Оригинальное исследование
УДК 616.37.-002-06:616.342-06
http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2024-4-4

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МЕТОКЛОПРАМИД В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Вячеслав Васильевич Савельев[1]✉, Мария Николаевна Маркова[2], Михаил Михайлович Винокуров[3]

[1-3] Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» , Якутск, Россия
[1]✉vvsavelievv@mail.ru
[2]mariditt555@mail.ru
[3]mmv_mi@rambler.ru

Аннотация. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения препарата метоклопрамид в коррекции нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки при остром деструктивном панкреатите. В ходе проведенного исследования установлено, что применение стандартной интенсивной терапии в сочетании со стимуляцией проксимальных отделов кишечника препаратом метоклопрамид является более эффективным, чем использование с этой целью традиционной схемы лекарственной терапии с применением неостигмина метилсульфата, что позволяет, в том числе, улучшить непосредственные результаты лечения острого деструктивного панкреатита, снизив количество осложнений и уменьшив летальность.

Ключевые слова: острый панкреатит, моторно-эвакуаторная функция, дуоденостаз

Для цитирования: Савельев В.В. Оценка клинической эффективности препарата метоклопрамид в коррекции нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки при остром деструктивном панкреатите / В.В. Савельев, М.Н. Маркова, М.М. Винокуров // Дальневосточный медицинский журнал. – 2024. – № 4. – С. 25-31. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2024-4-4.

ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE DRUG METOCLOPLRAMIDE IN THE CORRECTION OF VIOLATIONS IN THE MOTOR-EVACUATION FUNCTION OF THE DUODEN IN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Vyacheslav V. Saveliev[1]✉, Maria N. Markova[2], Mikhail M. Vinokurov[3]

[1-3]Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «M.K. Ammosov North-Eastern Federal University», Yakutsk, Russia
[1]✉vvsavelievv@mail.ru
[2]mariditt555@mail.ru
[3]mmv_mi@rambler.ru

Abstract. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the drug metoclopramide in the correction of impaired motor-evacuation function of the duodenum in acute destructive pancreatitis. The study found that the use of standard intensive therapy in combination with stimulation of the proximal intestine with metoclopramide is more effective than the use of a traditional drug therapy regimen with neostigmine methyl sulfate for this purpose, which allows, among other things, to improve immediate results treatment of acute destructive pancreatitis, reducing the number of complications and reducing mortality.

Keywords: acute pancreatitis, motor-evacuation function, duodenostasis

For citation: Savelyev V.V. Assessment of the clinical effectiveness of the drug metocloplramide in the correction of violations in the motor-evacuation function of the duoden in acute destructive pancreatitis / V.V. Savelyev, M.N. Markova,

M.M. Vinokurov // Far Eastern medical journal. – 2024. – № 4. – P. 25-31. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2024-4-4.

Острый панкреатит остается достаточно актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Неутешительными являются и цифры заболеваемости. Так, в течение последних лет количество случаев заболевания острым панкреатитом в России остается на уровне 80 случаев на 100 000 населения [11]. В структуре экстренной хирургической патологии острый панкреатит уверенно занимает третью позицию после острого аппендицита и острого холецистита [7]. Развитие тяжелых деструктивных форм отмечается у 20-30 % больных с острым панкреатитом, которые сопровождаются высокой вероятностью инфицирования зон некротической деструкции [11]. Летальность при этом заболевании сохраняется на высоком уровне и составляет в настоящее время 3-10 %, а в случае развития инфекционных осложнений в виде перитонита, панкреатогенного сепсиса, летальность может достигать и больших показателей [7].

На сегодняшний день, мы имеем достаточно сведений о том, что одной из причин развития осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП), в том числе инфекционных, является синдром кишечной недостаточности (СКН) [6]. При этом важная роль в формировании СКН отводится нарушениям моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудочно-кишечного тракта и, прежде всего, двенадцатиперстной кишке [5]. Как справедливо указывают авторы [4, 5], двенадцатиперстная кишка является своего рода гипоталамо-гипофизарной системой всего желудочно-кишечного тракта. В двенадцатиперстной кишке инициируется ряд жизненно важных функций всего кишечника, в том числе: двигательная, секреторная, пищеварительная, барьерная, эндокринная, иммуномодулирующая и многие другие. При ОДП, транзиторной или персистирующей органной недостаточности, существенно нарушается микроциркуляция в кишечной стенке [3]. В свою очередь, централизация кровообращения и микроциркуляторные расстройства ведут к нейроэндокринной дисрегуляции, дисфункции эпителиоцитов, нарушению МЭФ проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе, и двенадцатиперстной кишки. При этом в первую очередь замедляется эвакуация содержимого кишки в нижележащие отделы, возникает дискинезия, именуемая в литературе также как дуоденальный стаз (ДС).

В современной литературе, сведений или рекомендаций по патогенетическому лечению нарушений МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП практически не встречается, или они имеют несистемный характер. Несмотря на существенный прогресс в понимании патогенеза заболевания и общих принципах комплексного лечения ОДП, остаются неизученными многие процессы этого патологического состояния, в особенности, с учетом последних научных данных. Тем не менее, некоторые из авторов [4], предлагают, по нашему мнению, вполне рациональную лечебную программу, которая включает: во-первых, адекватное обезболивание; во-вторых, создание условий для прохождения химуса по двенадцатиперстной кишке; в-третьих, восстановление и улучшение микроциркуляции стенки кишки; в-четвертых, восстановление моторно-эвакуаторной функции и, в-пятых, ликвидация последствий нарушения проходимости.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения препарата метоклопрамид в комплексной коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП.

Материалы и методы

Исследование было проведено в многопрофильной хирургической клинике г. Якутска – Республиканская больница № 2 − Центр экстренной медицинской помощи (РБ № 2 – ЦЭМП) в период с 2020 по 2024 гг. В нерандомизированное, одноцентровое, ретроспективно-проспективное исследование были включены 110 больных с ОДП, и у которых имелись нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки. Диагноз ОДП установлен на основании стандартного клинического обследования. В представленный период мы руководствовались классификацией острого панкреатита, принятой 30 октября 2014 г. в Санкт-Петербурге на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ [2].Средний возраст пациентов составил 41,3±2,4 лет, мужчин было 64 (58,2 %), женщин – 46 (41,8 %). Для определения формы дуоденостаза и уровня интрадуоденального давления методом открытого катетера, нами использовался метод, предложенный Куриш Р.В. [8]. При уровне интрадуоденального давления 180-190 мм вод. ст., и дебите жидкости 20-25 мл, определенном при помощи дуоденоманометрии и дуоденодебитометрии, ДС считали компенсированным, при уровне интрадуоденального давления 220-230 мм вод. ст., и дебите жидкости 30-35 мл, субкомпенсированным и уровне интрадуоденального давления 260-270 мм вод. ст., и дебите жидкости более 40 мл, декомпенсированным, что согласуется с другими авторами изучавшими ДС [5]. Учитывая различия в применяемой схеме медикаментозной коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП, все больные были разделены на две группы. В первую группу – контрольную, вошли 60 (54,5 %) больных, у которых с целью коррекции нарушения МЭФ использовали схему лечения, основными компонентами которой были: традиционная интенсивная терапия, продленная эпидуральная анальгезия,

стимуляция желудочно-кишечного тракта при помощи препарата неостигмина метилсульфата (Прозерин) – по 1-2 мл 0,05 % 3 раза в день с последующим выполнением гипертонической клизмы (10 % натрия хлорид в объеме 200 мл) [10, 12]. Во вторую группу – основную, вошли 50 (45,5 %) больных, у которых с целью коррекции нарушения МЭФ при ОДП применяли схему лечения, основным отличием которой было использование вместо неостигмина метилсульфата, препарата метоклопрамид (Церукал) – по 0,5 мг на 1 кг массы тела, внутривенная капельная инфузия в течение 1-го часа [9]. Перед выполнением стимуляции, необходимым условием в обеих группах было предварительное выполнение промывания до чистых вод просвета двенадцатиперстной кишки через ранее установленный двухканальный дуоденальный зонд, заранее подогретым на водяной бане до 37 °С физиологическим раствором.

Статистическая обработка полученного материала произведена с использованием современной компьютерной программы «Stat Plus 2021» для Microsoft office. Для определения гипотезы и определения вида распределения значений изучаемых признаков использовали количественный тест Шапиро-Уилка. В группах, подлежащих сравнению, определяли среднеквадратичное отклонение (s). Относительные частоты признаков представлены со стандартной ошибкой (S%). Коэффициент достоверности отличий – ρ групп при нормальном распределении определялся по t-критерию. Критическое значение значимости принималось равным $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Безусловно, клиническая картина и симптоматика нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при деструктивном панкреатите определяется в большинстве своем формой ДС – компенсированный ДС, субкомпенсированный ДС и декомпенсированный ДС, идентифицированный при помощи инструментальных методов исследования (дуодено-манометрия и дуоденодебитометрия, рентгенография, рентгеноскопия и другие). Известные трудности в распознавании ДС возникают из-за преобладания симптоматики непосредственно самого деструктивного панкреатита, и того факта, что на начальных этапах заболевания ДС носит преимущественно функциональный характер (IA-фаза), а затем и механический (IB и II фаза панкреатита), ввиду формирования перипанкреатического инфильтрата, изолированных скоплений жидкости и т. д. Также возникают объективные сложности в применении здесь уже зарекомендовавших себя методов диагностики, которые с успехом могли бы быть применены для оценки функционального состояния двенадцатиперстной кишки при хронической дуоденальной непроходимости (ХДН), постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС) и т. п., ввиду ограниченной мобильности больных, тяжести общего состояния, болевого синдрома. По этой причине мы оценивали симптоматику, связанную с нарушением МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП, только в связке с уже установленной инструментально формой ДС. Как правило, сложностей в этом аспекте не возникало, так как больные с ОДП часто нуждаются в энтеральном питании из-за выраженных катаболических процессов, а, значит, с этой целью им устанавливается двухканальный дуоденальный зонд. В связи с этим, именно дуодено-манометрия и дуоденодебитометрия стали в нашем исследовании ведущими методами диагностики, как непосредственно самого ДС, так и по ее результатам, стало возможным оценивать эффективность применения разных схем лечения при нарушениях МЭФ двенадцатиперстной кишки.

По данным наших исследований, при поступлении в клинику у всех 110 (100 %) больных с ОДП наблюдались те или иные формы ДС. При этом наиболее выраженные изменения были у больных, находящихся в IB и II фазе заболевания. В первые 2-е суток от момента начала терапии значимых отличий эффективности той или иной схемы лечения обнаружено не было. Однако, начиная с 3-4-х суток можно было наблюдать, что снижение интрадуоденального давления существенно быстрее и более значимо достигалось в случае применения 2-й схемы лечения, то есть там, где основным компонентом лекарственной терапии был агонист 5-НТ4 и антагонист 5-НТ3-серотонинэргических и D2-допаминэргических рецепторов – метоклопрамид (табл. 1).

При этом надо отметить, что сравнительный клинический анализ наблюдений показал, что у пациентов 2-й группы в значительно более ранние сроки наблюдалось купирование симптомов ДС (тошнота, рвота, изжога) по сравнению с пациентами 1-й группы (таблица 2). В абсолютном большинстве наблюдений (86,7±4,3 %), основные признаки ДС у пациентов 2-й группы нивелировались уже к 4-5 суткам от момента начала терапии, тогда как в 1-й группе, в те же сроки, клиника ДС имела тенденцию к разрешению лишь у 56,4±3,3 % больных. Устойчивое восстановление МЭФ двенадцатиперстной кишки, выражающееся в купировании симптомов ДС у пациентов 1-й группы наблюдалось, как правило, лишь к исходу 5-6-х суток от начала терапии.

Не менее важным показателем эффективности проводимой терапии является оценка динамики тяжести общего состояния и выраженности системной воспалительной реакции. Из полученных данных в ходе исследования следует, что в 1-е сутки начала терапии, тяжесть общего состояния, оцениваемая по интегральным шкалам APACHE II и SOFA, в 1-й и во 2-й группе существенно не отличались (табл. 3). Так, в 1-й группе тяжесть состояния по APACHE II составила 25,5±1,5 баллов и SOFA – 16,8 баллов. Во 2-й группе тяжесть

общего состояния по APACHE II составила 24,1±2,2 баллов и SOFA – 16,1±1,1 баллов. При этом в обеих группах можно было отметить выраженные признаки системной воспалительной реакции – уровень С-реактивного белка, был повышен более чем в 127 раз, а уровень прокальцитонина в 14,2 раза.

Таблица 1 – Сравнительная динамика показателей дуоденоманометрии и дуоденодебитометрии при коррекции МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в 1-й и во 2-й группах (%±S%)

Клинический признак	Группа	Сроки от момента начала терапии			
		1-е сут.	3-и сут.	5-е сут.	7-е сут.
IA-фаза заболевания					
Базальное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	220,5±5,5 198,6±4,1*	219,1±5,0 197,3±4,0	190,1±4,0 180,3±3,8	170,3±3,3 130,1±2,8
Остаточное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	225,3±5,6 224,1±5,1*	220,2±5,5 218,2±4,6*	200,3±4,5 215,1±3,6	180,1±3,5 150,1±3,0
Дебит дуоденального содержимого	1-я 2-я	32,1±2,1 30,8±2,0*	30,2±2,2 28,5±1,9*	29,1±1,1 25,5±2,1	25,2±1,0 20,5±1,1
IB-фаза заболевания					
Базальное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	235,5±6,5 230,1±5,1	233,3±3,5 220,0±4,3	230,1±5,5 200,4±3,3	190,3±2,5 130,8±2,4
Остаточное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	240,1±4,6 235,3±2,1	235,3±3,4 220,2±1,9	231,3±3,2 215,1±1,7	228,2±4,2 210,1±1,4
Дебит дуоденального содержимого	1-я 2-я	35,8±2,3 32,8±2,1*	33,1±3,3 30,1±2,1*	30,0±3,3 25,1±1,1	28,0±2,3 20,2±1,3
II фаза заболевания					
Базальное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	195,1±2,4 188,1±4,1	193,0±1,4 185,0±3,1	170,1±3,4 166,0±3,5	165,4±6,4 130,0±5,5
Остаточное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	200,4±4,6 190,3±2,1	199,0±3,6 180,3±1,1	188,0±5,6 178,3±4,1	160,3±6,6 158,4±4,4*
Дебит дуоденального содержимого	1-я 2-я	30,1±2,2 29,8±2,2*	25,5±3,2 24,1±3,7*	23,1±4,4 20,2±4,7*	20,1±5,4 19,3±3,7*

Примечание. Статистически недостоверные различия (ρ > 0,05): * – между группами.

Начиная с 5-х суток терапии, у больных 2-й группы тяжесть общего состояния по APACHE II составила 15,1±3,3 баллов и SOFA – 10,1±4,1 баллов и была достоверно ниже, чем в 1-й группе – APACHE II составила 17,0±2,1 баллов и SOFA – 12,5±3,3 баллов, соответственно. Наблюдаемые различия между группами исследования имели такую же направленность и в отношении показателей выраженности системной реакции. Так, значения ЛИИ, уровень С-реактивного белка и прокальцитонина во 2-й группе на 5-е сутки терапии были достоверно ниже, чем в 1-й – 7,4±3,2 усл. ед., 150,3±3,3 мг/л и 4,0±1,1 нг/мл. В 1-й же группе, эти показатели были: ЛИИ – 9,5±2,8 усл. ед., С-реактивный белок – 160,8±3,4 и прокальцитонин – 5,2±5,3 нг/мл.

Таблица 2 – Сравнительная динамика купирования диспепсических расстройств при коррекции МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в 1-й и во 2-й группах (%±S%)

Клинический признак	Группа	Сроки от момента начала терапии			
		1-е сут.	3-и сут.	5-е сут.	7-е сут.
IA-фаза заболевания					
Чувство горечи во рту, %	1-я 2-я	74,9±3,4 66,9±2,1*	73,2±1,2 65,1±3,2	61,2±2,2 55,4±2,2	60,3±3,2 45,1±2,0
Изжога, %	1-я 2-я	80,3±4,1 70,4±3,2	79,1±4,0 69,1±3,3	69,4±3,0 65,0±2,3	60,5±2,0 45,0±6,3
Тошнота, %	1-я 2-я	90,3±4,1 80,4±3,2	80,1±4,4 78,1±2,2*	70,0±1,4 48,7±6,1	60,3±4,4 18,5±3,1
Рвота, %	1-я 2-я	81,4±1,8 78,3±4,2*	71,5±1,2 68,1±5,2*	68,5±2,2 38,0±4,2	46,1±7,2 11,0±3,3
IB-фаза заболевания					
Чувство горечи во рту, %	1-я 2-я	80,3±1,4 76,3±2,2*	78,3±4,4 73,1±3,3	70,1±3,4 69,2±1,3*	64,3±5,4 55,7±1,3
Изжога, %	1-я 2-я	87,1±4,4 80,2±1,2	77,5±1,1 78,5±2,2*	70,4±1,5 65,8±4,4	69,1±1,1 45,3±1,4
Тошнота, %	1-я 2-я	99,7±3,1 95,3±3,2	90,1±2,7 88,1±2,2*	70,3±2,2 58,2±1,1	65,8±2,2 20,7±2,8
Рвота, %	1-я 2-я	90,1±2,5 84,1±2,2	86,1±2,2 78,2±3,3	70,1±3,3 48,1±3,7	55,9±1,3 22,0±1,7
II фаза заболевания					
Чувство горечи во рту, %	1-я 2-я	68,3±2,4 64,3±2,2	65,1±3,4 60,0±6,2	55,6±4,4 54,0±1,2*	50,1±3,4 44,0±2,2
Изжога, %	1-я 2-я	70,4±4,4 68,4±3,3*	68,1±5,3 65,3±6,3*	66,3±3,3 61,0±7,3	58,7±1,3 41,0±5,3
Тошнота, %	1-я 2-я	80,1±1,1 70,5±3,6	78,0±1,1 66,5±1,6	68,0±1,6 44,2±1,6	58,0±6,6 14,3±1,2
Рвота, %	1-я 2-я	79,2±1,8 71,5±4,4	74,0±1,9 68,3±1,4	64,0±2,9 28,1±4,4	36,0±2,5 10,1±5,4

Примечание. Статистически недостоверные различия (ρ > 0,05): * – между группами.

Таблица 3 – Сравнительная динамика показателей тяжести состояния и выраженности ССВР при коррекции МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в 1-й и во 2-й группах (%±S%)

Показатель	Группа	Контроль	Сроки от момента начала терапии			
			1-е сут.	3-и сут.	5-е сут.	7-е сут.
APACHE II, баллы	1-я 2-я	0	25,5±1,5 24,1±2,2**	20,1±1,1 19,1±3,4**	17,0±2,1 15,1±3,3	12,4±1,1 10,0±4,1
SOFA, баллы	1-я 2-я	0	16,8±2,1 16,1±1,1**	15,1±3,1 14,3±2,1**	12,5±3,3 10,1±4,1	10,3±3,1 9,5±1,1
ЛИИ, усл. ед.	1-я 2-я	1,3±0,5	12,5±1,1 12,0±4,5**	10,2±2,2 9,6±1,2**	9,5±2,8 7,4±3,2	6,1±1,8 5,7±3,3
С-реактивный белок, мг/л	1-я 2-я	1,5±0,1	190,6±2,2 188,1±1,1**	183,1±4,4 180,0±3,4	160,8±3,4 150,3±3,3	150,1±4,4 141,3±5,3
Прокальцитонин нг/мл	1-я 2-я	0,5±0,2	7,1±2,3 6,8±1,2**	6,4±3,3 6,3±1,3**	5,2±5,3 4,0±1,1	4,4±2,3 3,1±1,6*

Примечание. Статистически недостоверные различия (ρ > 0,05): * – в сравнении с контролем; ** – между группами.

Не менее важным моментом всей комплексной терапии ОДП, как мы указывали выше, является снижение вероятности развития инфекционных осложнений. При абсолютно идентичной многокомпонентной интенсивной терапии заболевания, отличающейся только схемами коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки, можно было отметить, что количество больных с типичными инфекционными осложнениями было несколько ниже во 2-й группе исследования. Так, инфицированный панкреонекроз с характерными его осложнениями в виде абсцессов забрюшинной клетчатки, гнойно-некротических затеков, перитонита, был диагностирован у 9 (18,0 %) больных, тогда как в 1-й группе, количество больных с инфекционными осложнениями было 17 (28,3 %). При этом летальность в 1-й группе исследования была 15,0 %, во 2-й группе наблюдений – 10,0 %. Кроме того, говоря о разных лекарственных препаратах, входящих в представленные схемы коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки и их эффективности, в обязательном порядке следует упомянуть об отмеченных нами побочных действиях препаратов. Так, основными побочными действиями неостигмина метилсульфата были: спастические боли, наблюдались – у 91,6 % больных, при этом пациенты уверенно оценивали боль, особенно в течение первых 15-20 минут после введения препарата, на уровне от 5 до 7 баллов по шкале NRS [1]. Нередко, пациенты отказывались от стимуляции неостигмином метилсульфатом, что в конечном итоге отражалось на результатах лечения. Другим, не менее частым симптомам, были позывы на рвоту после введения препарата, наблюдалась – у 67,5 % больных. Менее часто миоз, нарушения зрения – у 15,4 % больных, повышенное потоотделение – у 10,8 % больных, гиперсаливация – у 7,5 % больных и снижение артериального давления – у 5,5 % больных. Нежелательных эффектов от применения метоклопрамида было гораздо меньше, и были они не столь выраженными. Так, чувство усталости, головные боли, головокружение наблюдали у 17,6 % больных. Еще менее часто наблюдалась сонливость, депрессия – у 3,1 % больных. Многие из этих симптомов могли быть следствием течения ОДП, а не действием препарата, что надежно дифференцировать на практике не всегда представляется возможным.

В заключение следует отметить, что проблема применения тех или иных препаратов или схем лечения для коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в настоящее время является весьма актуальной проблемой. В подтверждение к сказанному следует указать, что в настоящее время в предложенных для клиницистов современных классификациях острого панкреатита, в структуре типичных его осложнений, не зафиксировано такое осложнение как ДС. Вне всякого сомнения, за последние годы пристального внимания и отношения к проблеме острого панкреатита и его осложнений сделано очень много. Отмечается устойчивая тенденция к уменьшению уровня летальности и количества осложнений заболевания. Тем не менее, все еще остаются малоизученными некоторые формы осложнения этого заболевания, что требует от ученых интенсификации работы и предложений по наиболее эффективным способам лечения.

Выводы

1. Включение лекарственного препарата метоклопрамид в схему комплексной корригирующей терапии при диагностированных явлениях нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП является патогенетически обоснованным, так как это способствует более раннему, чем в случае применения традиционной схемы лечения, восстановлению моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, ликвидации ДС и в целом разрешению энтеральной недостаточности.

2. Клинические наблюдения показали, что лекарственный препарат метоклопрамид в случае его применения с целью коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП, имеет значительно меньше нежелательных побочных эффектов, а, значит, является более предпочтительным, в отличие от неостигмина метилсульфата и других ингибиторов ацетилхолинэстеразы и псевдохолинэстеразы.

3. Включение в лечебный процесс прокинетиков с целью коррекции нарушения МЭФ проксимальных отделов кишечника, приводит к улучшению, в том числе, и непосредственных результатов лечения деструктивного панкреатита.

Список источников

1. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Дзгоева О.В. Анализ современных методов оценки ноцицептивной боли и эффективности обезболивания // Российская стоматология. – 2012. – № 4. – С. 65-69.
Anisimova E.N., Zoryan E.V., Dzgoeva O.V. Analysis of modern methods of assessment of nociceptive pain and effectiveness of anesthesia // Rossiyskaya stomatologiya. – 2012. – № 4. – P. 65-69.
2. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е. и др. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы // Вестник хирургии. – 2015. – № 5. – С. 86-92.
Bagnenko S.F., Goltsov V.R., Savello V.E. etc. Classification of acute pancreatitis: sovremennoe sostanie problems // Vestnik hirurgii. – 2015. – № 5. – P. 86-92.

3. Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Расулов Х.К. Синдром энтеральной недостаточности при остром панкреатите, механизмы развития и пути выявления // Вестник экстренной медицины. – 2021. – № 1. – С. 65-76.
Baimakov S.R., Ashirmetov A.H., Rasulov H.K. Intestinal insufficiency syndrome in acute pancreatitis, mechanisms of development and putative detection // Journal of emergency medicine. – 2021. – № 1. – P. 65-76.
4. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Якимов С.В. и др. Применение озонотерапии в лечении дуоденостаза при отечных и деструктивных формах острого панкреатита// Байкальский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 41-44.
Vinnik Y.S., Petrushko S.I., Yakimov S.V. etc. Use of ozone therapy in the treatment of duodenostasis in edematous and destructive forms of acute pancreatitis// Baikal Medical Journal. – 2003. – № 4. – P. 41-44.
5. Евдокименко В.В. Особенности моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки при панкреатите: Дисс. …канд. мед. наук / В.В. Евдокименко. – Красноярск, 2006. – 112 с.
Evdokimenko V.V. Features of the motor-evacuator function of the duodenum in pancreatitis: Diss. ... candidate honey Nauk / V.V. Evdokimenko. – Krasnoyarsk, 2006. – 112 p.
6. Киселев В.В., Петриков С.С., Жигалова М.С. и др. Восстановление пропульсивной функции кишечника у пациентов с тяжелым острым панкреатитом в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2023. – № 2. – С. 210-216.
Kiselev V.V., Petrikov S.S., Zhigalova M.S. etc. Restoring the propulsive function of the intestine in patients with severe acute pancreatitis in intensive care units and intensive care units // Journal im. H.V. Sklifosovsky «Emergency medical assistance». – 2023. – № 2. – P. 210-216.
7. Куликов Д.В., Корольков А.Ю., Морозов В.П. и др. // Нерешенные вопросы лечения острого деструктивного панкреатита // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2019. – № 2. – С. 134-140.
Kulikov D.V., Korolkov A.Yu., Morozov V.P. etc. // Unsolved issues of treatment of acute destructive pancreatitis // Journal of experimental and clinical surgery. – 2019. – № 2. – P. 134-140.
8. Куриш Р.В. Хирургическая тактика и прогнозирование результатов лечения хронического холецистита с учетом состояния проходимости желчных путей и двенадцатиперстной кишки: Дисс. …канд. мед. наук / Р.В. Куриш. – Ивано-Франковск, 1990. – 169 с.
Kurish R.V. Surgical tactics and prognosis of the results of treatment of chronic cholecystitis taking into account the state of patency of the bile ducts and duodenum: Diss. ... candidate honey Nauk / R.V. You smoke. – Ivano-Frankivsk, 1990. – 169 p.
9. Маммаев С.Н., Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т. Метоклопрамид в лечении диспепсических расстройств // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 15. – С. 627.
Mammaev S.N., Shulpekova Yu.O., Ivashkin V.T. Metoclopramide in the treatment of dyspeptic disorders // Russian medical journal. – 2000. – № 15. – P. 627.
10. Машковский М.Д. Лекарственные средства / издание шестнадцатое (ред. Н.А. Литвина, С.А. Машковский). – Москва: Издательство «Новая Волна», 2021. – 1216 с.
Mashkovsky M.D. Medicines / sixteenth edition (edited by N.A. Litvina, S.A. Mashkovsky). – Moscow: Novaya Volna Publishing House, 2021. – 1216 p.
11. Скутова В.А., Данилов А.И., Феоктистова Ж.А. Острый панкреатит: актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – № 2. – С. 78-84.
Skutova V.A., Danilov A.I., Feoktistova Zh.A. Acute pancreatitis: topical issues of diagnostics and complex treatment // Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. – 2016. – № 2. – P. 78-84.
12. Соловьев И.А., М.Ю. Кабанов М.Ю., Луфт В.М. и др. Современный подход к комплексной терапии послеоперационного пареза кишечника у хирургических больных // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 5. – С. 20-23.
Soloviev I.A., M.Yu. Kabanov M.Yu., Luft V.M. etc. Modern approach to complex therapy of postoperative intestinal paresis in surgical patients // Endoscopic surgery. – 2013. – № 5. – P. 20-23.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 12.10.2024.
The article was accepted for publication 12.10.2024.