

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО, доцент Г. М. ГАЛУШКОВ

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФУЗИЯМИ

Кафедра общей хирургии (заведующий — профессор В. М. Величенко)
Витебского медицинского института

Хронический панкреатит является тяжелым заболеванием, трудно поддающимся лечению, в комплексной терапии хронического панкреатита особый интерес представляет внутриартериальное введение лечебных препаратов.

Внутриартериальное введение позволят получать высокий лечебный эффект за счет большего накопления препарата в патологическом очаге и окружающих тканях, и практически не имеет противопоказаний, так как в общий кровоток включается ничтожное количество вещества (Ю. З. Крейдлин, 1967).

Исследования А. Б. Итина (1972) показали, что при введении меченого препарата в правую желудочно-сальниковую артерию содержание его в ткани головки поджелудочной железы возрастает в 18—19 раз, а в теле железы — в 5—6 раз по сравнению с содержанием метки при внутривенном введении изотопа. Зона окрашивания регионарной области метиленовым синим совпадает с полученными данными по распределению меченого препарата.

В. Н. Лекторов (1975) в эксперименте на животных доказал, что 70%-ный раствор диадона, введенный через правую желудочно-сальниковую артерию, хорошо заполняет сосуды тела и правой половины поджелудочной железы. Им был успешно применен лечебный коктейль при экспериментальном деструктивном панкреатите.

У 5 больных было хорошее заполнение контрастным веществом мелких сосудов головки и тела здоровой поджелудочной железы при введении 70%-ного раствора диадона в правую желудочно-сальниковую артерию. Аналогичные данные были также у 3 больных при введении в правую желудочно-сальниковую артерию раствора метиленовой сини.

С учетом литературных данных, собственных наблюдений и результатов экспериментальных исследований нашего сотрудника В. Н. Лекторова мы применили метод внутриартериальной инфузии у 4 тяжелобольных, оперированных по поводу хронического панкреатита. У двух больных внутриартериальная инфузия сочеталась с оперативным вмешательством на желчных путях, у двух — с маргинальной невротомией.

Отыскать правую желудочно-сальниковую артерию нетрудно. Ее пульсация определяется в толще желудочно-ободочной связки на расстоянии 1,5—2 см от большой кривизны желудка. Выделять ее следует на уровне перехода антрального отдела в тело желудка. После выделения 2—3 см сосуда производилось пересечение его. Отводящий отрезок перевязывали, а приводящий канюлировали синтетическим катетером 1,5—2 см в диаметре. Продвижение катетера по сосуду контролировали со стороны сальниковой сумки через окно в желудочно-ободочной связке. Обычно катетер легко достигает уровня головки поджелудочной железы. Сосуд фиксировали на катетере, культю его подшивали к апоневрозу лапаротомной раны. Вторую лигатуру накладывали выше с обязательным прошиванием сосудистой стенки. В последующем концы нити выводят через рану, так как в случае кровотечения после извлечения катетера они позволяют подтянуть культю сосуда в рану и перевязать его. Осложнений при такой методике выполнения мы не имели.

В состав лечебных коктейлей входили препараты, улучшающие реологические свойства крови и улучшающие капиллярное кровообращение: гемодез, желатиноль, реополиглюкин, фибринолизин по 10—20 тыс. ед. с гепарином, антигистаминные препараты (димедрол), спазмолитические (но-шпа, платифиллин), 0,25%-ный раствор новокаина. Непрерывность функционирования системы поддерживалась пополнением ее 5%-ным раствором глюкозы, раствором Рингера и подъемом ампулы с растворами на 220—240 см. За сутки минимальное количество вливаемых растворов составляло 1700—1800 мл. Инфузию проводили от 3 до 8 дней.

Анализ историй болезни оперированных больных показывает, что послеоперационный период протекал относительно легко. Лабораторные данные (показатели α -амилазы крови и мочи, показатели липазы) не указывали на обострение панкреатита. Лишь у одного больного отмечено повышение α -амилазы крови до 82 мг мл/час на 3-й день после операции.

Приводим выписку из истории болезни.

Больная И., 35 лет, поступила в клинику общей хирургии 17 сентября 1975 г. с диагнозом: рецидивирующий болевой панкреатит. В прошлом неоднократно лечилась в стационарах по поводу обострения хронического панкреатита. В связи с безуспешностью консервативного лечения и резко выраженным болевым синдромом 18 октября оперирована. На операции обнаружен выраженный спаечный процесс в сальниковой сумке и в области желчного пузыря. Последний резко деформирован, опорожняется с трудом. Общий желчный проток не нарушен (дебит жидкости 27 мл/мин). Поджелудочная железа уплотнена, крупнодольчатая, выраженные явления хронического холецисто-панкреатита. Произведена холецистэктомия, маргинальная невротомия по Трунину, канюлирована правая желудочно-сальниковая артерия. Послеоперационное течение гладкое. Показатели α -амилазы крови на 3-й день 32 мг мл/час, 4-й — 28 мг мл/час, 6-й — 28 мг мл/час.

Канюля в артерии находилась 6 суток. Внутриартериально переливали гепарин (ежедневно 20 тыс. ед.) в течение 4 дней, фибринолизин (10 тыс. ед.), реополиглюкин или гемодез, 5%-ный раствор глюкозы, но-шпу, 0,25%-ный раствор новокаина, раствор Рингера—Локка. Больная выписана домой на 18-й день после операции с улучшением.

Наш опыт внутриартериальной инфузии лекарственных препаратов через правую желудочно-сальниковую артерию показывает, что применение этого метода для лечения хронического панкреатита при операциях на поджелудочной железе оправдано и целесообразно.

ЛИТЕРАТУРА

И т и н А. Б. Хирургия, 1972, № 7, с. 22.— К р е й н д л и н Ю. З. Хирургия, 1967, № 4, с. 117.— Л е к т о р о в В. Н. Лечение экспериментального острого панкреатита.— В кн.: Сб. научных трудов I Ленинградского и Витебского государственного мед. ин-тов, Смоленск, 1975, с. 142.

Поступила 20/XII 1977 г.