < 0,001$ ). Средние сроки лечения пациентов составили соответственно  $19,1 \pm 2,2$  и  $15,5 \pm 1,9$  дня ( $p < 0,05$ ).

Оптимизация обследования больных ВП в начальный период их пребывания в пульмонологическом стационаре повышает выявление сочетанной кардиальной патологии, позволяет провести раннюю обоснованную коррекцию комплексной терапии, сократить сроки стационарного лечения без ущерба для качества помощи и повысить экономическую эффективность лечения данной категории пациентов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.33/.342-002.44-005.1-08:616-072.1

### **М.Д.Ханевич, М.А.Шашолин, В.А.Куква, Д.Б.Ларин, Н.А.Карасева, М.А.Гипарович** — Выбор способа эндоскопической остановки кровотечения из острых гастродуоденальных язв и эрозий у онкологических больных.

Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений из острых язв и эрозий продолжает оставаться актуальной. Особенно остро стоит вопрос выбора эндоскопического пособия для выполнения гемостаза у онкологических больных. Это касается пациентов, которые находятся в пожилом и старческом возрасте и имеют сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, а также других жизненно важных органов и систем организма. Поэтому при возникновении кровотечения из острых язв и эрозий наиболее оптимальным способом является воздействие на источник геморрагии через эндоскоп.

В дооперационный период у больных с локализацией опухоли в легких, поджелудочной железе, толстой кишке, забрюшинном пространстве, печени и желчевыводящих протоках эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки встречаются у 20–25% больных. В послеоперационный период вероятность возникновения кровотечения из острых язв и эрозий у этой категории пациентов возрастает в 2–2,5 раза. Поэтому обязательным услови-

ем является включение в программу предоперационной подготовки онкологических больных выполнение фиброгастродуоденоскопии с последующим медикаментозным противоязвенным лечением.

Основными методами остановки гастродуоденальных кровотечений из острых язв и эрозий являются аргоноплазменная коагуляция, обработка язв раствором гемостатика капрофера, введение в подслизистый слой сосудосуживающих средств, клипирование сосуда, находящегося в дне язвы. Для выбора оптимального метода эндоскопического гемостаза необходимо точно выявить источник кровотечения, определить его локализацию, оценить активность кровотечения по Forrest.

Под нашим наблюдением находились 66 пациентов, лечившихся по поводу онкологических заболеваний гортани, органов груди и живота, у которых до операции выполнялась диагностическая фиброгастродуоденоскопия, а после операции лечебная эндоскопия в связи с возникшим кровотечением.



По основному клиническому диагнозу больные распределялись следующим образом: с колоректальным раком было 22 человека, с опухолевым поражением матки и яичников – 12, бронхов – 7, гортани – 6, поджелудочной железы – 6, почек и мочевого пузыря – 5, пищевода – 4, желудка – 4. Средний возраст больных составил 66,4 года.

В дооперационный период выявлены изменения слизистой оболочки желудка у 19 (28,8%) больных. В анамнезе у 5 человек этой группы была установлена язвенная болезнь желудка, у 8 – язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки.

В 31,8% случаев в ранний послеоперационный период возникли кровотечения из острых язв желудка, в 22,7% – из острых язв 12-перстной кишки, в 16,7% – из острых эрозий пищевода, в 19,7% – из острых эрозий желудка, в 3% – из острых эрозий 12-перстной кишки, в 6,1% – из зоны анастомоза.

Для остановки кровотечения у 20 больных применялось орошение капрофером с раствором эпсилонаминокапроновой кислоты в соотношении 1:5, у 11 – аргоноплазменная коагуляция, в 3 случаях инъекцирование краев и дна язвы сочеталось с аргоноплазменной коагуляцией, в 2 – инъекцирование дна и краев язвы 0,1% раствором адреналина в 0,9% растворе натрия хлорида, в 1 – клипирование кровоточащего сосуда дна язвы, в 1 случае клипирование сосуда сочеталось с аргоноплазменной коагуляцией.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 616-001.4-085.28

**Н.С.Демина, Д.Л.Роготаев, А.И.Линев** – Новый отечественный ранозаживляющий препарат «Стрептолавен», содержащий коллагеназу микробного происхождения.

Цель работы заключалась в создании новой более эффективной ранозаживляющей композиции, которая отличалась бы разносторонней направленностью, способностью удалять некротические ткани, гной и экссудат из ран, осуществлять быстрое их заживление, не пересушивать ткани, активно удалять струпы, улучшать качественный состав рубцовой ткани, оптимизировать процессы репарации, подавлять патогенную микрофлору, не вызывая аллергических реакций и тем самым создавая возможность использования одного препарата для многовекторного воздействия на разных фазах раневого процесса.

Основным действующим компонентом этого препарата послужила высокоактивная истинная коллагеназа, полученная по российской технологии из непатогенного штамма актиномицета *Streptomyces lavendulae*.

В 28 случаях местный гемостаз расценен как стабильный, что не потребовало локального воздействия на источник кровотечения.

Рецидив кровотечения возник в 11 (16,7%) случаях. Чаще всего он происходил после применения капрофера.

У 5 больных с язвами слизистой оболочки при повторном гемостазе использовалась аргоноплазменная коагуляция. У 2 пациентов с эрозиями пищевода выполнено орошение раствором капрофера с раствором эпсилонаминокапроновой кислоты. Во всех случаях был достигнут стабильный гемостаз.

Хирургическое вмешательство по поводу рецидива кровотечения из язвы желудка пришлось выполнить 4 пациентам. У этих больных язвенный дефект превышал 3 см в диаметре и имел множество сосудов в дне язвы.

Таким образом, для остановки кровотечения из острых язв и эрозий пищевода, желудка и 12-перстной кишки могут использоваться различные методы гемостаза (орошение раствором капрофера, инъекцирование, клипирование и аргоноплазменная коагуляция источника кровотечения). Наиболее эффективны аргоноплазменная коагуляция и клипирование сосудов. Обработку капрофером следует считать временным способом остановки кровотечения, требующим проведения повторных эндоскопий сроком от 12 до 24 ч после воздействия на источник геморрагии.

В результате проделанной работы была получена мазь «Стрептолавен» (патент РФ от 30.06.2000 г. № 2166950, авторы и разработчики Н.С.Демина и С.В.Лысенко), получившая золотую медаль на международной выставке «Салон изобретений Эврика-2004» в Брюсселе.

Мазь отвечает поставленной цели и состоит из следующих компонентов:

- коллагеназа (ультрализин);
- мирамистин;
- проксанол-268;
- полиэтиленоксид-400.

Она применялась при лечении 78 больных с ожогами I, II, III, IV степеней с площадью от 3 до 25% поверхности тела, 50 больных с гнойно-некротическими ранами мягких тканей, трофическими язвами, пролежнями и синдромом «диабетическая стопа»,