

НЕПРЕРЫВНАЯ РЕГИОНАРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Большов А.В., Третьяк С.И., Кулеш В.В., Блатун А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый панкреатит до настоящего времени остается сложной медико-социальной проблемой, значимость которой обусловлена неуклонно возрастающим уровнем заболеваемости, увеличением доли тяжелых клинических форм. Общая летальность при этой патологии составляет 7–13% и достигает 40 – 85% при деструктивных формах.

Современные данные о патогенезе гнойно-септических осложнений острого панкреатита свидетельствуют о важной роли бактериальной транслокации из просвета кишечника вследствие нарушенной барьерной функции стенки кишки [1, 2]. В результатах ряда зарубежных и отечественных исследований было показано, что метод непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии при остром панкреатите позволяет влиять на пусковые механизмы микробной контаминации зоны некроза поджелудочной железы и забрюшинного пространства, что, в свою очередь, приводит к снижению количества гнойно-воспалительных осложнений и летальности при данном заболевании [3, 4].

Этот метод лечения был включен в стандарты диагностики и лечения пациентов с острым панкреатитом [5]. Однако не были четко определены вопросы, касающиеся показаний, сроков и методики проведения внутриартериальной терапии.

Цель исследования. Определение роли непрерывной регионарной артериальной инфузии в схеме лечения острого некротизирующего панкреатита путем сравнения эффективности катетеризации верхней брыжеечной артерии (ВБА) и чревного ствола (ЧС), а также изучения влияния сроков начала инфузии на частоту развития гнойно-воспалительных осложнений и летальность.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование. Были изучены результаты лечения 74 пациентов с тяже-

лым острым панкреатитом, находившихся в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Минска в период с 2010 по 2011 годы включительно. В основную группу были включены 54 пациента, которым для введения препаратов использовался артериальный доступ. Из них 44 пациентам выполнялась катетеризация ВБА (1-я подгруппа), 10 – катетеризация ЧС (2-я подгруппа). В контрольную группу вошли 20 пациентов, у которых данный метод лечения не применялся. Статистически значимых различий между группами по полу, возрасту и степени тяжести по шкале SAPS выявлено не было.

В работе использовались методы непараметрической статистики (точный критерий Фишера, χ^2 -тест). Сравнение групп проводилось по следующим признакам: частота развития септических осложнений, необходимость проведения дополнительных хирургических вмешательств, частота летальных исходов.

Результаты. Анализ послеоперационного периода позволил обнаружить ряд признаков в пользу введения препаратов в ВБА (1-я подгруппа). Частота развития септических осложнений в 1-й подгруппе – 9,1%, во 2-й – 10,0%, в контрольной группе – 20,0% ($P=0,123$). Уровень летальности в группах составил 2,3%, 10,0%, 15,0%, соответственно ($P=0,115$). Необходимость проведения дополнительных операций после катетеризации ВБА имела место у 11,4% пациентов, после катетеризации ЧС у 30,0% пациентов, в контрольной группе в 25,0% случаев ($P=0,12$).

В 1-й подгруппе 33 пациентам катетеризация ВБА проводилась в ранние сроки (до 3-х суток с момента начала заболевания), 11 пациентам – в поздние (от 3-х суток и более). При раннем начале непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии, по сравнению поздним, отмечено статистически значимое снижение частоты септических осложнений (3,0% против 27,3%; $P<0,05$), а повторные оперативные вмешательства проводились в 4 раза реже (6,1% против 27,3%; $P<0,05$). При раннем начале непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии не было отмечено летальных исходов. Летальность в группе с катетеризацией ВБА после 3-х суток составила 9,1% и статистически не отличалась от аналогичного показателя в контрольной группе (15%) ($p=0,553$).

Заключение

1. Применение непрерывной регионарной артериальной инфузии в верхнюю брыжеечную артерию способствует коррекции ранних патологических сосудистых реакций в ее бассейне, дает возможность воздействовать на барьерную функцию кишечника и уменьшение бактериальной транслокации при тяжелом остром панкреатите, что, в конечном счете, приводит к улучшению результатов лечения.

2. Раннее (в течение 3-х суток от начала заболевания) начало регионарной артериальной инфузии позволяет статистически значимо снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений острого панкреатита и летальность.

Литературные ссылки

1. Ammori Basil J. Role of the Gut in the Course of Severe Acute Pancreatitis / Basil J. Ammori // *Pancreas* – 2003. – Vol. 26, № 2. – P. 122–129.

2. Роль кишечника в течении острого некротизирующего панкреатита / А.Е. Щерба [и др.] // *Белорусский медицинский журнал*. – 2004. – № 2. – С. 100–102.

3. Efficacy of Continuous Regional Arterial Infusion of a Protease Inhibitor and Antibiotic for Severe Acute Pancreatitis in Patients Admitted to an Intensive Care Unit / H. Imaizumi, M. Kida, H. Nishimaki [et al.] // *Pancreas*. – 2004. – Vol. 28, № 4. – P. 369–373.

4. Щерба, А.Е. Регионарная интраартериальная инфузия верхней брыжеечной артерии при остром панкреатите / А.Е. Щерба // *Материалы Пироговской научной конференции. Вестник РГМУ*. – Москва. – 2004. – № 3. – С. 83–84.

5. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В. Завада // *Мн.: БелМАПО*. – 2005. – 117 с.