

## НЕКОТОРЫЕ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТОВ

*В. М. Величенко, Г. М. Галушков, Н. Н. Корневич,  
В. Н. Лекторов, Ю. Е. Грядицкий (В и т е б с к)*

Анализ результатов лечения 380 больных панкреатитом и холецистопанкреатитом, а также экспериментальных исследований, выполненных на 355 животных, позволил установить следующее. Доказана важная роль нервнотрофических расстройств в развитии острого панкреатита. Значение нервных и гуморальных факторов заметно возрастает на фоне сенсibilизации организма. Для развития выраженных патологических изменений необходимы дополнительные «разрешающие» факторы, к которым прежде всего нужно отнести внутрипротоковую гипертензию. Установлено также значение пищеварительных ферментов в генезе деструктивного острого панкреатита. Все это подтверждено эффективностью декомпрессивных операций при патологических изменениях в папилле и двенадцатиперстной кишке, нередко лежащих в основе холецистопанкреатитов.

Данные многомоментного и хроматического фракционного зондирования, а также рентгенологических исследований двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей, показателей ферментативной активности поджелудочной железы в большинстве случаев позволяют выявить наиболее вероятную причину холецистопанкреатита или хронического панкреатита и избрать рациональный метод лечения.

В течении острого панкреатита нами наблюдались три стадии: острый отек (у 71,6%), геморрагический отек с очагами некроза (у 23,8%) и обширный панкреонекроз (у 4,6% больных). Установление стадий и тяжести заболевания позволило предположить доминирующие этиологические факторы заболевания и назначить этиотропную и патогенетическую терапию. Примерно у 40% больных острый панкреатит полностью излечить не удалось, и больные страдают хроническим панкреатитом.

После перенесенного острого панкреатита у больных и экспериментальных животных доказано наличие сенсibilизации лейкоцитов к антигенам поджелудочной железы. Установлено, что в развитии хронического панкреатита, после перенесенного острого, важная роль принадлежит аутоиммунной органоспецифической агрессии. В связи с этим появились вполне обоснованные показания для глюкокортикоидной терапии при острых и хронических панкреатитах.

Получены убедительные данные о большой активности гиста-

мина и серотонина при остром отеке поджелудочной железы и при обострении хронического панкреатита, тогда как при обширных панкреонекрозах уровень указанных аминов не превышал нормы или даже снижен. Это следует учитывать при назначении антигистаминных и антисеротониновых препаратов.

Назрела необходимость поставить вопрос о лечении больных острым панкреатитом в догоспитальном периоде, так как потеря времени ведет к переходу процесса в более тяжелую форму.

В этот догоспитальный период целесообразно применение препаратов, угнетающих секреторно-ферментативную функцию органа (атропин, платифиллин и др.), голод, холод на область поджелудочной железы. Учитывая, что трипсин и калликреин хорошо выделяются почками, надлежит усиливать диурез путем применения мочегонных (лазикс, новурит и др.). В качестве спазмолитиков следует рекомендовать нитроглицерин, папаверин, эуфиллин. Указанное лечение должно продолжаться и в стационарных условиях.

При лечении тяжелых форм острого панкреатита, сопровождающихся выраженными сердечно-сосудистыми расстройствами, связанными с поступлением в кровь протеолитических ферментов, гистамина и кининов (вызывающих вазодилатацию, гиповолемию и гипотонию), необходимо проводить переливание плазмы и полиглюкина. Для дезаггрегации форменных элементов и восстановления микроциркуляции крови необходимо переливать реополиглюкин, гемодез и желатиноль. Обязательно применение антиферментов и (по показаниям) антигистаминных и антисеротонических препаратов. Необходимо применять сердечные средства и вазопрессивные препараты, нормализовать гормональный баланс с помощью глюкокортикоидов.

При остром панкреатите наблюдается выраженная гиперкоагуляция, что требует применения фибринолитических и антикоагулянтных препаратов.

При лечении острого панкреатита нами применялся лечебный коктейль, состоящий из фибринолизина, гепарина, желатиноля, димедрола, тразилола, который вводится в правую желудочно-ободочную артерию и внутривенно.

Лечение больных острым панкреатитом рекомендуется в два этапа: купирование острого приступа и завершающая терапия. Длительность завершающей терапии определяется критериями выздоровления: показатели красной и белой крови, состояние углеводного обмена, белок и белковые фракции крови, реакция лейколизиса и ингибация миграции лейкоцитов. Данная лечебная тактика дает хорошие результаты, а также предупреждает развитие у больных хронического панкреатита.