

(առեղնաբուժման) և բուժման վերը նշված մեթոդի համեմատական գնահատականը: Պարզված է, որ ձայնաբուժումը գրգռված հաստ աղիքի սինդրոմի բուժման արդյունավետ մեթոդ է, որը թույլ է տալիս առանց ցավ պատճառելու և առանց ներխուժման ներգործել կենսականորեն ակտիվ պետրական կետերի վրա, խուսափելով կողմնակի բացասական երևույթներից:

Խորհուրդ է արված ֆունկցիոնալ ստրալի (ձայնաբուժման) մեթոդը կիրառել հաստ աղիքի ֆունկցիոնալ հիվանդությունները բուժելիս:

K. A. SARKISSIAN, M. N. NAJARIAN, D. I. ELOYAN, N. L. GRIGORIAN,
M. V. HAROUTYUNIAN, N. L. HĒKIMIAN

THE PHONOPUNCTURE IN THE TREATMENT OF THE LARGE INTESTINE FUNCTIONAL DISEASES

The effectiveness of ultrasound influencing the acupuncture zones has been studied in patients with functional diseases of the large intestine.

It is established, that the phonopuncture is a quite effective method in the treatment of the large intestine syndrome. The method is noninvasive, simple and safe and allows to influence indolently the biologically active points.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гаврилов Л. Р., Цирульников Е. М. В кн.: Фокусированный ультразвук в физиологии и медицине. Л., 1980, с. 154.
2. Гапонюк П. Я. Акупунктурная (рефлекторно-пунктурная) терапия. Ярославль, 1983.
3. Портнов Ф. Г. Электropунктурная рефлексотерапия. Рига, 1982.
4. Тополянский В. Д., Струковская М. В. В кн.: Психосоматические расстройства. М., 1986, с. 85.
5. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. В кн.: Проктология. М., 1984, с. 73.
6. Duret R. Acta gastroent., Belg., 1975, 38, 377.
7. Freiberg H. Theraplewoche, 1978, 28, 7, 34.
8. Wieck H. Fortschr. med., 1977, 95, 531.

УДК 616.37—00.2—06.3

Р. А. ГРИГОРЯН, Ф. С. ДРАМПЯН

ПРИМЕНЕНИЕ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Представлен опыт применения форсированного диуреза у больных острым панкреатитом. Освещены вопросы интоксикации, показания и принципы проведения форсированного диуреза. Показано, что своевременное применение форсированного диуреза, особенно при деструктивном панкреатите, позволяет значительно сократить частоту осложнений и снизить летальность.

В патогенезе острого панкреатита важное место занимает эндогенная интоксикация организма, приводящая к высокой летальности [10]. В начальной фазе интоксикация в основном носит специфический характер. Она вызвана резким повышением в крови активности агрессивных ферментов поджелудочной железы и содержания вазоактивных компонентов (кининов) [6, 4]. В дальнейшем, при развитии некротизи-

ческих и гнойных процессов, наступает второй этап в развитии интоксикации, вызываемый циркулирующими в крови токсическими продуктами аутолиза тканей и нарушенного метаболизма.

Наряду с ликвидацией застоя и гипертензии в желчных и панкреатических протоках, инаktivацией протеолитических ферментов, подавлением воспалительной реакции важное значение приобретает выведение токсических веществ из организма применением внутривенного форсированного диуреза [1, 2, 6—8, 10].

Внутривенный форсированный диурез сочетает в себе возможности непосредственного действия на патологический очаг и механического удаления токсических веществ из кровяного русла.

Наше сообщение основано на наблюдении над 45 больными острым панкреатитом, у которых был применен форсированный диурез. Подавляющее большинство больных поступило в клинику в состоянии тяжелой интоксикации и с высокими показателями ферментемии. У 10 больных была отечная, а у остальных—деструктивная формы панкреатита (геморрагический, некротический и гнойный). Форсированный диурез осуществлялся по методике В. И. Филина и В. И. Ковальчука [10]—вводилось 3—4 л жидкости внутривенно с последующим введением мочегонных средств типа лазикса (2—4 мл внутримышечно). Для получения устойчивого диуреза применялись следующие диуретические средства: лазикс, пипотиазид, новурит, гемодез.

Сущность метода заключалась в следующем.

1. Предварительная нагрузка водными растворами 3% бикарбоната натрия (500 мл) и Рингера-Локка (500—1000 мл). Это предупреждает дегидратацию клеточного сектора в связи с применением манитола, который, как известно, приводит к повышению осмотического давления экстрацеллюлярной среды.

2. Введение 15% раствора манитола в количестве 1—2 г на 1 кг веса больного. Препарат вводится струйно или частыми каплями (до 200 капель в минуту). Для усиления диуретического действия манитола одновременно вводится 20 мл 2,4% раствора эуфиллина.

3. Введение общепринятого в практике раствора электролитов с учетом особенностей изменения электролитного состава. На 1000 мл 5% раствора глюкозы—20 мл 10% раствора хлористого калия, 50 мл 10% хлористого натрия и 300 мл 1% раствора хлористого кальция.

4. Введение до 1000—1500 мл белковых препаратов (плазма, альбумин, аминокислоты и др.) в связи с тем, что после проведения форсированного диуреза наблюдается некоторое снижение общего количества белков в сыворотке крови.

Нами установлено, что если при экзогенной интоксикации для полного выведения токсических продуктов достаточно 1—2 сеансов дезинтоксикационной терапии, то при эндогенной интоксикации дезинтоксикационные мероприятия проводятся в течение более длительного времени, т. к. источник интоксикации находится в самом организме. Учитывая это обстоятельство, мы ежедневно проводим больным 1—2 сеанса форсированного диуреза на протяжении 3—7 суток.

Клинические наблюдения показали, что применение метода форси-

рованного диуреза приводит к быстрому улучшению самочувствия и общеклинических показателей состояния больного, к снятию явлений интоксикации уже через 5—6 часов после начала проведения диуретической терапии, к предупреждению печеночно-почечной недостаточности. При наличии гипертермии необходимо внутримышечно вводить 10 мл 4% раствора амидопирина или 2—4 мл 50% раствора анальгина в сочетании с внешним охлаждением путем обкладывания больного пузырями со льдом.

В проведении дезинтоксикационной терапии решающее значение имеет фактор времени—раннее проведение дезинтоксикации дает лучшие результаты.

Однако метод внутривенного форсированного диуреза не лишен недостатков. Внутривенное введение 4—5 л инфузионных сред нередко приводит у пожилых больных с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями к перегрузке правых отделов сердца, повышению показателей центральной гемодинамики, развитию гидроторакса и отеку легких [10]. Учитывая это, в последнее время стали применять форсированный внутриартериальный диурез, при котором относительно редко наступает перегрузка правых отделов сердца. Кроме того, внутриартериальный путь быстрее и эффективнее восполняет вне- и внутриклеточную дегидратацию, приводит к равномерному распределению инфузионной среды в организме, предотвращая перегрузку малого круга кровообращения. Как внутривенный, так и внутриартериальный форсированный диурез должен сочетаться с введением белковых препаратов для нормализации и поддержания волемии, т. к. деструктивный панкреатит характеризуется гиповолемией и внеклеточной дегидратацией. Форсированный диурез в сочетании с антибиотиками у больных с околопанкреатическим инфильтратом приводит к быстрому его рассасыванию и снижению частоты гнойных осложнений.

Этот метод противопоказан при почечной недостаточности.

Наши наблюдения показали, что своевременное применение форсированного диуреза в комплексе с другими лечебными мероприятиями является весьма эффективным средством при остром панкреатите, позволяющим избежать обширной секвестрации железы, а следовательно, и операции. У больных с тяжелой почечной недостаточностью с целью максимального выведения из организма «уклонившихся» ферментов, а также продуктов распада панкреатических клеток применялся также перитонеальный диализ, который способствует значительному уменьшению явлений интоксикации за счет механического удаления патологических агентов из брюшной полости.

Таким образом, наши клинические наблюдения показывают, что форсированный диурез является эффективным дезинтоксикационным средством при деструктивных панкреатитах, особенно у больных с тяжелой интоксикацией. Благодаря применению данного метода удается резко сократить число осложнений и летальность.

Кафедра общей хирургии и пропедевтики
внутренних болезней Ереванского
медицинского института

Поступила 1/VII 1987 г.

ԱՐԱԳԱՑՐԱՍ ԴԻՈՒՐԵԶԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՍՈՒՐ ՊԱՆԿՐԵՍԻՏԻՏԻ ԵՎ
ՊԱՆԿՐԵՍԱՍՍԻՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ԲՈՒԺԲԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Սուր պանկրեատիտի պահպանողական բուժման ժամանակ կարևոր տեղ է զբաղում արագացրած դիուրեզի եղանակը, որը ունի կարևոր դեզինտոքսիկացիոն նշանակություն: Փորձը ցույց է տալիս, որ այս եղանակի ժամանակին օգտագործումը զգալիորեն կրճատում է բարդությունների և մահացու վնասողության տեղանքը:

R. A. GRIGORIAN, F. S. DRAMPIAN

APPLICATION OF THE INTENSIVE DIURESIS IN THE COMPLEX
TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS AND PANCREOTOGENIC
PERITONIS

The experience of the application of intensive diuresis in the treatment of patients with acute pancreatitis is described. It is shown that this method is effective for detoxication of the organism. The timely application of this method, especially in case of destructive pancreatitis allows to decrease significantly the frequency of complications and lethality.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Бойтко Ю. Г.* Патологическая анатомия и патогенез острого панкреатита. Минск, 1970.
2. *Буромская Г. А., Голфанд Д. Е.* Тр. 2-го Московского медиянститута, т. 35, в. 16. М., 1977, с. 94.
3. *Вальтер Э. О.* Хирургия, 1979, 5, с. 78.
4. *Васильков В. Г., Оранский И. Е.* Вестн. хир., 1978, 1, с. 111.
5. *Гилевич Ю. С., Форсиков А. О.* Тез. V Всерос. съезда хирургов. Свердловск, 1978, с. 84.
6. *Лащевкер В. М.* В кн.: Острые панкреатиты. Киев, 1978, с. 144.
7. *Орлов В. А., Якушин Г. А.* Клин. мед., 1977, 8, с. 84.
8. *Осингольц С. Л.* Клин. хир., 1967, 1, с. 64.
9. *Синовец В. С.* Вестн. хир., 1981, 3, с. 145.
10. *Филин Н. И., Ковальчук В. И.* Вестн. хир., 193, 1, с. 59.

УДК 017.1 : 547.466.64:

В. А. ШЕКОЯН, В. С. ТОВМАСЯН, К. Г. ПЕТРОСЯН, К. Х. КАЛАШЯН

ВЛИЯНИЕ ГЛУТАМИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Изучено влияние глутаминовой кислоты на количество антителообразующих и розеткообразующих клеток селезенки мышей в динамике. Показано ее модулирующее влияние на изученные иммунологические показатели в зависимости от дозы.

Существенным аспектом в разработке проблемы нейрогуморальной регуляции иммунитета является изучение роли медиаторных аминокислот. Нам было выявлено дозозависимое влияние ГАМК и ГОМК на количество антителообразующих (АОК) и розеткообразующих клеток (РОК) в селезенке, титры гемагглютининов в периферической крови [3, 4]. Как наши данные, так и имеющиеся в литературе сведения [1, 2]