

суток — у практически $\frac{1}{2}$, более 72 часов — у абсолютного большинства больных.

Цель. Коррекция синдрома внутрибрюшной гипертензии для профилактики моторно-эвакуаторных нарушений и инфицирования у пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 85 больных острым панкреатитом тяжелого течения. Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям и удовлетворяли критериям включения в исследование. Гендерное распределение с преобладанием лиц мужского пола. Средний возраст — $41,3 \pm 4,7$ года. Сформированы 2е группы: 1-я ($n=43$) — применение в комплексном лечении метода транскутанной резонансной стимуляции; 2-я группа ($n=42$) — лечение тяжелого острого панкреатита согласно нормативным документам. Для объективизации оценки тяжелого острого панкреатита нами применялись шкала APACHE II и критерии Ranson. Внутрибрюшное давление измеряли трансвезикально на 1, 3, 5, 7-е сутки лечения. Оценивалась скорость восстановления внутрибрюшного давления, утилитарные показатели визуально-аналогового шкалирования, а также степень изменений внутрибрюшного давления в зависимости от МСКТ данных поражения забрюшинной клетчатки по Ishikawa K. (2006).

Результаты. Для контроля нарушений перистальтической активности в группах исследования проводился анализ моторно-эвакуаторных нарушение методом селективной полиграфией с исходной низкой активностью возбудимых структур в обеих группах. В дальнейшем в группе 1 применена транскутанная резонансная стимуляция в стандартных режимах длительностью сеанса в среднем 90 мин. Исходные параметры интраабдоминального давления соответствовали начальным проявлениям 2-й степени компартмент-синдрома ($p \geq 0,05$). На фоне лечения: у больных 1-й группы отмечается более быстрый регресс внутрибрюшной гипертензии с нормализацией показателей давления к 7-м суткам лечения ($8,7 \pm 0,7$ мм.рт.ст.; $p \leq 0,05$) в сравнении с группой 2 ($11,3 \pm 0,8$ мм.рт.ст.; $p \leq 0,05$). При этом нами отмечена хорошая переносимость пациентами методики транскутанной резонансной стимуляции, что проявлялось отсутствием дискомфорта (местно, при аппликации электродов) и улучшением самочувствия в сравнении с группой 2 ($p \leq 0,05$) по данным субъективной балльной оценки утилитарных показателей начиная с 3-х суток лечения. Локальные изменения забрюшинной клетчатки (1–2 степень) выявлены: 29 пациентов (67,4%) группы 1, 32 пациента (76,2%) группы 2 ($p \geq 0,05$), а распространенный процесс у суммарно 17 больных обеих групп (20%) соответствовал 3-й степени распространения ($p \geq 0,05$). При анализе внутрибрюшного давления при распространенных поражениях забрюшинной клетчатки отмечалась более торпидная динамика у пациентов группы 2. Наличие более длительной экспозиции внутрибрюшной гипертензии способствовало увеличению показателей инфицирования (38,1%) в сравнении с основной (20,9%), а также удлинению сроков стационарного лечения в группе №2 ($p \leq 0,05$).

Заключение. Оценка показателей интраабдоминального давления и его скорейшая нормализация у больных острым панкреатитом тяжелого течения является важным аспектом патогенетической терапии, снижая развитие полиорганной недостаточности и риски инфицирование панкреонекроза. Активное внедрение систем стимуляции перистальтической активности будет способствовать улучшению результатов комплексной терапии у пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

ХРИПУН А.И., САЖИН И.В., МИРОНКОВ А.Б., ВОЛКОВ Д.А., ШУРЫГИН С.Н., ОРЛОВ С.Ю.

ГКБ им. В.М. Буянова, Москва
ilyasazhin@yandex.ru

Пациенты с рецидивирующим язвенным гастродуоденальным кровотечением до сегодняшнего дня остаются сложной группой больных экстренных хирургических стационаров. При неэффективности эндоскопического гемостаза тактические подходы разнятся в зависимости от клинической ситуации. Вопрос о выполнении оперативного лечения у данной группы больных остаётся сложным, так как летальность высока. Особенно актуальны возможности малоинвазивного гемостаза у ослабленных пациентов пожилого и старческого возраста.

С октября 2017 г. в нашей клинике при рецидивном язвенном кровотечении, при неэффективности эндоскопического гемостаза, применяется эндоваскулярная эмболизация источника кровотечения. С применением данной методики пролечены 7 пациентов.

Среди пациентов было 6 мужчин и 1 женщина. Возраст пациентов — от 33 до 91 года. 3 пациента поступили с продолжающимся кровотечением Forrest Ia-Ib, 4 — с состоявшимся кровотечением Forrest IIa, 1 — Forrest IIb. У всех был выполнен эндоскопический гемостаз. У 5 пациентов язва локализовалась в 12-перстной кишке, у 2 — в желудке. Размеры язв составили от 1,0 до 2,3 см. Локализация язв была различной: от субкардиального отдела желудка до бульбодуоденального перехода. У всех пациентов применен комбинированный метод эндоскопического гемостаза: инъекционный в сочетании с аргонплазменной коагуляцией.

У 6 пациентов (85,8%) первичный эндогемостаз был эффективным, у 1 кровотечение остановить не удалось. У 6 пациентов в сроки от 2 часов до 1 суток произошёл рецидив язвенного кровотечения. Им выполнен повторный эндоскопический гемостаз, который в 3-х случаях был эффективным, а в 3-х — нет. Всем пациентам выполнен эндоваскулярный гемостаз. В 4 случаях (57,1%) удалось точно локализовать источник кровотечения по экстравазации контрастного вещества, в 3 (42,9%) — эндоваскуляр-

ный гемостаз применен в качестве профилактического без выявленного источника кровотечения.

В группе пациентов с локализованным источником кровотечения у 3-х из них при язве 12-перстной кишки (2 – рецидив кровотечения, 1 – продолжающееся кровотечение Forrest Ia) источником кровотечения явился ствол гастродуоденальной артерии, что установлено в ходе ангиографии. У 1 пациента при локализации язвы в желудке источником кровотечения явилась восходящая ветвь левой желудочной артерии. Эндоваскулярный гемостаз у всех пациентов выполнен путем введения в просвет сосуда эмболизационных спиралей.

У 2-х (66%) пациентов из 3-х, перенесших профилактический эндоваскулярный гемостаз, в сроки от 2 до 12 часов произошёл повторный рецидив язвенного кровотечения. Пациент 33 лет оперирован в объеме резекции 2/3 желудка с экстериоризацией пенетрирующей дуоденальной язвы. Пациент 91 года оперирован в объеме гастротомии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы тела желудка. Оба пациента благополучно перенесли послеоперационный период и выписались.

Скончался 1 пациент (14,2%) 86 лет с язвой субкардиального отдела с тяжелой сопутствующей патологией через 2-е суток после эффективного эндоваскулярного гемостаза с установленным источником экстравазации контраста, выполненного на фоне рецидива язвенного кровотечения.

На основании имеющегося опыта сделаны следующие выводы: эндоваскулярный гемостаз при язвенных рецидивирующих кровотечениях является эффективным современным методом лечения; преимуществом его является малоинвазивность и малотравматичность, позволяющая снизить риск неблагоприятного исхода; наиболее эффективен эндоваскулярный гемостаз на фоне продолжающегося кровотечения, что позволяет ускорить поиск, локализовать и устранить источник кровотечения; профилактический эндогемостаз не является эффективной мерой предотвращения рецидива язвенного кровотечения; вопрос внедрения его в повседневную клиническую практику требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ЛУКИН А.Ю., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., КОЛОТИЛЬЩИКОВ А.А.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
botkintmm@yandex.ru

Актуальность: Деструктивный панкреатит отмечается в среднем у 20% больных, характеризуется значительным количеством осложнений и летальных исходов (максимальная летальность наблюдаются в случае инфицирования зон деструкции и варьирует от 15 до 39%). В последние годы в лечении инфицированной формы деструктивного панкреатита используются мини-инвазивные способы секвестрэктомии: пункционно-дренирующий (ПДС), эн-

доскопический транслюминальный и видеоретроперитонеоскопический. Отсутствие общепринятого алгоритма по использованию мини-инвазивных вмешательств требует дальнейшей разработки лечебной тактики.

В нашей клинике разработаны 4 «Модели» панкреонекроза в зависимости от локализации зон некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Цель исследования: Уточнение показаний к применению малотравматичных способов секвестрэктомии у пациентов с деструктивной формой острого панкреатита.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2017 годы проанализированы результаты лечения 318 пациентов с деструктивным панкреатитом. Из них в 229 случаях диагностирован инфицированный панкреонекроз, что потребовало оперативного лечения. ПДС был использован в 198 случаях (86,5%). Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия (ВАРС) использована в комплексном лечении 18 пациентов (7,9%), из них: ПДС+ВАРС – у 4 пациентов, ПДС+ВАРС+открытый способ – у 14 пациентов. Эндоскопический транслюминальный способ секвестрэктомии применен в 14 случаях (6,1%).

Полученные результаты: Применение ПДС в сочетании с консервативной терапией привело к излечению 26 пациентов (11,4%). В данной группе мелкоочаговый панкреонекроз («Модель-1») был диагностирован у 5 пациентов, у 10 пациентов инфильтрат по «левому типу» («Модель-2»), у 7 пациентов инфильтрат по правому типу («Модель-3»), а у 4 пациентов – инфильтрат по «смешанному типу» («Модель-4»).

У 4 пациентов ВАРС была использована в качестве самостоятельного способа секвестрэктомии. Максимальное количество эндоскопических санаций забрюшинного пространства – 6. Инфильтрат по «левому типу» («Модель-2») был диагностирован у 3 пациентов из данной группы, в 1 случае – инфильтрат по «правому типу» («Модель-3»). У 14 пациентов, которым была выполнена ВАРС, в дальнейшем потребовалось применение открытого способа секвестрэктомии в связи со значительной распространенностью деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке («Модель-4»).

Эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия у 8 пациентов была использована в качестве самостоятельного способа. Указанный способ применялся у пациентов с диагностированными очагами деструкции и жидкостными скоплениями, локализованными в центральной части поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, тесно прилегающими к задней стенке желудка, либо ДПК, при условии отграничения зон некроза. Частота повторения эндоскопических ревизий – 2–7. В 6 случаях эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия дополнялась ПДС для обеспечения адекватной санации зон деструкции.

Отмечено 2 осложнения: аррозивные кровотечения в ходе выполнявшихся ВАРС (были остановлены посредством эндоскопического гемостаза). Летальных исходов не отмечено.

Выводы: ПДС не всегда обеспечивает адекватную санацию зон деструкции. Применение ПДС целесообразно в сочетании с другими способами секвестрэктомии.