

Статистически значимых различий между используемыми спазмолитиками при проведении ЭГЭГ на фоне курсового приема выявлено не было.

При анализе данных ЭГЭГ, проведенных пациентам в течение 40 минут на фоне однократного (первого) приема сравниваемых препаратов, было выявлено, что прием гиосцина бутилбромида приводил к более быстрому проявлению спазмолитических свойств по сравнению с другими препаратами этой группы, что проявлялось в более выраженном снижении моторной активности по таким показателям как суммарная мощность PS и мощность по каждому из отделов Pi, как следствие — более быстрое купирование абдоминальной боли при однократном приеме.

Выводы. Спазмолитик гиосцина бутилбромид (препарат «Бускопан») показал себя как эффективное средство терапии «по требованию» для купирования абдоминального болевого синдрома, что позволяет рекомендовать его использование для этих целей в широкой клинической практике.

6. Комбинированный препарат «Метеоспазмил» (альверина цитрат + симетикон) в купировании абдоминальной боли

Белоусова Л. Н.¹, Барышникова Н. В.²,
Пахомова И. Г.¹, Павлова Е. Ю.¹,
Скворцова Т. Э.¹, Петренко В. В.¹

¹СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ²ПСПбГМУ
им. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить эффективность метеоспазмил (комбинированный препарат, содержащий миотропный спазмолитик альверина цитрат и пеногаситель симетикон) в терапии абдоминальной боли.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 20 больных, предъявлявших жалобы на наличие абдоминальной боли. Всем пациентам был назначен метеоспазмил в стандартной дозе по 1 таблетке 3 раза в день перед едой (согласно инструкции по применению препарата) в течение 14 дней в качестве монотерапии. Ежедневно все пациенты заполняли специально разработанный дневник, включающий оценку абдоминальной боли в баллах (0 — отсутствие симптома, 1 — слабая боль, 2 — боль умеренно выражена, 3 — интенсивная боль), до и после лечения пациенты отмечали уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) интенсивности боли и дискомфорта.

Результаты. До начала лечения средняя выраженность абдоминальной боли составляла 2,4 балла, в первый день терапии метеоспазмил — 1,8 балла, в третий день — 1,2 балла, при этом у 60% пациентов имело место уменьшение интенсивности абдоминального болевого синдрома с первых суток терапии, а с третьего дня приема препарата все пациенты отметили снижение выраженности болей в животе. Через неделю лечения абдоминальная боль сохранялась только у 20% пациентов, при этом имела слабую интенсивность, средняя оценка по балльной шкале составила 0,2. К концу терапии абдоминальная боль была купирована у 95% пациентов. При анализе данных ВАШ установлено, что в среднем имело место снижение интенсивности боли по шкале с 61 мм до 25 мм, то есть уменьшение интенсивности

абдоминальной боли в 2,4 раза. За время лечения побочных эффектов и аллергических реакций зарегистрировано не было.

Выводы. На фоне приема метеоспазмил отмечается положительная клиническая динамика в виде уменьшения интенсивности абдоминального болевого синдрома, что позволяет рекомендовать данный препарат, в том числе в качестве монотерапии, пациентам с жалобами на боль в животе.

7. Этиологическая и клиническая характеристика больных хроническим панкреатитом в Московской области и их приверженность к лечению

Белякова С. В., Белоусова Е. А.

МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: sve79@yandex.ru

Цель: изучить этиологическую, клиническую характеристику больных хроническим панкреатитом (ХП) в Московской области (МО) и их приверженность к лечению.

Материалы и методы. 100 пациентов с ХП обследованы и опрошены по вопросу приверженности к лечению.

Результаты. Группу больных ХП составляют 32% мужчин и 68% женщин. Этиология ХП в 32% случаев алкогольная, в 46% билиарная, в 13% идиопатическая, у 7% выявлена связь с гиперлипидемией, у 2% — с папиллитом БДС. У 85% больных отмечается болевой синдром, у 86% — экскреторная недостаточность, у 35% — нарушения углеводного обмена. Сочетание боли и экскреторной недостаточности отмечается у 44% больных, у 27% помимо этого наблюдаются нарушения углеводного обмена. Большинство (70%) пациентов соблюдают рекомендации врачей частично, полностью их соблюдают 28%, совсем не соблюдают 2%. На примере приема ферментных препаратов видно, в чем проявляется отсутствие приверженности к лечению: уменьшение длительности приема (54%), снижение дозировки (45%), замена микросфер на таблетки (27%), уменьшение кратности приема (24%). 47% больных связывает несоблюдение рекомендаций с материальными трудностями, 41% — с улучшением самочувствия. В 17% другие причины: нечеткость рекомендаций врача (5%), боязнь «привыкания» (2%), «много лекарств» (6%), забывают принять (4%).

Заключение. В группе больных ХП преобладают пациенты с билиарной (46%) и алкогольной (32%) этиологией. В клинической картине чаще встречается болевой синдром (85%) и экскреторная недостаточность (86%). Пациенты с ХП в 70% случаев лишь частично соблюдают рекомендации врача. Чаще не соблюдается длительность приема и дозировка ферментных препаратов, основными причинами этого являются материальные трудности и улучшение самочувствия.

8. Возможности профилактики эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных, находящихся в критическом состоянии

Болотников А. И., Розанов В. Е.,
Кильдяшов А. В., Хайкин И. В.

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал №4
ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, Краснознаменск,
Россия

Цель исследования: определить вероятность риска развития эрозивно-язвенных повреждений (ЭЯП) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных, находящихся в критическом состоянии, и оценить возможности их профилактики.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 95 больных в критическом состоянии (тяжесть состояния составила $(52,8 \pm 2,5)$ балла по SPACHE-II). Средний возраст больных составлял $(35,7 \pm 1,5)$ года.

У 59 больных проводилась «традиционная» терапия и были использованы ингибиторы протонной помпы пантопразол или омепразол 80 мг внутривенно болюсно, затем в виде капельной инфузии 8 мг/ч на протяжении 3 дней; у 20 пациентов применяли H₂-блокаторы — ранитидин (в рекомендуемых дозировках); у 16 — антацидные средства (кальция карбонат или магния трисиликат).

Результаты. Установлено, что с высокой вероятностью эти осложнения могли развиваться при остром ОРДС ($RR > (15,2 \pm 1,1)$) септическом шоке ($RR > (14,5 \pm 1,0)$), инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком ($RR > (10,7 \pm 0,9)$) и гемодинамическом отеке легких ($RR > (9,5 \pm 0,8)$), острой печеночной недостаточности ($RR > (3,7 \pm 0,1)$), острой почечной недостаточности ($RR > (2,3 \pm 0,1)$).

Установлено, что все антацидные средства были не эффективны для профилактики ЭЯП ЖКТ, так как последние в этой группе больных развились в 62,5% случаев. Блокаторы H₂-рецепторов оказались слабо эффективны для указанной профилактики, осложнения развились в 35% случаев. Ингибиторами протонной помпы значительно снижался риск развития ЭЯП ЖКТ, поскольку в этой группе больных они были выявлены в 8,5% случаев.

Заключение. У больных в критическом состоянии имеется большой риск развития ЭЯП ЖКТ. Протокол лечения больных в критическом состоянии должен включать применение ингибиторов протонной помпы.

9. Результаты современных методов хирургического лечения посттравматического панкреонекроза

Болотников А. И., Розанов В. Е.,
Сторожилов В. А., Хайкин И. В.

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал №4
ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, Краснознаменск,
Россия

Цель исследования: установить роль видеолапароскопической техники апоптоза в лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 66 пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ), которые оперированы с достоверно диагностированным панкреонекрозом. Средний возраст пострадавших составил $(30,9 \pm 1,9)$ года.

Результаты. В I группе (59,1% больных) пострадавшим проводились «традиционные» для данной патологии операции. Формировали в 11 случаях внебрюшинную, в 17 — чрезбрюшинную

и в 11 — комбинированную ретроперитонеостомию. В 35,8% наблюдениях отмечалось нарастание гнойно-некротического процесса, и пострадавшие умерли.

Во II группе (40,9% больных) для лечения панкреонекроза была использована видеолапароскопическая техника. В 16 наблюдениях выполняли марсупинизацию сальниковой сумки с эндоскопическим наложением двух полукисетных швов на отверстие в желудочно-ободочной связке, с введением в сальниковую сумку двухпросветного дренажа и подшиванием полукисетным швом к апоневрозу. В 11 случаях осуществляли промывание гнойной полости, аспирацию рыхлой некротизированной жировой клетчатки и механическое удаление плотных секвестров. Лапароскопический этап операции завершали наложением холецистостомы (9) с применением интракорпоральных ручных швов, фиксирующих дренажную трубку в просвете пузыря к его стенке или выполняли холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому. Всем пострадавшим оставляли гильзу для проведения динамической санационной видеолапароскопии в послеоперационном периоде. В среднем у каждого пострадавшего осуществляли по четыре этапных лечебных оментопанкреатоскопии. Умерли в этой группе 22,2% пострадавших.

Заключение. Использование видеолапароскопической техники для лечения травматического панкреонекроза позволяет снизить частоту летальности от гнойно-септических осложнений с 35,8% до 22,2%, то есть в 1,6 раза ($p < 0,01$).

10. Межпищеварительная периодическая секреторная деятельность желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Борисов Ю. Ю., Борисенко В. В.
КММИВСО, Краснодар, Россия

Цель исследования: изучение соотношения фазных величин кислотопродукции в структуре периодического межпищеварительного цикла секреторной и моторной деятельности желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и хроническим гастритом.

Материал и методы. Обследованы 36 человек (мужчин 23, женщин 13) в возрасте от 17 до 54 лет (средний возраст $(34,0 \pm 2,4)$ года), в том числе 18 больных ЯБ ДПК, 12 больных хроническим гастритом и 6 здоровых добровольцев. Параллельная регистрация моторной и секреторной деятельности верхнего отрезка желудочно-кишечного тракта проводилась методом открытых катетеров. Величину кислотопродукции учитывали отдельно в фазе усиления секреторной активности (УСА) и в фазе относительного секреторного покоя (ОСП).

Результаты. Установлено, что периодическая секреция париетальных клеток в межпищеварительном периоде при ЯБ ДПК существенно отличается от таковой у здоровых лиц и больных хроническим гастритом. Эти различия включают не только выраженную гиперсекрецию кислоты за единицу времени, но и значение соотношения выработки кислоты в фазе УСА к фазе ОСП. Этот коэффициент (УСА/ОСП) у больных с ЯБ ДПК в среднем в 1,6 раза выше, чем в группе лиц без такого заболевания ($2,5 \pm 0,2$