



М.І. Бурковський,
В.І. Коваль, А.В. Верба,
Р.П. Стащук

Вінницький національний
медичний університет
імені М.І. Пирогова

Військово-медичний клінічний
центр Центрального регіону,
м. Вінниця

© Колектив авторів

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ РЕГІОНАРНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Обстежено та проліковано 19 хворих на гострий панкреатит, що були госпіталізовані у відділення абдомінальної хірургії ВМКЦ ЦР м. Вінниці. Усім цим хворим у комплексному лікуванні застосовано регіонарну внутрішньоартеріальну інфузійну терапію, що дозволило коригувати перебіг гострого панкреатиту, попереджувати розвиток деструктивних змін у підшлунковій залозі та скоротити термін перебування хворих на стаціонарному ліжку. Проведено аналіз результатів власних клінічних спостережень застосування внутрішньоартеріального регіонарного підведення антибактеріальних засобів при лікуванні хворих на гострий панкреатит.

Ключові слова: внутрішньоартеріальна регіонарна інфузійна терапія, гострий панкреатит, панкреонекроз.

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) є одним із захворювань органів черевної порожнини, частота виникнення якого постійно зростає [5, 8]. Загальна летальність при ГП, за даними різних авторів, становить 6 — 21% при легкій формі та 49—52% — при деструктивній формі і сягає 94—100% при ускладненій формі захворювання [3]. Тривалість лікування хворих у стаціонарі у середньому становить 14 днів [6, 7]. Це зумовлює високу актуальність розробок нових методик лікування даного контингенту хворих та впровадження їх у повсякденну клінічну практику [3, 4].

Одним із шляхів для підвищення ефективності лікування хворих на ГП є застосування внутрішньоартеріальної регіонарної інфузійної терапії, що надає можливості підводити лікарські препарати, зокрема антибіотики, безпосередньо до вогнища деструктивних змін у залозі.

Матеріали та методи

У відділенні абдомінальної хірургії ВМКЦ ЦР у період від 2007 до 2010 рік було обстежено та проліковано 19 хворих на гострий панкреатит, серед яких було 13 (68,4%) чоловіків та 6 (31,6%) жінок. Середній вік хворих становив 45+9,3 року. У всіх пацієнтів мав місце деструктивний панкреатит. Остаточний діагноз ГП виставляли після комплексного клініко-лабораторного обстеження. При об'єктивному обстеженні визначали інтенсивність болю, його локалізацію та тривалість. Клініко-лабораторні дослідження включали загальний аналіз крові (кількість еритроцитів, гемоглобін, лейкоцитоз та ШОЕ), загальний аналіз сечі. Біохімічні дослідження: визначення активності ферментів підшлункової залози (ПЗ) (амілази, ліпази), показників АлАТ, АсАТ, сечовини, креатиніну, загального білка, білірубину, коагулограми, в загальному аналізі сечі особливу

увагу приділяли кількості діастази. Лабораторні дослідження виконували на біохімічному аналізаторі «Cobas —E — MIRA» (Швейцарія).

За результатами загального аналізу крові розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та гематологічний індекс інтоксикації (ГІІ) [1].

З інструментальних методів дослідження використовували УЗД органів черевної порожнини, оглядову рентгенограму органів черевної порожнини, комп'ютерну томографію.

Для проведення внутрішньоартеріальної інфузії застосовували ангіографічний катер і дозатор лікарських речовин. Катетер типу «Cobra F5» встановлювали у черевний стовбур після пункції та катетеризації загальної стегнової артерії за Сельдінгером. Після проведення целиакографії ангіографічний катетер залишали в черевному стовбурі для подальшого виконання регіонарної внутрішньоартеріальної інфузійної терапії за допомогою дозатора лікарських речовин «ALARIS».

Протягом 3 діб безперервно виконували введення у черевний стовбур розчинів колоїдів і кристалодів із розрахунку 35 мл/кг маси тіла хворого, антибіотиків (цефоперазон 2,0 г / добу) та блокаторів секреції підшлункової залози (5-фторурацил у дозі 500—750 мг/добу). Після завершення внутрішньоартеріальної інфузії катетер із черевного стовбура видалявся.

Результати дослідження та їх обговорення

Переважна більшість хворих — 17 (89,5%) надійшли до стаціонару більше, ніж через 48 годин від моменту початку захворювання, тільки 2 (10,5%) хворі були госпіталізовані в першу добу захворювання. У 12 (63,1%) пацієнтів перебіг деструктивного панкреатиту характеризувався вираженим больовим синдромом і супроводжувався інтоксикаційним синдромом. У всіх їх при проведенні УЗД органів черевної порожнини були ви-



явлені збільшення розмірів підшлункової залози, неоднорідність її структури з наявністю гіпо- та анехогенних зон. При виконанні ціліакографії виявлені ангиографічні ознаки гострого панкреатиту: раннє контрастування порталної вени та відсутність контрастування однієї або двох артерій черевного стовбура, що додатково підтверджувало діагноз гострого панкреатиту.

Комп'ютерну томографію виконано всім хворим. У 16 (84,2%) пацієнтів на томограмі були зниження щільності та нерівність контурів підшлункової залози, збільшення її розмірів, наявність рідинних утворень у сальниковій сумці, у 1 (5,2%) хворого виявлений перипанкреатичний інфільтрат у черевній порожнині, у 2 (10,5%) хворих мало місце тільки збільшення розмірів підшлункової залози.

На момент надходження у всіх хворих спостерігався лейкоцитоз $25,1 \pm 5,3$ Г/л, значне підвищення ШОЕ $45,1 \pm 16,8$ мм/год. Рівень ЛПІ був підвищений до $5,9 \pm 0,9$, ГПІ становив $5,36 \pm 0,38$. Відзначалося підвищення рівня трансаміназ: АлАт — $192,3 \pm 21,1$ ммоль/(ч×л), АсАт — $188,5 \pm 23,9$ ммоль/(ч×л), показник загального білірубину в середньому підвищувався до $42,1 \pm 8,2$ ммоль/л. Рівень сечовини становив $12,3 \pm 2,1$ мкмоль/л, спостерігалось зниження показника рівня загального білка до $57 \pm 6,1$ г/л. Мало місце значне підвищення активності ферментів ПЗ: амілаза крові — $382,0 \pm 33,5$ Од/л, діастаза сечі — $118,3 \pm 29,7$ Од/л.

У всіх пацієнтів із гострим панкреатитом, яким проведено внутрішньоартеріальну інфузійну терапію, на 1-шу добу відзначено значне зменшення болю в животі, на 3-тю добу больовий синдром був повністю купований. Також відзначалось відновлювання моторики шлунково-кишкового тракту. При лабораторному обстеженні рівень лейкоцитозу зменшувався до $10,2 \pm 2,1$ Г/л, показники ЛПІ та ГПІ сягали відповідно $2,2 \pm 0,6$ та $2,25 \pm 0,22$. Рівень трансаміназ наближався майже до норми — показники АлАт та АсАт становили відповідно $70,1 \pm 8,6$ ммоль/(ч×л) та $65,5 \pm 9,8$ ммоль / (ч×л). Нормалізувалися показники аміла-

зи крові — $94,5 \pm 4,5$ Од/л, діастази сечі — $49,3 \pm 29,7$ Од/л, рівень білірубину становив $17,1 \pm 2,2$ ммоль/л. Відповідні показники лабораторних досліджень, що були визначені на момент надходження та на 3-тю добу комплексного лікування з використанням внутрішньоартеріальної регіонарної інфузійної терапії статистично відрізнялись один від одного ($p \leq 0,05$).

При контрольному УЗД органів черевної порожнини виявлялося зменшення розмірів підшлункової залози, візуалізація її контурів, зменшення кількості анехогенних зон. При моніторингу КТ-даних відзначалось підвищення чіткості контурів підшлункової залози, зменшення її розмірів, відсутність рідинних утворень у сальниковій сумці, що свідчило про ефективність лікування.

Незважаючи на проведення зазначених заходів, один хворий помер унаслідок прогресування серцево-легеневої недостатності.

На 4-ту добу ангиографічний катетер видалявся. При подальших контрольних лабораторних обстеженнях відбувалася нормалізація показників. Рівні ЛПІ та ГПІ на 6-ту добу становили відповідно $1,85 \pm 0,9$ та $1,37 \pm 0,52$.

Використовуючи методику внутрішньоартеріальної регіонарної інфузійної терапії, ми повністю профілактували розвиток інфікованого панкреонекрозу, тому показань для виконання оперативних втручань у досліджуваних хворих не було.

Середній ліжко-день у досліджуваних хворих становив $11,0 \pm 2,8$ діб.

Висновки

1. Використання ціліакографії під час постановки внутрішньоартеріального катетера дозволяє виявити уражені ділянки підшлункової залози і підтверджує діагноз гострого панкреатиту.
2. Внутрішньоартеріальна регіонарна інфузійна терапія є ефективним методом при комплексному лікуванні деструктивного панкреатиту, про що свідчить позитивна динаміка перебігу хвороби, лабораторних показників, даних УЗД та КТ органів черевної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильев В. С. Критерии оценки тяжести болезни и выздоровления при скарлатине / В.С. Васильев, В.И. Комар // *Здравоохранение Белоруссии*. — 1983. — №2. — С. 38—40.
2. Демидов В. М. Підвищення ефективності лікування хворих на гострий панкреатит через внутрішньоартеріальне введення сандостатину / В. М. Демидов, А. М. Торбинський, С. М. Демидов // *Вісник Української медичної стоматологічної академії: Актуальні проблеми сучасної медицини*. — 2005. — Т. 5, вип. 1(9). — С. 2—29.
3. *Дискуссионные аспекты хирургической тактики при деструктивном панкреатите* / И. Е. Верхулецкий, А.И. Григорьян, Е. И. Верхулецкий [и др.] // *Хірургія України*. — 2005. — №3 (15). — С. 2—4.
4. *Нові комплексні діагностичні заходи у хворих на гострий панкреатит* / В.М. Демидов, А. М. Торбинський, С. М. Демидов, В. М. Гнатенко // *Львівський медичний часопис*. — 2005. — Т. 11, №11. — С. 46—48.
5. *Нужна ли в хирургии единая лечебно-диагностическая доктрина?* / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, В. И. Бучнев [и др.] // *Хірургія України*. — 2003. — №4 (8). — С. 3 — 12.
6. *Острый панкреатит. Пособие для врачей*. / М.И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, С. З. Бурневич [и др.] — М., 2000. — 59 с.
7. *Островский В. К. Лейкоцитарный индекс интоксикации при острых гнойных и воспалительных заболеваниях легких* / В. К. Островский, Ю. М. Свитич, В. Р. Вебер // *Вестник хирургии*. — 1983. — №11. — С. 21—24.
8. *Тамм Т. І. Гострий панкреатит. Діагностика і тактика хірургічного лікування* / Т. І. Тамм // *Хірургія України*. — 2005. — №3 (15). — С. 15 — 16.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ
РЕГИОНАРНОЙ
ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*М. И. Бурковский, В. И. Коваль,
А. В. Верба, Р. П. Стащук*

EXPERIENCE OF
INTRAARTERIAL
REGIONAL INFUSION
THERAPY APPLICATION IN
MULTIMODALITY THERAPY
OF ACUTE PANCREATITIS

*M. I. Burkovskyi, V. I. Koval,
A. V. Verba, R. P. Staschuk*

Резюме. Обследованы и пролечены 19 больных с острым панкреатитом, которые были госпитализированы в отделение абдоминальной хирургии ВМКЦ ЦР (г. Винница). Всем этим больным в комплексном лечении проведена регионарная внутриаартериальная инфузионная терапия, что позволило корригировать течение острого панкреатита, избежать развития деструктивных изменений в поджелудочной железе и сократить сроки пребывания больных на больничной койке. Проведен анализ результатов собственных клинических наблюдений с использованием внутриаартериального регионарного подведения антибактериальных препаратов при лечении больных с острым панкреатитом.

Ключевые слова: *внутриаартериальная регионарная инфузионная терапия, острый панкреатит, панкреонекроз.*

Summary. Patient population 19 sick person with acute pancreatitis, which be hospitalize in abdominal surgery department in Vinnitsa. All this patient in complex treatment take regional intra-arterial infysion therapy, that permit to correct course acute pancreatitis, keep off development destructive change in pancreas and shorten term stay sick be in hospital. Differentiate analysis results own clinical observation with exploit intra-arterial regional bringing antibacterial preparation at treatment patient with acute pancreatitis.

Key words: *intraarterial regional infusion therapy, acute pancreatitis, pancreatonecrosis.*