

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВНУТРИОРТАЛЬНУЮ ИНФУЗИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ?

Ю.В. ЕГОРОВ, В.Н. ЦЫГАНКОВ

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. Городская больница № 17
109263 Москва, ул. Волынская, д. 7.

Исследовано 137 больных с деструктивным панкреатитом. 96 проводилась традиционная терапия, 41 – внутриаортальная инфузия. Внутриаортальная инфузия улучшает состояние больных, но не улучшает их прогноз, потенциально опасна для медперсонала и больных, оборудование и расходные материалы для нее малодоступны. Поэтому применение ее в условиях городской больницы нецелесообразно.

Внутриаортальная инфузия (ВИ) не упоминается в справочниках и руководствах, как способ лечения деструктивного панкреатита (ДП) [2, 3, 6, 14], несмотря на то, что предложена для этой цели давно (в 1965 году) [9, 15]. Одни авторы отмечают снижение летальности при применении ВИ до 8 – 14 % [5, 13] (12 – 25 % при традиционной терапии [4, 7, 12, 16, 18]), другие авторы утверждают, что летальность не снижается [8, 17].

С целью определения целесообразности применения ВИ в условиях городской больницы проведен анализ лечения 137 больных с ДП в возрасте от 25 до 65 лет. В первой группе проводилось традиционное лечение 96 больным, а во второй 41 – терапия с применением ВИ.

Сравнивая динамику некоторых клинических показателей было выявлено, что болевой синдром резко уменьшился без наркотических анальгетиков в течение двух часов в первой группе у 65,85 % больных и у 46,88 % во второй, нормализовалась гемодинамика у 48,78 % и 38,54 %, купировалась тошнота у 53,66 % и 41,67 %, проходила сухость во рту у 68,29 % и 36,46 % соответственно. Из вышеприведенных данных можно сделать вывод, что ВИ достоверно улучшает состояние больных, как это отмечено в ряде работ [11, 15]. Некоторые авторы [1, 10] указывают на снижение нагрузки на малый круг кровообращения, но признаки гипергидратации в нашем исследовании развивалась практически одинаково часто в обеих группах – 29,27 % и 31,25 %.

Всего умерло 29 больных – летальность $21,9 \pm 3,53$ %, в первой группе умерло 9 больных ($24,39 \pm 6,71$ %), во второй группе умерло 20 больных ($20,83 \pm 4,14$ %). Таким образом, ВИ не влияет на прогноз при ДП.

При проведении ВИ было одно осложнение (2,44 %), связанное с изношенностью оборудования – воздушная эмболия (не сработал индикатор воздуха в дозаторе ДВЛ – 1), что привело к значительному ухудшению состояния больного. Других осложнений, обычно сопровождающих ВИ гематом, кровотечений из места пункции, спазма бедренной артерии, её тромбоза [13], мы не отмечали, что связано, по всей видимости, с использованием проводников с гидрофильным покрытием и относительно тонких (наружный $\varnothing$ 2 мм) катетеров.

Так как бедренная артерия является сосудом высокого давления, то при её пункции и катетеризации высок риск разбрызгивания крови и образования микрокапель, что создаёт опасность заражения врача трансмиссивными инфекциями.

Из-за тяжелого материального положения в здравоохранении городские больницы не имеют материальной базы для проведения ВИ, она не улучшает прогноз больных с ДП и потенциально опасна для медперсонала и пациентов. Поэтому применение ВИ в городской больнице нецелесообразно.

Литература

1. Брискин Б. С., Рабинов А. И., Рушанов А. И. и др. // Хирургия. – 1989. – № 1. – С. 68 – 73.
2. Бернсу Р., Флетчер Э. Руководство по медицине. – М. 1997. – Т. 1. – С. 543 – 544.
3. Вельтищев Ю. Е., Комаров Ф. И., Навашин С. М. и др. Справочник практического врача. – М., 1990. – Т. 2. – С. 219.
4. Георгадзе А. К. Острые панкреатиты. – М., 1986. – С. 2 – 13.
5. Голдин В. А., Эгбе З. Э. // Хирургия. – 1991. – № 6. – С. 116 – 121.
6. Денисов И. Н., Улумбеков Э. Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. – М. 1998. – С. 643 – 644.
7. Журавлёв В. А., Сведенцев Е. П., Сухоруков В. П. Трансфузиологические операции. – М., 1985. – С. 30 – 49.

8. Курыгин А. А., Ерюгин И. А., Зубарев П. Н. и др. // Вестн. хирургии. – 1988. – № 4. – С. 26 – 29.
9. Лаптев В. В. // Хирургия. – 1981. – № 1. – С. 67 – 73.
10. Лаптев В. В., Газиев Р. К., Багдаудинов Г. М. // Там же. – 1986. – № 2. – С. 77 – 82.
11. Лубенский Ю. М. Интенсивная терапия в неотложной абдоминальной хирургии. – Л., 1981. – С. 154 – 156.
12. Маят В. С., Атанов Ю. П., Буромская Г. А. // Хирургия. – 1983. – № 10. – С. 5 – 10.
13. Нестеренко Ю. А., Шаповальянц С. Г., Лаптев В. В. Панкреонекроз. – М., 1994. – С. 147 – 160.
14. Рубин Д. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. – М. 1995. – С. 422.
15. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. – М., 1983. – С. 198 – 201.
16. Сигал З. М., Вальтер Э. О. // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 53 – 58.
17. Сотниченко Б. А. Послеоперационный панкреатит. – Владивосток, 1995. – С. 114.
18. Филипенко П. С. // Хирургия. – 1983. – № 8. – С. 138 – 143.

IS IT EXPEDIENT TO PERFORM INFUSION INTO AORTA TO TREAT DESTRUCTIVE PANCREATITIS IN MUNICIPAL HOSPITAL?

Yu.V. EGOROV, V.N. TSYGANKOV.

Department of clinical surgery RPFU Municipal hospital № 17
109263 Moscow, Volynskaja st. 7

The result are obtained on the basis of treatment of 137 patients with destructive pancreatitis. 96 cases were treated by traditional methods, and for 41 patients infusion into aorta was performed. infusion into aorta improves the patient condition, but does not improve their prognosis, can be dangerous for medical personnel and patients, the equipment and consumables are expensive. Therefore is not advisable to use this method in municipal hospital.