

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.М.Величенко

Кафедра общей хирургии Витебского мединститута

Полученные нами экспериментальные данные свидетельствуют о важной роли нервнотрофических расстройств в развитии острого панкреатита. Значение нервных и гуморальных факторов несомненно возрастает на фоне сенсibilизации организма за счет экзогенных и эндогенных аллергенов. Однако сенсibilизация организма лишь создает фон для развития заболевания. Для развития выраженных патологических изменений необходимы дополнительные, "разрешающие", факторы, к которым, прежде всего, следует отнести внутрипеченочную гипертензию.

После введения в проток поджелудочной железы дуоденального содержимого развивается обширный или тотальный панкреонекроз и все животные погибают. Этим самым неоспоримо доказано важное значение пищеварительных ферментов в генезе острого деструктивного панкреатита.

В последнее время получены убедительные данные о вазоактивных полипептидах — кининах (калеидин, брадикинин, метионил-лизил-брадикинин). Т.С.Пасхина, И.А.Ойвин и П.Я.Гапонюк,

Е.М.Михеева и Н.И.Кауричева и другие установили, что трипсин попадая в ткань поджелудочной железы, действует непосредственно и через активацию калликреина на кининоген межтканевой жидкости и приводит к образованию кининов. Прижизненной микроскопией доказано (Schömboch), что острый панкреатит сопровождается нарушением микроциркуляции в тканях железы.

Исследованиями наших сотрудников (Н.Н.Кореневич, Ю.Е. Дицкий) доказана важная роль гистамина в патогенезе острого панкреатита. Высвобождению гистамина из тканей способствуют сенсibiliзирующие организм вещества и трипсин.

Не вызывает сомнений, что шок, возникающий при остром панкреатите, обусловлен действием гистамина и кининов.

Как показали наши экспериментальные и клинические исследования, в течении острого панкреатита можно выделить три стадии: острый отек, геморрагический с очагами некроза и обширный панкреонекроз. Определение этих стадий возможно на основании клинического течения и показателей лабораторных исследований.

По нашим наблюдениям, острый отек наблюдается у 71,6%, геморрагический с очагами некроза — у 23,8% и обширный панкреонекроз — у 4,6% больных. Установление стадий и тяжести заболевания дает возможность предположить наиболее вероятные этиологические факторы и назначить рациональную этиотропную и патогенетическую терапию.

Важным и нередко решающим в исходе заболевания является раннее лечение больных в догоспитальном периоде. Это положение должно быть обязательным, так как потеря времени ведет к переходу процесса в более тяжелую фазу. Следует учесть, что в эксперименте при деструктивном панкреатите без лечения летальный исход наступает в течение 8—12 часов. Поэтому лечение

острого панкреатита необходимо начинать немедленно после установления диагноза.

В этот догоспитальный период показано применение препаратов, угнетающих секреторно-ферментативную функцию органа (атропин, платифилин и др.), голод, холод на область поджелудочной железы. Учитывая, что трипсин и калликреин хорошо выделяются почками, необходимо усилить диурез путем применения мочегонных (лазикс, новурит), как это рекомендует Г.Д.Шушков с соавторами.

В качестве спазмолитиков следует рекомендовать нитроглицерин, папаверин, гуфиллин. Показаны антигистаминные препараты. Желательно внутривенное введение новокаина и антиферментов.

Указанное лечение продолжается и в стационарных условиях. При лечении тяжелых форм острого панкреатита, сопровождающихся выраженными сердечно-сосудистыми расстройствами, следует переливать плазму и полиглюкин, которые устраняют дефицит циркулирующей крови и поддерживают постоянное артериальное давление. В этих случаях применяют сердечные средства и вазопрессивные препараты. Необходимо стремиться к урегулированию гормонального баланса путем применения глюкокортикоидов. Обязательно применение антиферментов.

Высокоэффективными средствами, направленными на дезагрегацию форменных элементов и восстановление микроциркуляции крови, являются желатиноль, реополиглюкин, гемодез.

Нашим сотрудником В.Н.Лекторовым доказана эффективность лечебного коктейля из фибринолизина, гепарина, желатиноля, димедрола, тразилола, который вводили в эксперименте в правую желудочно-ободочную артерию, а у больных — внутривенно. Надо полагать, что в показанных случаях у больных следует производить внутриартериальные инфузии лечебного коктейля, особен-

но при выполнении операций по поводу панкреонекроза.

Результаты комплексной терапии острого панкреатита достаточно высоки. Первичный лечебный эффект получен у 95,4% наших больных. Однако 64% из них нуждались в дальнейшем лечении ввиду хронического рецидивирующего панкреатита. В связи с этим рекомендуем лечение больных в два этапа: купирование острого приступа и завершающая терапия. Длительность завершающей терапии определяется критериями выздоровления — показателями красной и белой крови, углеводного обмена, белка и белковых фракций.