

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА **КСИЛАТ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Хижняк А.А., Павленко А.Ю., Волкова Ю.В.

Харьковская городская клиническая больница скорой неотложной медицинской помощи имени проф. А.И. Мещанинова

Актуальность темы

Одним из актуальных вопросов политравматизма в настоящее время является закрытая абдоминальная травма (ЗАТ), составляющая 14-60,2% сочетанных повреждений, легальность при которой достигает 70% [1]. Травма поджелудочной железы (ПЖ) занимает 9,4-15% в структуре абдоминальных повреждений [5]. В её механогенезе дорожно-транспортные происшествия составляют 35,8%, кататравма -35,3%, инерционно-компрессионное воздействие-23,5%, прочие причины - 5,3% случаев [4]. В более чем в 50% случаев на фоне травмы ПЖ развиваются деструктивные изменения в виде посттравматического панкреатита, который сопровождается высоким уровнем смертности [2]. По характеру повреждений в 77,1% случаев отмечается ушиб ПЖ, при котором отмечается нарушение эндокринной функции в виде вторичной инсулиновой недостаточности [3]. При этом последняя чаще развивается при повреждениях тела и хвоста ПЖ, где преимущественно локализован инсулярный аппарат органа. У 57% больных с ушибом ПЖ на фоне катаболической реакции наблюдается гипергликемический синдром, который сопровождается кетозом и азотемией как проявление тканевого энергодефицита. Это явилось стимулом к использованию в интенсивной терапии травматических повреждений ПЖ препарата фирмы «Юрия-Фарм» на основе ксилита, который обладает гемодинамическим, азотсохраняющим, антикетогенным эффектами и является источником энергии с независимым от инсулина метаболизмом.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 76 пострадавших трудоспособного возраста (мужчин было 52 человека, женщин - 24) с повреждением ПЖ, которые поступили в отделение политравмы Харьковской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в период с 2004 по 2005 годы. По характеру повреждений больные разделились следующим образом: ранение ПЖ (5,3%), разрыв ПЖ (17,6%), причём разрыв в области головки ПЖ у (5,2%) пострадавших, тела - у 8,6%, хвоста - у 3,8%, ушиб ПЖ составил 77,1 %. У всех пациентов имел место гипергликемический синдром, сопровождающийся умеренным кетозом и гиперазотемией. Основная группа составила 40 человек (52%), у которых в составе интенсивной терапии применялся **Ксилат** в дозировке 10-15 мл/кг/сутки в течение 7 суток. Контрольная группа, 36 человек (38%), получала стандартную противопанкреатическую терапию. Инсулинотерапия применялась в обеих группах с учетом уровня гликемии и составила 0-16 ЕД и 30-50 ЕД в сутки соответственно. В основной группе у 18 прооперированных пациентов с целью обеспечения медикаментозной денервации и режима «щажения» ПЖ была использована методика комбинированного вегетативного блока, разработанная на кафедре медицины неотложных состояний и анестезиологии ХГМУ. У пациентов обеих групп исследовались клинические и биохимические показатели крови, которые включали уровень амилаземии, кетонемии и мочевины крови.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у пациентов, которым в составе комплексной терапии применялся **Ксилат**, наблюдается тенденция к ограничению гиперкатаболической стадии, обусловленной сочетанной травмой, включающей повреждение поджелудочной железы, которая проявляется достоверным снижением уровня мочевины и нормализацией общего белка крови. У пострадавших контрольной группы уровень мочевины, несмотря на проводимую комплексную терапию, остаётся повышенным даже на 5 сутки, что может свидетельствовать о сохраняющемся энерго дефиците. При этом у данной группы пациентов сохраняется гипопроотеинемия, которая в последующем требовала соответствующей коррекции. Достоверное снижение кетоза у пострадавших основной группы вероятно обусловлено изменением метаболизма в пользу альтернативных путей энергообеспечения. Показателем эффективности предложенного метода комбинированно! вегетативного блока поджелудочной железы является снижение уровня ферментемии (амилаземии), которая у пострадавших основной группы на 5 сутки достигает пределов физиологической нормы.

Выводы

1. В структуре сочетанных повреждений травма поджелудочной железы встречается в более чем в 10% случаев, при этом она сопровождается нарушением не только экзокринной, но и эндокринной функции органа.
2. У пострадавших с травмой поджелудочной железы отмечаются нарушения всех видов обмена, обусловленные недостаточностью данного органа на фоне гиперкатаболической стадии травматической болезни.
3. Интенсивная комплексная терапия травматического повреждения поджелудочной железы, включающая препарат **Ксилат**, позволяет лимитировать гиперкатаболическую стадию острого периода сочетанной травмы и оптимизировать энергоресурсы организма.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Антонюк М.Г.
Епідеміологія закритої торакоаодомінальної травми
Української журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаяева 2002. Т. 3, №4. - С 23-26.
2. Бобров А.Е., Зубаль В.Н., Гречаный С.С.
Диагностика и лечение острого послеоперационного панкреатита
Проблемы медицины. 1995 №5. - С.20-27.
3. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А., Стопко Ю.М., Красногоров В.В.
Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы.
Руководство для врачей. - Санкт-Петербург, 2000. -- 309 с.
4. Ерамишанцев А.К. и др.
Травматические повреждения поджелудочной железы.
Хирургия. - 1994. - №4. - С. 13-15.
5. Шапот Ю.Б., Новиков А.С., Карташов В.Л.
Профилактика, прогнозирование и лечение осложнений при сочетанной травме груди и живота в раннем периоде травматической болезни.
Методические рекомендации. Л. -1990. - 25 с.