

Профессиональные курортные



Беларуси

Минск - 2009

ФЕДЕРАЦИЯ ПРОФСОЮЗОВ БЕЛАРУСИ

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ УНИТАРНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
«БЕЛПРОФСОЮЗКУРОРТ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

ПРИРОДНЫЕ КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ

БЕЛАРУСИ

Сборник научных трудов

*Под общей редакцией
академика НАН Беларуси профессора Улащика В.С.;
доктора медицински. науки профессора Пироговой Л.А.*

Минск
2009

УДК 615.83(476)

ББК 53.54(4Бел)

П-77

Под общей редакцией: академика НАН Беларуси,
профессора Улащика В.С.;
зав. каф. медицинской реабилитации и
немедикаментозной терапии УО «ГрГМУ»,
д-ра мед. наук, профессора Пироговой Л.А.

Рецензенты: директор Республиканского центра по оздоровлению
и санаторно-курортному лечению населения
канд. мед. наук Н.В. Мазур;

генеральный директор УП «Белпрофсоюзкурорт»
А.Ю. Васкевич;

первый проректор УО «ГрГМУ», д-р мед. наук,
профессор В.А. Снежицкий;

проректор по научной работе УО «ГрГМУ»,
д-р мед. наук, профессор В.В. Зинчук.

**Природные курортные факторы Беларуси: сборник науч-
ных статей / под ред. В.С. Улащика, Л.А. Пироговой.- Минск,
П-77 типография ФПБ, 2009.-251 с.**

ISBN

В сборнике опубликованы результаты научных исследований и работы практических врачей санаторно-курортных учреждений, посвященные использованию естественных и преформированных физических факторов, технологии восстановительной медицины, внедрения достижений фундаментальных наук в санаторно-курортную практику.

Сборник рассчитан на медицинских работников: организаторов здравоохранения, курортологов, физиотерапевтов, реабилитологов.

ISBN

УДК 615.83(476)

ББК 53.54 (4Бел)

© Минск, 2009

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Колешко С.В., Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф.
УО «Гродненский государственный медицинский
университет», Гродно

Лечение острого панкреатита - одна из сложных проблем экстренной хирургии. Непрерывный рост больных с данной патологией, высокая частота деструктивных форм, неудовлетворенность хирургов результатами консервативных и оперативных методов лечения, высокая летальность, оставляют эту проблему в числе самых актуальных в абдоминальной хирургии.

Дыхательная недостаточность при остром панкреатите является одним из частых ранних признаков. Она встречается в 20-58% наблюдений как следствие появления реактивного плеврального выпота, базальных ателектазов, легочных инфильтратов, пневмонии, отека легких, высокого стояния купола диафрагмы и ограничения ее подвижности (за счет напряжения мышц брюшной стенки, боли в животе, ретроперитонеального отека), тромбозов ветвей легочных артерий, чрезмерного переливания корригирующих растворов и других причин.

Развитие панкреатореспираторного синдрома объясняется выходом панкреатических ферментов и вазоактивных пептидов через естественно существующие сообщения в диафрагме, по кровеносному руслу и лимфатическим путям с последующим повреждением диафрагмы, париетальной и висцеральной плевры, паренхимы и сосудов легких. Так, кинины повышают проницаемость сосудистой стенки, нарушают вентиляционно-перфузионные отношения, фосфолипаза А₂ повреждая альвеолокапиллярные мембраны, увеличивает их проницаемость для бактериальных и токсических агентов, нарушение транскапиллярного обмена ведет к уменьшению возврата жидкой части крови в кровотоки и развитию отека, снижению экстракции кислорода, что в свою очередь ведет к развитию метаболического ацидоза уже на ранних этапах острого панкреатита.

В механизме развития дыхательной недостаточности при остром панкреатите важное место занимают нарушения в состоя-

нии свертывающей системы крови. Снижение скорости кровотока, повышение коагулирующей и снижение функций противосвертывающей системы крови в начале заболевания у 6-10% больных сопровождается диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, что может привести к развитию «геморрагического легкого», тромбоэмболии легочной артерии. Развитие дыхательной недостаточности на фоне снижения сердечного выброса сопровождается дальнейшим уменьшением доставки кислорода тканям.

Нарушение кислородного баланса играет важную роль в патогенетическом механизме самого заболевания. Так, синтез белка в ацинарных клетках поджелудочной железы прямо зависит от количества АТФ, вырабатываемой в процессах гликолиза и окислительного фосфорилирования, а энергетический механизм прямо зависит от поступления кислорода, что обеспечивается усилением кровотока в поджелудочной железе. Однако противоположно воспалительным процессам в других органах, когда увеличивается кровоток и потребление кислорода, при остром панкреатите скорость кровотока и потребление кислорода после некоторого повышения в течение первого часа от начала заболевания через 2 часа снижается почти в 3 раза и остается низким в течение 5-7 дней. Это связано со стазом в портальной системе, затруднением венозного и лимфооттока, нарушением микроциркуляции в железе. При этом параллельно снижению притока артериальной крови, снижается синтез АТФ в митохондриях печени и поджелудочной железы, вызывается дисбаланс аминокислот, снижается метаболическая активность ацинусов, нарушаются механизмы, предотвращающие аутолиз ткани поджелудочной железы.

Таким образом, выраженное нарушение кислородообеспечения организма делает актуальным применение в лечении острого панкреатита гипербарической оксигенации (ГБО). За счет полного насыщения гемоглобина и значительного увеличения растворенного в крови кислорода ГБО способна улучшить процессы клеточного дыхания, активизировать дыхательные ферменты, увеличить долю аэробного гликолиза, повысить окислительное фосфорилирование в печени, мобилизовать защиту от недоокисленных продуктов обмена и таким образом купировать практически все типы гипоксии, развивающиеся при остром пан-

креатите.

Известно, что кислородная недостаточность сопровождается снижением иммунобиологической реактивности организма и приводит к выраженной депрессии иммунитета. Многочисленные наблюдения показывают, что ГБО повышает иммунобиологические силы организма. При воздействии ГБО стимулируется продукция α -антитоксина, β -лимфоцитов и стафилококковых агглютининов. Сравнительно рано и в высоких титрах появляются в крови антитела к синегнойной палочке. Повышение уровня иммуноглобулинов свидетельствует об активации клеточного и гуморального иммунитета. ГБО также способна ликвидировать вторичную иммунную недостаточность, наблюдаемую у больных с деструктивными формами острого панкреатита. Она нормализует количество Т-лимфоцитов в периферической крови, активизирует В-систему, нормализует соотношение иммуноглобулинов и уровень нормальных антител в сыворотке крови.

Заслуживает внимание действие ГБО на свертывающую и противосвертывающую системы крови. При включении в комплексное лечение больных ГБО доказано, что явления гиперкоагуляции становятся менее выражены, о чем свидетельствует удлинение времени свертывания крови и времени кровотечения, снижение общей коагулирующей активности крови. Нормализуется время эндогенного тромбопластина и его активность. Под влиянием ГБО повышается фибринолитическая активность крови как результат снижения интоксикации, быстрее восстанавливаются реологические свойства крови, улучшается капиллярное кровообращение. Предполагается, что под влиянием ГБО у больных и с пониженными, и с повышенными показателями свертывания происходит их усреднение, что соответствует оптимальным условиям гомеостаза.

ГБО также способствует улучшению утилизации азота и электролитов. Механизм связан с ликвидацией гипоксии, улучшением процессов клеточного дыхания, активизацией дыхательных ферментов, увеличением доли аэробного гликолиза, повышением окислительного фосфорилирования в печени, мобилизацией защиты от недоокисленных продуктов обмена. В комплексном лечении ГБО способствует ликвидации метаболических расстройств, тканевого ацидоза, нормализации кислотно-щелочного

состояния (КЩС), снижению билирубина крови, свободных аминокислот, остаточного азота, глюкозы, креатинина, нормализации протеинограммы, улучшению газового состава крови.

Таким образом, механизмы действия кислорода под повышенным давлением многообразны и при остром панкреатите затрагивают практически все звенья его патогенеза.

С 2000 г. по 2007 г. в клинике общей хирургии находилось на лечении 2781 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1043 (37,5%), острый у 1738 (62,5%), острый некротический панкреатит (ОНП) установлен у 128 (7,4%) больных.

В дополнение к общему лечению ГБО была назначена 328 (18,9%) пациентам с острым панкреатитом и 371 (35,6%) пациенту с хроническим рецидивирующим панкреатитом. Среди пациентов с острым панкреатитом в первую очередь ГБО назначалась больным с острым некротическим панкреатитом. Из 128 пациентов с острым некротическим панкреатитом у 119 (93%) ГБО входило в комплекс консервативной терапии. Больным с интерстициальным панкреатитом ГБО назначалась по показаниям.

Анализируя результаты лечения, мы убедились, что у пациентов с острым панкреатитом на фоне применения ГБО у 283 (86,3%) отмечалось уменьшение, а у 38 (11,6%) - полное купирование болевого синдрома. После 2-3 сеансов у больных с острым некротическим панкреатитом у 84 (70,6%) разрешалась паралитическая кишечная непроходимость, у 73 (61,3%) исчезали признаки перитонизма. У больных хроническим рецидивирующим панкреатитом у 326 (87,9%) в более ранние сроки ликвидировались явления диспепсии. Также в обеих группах у 658 (94,1%) пациентов отмечалось благоприятное воздействие на сердечно-сосудистую систему, которое заключалось в уменьшении частоты сердечных сокращений, быстрой нормализации артериального давления, исчезновении болей в области сердца, уменьшении одышки. Применение ГБО в комплексном лечении панкреатитов способствует облегчению течения заболевания, улучшает функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, почек и других органов, способствует нормализации газообмена, ликвидации и профилактике осложнений, что в свою очередь сокращает сроки лечения.