

В третьем случае во время плановой гистероскопии был удален узел диаметром 1,5 см с явлениями кальциноза.

У всех пациенток в сроки от 6 до 18 месяцев после ЭМА отсутствовали клинические проявления миомы. При ультразвуковом исследовании отмечено уменьшение размеров узлов на 50-90%, при этом доплерографически подтверждено отсутствие кровотока в миоматозных узлах и полное восстановление кровотока в маточных артериях. Таким образом, большинство пациенток (75%) в сроки до 18 месяцев после ЭМА избежали оперативного лечения.

Выводы. ЭМА является высоко эффективным малоинвазивным вмешательством, позволяющим сохранить менструальную функцию и возможность репродукции. Выполнение первым этапом ЭМА у женщин репродуктивного возраста с миомой матки является оправданным. ЭМА позволяет практически бескровно и малотравматично выполнить последующее эндоскопическое вмешательство, что дает шанс на восстановление репродуктивной функции.

Литература

1. Бобров Б.Ю., Алиева А.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миом матки // Акушерство и гинекология. 200, №5. С. 6–9.
2. Ravina J., Merland J., Herbreteau D. et al. Preoperative embolization of uterine fibroma. Preliminary results (10 cases) // Presse Med. 1994, №23, P.1540.
3. Goodwin S., Vedantham S., McLucas B. et al. Preliminary experience with uterine artery embolization for uterine fibroids // Ibid. 1997, №8. P. 517–526.
4. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А. и др. Новый органосохраняющий метод лечения миомы матки – эмболизация маточных артерий // Лечебное дело (периодическое учебное издание РГМУ), М.: 2005, №2. С. 24–27.
5. Капранов С.А., Доброхотова Ю.Э., Бобров Б.Ю. и др. Постэмболизационный синдром при эндоваскулярном лечении миом матки. II Росс. съезд интервенц. кардиоангиол., Москва // Международный журнал интервенционных кардиоангиологов. 2005, №7. С.56.

COMPLEX ENDOVASCULAR AND ENDOSCOPY TREATMENT OF HYSTEROMYOMAS AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

P.V. SARYCHEV, G.A. SHEMARINOV, M.S. OLSHANSKY, I.S. TIMOSHIN, A.V. SVIRIDOVA, R.V. LAPTYEV, A.I. BORODULIN

Voronezh Region Clinical Hospital №1
Unit of Radiopaque Methods of Diagnostics and Treatment

Examining 50 patients the possibilities of endovascular method in complex treatment of hysteromyomas are estimated. The results of this research show that the endovascular method is a highly effective, small invasive intervention, allowing to keep menoris function and the possibility of reproduction of women.

Key words: hysteromyoma, reproduction, endoscopy.

УДК 611.611+611.612: 616-053.2

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК И ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ У ПЛОДОВ, НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АНАТОМИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

А.В.СТАБРЕДОВ*

Цель исследования: провести анализ данных, полученных при ультразвуковых и анатомических исследованиях почек и почечных лоханок у плодов, новорожденных и детей. Было произведено ультразвуковое исследование 110 плодов, 20 новорожденных детей и 80 детей (160 почек) с момента рождения до 14 лет по показаниям не связанным с патологией почек. В течении первого года жизни скорость роста почечной лоханки превышает скорость роста почечной паренхимы. В последующие годы развития наиболее интенсивный рост почечной лоханки наблюдается у детей в подростковом возрасте (13-15 лет).

Ключевые слова: почки, дети, почечная лоханка

Функция почек во многом зависит от функции почечных чашечек и лоханки, [1,6]. Работы, посвященные формированию этих структур, актуальны по многим причинам: увеличение частоты заболеваний почек, появление новых методик исследо-

вания в нефрологии, а так же появление новых органосохраняющих операций на почках [3,5]. Однако в литературе имеются лишь единичные работы описывающих взаимоотношения структурных преобразований почки, почечных чашечек и лоханки человека в процессе их формирования [2,4].

Цель исследования – провести анализ данных, полученных при ультразвуковых и анатомических исследованиях почек и почечных лоханок у плодов, новорожденных и детей, выявить варианты строения почечных лоханок у новорожденных и детей по данным ультразвуковых исследований (УЗИ).

Проведено УЗИ почек 110 плодов человека на базе клинико-диагностического отделения областного перинатального центра МУЗ Александрово-Марининской областной клинической больницы. Использовалось конвексное сканирование на ультразвуковом сканере «Aloka 400» (Япония) с частотой 3,5 МГц в реальном режиме.

Было произведено ультразвуковое исследование почек 20 новорожденных детей на базе областного перинатального центра областной клинической больницы № 1. Специальной подготовки к исследованию почек у новорожденных не требуется. При исследовании почек используется сканирование в реальном масштабе времени, которое позволяет оценивать движущиеся структуры. Дает возможность быстро получать оптимальные срезы органа. Предпочтительнее использовать при этом конвексное сканирование на ультразвуковом сканере «Aloka 400» (Япония) конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц в реальном режиме. Сканирование почек осуществляют в сагитальной, косой и поперечной плоскостях. При исследовании новорожденных детей используется доступ со стороны брюшной полости, так как положение ребенка на спине повышает контакт с ним и снижает подвижность тела при плаче. Сканирование правой почки проводят через акустическое окно печени. Датчик располагают сагитально в правом верхнем квадранте живота ниже края реберной дуги и выполняют серию продольных срезов по направлению к правой задней подмышечной линии, затем осуществляем поперечное сканирование. Исследование левой почки со стороны передней брюшной стенки затруднено, так как она прикрыта содержащими газ кишечником и желудком, тем не менее, она визуализируется в положении на правом боку, а так же при исследовании со стороны спины и при положении ребенка лежа на животе. Для получения подробной качественной информации о состоянии паренхимы и почечной лоханки, а так же о взаимоотношении почек с другими органами, необходимо применение полипозиционного исследования почек в различных плоскостях сканирования.

Изучены данные УЗИ почек 80 детей (160 почек) с момента рождения до 14 лет без выявленной почечной патологии (по показаниям не связанным с патологией почек: профилактический осмотр и т.д.) на ультразвуковом сканере «Siemens EC 9-4 Ultrasound Transducer Sonoline G 60 S» (Германия) конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц в реальном режиме на базе диагностического отделения Областной детской клинической больницы г. Астрахань.

Определялись размеры почек и почечной лоханки. При УЗИ исследованиях определялась форма почечной лоханки.

Использовалась анатомическая препаровка. Измерялись почки 110 плодов, новорожденных и детей (220 почек) с помощью штангенциркуля. Проводились измерения длины, ширины верхнего и нижнего полюса почек, ширины почек на уровне ворот, переднее-задний размер почек на уровне ворот. Измерялись объём и масса почек.

Изготовлено и измерено 20 пластмассовых слепков почечных чашечек и лоханки плодов и детей. Для этого использовались нефиксированные почки. Чашечно-лоханочную систему почек заполняли через мочеточник. Использовали протакриловую пластмассу бесцветную для базисов протезов. (Изготовитель: Завод медицинских пластмасс и стоматологических материалов. Украина, г. Харьков-105, ул. Ньютона, 3). Вязкость в инструкции по применению не указана. Жидкий протакрил вводили из шприца, под визуальным контролем до момента расправления стенок почечной лоханки. Почку погружали на сутки в 3% раствор гидроокиси натрия (Перефасована ЗАО «НПО Экрос» ГОСТ 4320-77) в термостат при температуре 57 градусов по Цельсию. Через сутки почечная ткань полностью лизировалась и из емкости извлекался слепок чашечно-лоханочной системы органа. Слепок погружали в градуированные цилиндры с водой (цена деления от 0,1 до 0,5 см³ (мл.)) и по объёму вытесненной воды определяли объём чашечно-лоханочной системы почки.

* Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань, ул. Бакинская 121, тел 88512447496, e-mail aleksei-isaev@rambler.ru

Весь полученный цифровой материал обрабатывался методами вариационной статистики с использованием программы Statistica 7.0.

По данным морфометрии у плодов 23-24 недель длина левой почки составляет $24,35 \pm 3,2$ мм., длина правой почки – $22,65 \pm 3,6$ мм. Ширина левой почки составляет $14,0 \pm 2,1$ мм., правой – $15,5 \pm 2,0$ мм. По данным ультразвукового исследования у плодов 23-24 недель длина левой почки составляет $35,5 \pm 2,0$ мм., длина правой почки – $31,0 \pm 2,0$ мм. Ширина левой почки составляет $19,5 \pm 1,5$ мм., правой – $20,0 \pm 2,0$ мм.

По данным анатомического исследования к 37-38 неделе длина левой почки равна $38,6 \pm 1,5$ мм, длина правой почки – $36,7 \pm 1,25$ мм. Ширина левой почки составляет $21,0 \pm 1,15$ мм., правой – $23,5 \pm 1,15$ мм. По данным УЗИ на 37 неделе длина левой почки равна $44,0 \pm 2,5$ мм, длина правой почки – $46,6 \pm 2,0$ мм. Ширина левой и правой почек составляет – $29,0 \pm 1,5$ мм. При линейном измерении длина почечных лоханок в данных возрастных группах колеблется в пределах $1,0-2,5$ мм., ширина – $1,0-2,0$ мм. При ультразвуковом исследовании у плодов почечные лоханки, как правило, в норме не сканируются, выявлены случаи пиелоктозии, при этом на 23 неделе ширина просвета лоханки достигала 5 мм, на 37 неделе – 8 мм.

По данным анатомического исследования у новорожденных объём почечных чашечек и лоханки равен $1,2 \pm 0,2$ см³ (с индивидуальными колебаниями от 1,0 до 1,5 см³). По данным УЗИ исследования длина левой почки новорожденного составляет от 32,0 до 44,0 мм (в среднем $38,15 \pm 1,75$ мм.), длина правой почки – от 32,0 до 45,0 мм (в среднем $38,29 \pm 1,91$ мм.). Ширина левой почки составляет от 18,5 до 26,0 мм (в среднем $22,0 \pm 1,05$ мм.), правой – от 18,0 до 25,0 мм (в среднем $21,21 \pm 0,95$ мм.). Ширина левой почечной лоханки достигает $1,5-4,0$ мм (в среднем $2,72 \pm 0,125$ мм.), правой – $1,5-6,0$ мм (в среднем $2,76 \pm 0,136$ мм.).

У детей 1 года объём почечных чашечек и лоханки равен $2,3 \pm 0,33$ см³, к 2 годам достигает $3,0 \pm 0,25$ см³. Увеличение объёма мочевыделительной системы почек в данной возрастной группе происходит быстрее, чем увеличение объёма почечной паренхимы.

У грудных детей 1 года длина левой почки в среднем составляет $63,5 \pm 3,2$ мм, длина правой – $63,5 \pm 3,6$ мм. Толщина левой и правой почек на уровне ворот достигает $24,4 \pm 2,0$ мм. Ширина левой почки на уровне ворот достигает $29,0 \pm 2,0$ мм, ширина правой почки на уровне ворот $30,0 \pm 2,15$ мм. Масса как левой, так и правой почек достигает $32,2 \pm 2,0$ гр., объём левой и правой почек достигает $31,5 \pm 2,0$ см³, объём чашечно-лоханочной системы левой и правой почек равен $2,3 \pm 0,33$ см³. У грудных детей объём почечных чашечек и лоханки равен $2,5 \pm 0,3$ см³ ($1,5-3,0$ см³).

У детей 3 лет (раннее детство) длина левой и правой почек в среднем составляет $68,5 \pm 3,2$ мм. Толщина почек на уровне ворот равна $25,0 \pm 2,0$ мм, Ширина почек на уровне ворот достигает $32,5 \pm 2,0$ мм. Масса как левой, так и правой почек составляет $38,0 \pm 2,0$ гр., объём левой и правой почек достигает $35,0 \pm 2,0$ см³. Объём чашечно-лоханочной системы достигает $4,0 \pm 0,5$ см³. Увеличение объёма мочевыделительной системы почек в данной возрастной группе происходит быстрее, чем увеличение объёма почечной паренхимы.

В первом детстве (дети 4-7 лет) длина почек равняется $75,0 \pm 5,0$ мм. Толщина верхнего полюса левой и правой почек достигает $25,0 \pm 2,5$ мм, толщина почек на уровне ворот равна $27,2 \pm 2,0$ мм, толщина почек на уровне нижнего полюса достигает $23,0 \pm 2,0$ мм. Ширина верхнего полюса левой и правой почек достигает $38,0 \pm 2,0$ мм, ширина левой и правой почек на уровне ворот достигает $38,5 \pm 2,6$ мм., ширина на уровне нижнего полюса левой почки достигает $40,0 \pm 2,15$ мм., правой почки – $38,0 \pm 2,15$ мм, объём чашечно-лоханочной системы составляет $4,8 \pm 0,5$ см³ (от 3,0 до 6,0 см³).

Во втором детстве у детей 8-12 лет длина почек равняется $92,0 \pm 5,0$ мм. Толщина почек на уровне ворот колеблется от $32,0 \pm 2,75$ мм., ширина почек на уровне ворот достигает $44,2 \pm 5,0$ мм. Масса как левой, так и правой почек составляет $84,2 \pm 7,0$ гр., объём почек достигает $82,0 \pm 6,25$ см³. Во втором детстве величина объёма чашечно-лоханочной системы равняется $6,0 \pm 0,5$ см³ (с колебаниями от 4,0 до 8,0 см³) и в равной степени зависит от возраста, варианта строения и индивидуальных особенностей.

В подростковом возрасте (13-15 лет) длина почек равняется $100,0 \pm 5,0$ мм. Высота ворот почек равна $22,4 \pm 3,5$ мм. Масса как левой, так и правой почек составляет $104,2 \pm 7,0$ гр., объём левой и

правой почек достигает $100,0 \pm 6,25$ см³, объём чашечно-лоханочной системы почек равен $7,0 \pm 0,5$ см³ (от 4,0 до 10,0 см³).

В юношеском возрасте (16-21 год) длина почек равняется $101,75 \pm 7,5$ мм. Толщина верхнего полюса левой почки $34,0 \pm 3,25$ мм, верхнего полюса правой почки – $32,0 \pm 3,25$ мм, толщина левой почки на уровне ворот $41,0 \pm 2,75$ мм, правой почки – $40,0 \pm 1,75$ мм, толщина левой почки на уровне нижнего полюса достигает $38,0 \pm 2,15$ мм, правой – $37,0 \pm 1,75$ мм. Ширина верхнего полюса левой почки достигает $56,0 \pm 2,5$ мм, правой почки – $57,6 \pm 2,15$ мм, ширина левой почки на уровне ворот достигает $59,0 \pm 3,25$ мм, правой почки – $57,0 \pm 2,5$ мм., ширина левой почки на уровне нижнего полюса равна $55,0 \pm 2,75$ мм., правой почки – $53,0 \pm 2,75$ мм. Масса левой почки увеличивается до $120,2 \pm 7,0$ гр., масса правой почки составляет $130,0 \pm 7,0$ гр. Объём левой почки равен $108,0 \pm 6,25$ см³, объём правой почки достигает $120,0 \pm 6,25$ см³, объём чашечно-лоханочной системы почек составляет $8,0 \pm 0,5$ см³ ($4,0-11,0$ см³).

Древовидная лоханка выявлена у новорожденных и детей грудного возраста в 70% случаев. Ампулярный вариант строения почечной лоханки, наблюдался у новорожденных в 5% случаев, у детей грудного возраста – в 13% случаев, у детей до 14 лет – в 15% случаев. Смешанный тип строения почечной лоханки, отмечен у новорожденных в 5% случаев, у детей грудного возраста – в 17% случаев, у детей до 14 лет – в 15% случаев.

Таким образом, в течение первого года жизни скорость роста почечной лоханки превышает скорость роста почечной паренхимы. В последующие годы развития наиболее интенсивный рост почечной лоханки наблюдается у детей в подростковом возрасте (13-15 лет). Варианты впадения малых и больших почечных чашечек в лоханку не зависят от возраста.

Имеются половые особенности размеров почек, а так же различия размеров правой и левой почек. Следует отметить, что данные различия не всегда статистически достоверны, что согласуется с данными, приводимыми в литературе. Размеры почек плодов женского пола и девочек превалирует над размерами почек плодов мужского пола и мальчиков, за исключением грудного возраста в котором все изученные параметры почек весьма вариabельны и зависят от индивидуальных особенностей. Коэффициент вариabельности размеров почек у девочек по всем изученным показателям имеет меньшее значение, чем у мальчиков, что говорит об более устойчивом темпе роста почек у девочек. Выявлена относительная лабильность параметров правой почки, на всех изученных стадиях (коэффициент вариации по всем параметрам и на всех стадиях имеет большую величину, чем у левой почки).

В пренатальном онтогенезе линейная модель адекватно описывает взаимосвязь между откликом и предиктором. Коэффициенты уравнения регрессии статистически значимы ($p < 0,1$), коэффициенты корреляции r и детерминации r^2 (r^2 – объясняет изменчивость значений переменных) близки к единице и показывают хорошее качество подгонки модели к данным.

В постнатальном онтогенезе линейная модель адекватно описывает взаимосвязь между откликом и предиктором следующим образом. Рост размеров почки в постнатальном периоде онтогенеза также имеет неравномерный характер с периодами ускорения роста (грудной возраст (1-3 года), подростковый период (13-15 лет)) и его замедления (первое детство (4-7 лет)). У новорожденных и грудных детей рост полых структур органа несколько опережает рост паренхимы. Корковое вещество увеличивается вплоть до пубертатного возраста, а рост мозгового вещества к 13-15 годам несколько замедляется.

Рост длинны почки в после рождения описывается уравнением $\text{длина} = -34,3179 + 10,325 \cdot x$; $0,95$ Pred.Int. Рассматривая зависимость объёма чашечно-лоханочной системы почек от объёма почек в раннем постнатальном онтогенезе получен следующий результат: $\text{объём члс} = 0,062 \cdot \text{объём почки}$. Рассматривая зависимость объёма почки от массы, линейная модель оказалась неадекватна, причиной этого может являться нелинейная зависимость между данными параметрами.

Таким образом, наиболее активный рост почечных чашечек и лоханки происходит у новорожденных, грудных детей, в раннем детстве и у подростков. Количество, расположение, размер и форма почечных чашечек чрезвычайно разнообразны. Размеры почек, полученные при ультразвуковом исследовании, несколько превышают размеры, полученные при анатомическом исследовании органа, эти различия особо заметны в плодном периоде и нивелируются после рождения.

Литература

1. Бондаренко С. Г., Солодовников С. В., Коробова А. С., Бердникова А. В. Оценка уродинамики лоханочно-мочеточникового сегмента у детей на основе комплексного анализа результатов диуретической ультразвукографии. Вестник ВГМУ (Волгоградского государственного медицинского университета). 2005, №3(15). С. 44–47
2. Бурых М. П. Анатомия чашечно-лоханочного комплекса почки человека в постнатальном онтогенезе. Харьков., Знание, 2000. 84 с.
3. Позднова А. А. Индивидуальная, билатеральная и возрастная изменчивость размеров почек взрослых мужчин различного телосложения по данным морфометрии и ультразвукового исследования: Автореф. дисс.... канд. мед. наук, Волгоград, 2007. 26 с.
4. Bagdassarian O., Gatwood M. Roentgen evaluation of renal size in pediatric age groups. // Am. J. Dis. Childh., 1965, v.110, № 2, p. 162.
5. Benoit C., Patriarche C., Demas V., Jardin A. Anatomie topographique des types calyculaires. Le risque colique. // Ann. Urol. 1985. V. 19, №3, P. 190–192.
6. Kaye K.W., Reinke D.B. Detailed calyceal anatomy for endourology. // J.Urol. 1984. V.132, № 6. P. 1085–1088.

THE CHANGE OF KIDNEY PARAMETERS AND PELVIS RENALIS AT FETUS, NEWLY-BORNS AND CHILDREN ACCORDING TO ANATOMIC AND ULTRASONIC RESEARCH

A.V. STABREDOV

Astrakhan State Medical Academy
Histology Department

The purpose of research: to carry out the analysis of the data received at ultrasound and anatomic researches of kidneys and pelvis renalis of fetus, newborns and children. The research of 110 fetus, 20 newborn babies and 80 children (160 kidneys) from birth till 14 year old age was made with the indications not connected with the pathology of kidneys. During the first year of life the growth rate of pelvis renalis exceeded the growth rate of renalis parenchyma. In the course of the next years of the development the most intensive growth of pelvis renalis was observed at teenagers (13–15 years).

Key words: kidneys, children, pelvis renalis

УДК 616.37-002.4:615.38/39

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ

О.Э. СТУЛИКОВ, Ю.В. ГРИШНИН, А.А. ЛАВРЕНТЬЕВ, П.А. ПОПОВ*

В статье обоснована целесообразность применения оптимизированной программы дезинтоксикационной терапии на основе методики экстракорпоральной гемофильтрации с целью повышения эффективности комплексного лечения деструктивных форм острого панкреатита.

Ключевые слова: панкреонекроз, интенсивная терапия, детоксикация, экстракорпоральная гемофильтрация.

В настоящее время панкреонекроз остается одним из наиболее социально значимых заболеваний в структуре ургентной патологии. Актуальность проблемы панкреонекроза обусловлена присущими ему высокими показателями распространенности и летальности среди населения. Контингент больных с этим заболеванием по жизненным показаниям нуждается в проведении интенсивной терапии в условиях реанимационного стационара. При этом панкреонекроз характеризуется длительными сроками госпитализации, необходимостью применения интенсивных лечебно-диагностических мероприятий, высоким уровнем осложнений, а также значительным процентом инвалидизации в случае выздоровления. Также необходимо отметить, что до настоящего времени данное заболевание является одной из основных причин летальных исходов у пациентов реаниматологического профиля.

Развитие некротических форм острого панкреатита инициирует ряд взаимосвязанных и отягощающих друг друга патологических процессов, являющихся причиной летальных исходов: генерализованного повреждения клеточных мембран, эндо-

генной интоксикации, нарушения реологических свойств крови и микроциркуляторного кровотока, коагулопатии, тканевой гипоксии и вторичных органных нарушений. Одним из наиболее значимых факторов танатогенеза является прогрессирующая нутритивная недостаточность. Лежащие в ее основе несостоятельность ферментативной функции поджелудочной железы и нарастающий эндотоксикоз детерминируют нарушения биотрансформации и потребления клетками естественных нутриентов. Эндотоксикоз-индуцированные нарушения трофологического статуса являются следствием тяжелой белково-энергетической недостаточности и взаимосвязанных с ней генерализованных дистрофических изменений тканей и органов. Данные изменения приводят к формированию полиорганной дисфункции, что также повышает уровень летальных исходов.

Эффективность лечения некротических форм острого панкреатита в наибольшей степени зависит от патогенетической обоснованности и полноценности мероприятий интенсивной терапии. На современном этапе развития медицинской науки разработаны и успешно внедрены в клиническую практику хирургические методы лечения, а также комплексная патогенетическая и симптоматическая терапия некротических форм острого панкреатита. Однако, внимания направленной коррекции эндотоксикоза и сопутствующих трофологических нарушений при панкреонекрозе уделяется недостаточно. Несмотря на широкое применение различных экстра- и интракорпоральных методик, проблема дезинтоксикации, оптимальной для больных с панкреонекрозом, до настоящего времени проработана недостаточно глубоко. Таким образом, решение проблемы разработки и оптимизации детоксицирующих мероприятий при панкреонекрозе представляется целесообразным для значительного повышения эффективности комплексного лечения тяжелых поражений поджелудочной железы.

Цель исследования – повышение эффективности интенсивной терапии деструктивных форм панкреатита на основе оптимизации дезинтоксикационного обеспечения пациентов.

Материалы и методы исследования. Материал исследования представили 64 пациента отделения реанимации и интенсивной терапии Областной клинической больницы №1 г. Воронежа с диагнозом «Острый панкреатит тяжелой степени, панкреонекроз».

Исследуемый контингент больных был классифицирован на 2 группы:

- группа 1 – основная – 32 человека – с применением разработанной нами программы дезинтоксикационной терапии помимо базисного лечения;
- группа 2 – контрольная – 32 человека – с применением только базисного лечения

В отношении базисного лечения (см. ниже), проводившегося в соответствии с рекомендациями МЗ РФ, обе исследуемые группы являются стандартизированными. Критериями включения в исследуемые группы были:

- острый панкреатит тяжелой степени;
- клинические признаки и лабораторно-инструментальное подтверждение панкреонекроза.

Диагноз подтверждался данными УЗИ-диагностики, уровнем амилаземии, в послеоперационном периоде – данными протоколов операции. Критериями исключения из исследуемых групп были:

- наличие сопутствующей патологии, преобладающей или сопоставимой по тяжести с исследуемым заболеванием в исходной клинической картине (прежде всего - нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, острая недостаточность мозгового кровообращения, острая почечная недостаточность, диссеминированный канцероматоз);
- исходное алиментарное истощение, имевшее место в анамнезе до развития панкреонекроза (нутритивная недостаточность II–III степени на фоне тяжелой анорексии, онкологической патологии и др.).

Базисное лечение панкреонекроза (в обеих группах) было стандартизировано и представлено программой инфузионной, антибактериальной, антисекреторной, спазмолитической, антипротеолитической, антигипертензивной, противовоспалительной, анальгетической терапии, хирургическим дренированием салниковой сумки «открытым» методом, глюкозо-электролитным лаважем кишечника, парентеральной и энтеральной нутритивной поддержкой.

* ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава