



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-



Таблица 1

Показания к дренированию тонкой кишки

Показания	Количество больных, абс. число/%
Паретическое состояние тонкой кишки	36/87,8
Послеоперационный или прогрессирующий перитонит	12/29,2
Резекция кишки или ушивание ее стенки в условиях перитонита	10/24,4
Ранняя послеоперационная или спаечная кишечная непроходимость на фоне перитонита	27/65,9
Лапаростомическое ведение послеоперационной раны	8/19,5

ного содержимого, инфузионную терапию, коррекцию системных нарушений. В ходе предоперационной подготовки проводились мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости кишечника. Кроме перечисленных, они включали новокаиновые блокады и интенсивное сифонное промывание кишечника.

Во время операции всем пациентам выполнялась интубация тонкой кишки, преимущественно назогастроинтестинальным зондом. Интубация кишечника являлась главным звеном программы коррекции синдрома энтеральной недостаточности. Показаниями для ее выполнения являлись: распространенный перитонит, обширный спаечный процесс, травматичность выделения кишки из спаек, рецидив спаечной непроходимости, паретическое состояние тонкой кишки. В последние годы показания к интубации тонкой кишки значительно расширились. Ее рекомендуется применять для профилактики несостоятельности кишечных швов и анастомозов, предупреждения паралитической или ранней спаечной кишечной непроходимости, при проведении внутрикишечной терапии. Интубация тонкой кишки позволяет осуществлять декомпрессию тонкой кишки, эвакуацию токсичного кишечного содержимого, проведение детоксикационных методик (кишечный лаваж и энтеросорбция), обеспечивает восстановление моторной функции кишки и микроциркуляции кишечной стенки, восполнение водно-электролитных нарушений, раннее энтеральное питание.

Группу сравнения составили 45 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, которым по тем или иным причинам интраоперационно интубация кишки не выполнялась. Им проводилось полноценное интенсивное лечение, направленное на детоксикацию, устранение водно-электролитных, органных и системных нарушений.

Результаты и обсуждение. Анализ клинического материала показал, что в дренировании тонкой кишки нуждаются 42,7% боль-

ных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости, и прежде всего пациенты, у которых патологический процесс осложнялся клиникой распространенного перитонита.

На основании многолетнего опыта и результатов исследований были выделены следующие показания к дренированию тонкой кишки: ее паретическое состояние, послеоперационный или прогрессирующий перитонит, ушивание стенки кишки в условиях перитонита, ранняя послеоперационная или спаечная кишечная непроходимость на фоне перитонита, послеоперационное лапаростомическое ведение лапаротомной раны. Таким образом, дренирование тонкой кишки может преследовать как декомпрессионно-детоксикационную, так и профилактическую цель.

Как видно из представленных в табл. 1 данных, чаще всего показаниями к дренированию тонкой кишки являлись паретическое состояние ее стенки, послеоперационный и прогрессирующий перитонит. Общее количество показаний оказалось значительно больше, чем число больных.

Основная причина отказа от дренирования тонкой кишки — тяжелое состояние больного с неустойчивыми показателями гемодинамики на момент операции и в ее процессе. По нашим наблюдениям, даже при относительно стабильной центральной гемодинамике на момент дренирования, почти у всех больных с тяжелыми формами непроходимости, осложненной перитонитом, отмечалось снижение артериального давления, увеличение частоты и нарушение ритма сердечных сокращений (табл. 2).

Основные принципы интенсивной терапии в ранний послеоперационный период у больных с кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, осложненными СЭН, включали наиболее раннее восстановление объема циркулирующей крови и устранение водно-электролитных нарушений, улучшение реологических свойств крови, микроциркуляции и перфузии, борьбу с



Таблица 2

Влияние дренирования тонкой кишки на показатели центральной гемодинамики у пациентов с тяжелыми формами кишечной непроходимости

Показатели гемодинамики	Количество больных			
	до предоперационной подготовки	перед дренированием кишки	во время дренирования кишки	после дренирования кишки
Без нарушения ритма и частоты сердечных сокращений	2	6	—	—
Нарушения сердечного ритма	12	10	15	18
Учащение сердечных сокращений	35	41	42	41
Урежение сердечных сокращений	7	3	3	1
Нормальные показатели АД	8	17	—	2
Сниженные показатели АД	31	33	42	41
Повышенные показатели АД	4	8	6	8

тканевой и циркуляторной гипоксией, проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии, восполнение энергетических и пластических потребностей организма, коррекцию эндотоксикоза, улучшение метаболизма клетки и стабилизации цитоплазматических мембран, иммунотерапию, восстановление функциональной состоятельности основных жизнеобеспечивающих систем.

Комплексный подход к коррекции энтеральной недостаточности позволил достичь лучших результатов. Так, в среднем на 1,6 сут быстрее восстанавливалась перистальтика кишечника. В период восстановления моторной функции кишечника наблюдалось более выраженное, чем в группе сравнения, снижение интоксикации. Об этом свидетельствовало улучшение общего самочувствия пациентов с интубированной кишкой в ранний послеоперационный период, положительная динамика их психического статуса несмотря на раздражающее действие зонда, уменьшение одышки, улучшались гемодинамические показатели. Более отчетливо корригировались биохимические показатели, что свидетельствовало о снижении интоксикации. Особенно это заметно на фоне кишечного лаважа. Последний проводился 2–3 раза в сутки. Применялись различные растворы: 0,9% раствор NaCl, раствор Рингера, раствор мафусола, простая кипяченая вода. Однократный объем вводимой в зонд жидкости составлял от 400

до 600 мл. На 20 мин зонд перекрывался, и в дальнейшем путем самооттока лаважная жидкость эвакуировалась. Уже после 2–3 процедур отмечалась положительная динамика интоксикационного синдрома. Кроме того, интраинтестинальное введение инфузионных растворов позволяло более эффективно корригировать водно-электролитные нарушения и, как показали результаты экспериментов на модели перитонита у животных, способствовало повышению морфофункциональной состоятельности энтероцитов слизистой тонкой кишки.

Детоксикационная эффективность кишечного лаважа подтверждалась снижением уровня биохимических показателей крови, таких как среднемолекулярные пептиды, креатинин, мочевины, билирубин. Согласно мнению М.Д.Ханевича и соавт. (2004), само дренирование паретически измененной тонкой кишки с последующим опорожнением может быть достаточным для восстановления ее основных физиологических функций. Тем не менее применение в комплексном лечении методов внутрикишечной детоксикации улучшает результаты лечения синдрома энтеральной недостаточности.

Важной составляющей лечения являлась инфузионная терапия. Общий суточный объем инфузий составлял от 4500 до 9000 мл растворов. Программа инфузионной терапии включала введение кристаллоидов (до 75%), коллоидных растворов (10–15%), растворов



аминокислот, альбумина и др. Учитывая, что в патогенезе СЭН важным звеном является тканевая гипоксия, в основной группе обязательным для введения был антигипоксанта́ный раствор мафусола. Его суточный объем составлял от 800 до 1600 мл. Мафусол обладает полифункциональным действием, и его введение было направлено на коррекцию тканевой гипоксии, кислотно-щелочного равновесия (путем снижения образования недоокисленных продуктов в тканях), воломокоррекцию, детоксикацию. После введения мафусола отмечено более быстрая коррекция кислотно-щелочного равновесия, что свидетельствовало об активации энергообразующих процессов в организме.

В группе сравнения вместо мафусола в программу инфузионной терапии включались аналогичные объемы лактасола, при этом

так же отмечена положительная динамика устранения СЭН, но показатели коррекции носили менее выраженный характер. Особенно это относится к динамике уменьшения интоксикации и показателям восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Заключение. Комплексный подход к коррекции СЭН при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет эффективно в ранний послеоперационный период восстанавливать функциональную состоятельность кишечника. Лечебная программа должна содержать полноценную инфузионную терапию с включением антигипоксантов и интраоперационную интубацию тонкой кишки, которая обеспечивает ее декомпрессию, эвакуацию токсического содержимого, улучшение микроциркуляции стенки и создает условия для проведения внутрикишечной детоксикации.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.517-085.3

Тарасенко Г.Н. (drtarassenko@yandex.ru), **Паценко М.Б.** (patsenko_mb@mail.ru), **Патронов И.В.** (patig64@yandex.ru), **Кузьмина Ю.В.** (jvk05@rambler.ru) – Биологическая терапия как перспектива лечения тяжелых форм псориаза.

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

Представлен опыт применения биологических препаратов в кожном отделении военно-медицинской организации пациентам с тяжелыми формами псориаза и псориатического артрита. Появление новых препаратов для биологической терапии псориаза, таких как Козэнтликс (секукинумаб), Отелсла (апремиласт), с другим механизмом действия на ключевые звенья иммунопатогенеза открывает новую страницу в лечении тяжелых форм этого заболевания.

К л ю ч е в ы е с л о в а: псориаз, биологическая терапия, моноклональные антитела, фактор некроза опухоли α , интерлейкины.

Tarasenko G.N., Patsenko M.B., Patronov I.V., Kuzmina Yu.V. – Biological therapy as a perspective treatment of severe forms of psoriasis. The experience of using biological preparations in the skin compartment of the military medical organization is presented to patients with severe forms of psoriasis and psoriatic arthritis. The emergence of new drugs for the biologic therapy of psoriasis, such as Cointix (secaquinumab), Otisla (Aprilmilast), with a different mechanism of action on the key links of immunopathogenesis opens a new page in the treatment of severe forms of this disease.

К е у в о р д s: psoriasis, biological therapy, monoclonal antibodies, tumor necrosis factor alpha, interleukins.

В настоящее время важным направлением исследований патогенеза псориаза стало изучение иммунных механизмов. В основе нарушений иммунного статуса при этой патологии лежат интерлейкинзависимые иммунодефицитные состояния. Цитокины – интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-23, фактор некроза опухоли α (ФНО- α) и другие – вызывают активацию Т-лимфоцитов, воспалительную инфильтрацию и пролиферацию кератиноцитов в очагах поражения кожи псориазом (Бадокин В.В., 2006).

Актуальным направлением при псориазе и псориатическом артрите стала антицитокиновая терапия биологическими агентами, которую по праву следует рассматривать

как терапию XXI в. Новые биологические подходы к лечению этого заболевания основаны на более глубоком понимании его патогенеза. Принятие тезиса аутоиммунной природы псориаза дало старт бурному развитию генно-инженерных биотехнологий, что позволило кардинальным образом пересмотреть отношение к лечению псориаза, и прежде всего его тяжелых форм. Причем количество новых биологических препаратов, изучаемых на разных стадиях клинических испытаний, с каждым годом увеличивается. В практике дерматолога и ревматолога наиболее распространены следующие генно-инженерные биологические препараты: Ремикейд (инфликсимаб), Хумира (адалимумаб),