

чаев провести заболевание по асептическому пути с минимизацией объема повреждения.

ВЛИЯНИЕ ФЛАВОНОИДОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ТОЛСТЫХ М.П., ШИРИНСКИЙ В.Г.

ГКБ № 4, Москва
tolstyk@bk.ru

Актуальность. Внедрение эндоскопических и лапароскопических малоинвазивных операций в практику лечения желчнокаменной болезни привело к значительному улучшению результатов хирургического лечения. В то же время, в настоящий момент не существует достаточно эффективной излечивающей консервативной терапии желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. Данный случай описывает единственное наблюдение излечения острого калькулёзного холецистита на фоне приёма Детралекса® (флавоноиды). Пациент Ш. ИБ 20092/17 поступил в хирургическое отделение 13.09.2017 на вторые сутки после начала заболевания. Жалобы при поступлении на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту. При объективном осмотре в правом подреберье пальпация болезненная, поколачивание по правой рёберной дуге болезненное. Лейкоцитоз 16 тыс. При УЗИ — признаки острого холецистита, сладж-синдром. Диагноз: желчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит. Таким образом, диагноз был поставлен по клиническим данным, наличие системной воспалительной реакции, диспепсии подтверждено УЗИ и не вызвал сомнений. Сопутствующее заболевание — хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь нижних конечностей. Назначена терапия внутривенно: глюкозо-новокаиновая смесь 500мл, раствор Рингера 400мл, раствор NaCl 0,9% — 400мл, папаверин гидрохлорид 80мг, церукал 4,0; сульфасин 1,5х 3 раза. Результат терапии удовлетворительный. С улучшением выписан из стационара 15.09.2017 г. с рекомендацией планового оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей, а затем холецистэктомии.

Во время госпитализации в стационаре выполнена консультация флеболога, который назначил терапию Детралексом® по 1 таблетке (500мг) 2 раза в сутки с едой и компрессионное бинтование нижних конечностей. В плановом порядке 05.10.2017 г. выполнена флэбэктомия в системе большой подкожной вены слева, перевязка несостоятельных перфорантов. В плановом порядке 10.10.2017 г. выполнена перевязка притока большой подкожной вены на правой нижней конечности. Оперативное лечение без осложнений. Выписан из стационара.

Полученные результаты. К моменту контрольного УЗ исследования принимал Детралекс 500мг х 2 раза в день 2 месяца. УЗИ (09.11.2017 г.): печень: чёткие, ровные контуры. Увеличена толщина правой доли по средне-ключичной линии до 172 мм. Паренхима: структура диффузно неоднородна, умеренно повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок не изменён. Воротная вена 12мм.

Внутрипечёночные протоки не расширены. Гепатикохоледох определяется на всём протяжении, просвет 4–5мм, гомогенен. Желчный пузырь: не увеличен, с перегибами в шейке. Толщина стенки 1,5мм. В полости гомогенное содержимое. УЗИ (13.12.2017): эхопризнаков патологии желчного пузыря не выявлено.

Обсуждение. Известно, что препарат Детралекс® обладает венотонирующим и ангиопротекторным действием. Доказано, что препарат влияет на венозные отёки. Препарат подвергается активному метаболизму и выделяется преимущественно с калом (<http://detralex.ru/instrukciya-detralex-500/>). Наиболее частыми побочными эффектами при приёме Детралекса® являются: диарея, диспепсия, тошнота, рвота (часто ($\geq 1/100$, $< 1/10$)). Можно предположить, что, влияя на венозный тонус, Детралекс® может способствовать разрешению отёка стенки желчного пузыря или что флавоноиды, выделяясь с желчью, могут влиять на литогенность желчи. Есть ряд публикаций, указывающих на обострение болей в животе у пациентов с ЖКБ, непосредственная причина обострения таких болей не ясна.

Выводы. Так как пациент получал стандартную инфузионную, спазмолитическую терапию, то можно считать влияние приёма Детралекса® на течение желчнокаменной болезни возможным, но не доказанным. Влияние приёма Детралекса® на излечение пациента от острого калькулёзного холецистита может быть связано как с влиянием на литогенность желчи (препарат преимущественно выделяется с желчью), так и влиянием препарата на стенку желчного пузыря. Данное наблюдение могло бы быть основой для проспективного исследования.

ПРОФИЛАКТИКА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЗА СЧЕТ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

ХАЛИДОВ О.Х.^{1,2}, ФОМИН В.С.^{1,2}, ГУДКОВ А.Н.²,

ЗАЙРАТЬЯНЦ Г.О.^{1,3}, ДЖАДЖИЕВ А.Б.^{1,2}, ГУДКОВ Д.А.¹

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

ГКБ им. В.В. Вересаева, Москва

ГКБ им. С.С. Юдина, Москва

wlfomin83@gmail.com

Актуальность. Острый панкреатит занимает лидирующие позиции в структуре хирургической патологии с высокими цифрами летальности (до 20–30%) и без существенной динамики их снижения в течение последних десятилетий. Высокое внутрибрюшное давление, приводящее к усугублению моторно-эвакуаторных нарушений, снижению спланхического кровотока, респираторной дисфункции и риску транслокации внутрикишечной флоры с развитием полиорганной недостаточности и сепсиса, рассматривается как отрицательный фактор. Сохранение внутрибрюшной гипертензии более суток приводит к инфицированию панкреонекроза у 1/5 пациентов, более 2х

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-