

УДК 616.36+617.55—089

О. В. САРУХАНЫАН, М. М. МИНАСЯН, В. А. АКОПОВА,
Н. М. ОГАНЕСЯН, П. Л. ПОГОСЯН

ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНАЯ ВНУТРИПОРТАЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Изучение причин возникновения печеночной недостаточности и изыскание путей более рационального лечения ее при хирургических заболеваниях органов брюшной полости являются актуальными задачами современной медицины. Общепринятые методы лекарственной терапии не всегда достаточно эффективны.

Особенно наглядно несостоятельность современных методов медикаментозной терапии выявляется при лечении осложнений после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях, о чем свидетельствует высокий процент послеоперационной летальности.

Причиной серьезных осложнений, отягощающих течение болезни и нередко приводящих к летальному исходу, являются абсцессы печени, восходящий гнойный холангит, тромбоз воротной вены, острая жировая дистрофия печени, острый гепатит и т. п. Нередко эти осложнения наблюдаются при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Возникновение указанных осложнений, приводящих к дисфункции печени, связано с бактериемией, токсемией, гипоксией, острым или хроническим нарушением внутрипеченочного кровообращения, гипертензией в желчных ходах.

Анатомо-функциональная взаимосвязь печени с различными органами брюшной полости способствует раннему поражению печени с нарушением ее многочисленных функций.

Литературные данные, а также наши морфологические исследования биопсированных во время операции кусочков печени 150 больных с острыми и хроническими заболеваниями органов брюшной полости указывают на необходимость проведения более эффективных мер с целью предупреждения и лечения изменений в паренхиме печени, которые являются основой для функциональных нарушений, приводящих в ближайшем послеоперационном периоде к чреватым последствиям.

Указанное вызывает настоятельную необходимость дальнейшего совершенствования методов профилактики и лечения функционально-морфологических нарушений печени.

В этом аспекте большую ценность приобретают методы регионарных внутрисосудистых введений лекарственных препаратов. Введение лекарственных веществ в больших концентрациях непосредственно в печень создает в ней оптимальные условия для борьбы с бактериемией и токсемией, обратного развития имеющихся функциональных и морфологических сдвигов, купирования их дальнейшего развития.

Внедрение в клиническую практику метода трансумбиликальной портогепатографии [5] явилось предпосылкой использования этого пути для непосредственного введения лекарственных веществ в воротную вену [1, 2, 4, 6, 8].

Проведенные нами гистологические исследования интраперитонеального отдела пупочной вены, а также наблюдения во время операции в подавляющем большинстве случаев показали полную проходимость или только функциональную облитерацию ее (рис. 1, 2).

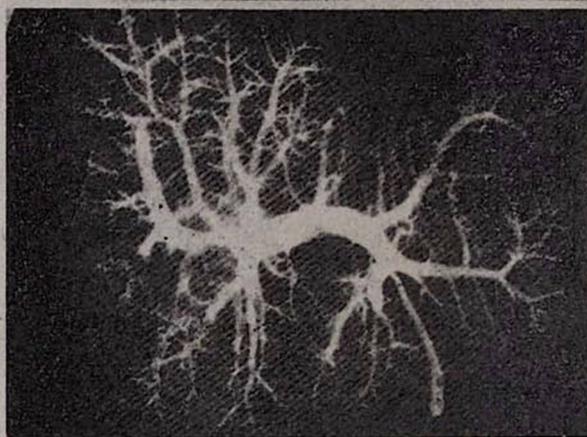


Рис. 1. Микрофотограмма (поперечный срез сосуда). Просвет пупочной вены не облитерирован.

Рис. 2. Портогепатограмма. Контрастное вещество введено через разбуживанную пупочную вену. Пупочная вена впадает в левую ветвь воротной вены.

В эксперименте на собаках нами было выявлено бесспорное преимущество внутрипортальной инфузии перед внутривенной. Проведено сравнительное изучение удельной радиоактивности изотопа—альбумина человеческой сыворотки, меченного J^{131} в пробах крови из нижней полой, воротной и печеночных вен, аорты, желчи и гомогенатах печени.

Убедившись в перспективности этого пути введения, мы с 1964 г. при хирургической патологии органов брюшной полости использовали методику длительной трансумбиликальной инфузии лекарственных препаратов в портальную систему.

Данные нижеприведенной табл. свидетельствуют о том, как трансумбиликальное внутрипортальное введение лекарственных препаратов создает наилучшие условия для борьбы с инфекцией и снижает послеоперационную летальность (табл. 1).

Таблица 1

Патология	Число больных, получивших инфузию	Число умерших
Ранения печени	14	—
Гнойные заболевания		
а) абсцессы	2	—
в) нагноившийся эхинококк	6	—
Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей		
а) хронические	70	—
б) острые	44	1
Язвенная болезнь желудка и 12-персти. кишки	15	—
Перфоративная язва желудка или 12-персти. кишки	6	—
Ранения желудочно-кишечного тракта	12	1
Острая кишечная непроходимость	10	1

Для успешной катетеризации интраперитонеального отдела пупочной вены следует уделять особое внимание правильному определению места введения катетера, методике вскрытия просвета и его бужирования, зондированию воротной вены, укреплению зонда в сосуде и брюшной ране.

Наша методика трансумбиликального зондирования воротной вены заключается в следующем.

После вскрытия брюшной полости и установления объема оперативного вмешательства выделяется пупочная вена. Отступая на 6—10 см от печеночной вырезки, вскрывается ее просвет, производится реканализация вены пуговчатым зондом, который вставляется в просвет ее и осторожно по верхнему краю сосуда продвигается вперед. При этом необходимыми условиями являются: натянутое состояние пупочной вены, обеспечиваемое ассистентом, и контроль за продвижением зонда, который проводит левой рукой оператор. По мере приближения к во-

ротной вене обнаруживается препятствие, которое преодолевается осторожно, небольшим усилием. В разбуживанный просвет пупочной вены вставляется катетер, который укрепляется простой и прошивной лигатурами. Катетер соединяется с системой для инфузии растворов. По окончании операции начальный отдел пупочной вены с выступающей частью катетера выводится и укрепляется в ране над мышечно-апоневротическим слоем брюшной стенки.

Катетеризация воротной вены через интраперитонеальный отдел пупочной вены является несложной хирургической манипуляцией. По мере освоения методики зондирования процент наблюдаемых осложнений (в основном разрыв стенки вены) может быть сведен до минимума.

Наш опыт 179 внутриворотных инфузий с длительностью от 12 ч. до 12 дней показал, что нахождение катетера в пупочной вене клинически ничем не проявляется.

Внутриворотно вводились:

1. Препараты с целью профилактики осложнений в связи с применяемой методикой—гепарин, новокаин.

2. Антибактериальные препараты—пенициллин, стрептомицин, мономицин, канамицин, мицерин, коллимицин, сигмомицин (различные их комбинации).

3. Электролиты и кровезаменители—5—40%-ный раствор глюкозы, 0,25—0,5%-ный раствор новокаина, раствор Рингера, Люголя, физиологический раствор, гидролизин Л-103, аминокептид, полиглюкин, глютаминовая кислота, АТФ и т. д.

4. Витамины, гормоны, инсулин.

Основной особенностью внутриворотной лекарственной терапии была фракционность введения препаратов с их целесообразным сочетанием и чередованием.

Фракционное введение ударных доз антибиотиков с последующей инфузией поддерживающих концентраций предотвращает образование внутриворотных абсцессов, предупреждает возникновение восходящего гнойного холангита, тромбоза воротной вены и эффективно воздействует на воспалительный процесс в желчевыводящих путях.

Летальность при острых холециститах снизилась с 14,7 до 2,2%, при хронических холециститах летальность вовсе отсутствовала.

Длительная инфузия лекарственных препаратов в воротную систему имеет существенные преимущества перед прочими методами лекарственной терапии. Артериальный тип хеморецепции воротной вены, анастомозы между печеночной артерией и воротной веной, замедленный ток крови и наличие системы жомов создают благоприятные условия для длительного контакта препаратов с очагом поражения, что и приводит к более выраженному лечебному эффекту.

Трансвентрикулярная внутриворотная инфузия лекарственных препаратов в ближайшем послеоперационном периоде улучшает общее состояние больных: устраняет имеющиеся клинические признаки гепа-

таргии и приводят к нормализации показателей функционального состояния печени, сердечно-сосудистой системы, электролитов и свертывающей системы крови.

Кафедра грудной хирургии и анестезиологии
Ереванского ГИДУВ

Поступило 17/IV 1969 г.

Հ. Վ. ՍԱՐԴԻՆՅԱՆՅԱՆ, Մ. Մ. ՄԻՆԱՍՅԱՆ, Վ. Ա. ԱԿՈՊՈՎՍ,
Ն. Մ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Պ. Լ. ՊՈՂՈՍՅԱՆ

ՏՐԱՆՍՍԻԼԻԿԱԿԱՆ ՆԵՐԴՌՆԵՐԱԿԱՑԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Որովայնային օրգանների վիրաբուժական տարբեր հիվանդությունների ժամանակ 179 հիվանդների մոտ հետվիրահատական շրջանում դեղանյութերը պորտալ սիտեմի մեջ ներարկվել են պորտալին երակի միջոցով:

Նախօրոք կատարված փորձերը ցույց տվին այս մեթոդի առավելությունը մինչև այժմ օգտագործվող մեթոդների հանդեպ:

Ներդրաներակային դեղանյութերի ներմուծման մեր փորձը՝ 12 ժամից մինչև 12 օր տևողությամբ, ցույց տվեցին, որ օգտագործվող մեթոդը հանդիսանում է լավագույնը լյարդի անբավարարության պրոֆիլակտիկայի և բուժման համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Боровков С. А., Островерхов Г. Е., Никольский А. Д. Хирургия, 1967, 1, стр. 57.
2. Вицын Б. А., Никифоров Н. А., Стасенко А. В. Клиническая хирургия, 1968, 12, стр. 3.
3. Матяшин И. М., Довинер Д. Г., Глиницкая Л. И., Балтайтис Ю. В., Коробов В. Н. Клиническая хирургия, 1968, 3, стр. 12.
4. Музыка К. А., Бутылин Ю. П., Долгова М. И., Ефремов В. Ф. В кн.: Обезболивание и реанимация в условиях клиники и скорой помощи. Киев, 1966, стр. 147.
5. Островерхов Г. Е., Суворова Т. А., Никольский А. Д. Хирургия, 1964, 5, стр. 84.
6. Саруханян О. В., Минасян М. М. Труды Ереванского государственного института усовершенствования врачей. Ереван, 1967, 3, стр. 271.