

Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.
**РЕАМБЕРИН В КОМПЛЕКСНОЙ
 ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
 АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
 академия,*

*МУ Вуктыльская центральная районная больница,
 г.Вуктыл, Республика Коми*

Рост в последние годы социального и экономического неблагополучия в обществе сопровождался повышением алкоголизации населения с увеличением заболеваемости острым панкреатитом. Поэтому в актуальной проблеме лечения острого панкреатита задача эффективного лечения острого панкреатита алкогольной этиологии приобрела особенно высокую значимость.

Цель исследования: установить целесообразность включения реамберина в стандартную схему интенсивного лечения острого панкреатита алкогольной этиологии.

Обоснование цели исследования. Этанол является универсальным клеточным ядом, он почти свободно проникает через клеточные мембраны, вызывает набухание клеток и отеки, нарушает работу внутриклеточных энзимов. В наибольшей мере страдают печень, метаболизирующая до 98% этанола, поступившего в организм, и наиболее высокоорганизованная и хрупкая ЦНС. При систематическом употреблении (алкоголизме) этанол поражает структуру и функцию всех без исключения органов и тканей. В клетках этанол подавляет митохондриальные энергопродуцирующие процессы (цикл Кребса и др.), что при тяжелом алкоголизме приводит к тотальной гипоксии и дефициту энергии. Острый панкреатит, развивающийся под воздействием алкоголя, вызывает прогрессирующий инфекционно-воспалительный эндотоксикоз, который так же в конечном счете приводит к тяжелой тотальной гипоксии и дефициту энергии. Назначение реамберина при остром панкреатите, вызванном тяжелой алкогольной интоксикацией (ситуация экзо- и эндотоксикоза), представляется весьма обоснованным.

Реамберин является сбалансированным изотоническим инфузионным препаратом 1,5% сукцината натрия и солей натрия хлорида (0,6%), калия хлорида (0,03%), магния хлорида (0,012%). Многочисленными исследованиями доказано, что реамберин (производство НТФФ «Полисан», г. Санкт-Петербург) обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на аэробные процессы в клетках и восстанавливает их энергетический потенциал. Реамберин активизирует ферментативные процессы цикла Кребса, улучшает тканевое дыхание, повышает детоксицирующую функцию печени, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови.

Клинический материал и методы. Объектом исследования было 20 больных острым панкреатитом алкогольной этиологии. Было выделено две группы пациентов по 10 больных (группа сравнения и основная, опытная группа). При формировании групп соблюдалась идентичность, входивших в них больных, по возрасту (в среднем 48 лет), национальности, алко-

гольному «стажу», типу алкоголизма и форме острого панкреатита, времени поступления в стационар после возникновения острого панкреатита (около и не более 36 часов), тяжести заболевания. Показаний к хирургическому лечению (перитонит, деструктивный холецистит, неэффективность лечения) не возникло ни у одного больного. В среднем в обеих группах больных был один и тот же класс физического статуса по шкале American Society of Anaesthesiologists (ASA) и одинаковые балльные величины тяжести физиологического состояния, интегрально оцениваемой по методике РГМУ. Группа сравнения составлялась из пациентов как предшествующего, так и текущего опыта лечения. При проведении исследования придерживались принципа рандомизации, то есть случайности применения реамберина, что чаще определялось его наличием в распоряжении в достаточном количестве.

Основой лечения в обеих группах больных была традиционная интенсивная терапия. Она включала: создание функционального покоя поджелудочной железе, что достигалось назначением лечебного голодания на 2-3 суток и постоянной на этот срок назогастральной чреззондовой декомпрессией желудочно-кишечного тракта, ограничением в последующем перорального питания, локальным применением холода; эффективным обезбоживанием (промедол, НПВП, новокаиновые блокады), борьбой с парезом кишечника, лечебными мероприятиями, устраняющими спазм сфинктера Одди, снижающими секрецию в поджелудочной железе, желудке и двенадцатиперстной кишке, улучшающими отток панкреатического сока и желчи в двенадцатиперстную кишку, снижением активности ферментативной токсинемии. Особое значение придавалось назначению октреатида (синтетический аналог соматостатина), который оказывает при остром панкреатите многостороннее благоприятное воздействие на состояние поджелудочной железы: блокирует экскреторную функцию, нормализует кровоток, стабилизирует мембраны секреторных клеток, оказывает моделирующее воздействие на ретикулоэндотелиальную систему и цитокиногенез. Октреатид назначали в дозе 300-600 мкг/сут с распределением на трехкратное внутривенное или подкожное введение, длительность терапии октреатидом не превышала в среднем 4 суток. В назначениях включали. Практически все больные получали 2-3 сеанса дозированного переливания аутокрови, облученной ультрафиолетом.

Обязательным компонентом лечения была антибактериальная терапия (цефалоспорины последних поколений, абактал, метронидазол и др.).

Инфузионная терапия была направлена на устранение гиповолемии, улучшение микроциркуляции и детоксикацию. В первые дни она назначалась в объеме 35-45 мл/кг/сут и включала 10% раствор глюкозы с инсулином и хлористым калием, физ.раствор, коллоидные растворы (альбумин, свежемороженая плазма, препараты гидроксиэтилкрахмала и др.). При снижении диуреза производили его стимуляцию лазиксом и эуфиллином после предварительной инфузионной нагрузки.

Тошнота и рвота купировались церукалом. Для профилактики стрессовых язв больным применяли либо антагонисты H_2 -рецепторов (фаматидин – «Ква-

мател» и др.), либо блокатор протонной помпы (омепразол – «Лосек»). Учитывая наличие у больных часто тяжелого алкоголизма, назначали бензодиазепины, большие дозы витаминов группы В и С, тиосульфат натрия, сернокислую магнезию, пирацетам.

В основной (опытной) группе больных в течение 3-4-5 дней в инфузионной терапии 400 мл физраствора заменялись равным объемом реамберина.

Результаты исследования. Все больные и в контрольной, и в опытной группе в результате проведенного лечения выздоровели. Однако в опытной группе больных процессы выздоровления протекали быстрее. На 3-4 дня раньше восстанавливалась психическая адекватность и физическая активность, не отмечено случаев алкогольного психоза и психической депрессии, что наблюдалось почти у каждого третьего пациента контрольной группы. В опытной группе больных раньше стихал болевой синдром, нормализовался диурез, снижалась температура, восстанавливалась функция желудочно-кишечного тракта. Более выгодно для больных изменялись важнейшие параметры гемодинамики: ЧСС, соотношение температуры и пульса, ЦВД, среднее АД и средне-динамическое АД, среднее капиллярное давление, PAR, индекс Аллговера и Бурри, вегетативные индексы Кердо и Хильдебранта, температурный градиент.

При ежедневном динамическом определении тяжести физиологического состояния (методика РГМУ) она всегда была в опытной группе на несколько баллов ниже, чем в контрольной группе больных. Точно так же в опытной группе больных были более благоприятными изменения содержания С-реактивного белка (адекватного и высокопоказательного критерия острой фазы воспаления), лейкоцитарного индекса интоксикации, гематологического показателя интоксикации, индекса ядерного сдвига, активности АСТ и АЛТ, индекса Де Ритиса, амилазы сыворотки крови и других биохимических параметров.

Длительность госпитализации больных, получавших реамберин, была на 1-2 дня меньше, чем не получавших его.

Выводы:

1. Включение реамберина в схемы интенсивной терапии острого панкреатита алкогольной этиологии обосновано патогенетически и фармакологически.

2. Применение реамберина в схемах интенсивной терапии острого панкреатита алкогольной этиологии повышает эффективность лечения.

Гибадулин Н.В., Речапов А.Н., Фурсова О.Н.,
Федоров Д.Ю., Ерошенко В.В.
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С НЕИНФИЦИРОВАННЫМ
ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Томский военно-медицинский институт, г. Томск

Неуклонный рост количества больных с деструктивным панкреатитом и высокая летальность заставляют отнести эту патологию к ряду важных научно-практических и социальных проблем.

Цель исследования: Оценка эффективности проведения регионарной лимфотропной терапии в со-

четании с применением малоинвазивных хирургических технологий при оперативном лечении неинфицированных форм панкреонекроза.

Материал и методы: В работе анализируются результаты обследования и лечения 27 пациентов с мелко- и крупноочаговым панкреонекрозом. Распространенность и характер поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки верифицировали по результатам сонографии, компьютерной томографии, лапароскопии и микробиологических данных.

Для повышения эффективности комплексного лечения больных со стерильным панкреонекрозом при проведении лапароскопического дренирования забрюшинной клетчатки и брюшной полости в клинике разработан оригинальный способ катетеризации брыжейки поперечно-ободочной кишки (положительное решение о выдаче патента РФ по заявке № 2005111308/14 от 13.04.2005г). При этом через троакар диаметром 5 мм с помощью биопсийной лапароскопической иглы в корень мезоколон вводили 10 мл 0,25% раствора новокаина. Затем по каналу биопсийной лапароскопической иглы в образовавшуюся полость проводили жесткий проводник для постановки катетера, иглу извлекали, а по проводнику в брыжейку поперечно-ободочной кишки устанавливали катетер типа «Pigtail» диаметром 6 Ch. После извлечения проводника концевая часть катетера принимала кольцевидную форму, надежно фиксируясь в сформированной полости, препятствуя самопроизвольному его удалению из мезоколон. Проведенная таким образом лапароскопическая катетеризация брыжейки поперечно-ободочной кишки позволяет в послеоперационный период осуществлять регионарную лимфотропную терапию.

Все пациенты были разделены на две группы наблюдения. В 1-ю группу было включено 18 (67%) пациентов, которым при отсутствии эффективности консервативной терапии было проведено лапароскопическое дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Во 2-ю группу были включены 9 (33,3%) больных, которым малоинвазивные операции дополнялись проведением оригинальной методики катетеризации брыжейки поперечно-ободочной кишки с последующим проведением регионарной лимфотропной терапии.

Полученные результаты. У пациентов 1-й группы в 5 (28%) случаях наблюдалась трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированные его формы, потребовавшие у 3 больных выполнения открытых оперативных вмешательств и в 2 случаях – повторных закрытых дренирующих операций; при этом послеоперационная летальность составила 11%. У пациентов 2-й группы наблюдения гнойно-деструктивные осложнения возникли в 1 (11%) случае, что потребовало проведения лапароскопического дренирования некротического очага; летальных исходов зафиксировано не было.

Закключение: Таким образом, внедрение в клиническую практику лапароскопических технологий позволяет в большинстве случаев избежать тяжелой интраоперационной травмы, связанной с выполнением широкого вскрытия брюшной полости. В частности, у пациентов с ограниченным панкреонекрозом лапароскопическая санация и дренирование заб-