

конечности 1 и 2 раза в сутки. Для лимфотропной терапии применяли следующие антибиотики ампициллин 1гр 1 раз, гентамицин 2мг/кг 1 раз в сутки. Данный способ применяли при наличии гнойного очага в брюшной полости и забрюшинной клетчатке.

Результаты и обсуждение. У всех больных в результате проведения лимфотропной терапии был достигнут заметный клинический эффект. Эффективность лимфотропной терапии оценивалась по клиническим, биохимическим, иммунологическим показателям. Определялись изменения температурной реакции, показатели гемодинамики, содержание в крови общего количества лейкоцитов и лейкоцитарная формула, ЛИИ, уровень общего белка, билирубин, мочевины, активность трансаминаз. Лабораторные исследования проводились в динамике до, вовремя, после окончания курса лимфотропного введения препаратов. Установлено, что на 2-3 сутки нормализовалась температура тела, улучшалось общее состояние больных, стабилизировалась гемодинамика, уменьшалось гнойное отделяемое из раны.

Наблюдалась положительная динамика в лабораторных, биохимических, иммунологических показателях.

Лимфотропная антибактериальная терапия гнойно-септических заболеваний обладает положительным иммуностимулирующим эффектом, увеличивает качественные и количественные показатели Т и В лимфоцитов и их субпопуляции, регулирует неспецифическое звено иммунитета (фагоцитоз, ЦИК).

Выводы:

1. При тяжелых гнойно-септических заболеваниях наряду с традиционным введением антибактериальных препаратов необходимо использовать лимфотропный метод.

2. Лимфотропный метод создает в лимфатической системе оптимальную концентрацию антибактериальных препаратов, блокируют лимфогенные пути распространения инфекции.

3. Лимфотропный метод введения антибиотиков не преследует цель использования лимфатической системы для транспорта антибиотиков. Мы добиваемся нормализации функции лимфатической системы как иммунного органа и улучшение клинического течения заболевания.

Литература:

1. Рахметов Н.Р. Лимфотропная антибактериальная терапия и стимуляция лимфатического дренажа тканей в комплексном лечении перитонитов у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989.

2. Левин Ю.М. Эндолимфатическая и лимфотропная терапия. - Ташкент: «Медицина», 1987.

3. Белужников А.Б. Сочетанная лимфотропная и сорбционно-аппликационная терапия гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Н., 1993.

Тўжырым

İRİŇDİ – SEPTİKALYK AURULARDYŇ KEŞENĐİ EMİN JETİLDİRÜ

Н.Р. Рахметов, Т.А. Булегенов, Г.К. Оспанова, С.К. Серборинов, К.Т. Қажыкенов, Ж.О. Қожахметов
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада іріңді – септикалық аурулардың кешенді емінде антибиотиктерді лимфотроптық тәсілмен енгізу нәтижелері талқыланған. Лимфотроптық тәсілді қолдану лимфа жүйесінде антибактериалдық дәрілердің тиімді концентрациясын тудырып, індеттің лимфогендік жолмен таралуын тежейді. Сонымен қатар иммундық ағза ретіндегі лимфа жүйесінің қызметін қалпына келтіреді, аурудың клиникалық ағымын жеңілдетеді.

Негізгі сөздер: іріңді – септикалық аурулар, лимфа жүйесі, антибиотиктер, лимфотроптық тәсіл.

Summary

IMPROVING COMPREHENSIVE TREATMENT OF SEPTIC DISEASE

N.R. Rakhmetov, T.A. Bulegenov, G.K. Ospanova, S.K. Serborinov, K.T. Kazhykenov, Zh.O. Kozhakhmetov
State Medical University of Semey

The authors analyzed the results of research on the effectiveness lymphotropic administration of antibiotics in treatment of septic disease.

Lymphotropic method creates the optimum concentration of antibacterial drugs in the lymphatic system, block the lymphatic pathways of infection. Normalizes the function of the lymphatic system as an immune organ and improves the clinical course of the disease.

Key words: purulent - septic diseases, lymphatic system, antibiotics, lymphotropic method.

УДК 616.37-002.1-06:616.24

М.М. Гладинец¹, К.Т. Кажыкенов², Д.И. Толстых³, М.В. Шаевкова⁴, Е.А. Четыркина⁵,
Ж.А. Аскарлова⁶, А. Амантай⁷, А.Е. Алимбаева⁸, И.Б. Амержанова⁹

¹ Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра хирургии и травматологии,

² Консультативно-диагностический центр, г. Семей,

³⁻⁹ Студенты 411 группы общемедицинского факультета

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Аннотация

В статье раскрываются вопросы легочно-плевральных изменений при остром панкреатите, которые часто возникают на ранних этапах заболевания и проявляются рентгенологическим симптомокомплексом: усиление легочного рисунка, отставание диафрагмы при дыхании, дисковидные ателектазы, образование плеврального выпота. Позднее выявление плевральных изменений может привести к тяжелым осложнениям: пневмонии,

образованию мелких абсцессов в легких, отеку легкого, развитию легочно-дыхательной недостаточности, которая в прогностическом отношении весьма опасна для жизни пациента.

Плевроролегочные изменения должны расцениваться с позиции доказательной медицины, как раннее проявление начинающегося острого панкреатита, что имеет важное значение в постановке правильного диагноза и адекватного патогенетического лечения.

Ключевые слова: сурфактант, аутоферментативный некробиоз, энзимная токсемия, ОЛН, ацинус, альвеола.

Актуальность. В настоящее время проблеме острого панкреатита уделяется важное внимание зарубежными и отечественными учеными, так как отдельные вопросы нуждаются в дальнейшей разработке, из-за высокой летальности при панкреонекрозах до 49%, а при обширной неустраненной энзимной токсемии у пациентов с тотальным некротическим панкреатитом до 99,9%. Легочноплевральные изменения можно расценивать как раннее проявление острого панкреатита, что очень важно для хирурга в постановке правильного диагноза.

Острый панкреатит - острое асептическое, деструктивно-воспалительное поражение поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза и некроза органа с вовлечением в патологический процесс тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и систем органов внебрюшинной локализации [1, 2].

В России, странах Западной Европы и Северной Америки заболеваемость острым панкреатитом от 40 до 80 человек на 100 тыс. населения. Некротические формы поражения поджелудочной железы составляют - 30%, летальность при их развитии достигает до 40%.

В настоящее время проблеме острого панкреатита уделяется важное внимание зарубежными и отечественными учеными, так как отдельные вопросы нуждаются в дальнейшей разработке, из-за высокой летальности при панкреонекрозах до 49%, а при обширной неустраненной энзимной токсемии у пациентов с тотальным некротическим панкреатитом до 99,9%. В последние годы отдельные школы хирургов пришли к выводу, что наряду с общей интоксикацией организма при данном заболевании значительную роль в летальных исходах больных играет развивающаяся дыхательная недостаточность с поражением органов грудной полости, в частности, легких, плевры, ацинусов, альвеол дыхательных путей. Эти тяжелые изменения в легочной ткани наблюдаются по литературным данным у 15 – 54,5% больных [5,6].

Следует отметить, что впервые на прямую связь между острым панкреатитом с поражением легких и плевры с развитием тяжелой степени легочной недостаточности, указал четко Werner, который обнаружил у больных с острым панкреатитом, сопровождающихся сочувственным плевральным выпотом, и выявил высокое содержание амилазы в выпоте из левой плевральной полости. В значительной степени летальность при остром панкреатите является следствием несвоевременной диагностики этого грозного заболевания. Данные, полученные при изучении 226 историй болезни пациентов, заболевших острым панкреатитом, которые лечились в больнице скорой медицинской помощи в – БСМП г. Семей в 2002-2012 годах. Правильный диагноз на догоспитальном этапе установлен только у 38% больных, обратившихся за помощью; в приемном отделении диагноз острого панкреатита поставлен у 78% больных. Особенно показательно, что даже в стационаре в течении первых суток от момента заболевания у 9,6% больных диагноз острого панкреатита не был своевременно установлен. У ряда больных только во время операции, были

обнаружены другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости: прободная язва желудка, холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов кишечника, перитонит, которые прооперированы после постановки правильного диагноза. Это говорит о том, что острый панкреатит единственное заболевание по доказательной медицине, которое следует дифференцировать с 5-ю системными острыми хирургическими заболеваниями, которые имитируют данное заболевание.

Настоящее сообщение касается сопутствующих острому панкреатиту патологических состояний органов грудной клетки, которые нередко предшествуют развитию клинических признаков острого панкреатита. Патологические изменения органов грудной клетки при остром панкреатите в большинстве научных исследований обозначаются, как осложнение острого панкреатита. Причины, порождающие плеврально-легочные изменения при остром панкреатите, до настоящего времени окончательно не изучены, хотя имеются разноречивые мнения ученых об изменениях в легких в результате воздействия на легочной сурфактант токсических продуктов, появляющихся при остром панкреатите. Многие хирурги считают, что панкреатические ферменты влияют на легочной сурфактант, который способствует к проколлабированию альвеол в бронхиальном дереве легкого и развитию ателектазов [6]. Особое значение придается контактному воспалению диафрагмы, которая способствует повышению проницаемости сосудов с образованием выпота в плевральной полости и высоким содержанием амилазы с характерным повреждением плевры.

Материал и методы. Нами изучено и проанализировано 226 истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в БСМП по поводу различных форм острого панкреатита.

Результаты и обсуждение. Из общего количества пролеченных пациентов различные плевроролегочные изменения были выявлены у 55% пациентов, выпот в плевральной полости - у 15 больных, высокое положение левого купола диафрагмы – у 16, пластинчатый ателектаз в нижних отделах легких – у 8, пневмония – у 3, отек легких – у 1 пациента. Различные сочетания указанных изменений выявлено – у 12 больных. Необходимо отметить, что в этой категории у 11 больных были обнаружены плевроролегочные изменения, следует обратить внимание на развитие острой дыхательной недостаточности, которую подтверждают у тяжелой категории больных с плохим прогнозом. Ретроспективный анализ показал, что у большинства больных рентгенологическое исследование органов грудной клетки было проведено с опозданием, в среднем на 6-8 сут после поступления в стационар, как правило, уже при наличии клинических признаков поражения легких. В общем комплексе диагностических мероприятий при подозрении на острый панкреатит необходима интерпретация о состоянии органов грудной клетки. Внутригрудные изменения при остром панкреатите, выявлялись у 15,2% больных, страдающих этим грозным

заболеванием. В ранние сроки от начала заболевания бронхолегочные изменения были уже выявлены на рентгениследовании: усиление сосудистого рисунка, отставание диафрагмы при дыхании, высоко стояние диафрагмы, чаще слева. При динамическом наблюдении выявлялась четкая рентгенологическая картина появления выпота в плевральной полости, возникновение ателектазов в нижних отделах легких и нарушение кислотно-щелочного состояния крови в определенной степени сопутствуют и находят изменения в легких. Нет сомнения, что в стационарах не всегда уделяется достаточное внимание рентгениследованию органов грудной клетки, иногда проводится поздно и только при появлении явных признаков дыхательной недостаточности, что нередко приводит к состояниям, заканчивающимся гибелью больного. Непосредственная причина летальных исходов при остром панкреатите у более 30% больных, по заключению патологоанатомов, являлась острая дыхательная недостаточность. В процессе оказания экстренной помощи пациентам с острым панкреатитом, было установлено у ряда больных со стороны органов грудной клетки предшествовали клинические признаки этого заболевания. Отсюда следует отметить, что легочноплевральные изменения можно расценивать как раннее проявление острого панкреатита, что очень важно для хирурга в постановке правильного диагноза.

Выводы. Легочно-плевральные изменения при остром панкреатите часто возникают на ранних этапах заболевания и проявляются рентгенологическим симптомокомплексом, это усиление легочного рисунка, отставание диафрагмы при дыхании, дисковидные ателектазы, образование плеврального выпота.

Позднее выявление плеврорегочных изменений может привести к тяжелым осложнениям: пневмонии, образованию мелких абсцессов в легких, отеку легкого, развитию легочно-дыхательной недостаточности, которая в прогностическом отношении весьма опасна для жизни пациента.

Плеврорегочные изменения должны расцениваться с позиции доказательной медицины, как раннее проявление начинающегося острого панкреатита, что имеет очень важное значение в постановке правильного диагноза, отсюда адекватного патогенетического лечения. Врачам хирургам следует помнить, что в практической работе могут встречаться бессимптомные формы острого панкреатита у пациентов, перенесших вирусные инфекционные заболевания «паротиты и другие заболевания».

Литература

1. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит, Хирург.болезни под редакцией В.С.Савельев и соавторы, 2008, Т.1. Москва с.202-203.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирург.болезни, Т.1, 2008, Москва, с.202-221.
3. Нурмаков А.Ж., Нурмаков Д.А., Хирург.болезни, 2009 г. Алматы, с.109-136.
4. Кузин М.И., Шкроб О.С., Чистова М.А. Хирургические болезни, 1987, Москва, с. 634-642.
6. Gliedman M.L., Boloki H., Rosen R.G. – CurrProbl. Surg., 1970, August. p.1-52
7. Mc. Willams H, Gross R. – Am. Surg., 1974, V, 40. h. 448.
8. Talvik R., Litgant A, Siisak H.M, et al. – int Care Med., 1977, V.3, p. 97.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ КЕЗІНДЕГІ КЕУДЕ ҚҰБЫСЫНДАҒЫ АҒЗАЛАРДЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

М.М. Гладинец, К.Т. Кажыкенов, Д.И. Толстых, М.В. Шавенкова, Е.А. Четыркина, Ж.А. Аскарлова, А. Амантай, А.Е. Алимбаева, И.Б. Амержанова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Хирургия және травматология кафедрасы, Семей қ., Кенестік-диагностикалық орталығы, 411 т Жалпы медицина факультетінің студенттері

Жедел панкреатит кезіндегі өкпе-плевральдық өзгерістер жиі аурудың ерте кезеңдерінде пайда болып және рентгендік симптом кешендерімен, өкпе суретінің күшеюімен, тыныс кезіндегі диафрагманың қалуымен, дисктарізді ателектазбен, плевральдық түсумен көрінеді. Плевраөкпелік өзгерістердің кеш көрінуі: пневмония, өкпедегі ұсақ абсцестердің түзілуі, өкпе ісінуі, өкпелік тыныс жетіспеушілігі сияқты болжам бойынша адам өміріне аса қауіпті ауыр асқынуларға әкеледі.

Плевра-өкпелік өзгерістер дәлелді медицина тұрғысынан бастапқы ерте жедел панкреатит көріністері сияқты бағаланып, дұрыс диагноз қою мен адекватты патогенетикалық ем жүргізуде маңызы зор. Басынан «паротит және басқа» вирусты инфекциялық ауруларды өткізген науқастарда жедел панкреатиттің симптомсыз формалары кездесетіндігін хирург дәрігерлердің есте сақтағаны дұрыс!

Негізгі сөздер: Сурфактант, аутоферментативті некробиоз, энзимді токсемия, ЖӨЖ, ацинус, альвеола.

Summary

DAMAGES THE ORGANS OF THORAX AT ACUTE PANCREATIC

M.M. Gladinets, K.T. Kazhikenov, D.I. Tolstykh, M. V. Shavenkova, E.A. Chetyrkina, Z.A. Askarova, A. Amantay, A.E. Alimbaeva, I.B. Amerzhanova

State Medical University of Semey, The chair of surgery and traumatology

Consultation and Diagnostic Center, Semey, Students 411gr. General medical faculty

Pulmonary changes in acute pancreatitis often occur early in the disease. They appear radiological signs and symptoms (increased lung markings, lagging the diaphragm in breathing, discoid atelectasis, formation of pleural effusion). Late detection of pleuro-pulmonary changes can lead to serious complications: pneumonia, formation of small abscesses in the lungs, pulmonary edema, the development of pulmonary respiratory failure, which is a prognostic very dangerous for the patient.

Pleuro-pulmonary changes should be regarded from the perspective of evidence-based medicine, beginning as early manifestations of acute pancreatitis, which is of vital importance in the correct diagnosis and adequate pathogenesis treatment. Physicians-surgeons should be remembered that in practice can occur asymptomatic forms of acute pancreatitis in patients under going viral infections "mumps and other disease".

Key words: Surfactant, autoenzymatic bionecrosis, enzymatic toxemia, AEM, acinus, alveoli.