



точником кровотечения и рецидивом профузного кровотечения в послеоперационный период.

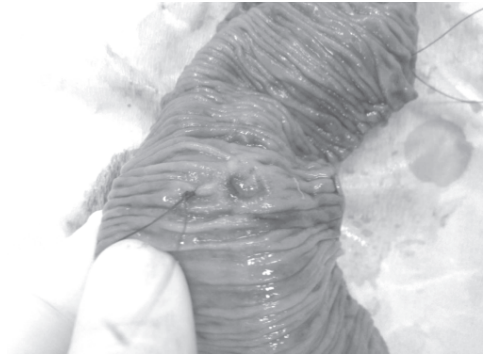
Таким образом, диагностика источника кровотечения из тонкой кишки остается трудной проблемой, помочь в решении которой может расширение инструментальных методов исследования и в случае профузных и рецидивирующих кровотечений на первом месте как в диагностическом, так и в лечебном плане остается оперативное лечение. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Б., 65 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на черный жидкий стул, слабость. Указанные жалобы беспокоили эпизодически и впервые появились около 1,5 года назад, в связи с чем неоднократно обследовалась в стационарах, патологии со стороны желудка, толстой кишки не выявлено.

При поступлении у больной заподозрено состоявшееся кишечное кровотечение из неизвестного источника, постгеморрагическая анемия легкой степени, в экстренном оперативном лечении не нуждалась.

Пациентке выполнена гастроскопия, дуоденоскопия, диагностирован хронический гастродуоденит. При колоноскопии с осмотром терминальных отделов подвздошной кишки (около 10–15 см) выявлены два формирующиеся полипа толстой кишки, без признаков изъязвления и кровотечения. Больной также проведена энтерография — данных за органическую патологию, препятствий пассажу бария на всем протяжении тонкой кишки не получено. По результатам компьютерной томографии заподозрено утолщение стенки тонкой кишки на протяжении 6–7 см (предположительно в области связки Трейца), требующее морфологической верификации.

Учитывая жалобы больной, анамнестические данные, свидетельствующие о рецидивах кровотечений из тонкой кишки, боль-



Участок резецированной тонкой кишки с изъязвленной опухолью (наиболее крупная из трех опухолей, отмечена лигатурой)

ной выполнена диагностическая лапароскопия.

На операции: в малом тазу скудное количество прозрачного выпота, на расстоянии 1 м от илеоцекального угла выявлено уплотнение стенки тонкой кишки диаметром до 1 см с васкуляризацией. Выполнена милапаротомия, при пальпации на протяжении 10–12 см от выявленной опухоли диагностированы два полипообразных плотных образования, вероятно, аналогической структуры, диаметром до 0,5 см. Другой патологии брюшной полости не обнаружено. Выполнена резекция участка тонкой кишки длиной 30 см с опухолями (см. рисунок).

Послеоперационный период неосложненный. По результатам гистологического исследования установлен диагноз — нейроэндокринная карцинома тонкой кишки с мультицентрическим характером роста, в двух из трех участков опухоль прорастает стенку кишки на всю толщу (Т3N0M0).

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение онколога.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.12-008.46-089.819

Долгушин О.А. (dolgushin70@mail.ru), **Иванов А.В.**, **Шамес А.Б.**, **Гирель О.И.**, **Прохорчик А.А.** — Результат эндоваскулярной реваскуляризации миокарда при хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

В статье приведены данные современного подхода к лечению сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса. Описан случай положительного результата многоэтапной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у пациента с рефрактерной к консервативному лечению сердечной недостаточностью, обусловленной ишемической кардиомиопатией и клапанным пороком сердца с высоким риском смерти для коронарного шунтирования и хирургической коррекции клапанного порока сердца. С целью снижения смертности и улучшения качества жизни коморбидных пациентов с ишемической кардиомиопатией и тяжелой ХСН



эндоваскулярная реваскуляризация миокарда может рассматриваться как альтернатива коронарному шунтированию.

К л ю ч е в ы е с л о в а: эндоваскулярная реваскуляризация, хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса.

Dolgushin O.A., Ivanov A.V., Shames A.B., Girel O.I., Prokhorchik A.A. — Result of endovascular myocardial revascularization in case of chronic heart failure with a low fraction of left ventricular ejection. The article presents data of a modern approach to the treatment of heart failure with a low ejection fraction. A case of a positive result of multi-stage endovascular myocardial revascularization in a patient with refractory to conservative treatment of heart failure due to ischemic cardiomyopathy and valvular heart disease with a high risk of death for coronary bypass surgery and surgical correction of valvular heart disease is described. In order to reduce mortality and improve the quality of life of comorbid patients with ischemic cardiomyopathy and severe CHF, endovascular myocardial revascularization can be considered an alternative to coronary bypass surgery.

К е у в о р д s: endovascular revascularization, chronic heart failure with a low ejection fraction.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определяется клинически как синдром, при котором пациенты имеют типичные симптомы (одышка, отеки лодыжек, усталость) и признаки (повышенное давление в яремной вене, хрипы в легких, периферические отеки), вызванные нарушением структуры и/или функции сердца, что приводит к уменьшению сердечного выброса и/или повышению внутрисердечного давления в покое или во время нагрузки. Самой частой причиной развития ХСН в Европе и России в последние годы стала *ишемическая болезнь сердца* (ИБС), которая встречается у 60–70% стационарных больных и ассоциируется прежде всего с нарушением систолической функции левого желудочка (Беленков Ю.Н. и др., 2010). Среди других причин развития ХСН следует отметить дилатационную кардиомиопатию, ревматические пороки сердца, а в старших возрастных группах, наряду с ИБС, и артериальную гипертензию. По данным исследования STICH, для снижения смертности и госпитализации больных ИБС с поражением *передней межжелудочковой артерии* (ПМЖА) или многососудистым поражением коронарных артерий и фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) $\leq 35\%$, наряду с медикаментозной терапией, рекомендуется выполнять коронарное шунтирование (Velazquez E.J. et al., 2011). В то же время у коморбидных пациентов выбор реваскуляризации (эндоваскулярное вмешательство или коронарное шунтирование) должен осуществляться кардиокомандой (кардиолог, терапевт, эндоваскулярный хирург, кардиохирург) после тщательной оценки клинического статуса пациента, коронарной анатомии и ожидаемой эффективности (Windecker S. et al., 2014).

Клинический пример. У пациента В., 58 лет, в 2013 г. появились и в последующие годы прогрессировали одышка инспираторного характера, приступы сердечной астмы, отеки нижних конечностей. В июле 2016 г. при эхокардиографическом исследовании выявлены ги-

покинезия верхушечного сегмента межжелудочковой перегородки, гипокинезия большинства сегментов задней стенки левого желудочка, верхушечных и части медиальных сегментов передней и переднебоковой стенок левого желудочка, гипертрофия и дилатация левого желудочка (*конечный диастолический размер* – КДР=7,2 см, *конечный систолический размер* – КСР=6 см), снижение *фракции выброса левого желудочка* (ФВЛС) до 28%. В течение 6 мес проводилась стандартная консервативная терапия ХСН без отчетливой положительной динамики. В декабре 2016 г. госпитализирован в 3 ЦВКГ, где установлен диагноз: «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз неизвестной давности. Ишемическая кардиомиопатия. Приобретенный комбинированный митрально-трикуспидально-аортальный порок сердца (недостаточность митрального и трикуспидального клапанов 3 степени, недостаточность аортального клапана 2 степени), ХСН 2Б, ФК 4 по NYHA». Кроме того, выявлены сопутствующие заболевания бронхолегочной системы, почек, сосудов головного мозга. Для уточнения состояния коронарного русла выполнена коронароангиография – обнаружены множественные гемодинамически значимые поражения коронарных артерий сердца: субтотальные стенозы в проксимальной и дистальной третях *правой коронарной артерии* (ПКА); протяженный стеноз 85% в средней трети ПМЖА; окклюзия проксимальной трети *промежуточной ветви* (ПромВ).

Ввиду тяжести основного и сопутствующих заболеваний, несмотря на показания к коронарному шунтированию и хирургической коррекции клапанного аппарата сердца, кардиокомандой оперативное вмешательство в таком объеме признано непереносимым. Принято решение об этапной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда. На первом этапе выполнена коронарная ангиопластика со стентированием ПКА, через 9 нед – ПМЖА, еще через 9 нед – механическая реканализация и стентирование ПромВ. При дальнейшем наблюдении признаки ХСН



регрессировали, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам. По данным контрольной эхокардиографии, выполненной через 3 мес после последнего эндоваскулярного вмешательства, уменьшились размеры левого желудочка (КДР=6,1 см, КСР=4,8 см), ФВЛЖ увеличилась до 42%.

Таким образом, с целью снижения смертности, уменьшения сроков госпитализации и улучшения качества жизни у коморбидных пациентов с ишемической кардиомиопатией и тяжелой ХСН эндоваскулярная реваскуляризация миокарда может рассматриваться как альтернатива коронарному шунтированию.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.34-008.64-02

Староконь П.М. (*oldhorse.pm@mail.ru*)¹, **Долгих Р.Н.**², **Галик Н.И.**¹ — Синдром энтеральной недостаточности при острой хирургической патологии.

¹Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва; ²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Разработан для условий общехирургического стационара комплекс лечебных мероприятий, эффективно воздействующих на проявления у больных синдрома энтеральной недостаточности. Выполнено наблюдение и лечение 96 больных с острой кишечной непроходимостью. В лечебную программу послеоперационного периода включались дренирование тонкой кишки, энтеротропная терапия, введение инфузионных антигипоксантов. Проведенное лечение позволило значительно эффективнее корректировать проявления синдрома энтеральной недостаточности, в более короткие сроки восстанавливать функциональную состоятельность тонкой кишки.

К л ю ч е в ы е с л о в а: острая кишечная непроходимость, энтеральная недостаточность, лечебные мероприятия.

Starokon P.M., Dolgikh R.N., Galik N.I. — Syndrome of enteric insufficiency in acute surgical pathology. The complex of medical measures effective for manifestations in patients with enteric insufficiency syndrome was developed for the conditions of a general surgical hospital. 96 patients with acute intestinal obstruction were observed and treated. The curative program of the postoperative period included the draining of the small intestine, enterotrope therapy, the introduction of infusion antihypoxants. The treatment carried out made it possible to significantly improve the manifestations of enteric insufficiency syndrome, in a shorter time to restore the functional consistency of the small intestine.

К е у о р д с: acute intestinal obstruction, enteral insufficiency, medical measures.

Синдром энтеральной недостаточности (СЭН) — грозное осложнение ряда острых хирургических заболеваний, часто определяющее исход основной нозологии. СЭН оказывает выраженное влияние на динамику эндогенной интоксикации и синдрома полиорганной недостаточности при распространенном перитоните, острой кишечной непроходимости, остром панкреатите, тяжелой политравме и т. д. В основе его патогенеза лежат сложные механизмы изменения морфофункционального состояния кишечника: нарушения микроциркуляции и перфузии тканей, активация процессов свободнорадикального окисления липидов и белков, тканевая гипоксия и нарушение клеточного энергообразования, неконтролируемый рост патогенной и условно патогенной микрофлоры в просвете кишки и др. Кишечник становится «главным резервуаром» организма, содержащим широкую гамму токсических веществ. Проведение комплекса лечебных мероприятий, предупреждающих развитие или снижающих степень проявления СЭН, является актуальной задачей хирургии и ре-

аниматологии. В программе интенсивного лечения острой хирургической патологии вопросам коррекции синдрома энтеральной недостаточности должно уделяться особое внимание.

Цель исследования. Разработка комплекса лечебных мероприятий, эффективно влияющих на СЭН в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы. В исследовательскую часть работы включены 96 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, течение которой практически всегда осложняется СЭН. У большинства из них спаечная непроходимость протекала на фоне распространенного перитонита.

Больные проходили лечение в хирургических отделениях клинических баз филиала ВМедА им. С.М.Кирова. Всем пациентам выполнена лапаротомия в различных объемах с целью устранения кишечного препятствия, вызванного спаечным процессом, санация и дренирование брюшной полости.

Обязательной была предоперационная подготовка, включавшая эвакуацию желудоч-