

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

В.А. ГОЛДИН

Кафедра госпитальной хирургии РУДН.117198. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8
Медицинский факультет

Автор при лечении панкреонекроза применяет наряду с распространенными средствами средостенную новокаиновую блокаду стволов вегетативных нервов и внутриаортальную инфузию патогенетически обоснованной лекарственной смеси в составе раствора новокаина, физиологического раствора, промедола, анальгина, гепарина, морфоциклина, ингибитора протеаз (контрикала или гордекса), цитостатика-5ФТУ, димедрола.

Изучение результатов лечения 152 больных с панкреонекрозом показало высокую эффективность лечения в группе больных, которым применялись блокады в сочетании с внутриаортальной инфузией лекарственных веществ.

Неблагоприятные социальные условия жизни населения и неблагоприятная экологическая обстановка обуславливают рост заболеваемости острым панкреатитом, так называемым холецистопанкреатитом. По итоговым данным нашей клиники (больница №17 г. Москвы) последние 5 лет частота острого холецистита и панкреатита среди ургентной патологии начинает превышать даже частоту острого аппендицита.

Особенностью заболевания в настоящее время является частое поражение лиц молодого возраста и превалирование деструктивных форм панкреатита. Поэтому несмотря на разносторонность и комплексность лечения, остается высокой летальность, достигающая при деструктивных формах 10 - 25%. [3,4,5].

В клинике госпитальной хирургии РУДН (зав. кафедрой - профессор Ю.В. Таричко) применяется комплексная терапия острого панкреатита, назначаемая в экстренном порядке с момента постановки диагноза, т.к. погасить "пожар" в поджелудочной железе необходимо в первые 1-2 дня, т.е. в период развития тяжелых гемодинамических расстройств и шока, связанных с развивающимися некробиотическими процессами в тканях железы. Больным назначается болеутоляющая, противошоковая и спазмолитическая терапия - растворы промедола, анальгетиков, но-шпа, платифилина и т.п.; антиферментная терапия - ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, аминокaproновая кислота), цитостатики - 5ФТУ; кордиальная инфузионная терапия - растворы глюкозы, гемодез, реополиглюкин, плазма; антибактериальная терапия; мероприятия, направленные на создание функционального покоя железы - голод, местная гипотермия.

Анализируя результаты лечения более 200 больных острым панкреатитом, мы наблюдали зависимость результатов лечения от способов применения лекарственных средств. Инвазивные способы, по нашим данным, наиболее эффективны. Среди них главенствующая роль принадлежит гемосорбции, лимфосорбции, различным новокаиновым блокадам - паранефральной, вагосимпатической, блокаде чревного сплетения или стволов вегетативных нервов на их протяжении.

Как известно, ведущим симптомом острого панкреатита, особенно панкреонекроза, является боль. Она может иметь такую интенсивность, что больные поступают в клинику в состоянии шока. Интенсивность боли объясняется раздражением солнечного сплетения, нарастающим отеком ткани железы или кровоизлияниями с раздражением ее капсулы [1,2], сдавливанием нервных окончаний при резком растяжении панкреатических протоков из-за нарушения оттока при непосредственном вовлечении их в воспалительный процесс. Раздражение блуждающего нерва здесь обуславливает стимуляцию инкреторных клеточных элементов желудочно-кишечного тракта, что способствует интенсивной выработке гормонов и биологически активных медиаторов, повышающих активность ацинарных клеток. При этом вырабатывается в большом количестве панкреатический сок, богатый ферментами, бикарбонатом и водой. Эти данные позволяют считать, что новокаиновые блокады являются патогенетическими средствами не только в плане устранения боли, но и для подавления секреции, связанной с возбуждением блуждающего нерва. Еще более эффективным методом лечения панкреатита является сочетание

новокаиновой блокады с внутриаортальной инфузией лекарственных веществ, проводимой на уровне 5-6 см выше места отхождения чревной артерии. Этот способ обеспечивает создание высоких концентраций препаратов (при наименее измененном их виде) непосредственно в ацинарных клетках.

По данным исследований Ю.А. Нестеренко и В.В. Лаптева [4] цитостатик, введенный в сосуд, кровоснабжающий патологический очаг, накапливается в нем в 8-19 раз быстрее, чем при внутривенном введении. Для внутриаортальной терапии панкреатита доза 5-фторурацила, по их данным, должна составлять 10 мг на 1 кг массы тела, при внутривенном же введении ее приходится увеличивать в два раза. Быстрое скопление этих препаратов в ацинусах поджелудочной железы может обусловить подавление секреции и остановку некробиологического процесса.

В своей клинической практике мы использовали два метода внутриаортальной инфузии - катетерный по Зельдингеру и прямой фракционный с помощью пункции аорты в VII - VIII межреберье слева. Ввиду того, что техника внутриаортальных инфузий и по способу Зельдингера и прямая фракционная отражались нами и другими авторами неоднократно, мы ее здесь не описываем. Особенности и в определенной степени достоинства второй методики мы видим в том, что при проведении в направлении аорты иглы перед прямой ее пункцией мы инфильтруем раствором новокаина клетчатку заднего средостения, в которой проходят стволы блуждающего и симпатического нервов, после чего, прокалывая аорту, мы проводим прямую внутриаортальную инфузию лекарственной смеси.

Лекарственная смесь для внутриаортальной инфузии включает в себя следующие компоненты: раствор новокаина 0,25% - 100 мл, физиологический раствор 100 мл, промедол 2% - 1 мл, контрикал 20 000 ед., фторафур 4% - 20 мл, гепарин 10 000 ед. В последнее время в состав смеси включен преднизолон и сандостатин. Смесь после средостенной блокады вводилась в аорту медленно - в течение 30 - 40 минут, для чего используется аппарат Боброва.

После проведенной инфузии в течение первых суток у 80 - 82% больных наступало улучшение состояния - снимались или исчезали боли, улучшалась сердечная деятельность, отмечалась тенденция к нормализации клинических и биохимических показателей крови, диастазы мочи. Но у ряда больных (при распространенном панкреонекрозе) этого не происходило. У этих больных на следующий день налаживалась длительная внутриаортальная инфузия по способу Зельдингера-Эдмана; в течение 3-7 суток в аорту вводились растворы Рингера, глюкозы, реополиглюкина, плазма в необходимых по состоянию больного количествах, а также препараты направленного действия - ингибиторы протеаз, цитостатики, антибиотики (морфоциклин), антигистаминные препараты, спазмолитики, анальгетики, по показаниям - наркотики, гепарин в первые 3 дня и др.; гормоны (преднизолон).

Проведенные исследования у 152 больных, лечившихся по поводу деструктивного панкреатита, показали высокую эффективность внутриаортальных инфузий, примененных по нашей схеме. Пункционная методика внутриаортальной инфузии, сочетающаяся с блокадой стволов вегетативных нервов, снимала клинику острого панкреатита, которая у 20% больных не повторялась. Сочетание обоих методов при соответствующих показаниях позволило снизить летальность при панкреатите с 27,8% (в группе с традиционными методами лечения) до 15,9%.

Различные осложнения (левосторонняя плевропневмония, поддиафрагмальные абсцессы, образование ложной кисты поджелудочной железы и др.) наблюдались у 14,5% больных, леченых по общераспространенной методике и у 2,4% больных, у которых применялись внутриаортальные инфузии лекарственных веществ.

Литература.

1. *Воскресенский В.М.* Острые панкреатиты. М.: Медгиз. 1951 г.
2. *Стоцик Н.Л.* Острый панкреатит в клинике внутренних болезней. М.: Медгиз. 1960 г.
3. *Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В.* Острый панкреатит. М.: Медицина. 1983 г.
4. *Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В.* Диагностика и принципы лечения деструктивного панкреатита. Республиканский сборник научных трудов. М., 1987. С. 3-8.
5. *Затевахин И.И., Цицишвили М.Ш., Гиришин Г.С.* Хирургическая тактика при деструктивных формах острого панкреатита. Республиканский сборник научных трудов. М.: 1987. С. 109-113.

DESTRUCTIVE PANCREATITIS, INVASIVE METHODS USING OF DRUGS

V.A. GOLDIN

Department of Hospital Surgery RPFU. Moscow. 117198, Mickluho-Maklaya st., 8.
Medical Faculty

In cases of pancreonecrosis the author use inediastinal novocaine blockade of n. vagus, and n. sympaticus in combination of infusion drugs into aorta. This infusion includes: sol. novocaine, sol. promedoli, sol. analgini, heparin, contrical, hordocs, and florafur. The results of treatment 152 patients are more effective than in case control group.