

Неверов П.С., Кондратенко Г.Г., Тараненко С.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «10-я городская клиническая больница»

**Применение антицитокиновых и антигипоксантных препаратов в сочетании с раствором гидроксиэтилкрахмала при лечении острого панкреатита.**

Введение. Острый панкреатит (ОП) до настоящего времени остается потенциально смертельным заболеванием органов брюшной полости. Большинство пациентов с ОП подлежат консервативному лечению, основными задачами которого являются купирование болевого синдрома, ликвидация волевических нарушений, уменьшение эндогенной интоксикации и полиорганных повреждений на фоне синдрома системного воспалительного ответа. Микроциркуляторные нарушения существенно снижают возможность средств проникать в ишемизированные участки тканей. Поэтому очевидна целесообразность разработки таких новых схем патогенетического лечения, которые совместно с улучшением микроциркуляции, способны более эффективно купировать развитие цитокинового каскада, повышать степень антиоксидантной защиты и предотвращать перекисное окисление липидов.

Цель работы: продемонстрировать эффективность клинического применения лечебных комплексов антицитокинового и антигипоксантного действия в сочетании с гидроксиэтилкрахмалом (ГЭК).

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 96 пациентов с ОП, получавших стационарное лечение в хирургических отделениях УЗ «10 ГКБ» г. Минска. Поступающим больным назначали лечение согласно утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь инструкции на метод №078-0610 от 27.09.2010г. (пентоксифиллин, эмоксипин или мексibel внутривенно в смеси с 6% раствором ГЭК) – основная группа, 50 пациентов. В контрольной группе (46 пациентов) консервативное лечение пациентов с ОП проводилось по

стандартной методике (инфузионная терапия, антиферментные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты). Группы были относительно однородны по срокам и тяжести заболевания, возрасту и полу. Тяжесть ОП оценивалась критериями Рэнсона и по шкале Balthazar. В сыворотке крови определяли содержание амилазы, аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы, в гемолизатах крови – уровень супероксиддисмутазы (СОД), малонового диальдегида (МДА), концентрацию гемоглобина, значение гематокрита. Исследовали наличие и характер осложнений, виды оперативных вмешательств, длительность стационарного лечения.

Результат и обсуждение. Женщин было 27 (28,1%), мужчин 69. Средний возраст составил  $47,8 \pm 14,1$  лет. Давность от начала заболевания до госпитализации от 7 до 24 часов у 36,4% пациентов, 22,7% поступили в первые 6 часов после появления болевого приступа. По 3 критерия Рэнсона было у 64 пациентов, 4-5 критериев – у 27, 6 – у пяти. КТ выполнялось не всем пациентам в связи с ограниченными диагностическими возможностями. При тяжелом течении панкреатита у пациентов имелось 7-9 баллов по шкале Balthazar. На фоне лечения лекарственными смесями на основе ГЭК нами отмечено быстрое и более значительное снижение уровня амилазы в крови уже к третьим суткам лечения ( $p=0,038$ ), в контрольной группе достоверных изменений не выявлено ( $p>0,05$ ). Также отмечено достоверное снижение маркера цитолиза – АЛТ – к третьим суткам в основной группе ( $p=0,027$ ). В контрольной группе достоверное снижение этого показателя произошло к седьмым суткам лечения ( $p<0,05$ ). В основной группе явления гемоконцентрации к третьим суткам были купированы ( $p=0,031$ ), а к 7 суткам удалось достичь гемодилюции до  $Ht < 0,35$  ( $p=0,043$ ). В основной группе уже к 3 суткам отмечено повышение уровня антиоксидантной защиты. Содержание в плазме крови СОД достоверно превысило нормальный уровень ( $p=0,039$ ) и оставалось высоким до 7 суток. Концентрация МДА к 7 суткам также не отличалась от нормы ( $p>0,05$ ). Кроме того, на 3 сутки

выявлено повышение активности каталазы ( $p < 0,05$ ), которая не снижалась до 7 суток и по-прежнему была достоверно выше нормальной ( $1,78 \pm 0,84$  и  $5,068 \pm 1,7$  мкмоль/(мл\*мин);  $p < 0,001$ ). Оперативное вмешательство потребовалось выполнить у 18 больных (лапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки – 12, РХПГ + ПСТ – 4, диагностическая лапароскопия – 2). Гнойно-септические осложнения развились у 5 (10%) пациентов основной группы, в контрольной группе у 7 (16,28%) пациентов, что потребовало выполнения открытых вмешательств – вскрытие сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости. Все гнойно-септические осложнения развились у пациентов с поздними сроками обращения в стационар. В контрольной группе умерло 3 пациента (летальность 6,52%), в основной – один (летальность 2%). Применение разработанной схемы лечения позволило сократить длительность пребывания больного в стационаре на  $2,2 \pm 1,3$  койко-дней.

Вывод: Применение антицитокиновых и антигипоксантных средств в смеси с растворами ГЭК улучшает результаты лечения ОП за счет потенцирования лечебных эффектов и устранения гемоконцентрационных расстройств, приводит к уменьшению количества гнойно-септических осложнений на 6,28% и снижению летальности на 4,52%, а также уменьшает длительность стационарного лечения.