

степень риска анестезиологического пособия II – III по ASA. Критерии исключения: гипотензия, отягощенной аллергический анамнез. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев без клинических и лабораторных признаков гепатобилиарной патологии в прошлом и на момент обследования. Группу клинического сравнения 1 составили 30 (50 %) больных, которым проводилась многокомпонентная НЛА (МНЛА). Группа клинического сравнения 2 состояла из 30 (50 %) пациентов, оперированных в условиях МНЛА в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением и цитофлавином (МНЛА + ВЛОК + Цитофлавин). Исследования проводили за 20 мин. до операции, в травматичный этап операции, после окончания операции и наркоза. ЭФМ – типирование лимфоцитов проводили в системе аналитического клеточного электрофореза на электрофоретическом микроскопе «Пармоквант – 2»; содержание сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определяли по реакции преципитации в геле; фагоцитарную активность сегментоядерных лейкоцитов определяли общепринятыми методами по отношению к стафилококку штамма 209, в тесте незавершенного фагоцитоза; метаболическую активность с сегментоядерных лейкоцитов определяли по восстановлению нитросинего тетразолиевого до диформаза (НСТ-тест). В работе использовали нитросиний тетразолиевый фирмы «ICN Pharm». Значимость различий полученных данных определяли с использованием непараметрического критерия Крускала – Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных до операции наблюдалось иммуносупрессивное состояние. Эти изменения наиболее выражены у пациентов острым холециститом, осложненным механической желтухой. У больных острым холециститом, осложненным механической желтухой за 20 мин. до операции наблюдается иммуносупрессивное состояние, которое проявилось уменьшением фагоцитарной активности лейкоцитов, фагоцитарного индекса метаболической активности нейтрофилов, В-лимфоцитов, снижением Т-супрессоров, Т-хелперов, повышением соотношения Т-хелперов к Т-супрессорам, увеличением количества иммуноглобулинов. У больных оперированных в условиях МНЛА во время травматичного этапа операции отмечалось гиперсупрессивное состояние иммунной системы, которое сохранялось после операции и наркоза. Отмечалось снижение метаболической активности нейтрофилов, снижение уровня Т-хелперов, уменьшение количества иммуноглобулинов G, что приводило к еще большему усилению гиперсупрессии иммунной системы. Операционная травма и анестезия оказывает иммуносупрессивное действие на все звенья иммунной системы. У больных при применении на всех этапах исследования отмечалась стабильность показателей фагоцитоза, клеточного и гуморального звена иммунитета. При исследовании в травматичный этап операции у больных группы клинического сравнения 2 содержание фагоцитов в крови было выше на 31,6 % ($p < 0,000001$), Th – на 3,1 % ($p = 0,017622$), уровень IgA – на 110 % ($p = 0,000001$), IgG – на 36,58 % ($p = 0,000001$), Вл ниже на 6,91 % ($p = 0,006$) по сравнению с группой клинического сравнения 1. Стресс и его повреждающее действие на иммунную систему можно предупредить путем лимитирующих воздействий на развитие нефизиологических форм стресса и использованием средств воздействующих на клетки-мишени иммунной системы. Возможно, стабильность показателей иммунитета при данном виде анестезиологического пособия определяется антистрессорным, антиоксидантным, антиноцицептивным, иммуностимулирующим и иммуномодулирующим эффектом стресс-лимитирующих препаратов и ВЛОК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные дают основание отметить, что традиционная НЛА не ограничивает отрицательное воздействие хирургического стресса на иммунную систему. НЛА с использованием метаболитов и химических аналогов стресс – лимитирующих систем и ВЛОК предупреждает развитие стресса и не оказывает повреждающего влияния на иммунитет, и может быть методом выбора у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным механической желтухой.

И.Е. Голуб, Е.С. Нетесин, Л.В. Сорокина, С.Н. Бочаров, И.Я. Гаскин

КОМПЛЕКСНАЯ АКТИВАЦИЯ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (Иркутск)
МУЗ «Клиническая больница № 1» (Иркутск)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Неудовлетворенность результатами лечения больных с язвенными кровотечениями, возрастание удельного веса этого осложнения и довольно высокая летальность побуждают к поиску рациональной консервативной терапии гастродуоденальных геморрагий. Ведущее значение психоэмоционального

фактора в патогенезе возникновения стрессовых язв является общеизвестным фактом. Желудок и двенадцатиперстная кишка — одни из немногих висцеральных органов, подчиняющихся прямым церебральным (психическим) влияниям. Это и обуславливает избирательность поражений при стрессовых ситуациях и психических травмах на фоне предрасполагающих к язвенной болезни факторов. Одним из перспективных путей, ограничивающих альтерирующее действие психоэмоционального стресса, является направленная активация стресс-лимитирующих систем организма. В настоящее время доказано участие в ограничении стресс-реакции ГАМК-эргической, опиоидэргической, простогландиновой, антиоксидантной и других систем.

Цель исследования: повышение эффективности консервативной терапии острых гастродуоденальных кровотечений путем активации естественных стресс-лимитирующих систем организма.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены исследования у 142 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями, поступивших в стационар в состоянии компенсированного геморрагического шока, из них у 50 пациентов (35 %) источником кровотечения являлась острая язва желудка преимущественно медиогастральной локализации (по данным ФГДС), у 92 пациентов (65 %) кровотечением осложнилась хроническая язва двенадцатиперстной кишки.

Исследуемые больные были разделены на три группы. В первой группе (43 пациента) наряду с общепринятой гемостатической терапией использовался комплекс противоязвенных препаратов: альмагель — по 1 ст. ложке *per os*, квамател — 40 мг/сут., актовегин — 7–8 мг/кг/сут. Вторую группу составили 46 пациентов, которые получали общепринятую гемостатическую терапию, противоязвенную терапию (пилобакт-кларитромицин — 500 мг, омепразол — 40 мг, тинидазол — 1000 мг), актовегин — 7–8 мг/кг/сут. В третьей группе (53 пациента) противоязвенная терапия (пилобакт) сочеталась с внутримышечным введением ГОМК в дозе 30 мг/кг/сут., даларгина в дозе 60–65 мг/кг/сут., альфа-токоферола ацетата в дозе 4–5 мг/кг/сут, а также внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК) длительностью экспозиции 60 мин., мощностью излучения на конце световода гелий-неонового лазера 2 мВт, дицинон в дозе до 10 мг/кг/сут. Всем пациентам проводилась гемотрансфузионная терапия при НЬ ниже 70 г/л. Определяли дефицит ОЦК, глобулярного объема (ГО), гематокрит (Ht), шоковый индекс Альговера-Гровера (ШИ), показатели красной крови, электролиты плазмы крови, параметры кислотно-щелочного равновесия (КЩР) и газов крови в венозной, артериальной и капиллярной крови до и после терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных, поступивших в стационар с острыми гастродуоденальными кровотечениями, остановившимися на момент эндоскопического исследования, дефицит ОЦК составлял 15–20 %, глобулярного объема — до 25–35 %, гематокрит — 40–30 %, шоковый индекс — 0,6–1,0, что соответствовало картине компенсированного геморрагического шока. Содержание калия и натрия в плазме крови и в эритроцитах практически не отличались от нормальных показателей. При исследовании газов крови и кислотно-щелочного состояния наблюдался компенсированный метаболический ацидоз, сопровождающийся выраженным снижением артериовенозной разницы по кислороду (до 18 %), что свидетельствовало о наличии артериовенозного шунтирования.

Рецидивы гастродуоденального кровотечения у больных первой группы наблюдался в 32 % случаев. У больных с достигнутым временным гемостазом, показатели кислотно-щелочного равновесия к концу 3-х суток существенно не менялись. У больных второй группы снижение частоты рецидивов до 25 %, существенных улучшений КЩС не отмечалось. У больных третьей группы наблюдалось достоверное снижение частоты рецидивов до 15 %, значительно улучшались показатели кислотно-щелочного равновесия в сторону уменьшения метаболического компонента ацидоза, увеличилась артериовенозная разница по кислороду (до 38 %), нормализовались метаболические процессы, микроциркуляция, что способствовало быстрой регенерации покровного эпителия слизистой.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что склонность к возникновению рецидивов кровотечения из острых гастродуоденальных язв выявлена у пациентов с избыточным психоэмоциональным напряжением. Сочетание ишемии тканей и ацидоза является отправным моментом снижения защитных факторов, в результате которого происходит увеличение числа кислородных и водородных радикалов, повреждение клеток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексное применение, ГОМК, даларгина, альфа-токоферола и ВЛОК можно рекомендовать как один из способов предупреждения рецидивов гастродуоденальных кровотечений на этапах активно-выжидательной тактики.