

и 46,1% (колебания от 35% до 45%), что свидетельствует об активизации антимикробной защиты организма.

После анализа всех показателей можно сделать вывод, что ронколейкин в большей мере оказывает иммуномодулирующее влияние на клеточный иммунитет (CD4+, CD3+, CD6+, CD56+ клетки), при этом уменьшая системные воспалительные реакции (уменьшение количества лейкоцитов, угнетение избыточной продукции активных форм кислорода), препятствуя дальнейшему развитию бактериальных осложнений у больных острым панкреатитом.

Результаты лечения в контрольной и основной группах оказались существенно различными. Так, среди больных контрольной группы, у которых ронколейкин не применяли, осложнения после операции были отмечены у 45,6% больных, а летальность составила 31,2%. В основной группе, где в комплекс лечебных мероприятий был включен иммуномодулятор ронколейкин, послеоперационные осложнения составили 26,3%, а послеоперационная летальность – 15,7%.

Таким образом, при остром деструктивном панкреатите имеется выраженная иммунная недостаточность, а ронколейкин является мощным иммуномодулятором. Включение в комплексную терапию ОДП иммуномодулятора ронколейкина позволяет уменьшить число осложнений на 19,3%, а число летальных исходов сократилось в 2 раза. В силу этого ронколейкин может быть рекомендован для широкого внедрения в практику лечения острого деструктивного панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толстой А. Д., Шеянов Д. С., Захарова Е. В. и др. Острый панкреатит как иммунологическая проблема // Цитокины и воспаление. – 2000. – Т. 1. № 2. – С. 51.
2. Толстой А. Д., Панов П. В., Вашетко Р. В., Скородумов А. В. Паранепанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение. – СПб: изд-во «Ясный свет», 2004. – 256 с.
3. Роменская В. А., Петренко С. Г., Нестерова И. В. Вторичная иммунная недостаточность и ее коррекция при остром деструктивном панкреатите // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии. Матер. 15-й Междун. конф. – Украина. Ялта – Гурзуф, 2000. – С. 284–286.
4. Толстой А. Д., Краснорогов В. Б., Вашетко Р. В. и др. «Обрыв» деструктивного процесса при остром панкреатите: Пособие для врачей. – СПб, 2002. – 23 с.
5. Егорова В. Н., Смирнова М. Н. Использование ронколейкина в комплексном лечении острого панкреатита // Журн. МВФ. – 2000. – № 5. – С. 83.
6. Яценко В. И. Показатели клеточного иммунитета у больных гнойно-воспалительными заболеваниями верхнего этажа брюшной полости. Инфекция в хирургии // Приложение к журналу РАС-ХИ. – М., 2005. – С. 100.
7. Винник Ю. С., Черданцев Д. В., Петрова О. В. и др. Новый способ коррекции иммунологических нарушений у больных деструктивным панкреатитом // Вопросы хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 2. – С. 55–59.
8. Вотинцева М. Д., Газа В. Е., Ивашкова Е. В. и др. Иммунодиагностика и иммунокоррекция в клинической практике / Под ред. И. Д. Столярова. – СПб, 1999. – 170 с.

Поступила 10.09.2010

**С. В. АВАКИМЯН¹, Д. А. ЖАНЕ¹, М. Т. ДИДИГОВ¹,
С. А. ЗАЛЕСНЫЙ², Т. Г. ЯНОВСКАЯ³**

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА КОНТРИКАЛОМ

¹Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²2-е экстренное хирургическое отделение;

³отделение реанимации и интенсивной терапии больницы скорой медицинской помощи, Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Предложен способ лечения острого панкреатита контрикалом, отличающийся от уже известных тем, что препарат вводится в больших дозах (100–200 тыс. ЕД) внутривенно с помощью инфузomата «Perfusor fm» или «Perfusor compact S» фирмы «B/Braun» в течение 24 часов со скоростью 5–6 тысяч ЕД в час. Проведено лечение 43 больных. Осложнений, связанных с применением контрикала, не было. Умер 1 больной. Все больные выздоровели и были выписаны из стационара. Авторы рекомендуют описанный способ лечения острого панкреатита контрикалом к широкому внедрению в клиническую практику.

Ключевые слова: контрикал, лечение, острый панкреатит.

**S. V. AVAKIMYAN¹, D. A. ZHANE¹, M. T. DIDIGOV¹,
S. A. ZALESNYJ², T. G. JANOVSKAJA³**

WAY OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS CONTRICAL

¹Chair of surgery № 1 Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4;

²2 emergency surgical unit;

³resuscitation and intensive therapy of hospital of the first help, Russia, 350042, Krasnodar, 40 year Pobeda str. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

The way of treatment of an acute pancreatitis contrical, different from already known themes is offered that the preparation is entered in the big doses (100–200 thousand ЕД) intravenously with the help «Perfusor fm» or «Perfusor compact S» firms «B/Braun» within 24 hours with rate of 5–6 thousand ЕД at an o'clock. Treatment of 43 sick Lethal outcomes and complications is spent wasn't. All patients have recovered and have been written out from a hospital. Authors recommend the described way of treatment of an acute pancreatitis contrical to wide introduction in clinical practice.

Key words: contrical, treatment, an acute pancreatitis.

Введение

Вопрос о применении ингибиторов протеаз при остром панкреатите и по сей день остается спорным, но, каким бы ни был первоначальный этап активации протеолитических ферментов в поджелудочной железе (ПЖ), решающим звеном в этом процессе является активация трипсиногена, который обуславливает активацию всех остальных ферментов, в том числе и калликреина [1, 2]. Это, в свою очередь, приводит к возникновению отека, деструкции, геморрагий, некроза и аутолиза. Применять ингибиторы ферментов в клинической практике начали раньше, чем были проведены экспериментальные исследования [4, 2]. Создавалось впечатление, что наступила новая эра в лечении острого панкреатита (ОП) ингибиторами протеаз. Число ингибиторов ферментов росло (трасилол, контрикал, сандостатин, октреотид), но проведенный тщательный анализ непосредственных результатов лечения ОП убедил исследователей в том, что для достижения положительного эффекта необходимо увеличивать дозу препаратов.

Дело в том, что ингибиторы протеаз как низкомолекулярные белки очень быстро покидают кровяное русло. По данным [4, 5, 7], период полураспада антиферментов составляет 1,5–2 часа, а кроме того, исследования [8] показали, что ингибиторы протеаз не обладают высокой тропностью к тканям ПЖ. Часто назначение ингибиторов протеаз в недостаточной эффективной дозе не давало положительного результата, что послужило основанием к отказу от их применения [1]. В то же время [6] считает, что назначение антиферментов при ОП вполне обосновано.

Целью работы было установить эффективную дозу и способ введения контрикала при лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Материалы и методы

В основу работы положен опыт лечения 75 больных ОДП, которым в комплекс лечебных мероприятий был включен контрикал. Контрикал – антиферментный препарат, действующим началом которого является полипептид, тормозящий активность ряда ферментов, прежде всего трипсина. Активность препарата выражается в единицах действия (ЕД). Установлено [5], что одна ЕД контрикала инактивирует 0,8 мкг кристаллического трипсина. Автор указывает, что контрикал был предложен для лечения ОП. Препарат вводится медленно внутривенно в дозе 20–40 тыс. ЕД 1–2 раза в сутки. Кроме своего ингибиторного действия на активность ферментов контрикал оказывает выраженный гемостатический эффект при кровотечении, связанном с гиперфибринолизом, вследствие тромболитической терапии, а также в терминальной (гипокоагуляционной) фазе острого ДВС-синдрома. Уже поэтому назначение контрикала показано как для лечения ОП, так и для предупреждения геморрагических осложнений при остром деструктивном панкреатите.

Нами предложен новый способ введения контрикала при ОДП. Доза контрикала увеличена до 120–200

тыс. ЕД в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза. Препарат вводили внутривенно на протяжении 24 часов с помощью инфузомата «Perfusor fm» или «Perfusor compact S» фирмы «B/Braun». Мы рекомендуем вводить 1–2 тыс. ЕД контрикала на 1 кг массы тела больного со скоростью 6–8 тысяч ЕД в час в течение 24 часов. Курс лечения контрикалом в зависимости от тяжести течения ОП составлял 2–5 дней.

Диагноз был установлен на основании жалоб больных, анамнеза, клинико-лабораторных и специальных методов исследования (ФГДС, рентгеновские и УЗ-методы исследования, КТ). В комплекс мер по лечению острого панкреатита был включен ингибитор ферментов контрикал.

Результаты и их обсуждение

Ведущей жалобой у всех обследованных 75 больных была боль различной степени выраженности. Преобладали интенсивные боли с локализацией в подложечной области, реже – в правом или левом подреберье с иррадиацией в грудную клетку и поясницу. Среди диспептических жалоб наиболее часто отмечены тошнота (45%), рвота (50%), нарушение стула было у каждого второго; вздутие живота встретилось у 20%, изжога – у 23% больных.

Ухудшение состояния большинство больных связывало с нарушением диеты. При физикальном обследовании у всех больных определялась болезненность в подложечной области. В левом и правом подреберье боли локализовались соответственно у 29 и 46 больных.

У всех 75 больных, которым был назначен контрикал, отмечено повышение активности амилазы: средний ее уровень в крови составил 167 ± 10 г/л, в моче – 211 ± 28 г/л. При сонографическом исследовании в 100% случаев были зафиксированы УЗ-признаки панкреатита. Увеличение размеров поджелудочной железы, различных ее отделов было выявлено в 70% случаев, неровность и нечеткость контуров – у 65%, и у всех больных были отмечены диффузная гиперэхогенность и неоднородность структуры. Конкременты в желчном пузыре были выявлены у 34 больных, желтуха установлена у 15 пациентов.

Комплексная терапия острого панкреатита включала в себя:

1. Лечебные мероприятия, направленные на создание условий полного функционального покоя поджелудочной железы: прекращение приема пищи и воды, постоянное удаление желудочного содержимого с помощью тонкого назогастрального зонда. Применение ваготомических средств, локальная гипотермия (холод на эпигастральную область или орошение подложечной области хлорэтилом), которые снижают активность ферментов и препятствуют развитию отека и воспаления в железе. Весьма целесообразно подавление и желудочной секреции. Кроме препаратов атропина и его аналогов широко используются H_2 -блокаторы гистамина, блокаторы насосной помпы и антациды,

в частности, 4%-ный раствор бикарбоната натрия, который способствует уменьшению ацидоза.

2. Мероприятия, направленные на снятие спазма и ликвидации непроходимости в области р. Vateri и восстановление свободного оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку (папаверин, платифиллин, эуфиллин, нитроглицерин, новокаиновые паранефральные блокады + малоинвазивные вмешательства – холецистостомия, папилосфинктеротомия). Эти мероприятия не только ликвидируют болевой синдром, но и снимают спазм артериол, чем способствуют улучшению микроциркуляции, которая в первую очередь страдает при остром панкреатите.

3. Борьба с энзимной интоксикацией и продуктами тканевого распада. Хороший эффект достигается с помощью форсированного диуреза. Он позволяет добиться резкого снижения в крови агрессивных ферментов, продуктов распада белка и билирубина, быстрой ликвидации отека забрюшинной клетчатки. Важно своевременно и правильно использовать антиферменты. Так как процесс самоактивации происходит очень быстро, фактор времени имеет важное значение, поэтому чем раньше от начала заболевания начато лечение антиферментами, тем лучше результат. Кроме того, весьма эффективно внутривенное введение плазмы, в которой содержатся естественные ингибиторы ферментов поджелудочной железы. Известно, что ингибиторы протеаз не могут ликвидировать уже имеющийся очаг некроза, но предохраняют от дальнейшего распространения деструкции в железе. Также известно, что в настоящее время ингибиторы ферментов нашли широкое применение при всех тяжелых деструктивных процессах с явлениями общей интоксикации, и уже поэтому применение антиферментов показано при остром деструктивном панкреатите.

4. Коррекция нарушений гемодинамики, белкового и водно-электролитного баланса должна проводиться согласно принципам современной реаниматологии. Здесь хотелось бы отметить два момента: снижение ОЦК при остром деструктивном панкреатите обусловлено дефицитом плазмы, особенно альбуминов, поэтому очень важно переливать плазму и альбумин. И второй момент. Установлено, что одним из видов морфологических проявлений острого деструктивного панкреатита являются нарушения микроциркуляции и образование тромбозов в сосудах поджелудочной железы, что требует введения низкомолекулярных декстранов (дезагрегантов вообще) и антикоагулянтов прямого действия.

5. Профилактика инфекционных осложнений достигалась внутривенным введением антибиотиков широкого спектра действия.

Анализ полученных данных показал, что у всех больных отмечалось улучшение самочувствия, а у половины больных уже на 2–3-й день уменьшились боли, прекратились тошнота и рвота, у 30% больных болевой синдром был полностью купирован. В последующие дни отмечалась устойчивость достигнутого клинического эффекта. Среди пролеченных 75 пациентов умер один больной. При проведении контрольных лабораторных анализов установлено, что уровень амилазы в крови снизился и составил 41 ± 8 г/л, в моче – 62 ± 7 г/л. По данным контрольного УЗИ поджелудочной железы наблюдалась тенденция к нормализации размеров органа вследствие уменьшения отека и к улучшению экзоструктуры поджелудочной железы.

Побочных эффектов и аллергических реакций при введении контрикала по описанной схеме отмечено не было. Переносимость препарата оценивается как хорошая.

Таким образом, контрикал является эффективным препаратом при лечении острого панкреатита, в том числе и деструктивных его форм. Контрикал нужно вводить из расчета 6–8 ЕД в час на протяжении 24 часов с помощью инфузомата «Perfusor fm» или «Perfusor compact S» фирмы «B/Braun».

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н. Б., Христич Т. Н. Клиническая панкреатология. – Донецк, 2000. – 416 с.
2. Савельев В. С. Острый панкреатит: Пособие для врачей. – М.: изд-во НЦССХ, 2000. – 60 с.
3. Скуя Н. А. Заболевания поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1986. – 240 с.
4. Сыновец А. С., Левицкий А. П. Ингибиторы протеолитических ферментов в медицине. – К.: Здоровье, 1985. – 82 с.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1987. – Т. 2. – С. 165.
6. Деятарева И. И. Заболевания органов пищеварения. – К.: Здоровье, 1999. – 312 с.
7. Чекиман И. С., Полещук П. Я., Пятак О. А. (редакторы). Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии. – Киев: Здоров'я, 1987. – С. 557–559.
8. Ивашкин Т. И., Минасян Г. А. Лечение хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрокт. – 1966. – № 4. – С. 10–17.

Поступила 10.09.2010

В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +7 (861) 2521888.
E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

В статье дан анализ 205 больных, оперированных по поводу толстокишечных свищей. Приводится алгоритм действий врача при выполнении реконструктивных операций, тщательное выполнение которых позволяет существенно уменьшить число послеоперационных осложнений (5,1%) и послеоперационную летальность (1,95%).

Ключевые слова: свищи толстокишечные, реконструктивные операции.