

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»

TASHKENT MEDICAL ACADEMY
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»

IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»

ISSN 2181-3485

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.

№ 5 (01), 2023

Jurnaldagi nashrlar O'zbekistonda va xorijda ilmiy darajalar uchun dissertatsiyalar himoya qilinganda chop etilgan ishlar deb hisoblanadi.

Ilgari hech qayerda chop etilmagan va boshqa nashrlarda chop etish uchun taqdim etilmagan maqolalar nashrga qabul qilinadi. Tahririyatga kelgan maqolalar ko'rib chiqiladi. Nashr mualliflari maqolalarda keltirilgan ma'lumotlarning to'g'riliigi uchun javobgardirlar. Materiallardan foydalanganda jurnalga va maqola mualliflariga havola bo'lishi shart.

Materiallar mualliflik nashrida chop etiladi.

Публикации в журнале учитываются как опубликованные работы при защите диссертаций на соискание ученых степеней Узбекистана и зарубежья.

К публикации принимаются статьи, ранее нигде не опубликованные и не представленные к печати в других изданиях. Статьи, поступившие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. При использовании материалов ссылка на журнал и авторов статей обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.
профессор Камиллов Х.П.
т.ф.д. Набиева Д.А.
профессор Тешаев О.Р.
профессор Хасанов У.С.

профессор Азизова Ф.Х.
профессор Каримжонов И.А.
профессор Наджмутдинова Д.К.
профессор Хайдаров Н.К.
т.ф.д. Худойкулова Г.К.

профессор Аллаева М.Ж.
профессор Каримова М.Х.
т.ф.д. Нуриллаева Н.М.
профессор Хакимов М.Ш.
профессор Эрматов Н.Ж.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Аглиулин Д.Р.
Ачилов Д.Д.
Ганиев А.А.
Искандарова Г.Т.
Матназарова Г.С.
Мирзоева М.Р.
Муртазаев С.С.
Нарзикулова К.И.
Носиров М.М.
Орипов Ф.С.
Рахимов Б.Б.
Рустамова М.Т.
Абдумаликова Ф.Б.

к.м.н. (Россия)
PhD (Термез)
д.м.н. (Тошкент)
профессор (Тошкент)
д.м.н. (Тошкент)
д.м.н. (Бухоро)
д.м.н. (Тошкент)
д.м.н. (Тошкент)
PhD (Андижон)
д.м.н. (Самарканд)
д.м.н. (Жанубий Корея)
профессор (Тошкент)
PhD, доцент (Тошкент)

Саломова Ф.И.
Санаева М.Ж.
Сидиков А.А.
Собиров У.Ю.
Тажиева З.Б.
Ташкенбаева У.А.
Турсунов Ж.Х.
Хасанова Д.А.
Хасанова М.А.
Хван О.И.
Холматова Б.Т.
Чон Хи Ким

д.м.н. (Тошкент)
д.м.н. (Тошкент)
д.м.н. (Фарғона)
профессор (Тошкент)
PhD (Ургенч)
д.м.н. (Тошкент)
PhD (Тошкент)
д.м.н. (Бухоро)
к.м.н. (Тошкент)
д.м.н. (Тошкент)
профессор (Тошкент)
PhD (Жанубий Корея)

Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

**Toshkent tibbiyot
akademiyasi
«Yosh olimlar tibbiyot
jurnali»**



**Tashkent Medical
Academy
«Medical Journal of
Young Scientists»**

• № 5 (01) 2023 •

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБЗОРЫ

Абдуллаева Д.Г., Асрорзода З.У. / Профилактика ожирения и пропаганда здорового образа жизни.....	6
Jumaniyozov K.Yo., Olimova M.M. / 2016-2020 yillarda xorazm viloyatida avtohalokatlarning o`ziga xos xususiyatlari.....	12
Ильясов А.С., Бабажанов Т.Ж. / Эпидемиология влияний энергетических напитков на пищеварительную систему человека и животных.....	20
Маденбаева Г.И., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В., Саидкасимова Н.С. / Распространение рака пищевода среди населения Республики Каракалпакстан.....	29
Матназарова Г.С., Калниязова И.Б., Рахманова Ж.А. / Хавфли гурухларда ОИВ – инфекцияси тарқалишининг эпидемиологик хусусиятлари ва олдини олиш чора тадбирлари.....	36
Matyakubova D.Sh., Xidirova M.N., Masharipov S.M. / Poliakrilonitril asosida sintez qilingan poliamfolita mis (II) ionining sorbsiyasi.....	43
Отажонов И.О., Ахадов А.О. / Сурункали буйрак касаллиги бўлган беморларда ёндош касалликларни таҳлили.....	47
Таирова М.И., Хайитбоева М.Р., Болунц Е.А. / Значение магнитно-резонансной томографии при диагностике рака яичников.....	53
Tashkenbayeva U.A., Abbasxonova F.X. / Alopetsiya va koronavirus infeksiyasi.....	60
Tashpulatova D.X., Burxonova M.O. / Learning disabilities and foreign language learning.....	63
Шайхова Г.И., Муратов С.А. / Соғлом турмуш тарзи – саломатлик гарови.....	67

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Norbekova N.M., Mirkhamidova S.M. / Oliy ta'lim muassassalarida superkontraktning ahamiyati.....	76
---	----

Xiloldinova M.Sh., Mirkhamidova S.M. / Oliy ta'lim muassasalarining talabalar turar joylariga ehtiyoj va qamrov, ulardagi afzallik va kamchiliklar	80
Usmonov S.A. / Tibbiyot mutaxasislarini tayyorlashda fizika fanini integratsiyasi	86

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Kobiljonova Sh.R., Jalolov N.N. / Reproductive and perinatal outcomes born by caesarean section.....	92
Курбанбаев Р.И., Асраров У.А. / Тактика хирургического лечения больных с тромбозами артерий нижних конечностей.....	98
Муртозаев Д. М., Сахибоев Д.П. / Ички уйку артериялари окклюдияси бўлган беморларда жаррохлик даво натижалари	102
Носиржонов Б.Т., Сахибоев Д.П. / Симптоматик артериал гипертензияни жаррохлик усулида даволаш	107
Пулатова Б.Ж., Нурматов У.Б., Абдуллажонова Ш.Ж., Нурматова Н.Ф. / Взаимосвязь врожденной расщелины верхней губы и нёба у детей с психоневрологическими нарушениями	112
Рахматалиев С.Х., Хайтов Б.Э., Адаев А.В., Ирнazarov A.A. / Вертебро-базилляр етишмовчиликни жаррохлик усуллари билан даволаш	120
Салаева М.С., Рустамова М.Т., Турсунова М.У., Хайруллаева С.С. / Ўпкани сурункали обструктив касаллиги бор беморларда клиник-функционал ўзгаришларнинг касаллик оғирлик даражасига боғлиқлиги.....	126
Шамшиддинов Ш.Ш., Асатуллаев Ж.Р., Хакимов М.Ш. / Роль и место длительной внутриартериальной катетерной терапии в лечении деструктивных форм острого панкреатита	131
Yakubov O.E., Sahiboev D.P. / Buyrak arteriyalari stenotik zararlanishlari diagnostikasida kompyuter tomografik angiografiyaning ahamiyati	138

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Саломова Ф.И., Шеркузиева Г.Ф., Садуллаева Х.А., Султанов Э., Облокулов А. / Загрязнение атмосферного воздуха города Алмалык	142
Xomidova G.F., Abdukaxarova M.F. / Bolalar xirurgiya sohasi kasalxona ichi infeksiyalari epidemiologiya va profilaktikasi.....	146
Исраилова Г.М. / Обоснование к применению системы НАССР в производстве мясной продукции	152
Закирходжаев Ш.Я., Жалолов Н.Н, Абдукадилова Л.К., Мирсагатова М.Р. / Значение питания при хронических гепатитах.....	157

Саломова Ф.И., Садуллаева Х.А., Миррахимова М.Х., Кобилжонова Ш.Р., Абатова Н.П. / Загрязнение окружающей среды и состояние здоровья населения	163
Хасанов Ш.М., Кадирбергенов Х.Б., Абдуллаев И.К. / Соғлом турмуш тарзига қатъий риоя қилиш - саломатликни саклаш ва уни мустаҳкамлашнинг энг самарали мезони	167
Тураев Ф.Ш., Шайхова Г.И. / Пищевая и биологическая ценность изолята соевого белка «ALFA SOY 001»	174
Sherkuzieva G.F., Salomova F.I., Fayziboev S. / Determination of the immunological activity of the food additive	182
Шерқўзиёва Г.Ф., Саломова Ф.И., Икромова Н.А. / Сузиш ва унинг саломатлик учун аҳамияти.....	185
Эрматов Н.Ж., Насирдинов М.З. / Темир танқислик камқонлиги билан хасталанган ўқувчиларни жисмоний ривожланишига маҳаллий ўсимлик оқсиллари таъсири гигиеник баҳолаш	191

УДК: 616.3+616-089+617.5+615.2.03.

РОЛЬ И МЕСТО ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Шамшиддинов Ш.Ш., Асатуллаев Ж.Р., Хакимов М.Ш.
Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан

Аннотация. *Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 67 больных с деструктивным панкреатитом, которым комплексное лечение было осуществлено применением ДВАКТ. Проведенные исследования показали эффективность усовершенствованной методики ДВАКТ, при котором удалось достоверно снизить частоту оперативных вмешательств (с 28,6±6,5% до 18,4±5,5%) и послеоперационной летальности (с 16,7±8,8% до 11,4±7,4%).*

Ключевые слова: *деструктивный панкреатит, длительная внутриартериальная катетерная терапия*

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИ ДЕСТРУКТИВ ТУРЛАРИДА УЗОК МУДДАТЛИ АРТЕРИЯ ИЧИГА КАТЕТЕР ТЕРАПИЯ ЎТКАЗИШНИ ЎРНИ ВА АХАМИЯТИ

Шамшиддинов Ш.Ш., Асатуллаев Ж.Р., Хакимов М.Ш.
Тошкент тиббиёт академияси. Тошкент, Ўзбекистон

Хулоса. *Деструктив панкреатит билан хасталанган 67 беморни текширув ва даволаш натижалари тахлил қилинмоқда. Биз таклиф қилган УМАКТ ўтқир деструктив панкреатитда жаррохлик амалиёт бажариши зарурлигини 28,6±6,5%дан 18,4±5,5гача камайтиришга имкон яратди ва амалиётдан кейинги улим миқдорини 16,7±8,8%дан 11,4±7,4%гача камайтириши имконини берди.*

Калит сўзлар: *деструктив панкреатит, узок муддатли артерия ичига катетер терапия*

ROLE AND PLACE CONTINUOUS INTRAARTERIAL INFUSION THERAPY IN TREATMENT OF THE NECROTIZING PANCREATITIS

Shamshiddinov Sh.Sh., Asatullaev J.R., Khakimov M.Sh.
Tashkent medical academy. Tashkent, Uzbekistan

Summary. *By the purpose of the present research was the improvement of results of treatment of the patients necrotizing pancreatitis by improvement continuous intraarterial infusion therapy (CIAIT).*

The results of inspection and treatment 67 patients with necrotizing pancreatitis are subjected to the analysis which the conservative complex treatment was carried out by application by CIAIT. The carried out researches have shown efficiency of the advanced technique CIAIT, at which it was possible authentically to lower frequency of operations (from 28,6±6,5% to 18,4±5,5%) and fatal outcome the postoperation periods (from 16,7±8,8% up to 11,4±7,4%).

Key words: *necrotizing pancreatitis, continuous intra-arterial infusion therapy*

Актуальность проблемы. Лечение деструктивного поражения поджелудочной железы остается актуальной проблемой,

что подтверждается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности (35-40%) [1, 2].

На протяжении последних десятилетий взгляды на лечение острого панкреатита неоднократно менялись. В настоящее время консервативный метод является основным и включает в себя комплекс лечебных мероприятий. Один из перспективных методов консервативной терапии - внутриартериальная инфузия лекарственных веществ [3, 4, 5].

Согласно данным многих исследователей [5, 6, 7], при внутриартериальной инфузии в регионарный кровоток пораженного органа лекарственных средств создается более высокая концентрация препарата, в 6-8 раз больше, чем при внутривенном его введении. Высокая концентрация лекарств в пораженном органе способствует более быстрому проникновению препаратов в ткани. По сравнению с внутривенным путем введения при внутриартериальном, минуются тканевые фильтры: легкие, печень, почки, в которых происходят задержка, разрушение и выведение лекарственных веществ. Это особенно важно, так как чем быстрее вещество переходит из крови в ткани, тем меньше оно связывается с белками плазмы [3].

Среди внутрисосудистых методов инфузии наиболее эффективным на сегодняшний день является методика внутриартериального селективного введения лекарственных веществ. Селективное введение препаратов в чревную артерию при лечении деструктивного панкреатита позволяет создавать в поджелудочной железе концентрацию его, как было указано выше, в 6-8 раз большую, чем при внутривенном введении

[3, 7]. Однако на сегодняшний день остаются окончательно не определенными показания к применению внутриартериальной терапии в лечении острого панкреатита, не отработаны режимы ее проведения, требуется усовершенствование технических моментов внутриартериальной терапии. Учитывая вышеизложенное, **целью настоящего исследования** явилось улучшение результатов лечения больных деструктивными формами острого панкреатита путем усовершенствования длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) в комплексном лечении данной патологии.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 67 больных с деструктивным панкреатитом, которым комплексное лечение было осуществлено с применением длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) за период с 2011 по 2021 годы. Из общего числа пациентов 49 больных составили контрольную группу, которым ДВАКТ был проведен на этапе, предшествующем данному исследованию. ДВАКТ в 34 наблюдениях был осуществлен путем катетеризации чревного ствола, у 9 пациентов – аорты, в 6 случаях – верхней брыжечной артерии. 18 больных составили основную группу, которым ДВАКТ был проведен по усовершенствованной нами методике.

В зависимости от распространенности панкреонекроза все больные были распределены на идентичные группы по количеству пациентов (таб. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по группам в зависимости от распространенности панкреонекроза

Группа больных	Мелко- и среднеочаговый панкреонекроз (размеры очагов до 10 мм)	Крупноочаговый панкреонекроз (размеры очагов более 10 мм)	Тотально-субтотальный панкреонекроз (поражение более 80% железы)
Контрольная	31 (63,3%)	13 (26,5%)	5 (10,2%)
Основная	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)

Возраст пациентов колебался от 28 до 63 лет, составляя в среднем $43,5 \pm 6,1$ лет. Мужчин было 38 (56,7%), женщин – 29 (43,3%).

Причиной деструктивного панкреатита у 39 (58,2%) больных была погрешность в диете (употребление алкоголя, острой и жирной пищи и т.д.), у 28 (41,8%) – калькулезный холецистит.

Диагностика острого панкреатита проводилась на основании клинической картины заболевания, биохимических данных, изучения активности панкреатических органоспецифических ферментов в крови и ультразвукового исследования.

В контрольной группе все пациенты поступили в среднетяжелом (33-67,3%) и тяжелом состоянии (16-32,7%). Анализ исходных лабораторных показателей крови характеризовались повышенным уровнем альфа-амилазы крови ($246,5 \pm 21,5$ ед/л), билирубина ($32,1 \pm 3,4$ мкмоль/л), трансаминаз ($1,0 \pm 0,3$ ммоль/л), лейкоцитов крови ($15,6 \pm 3,2 \cdot 10^9$ /л) и СОЭ ($16,1 \pm 2,9$ мм/час).

Катетеризацию аорты, верхней брыжеечной артерии или чревного ствола осуществляли по методике Сельдингера под рентгенологическим контролем. Следует отметить, что катетеризация аорты выполнялась в условиях реанимационного отделения или операционной тем пациентам, транспортировка которых в рентгеноперационную предоставлял определенный риск из-за тяжести состояния (5 больных) или при технической невозможности катетеризации чревного ствола или верхней брыжеечной артерии из-за анатомических особенностей (2 наблюдения), а также выраженного спазма этих артерий (2 случая). В 6 наблюдениях из-за невозможности катетеризации чревного ствола произведена катетеризация верхней брыжеечной артерии.

Противопоказаниями для катетеризации аорты и ее ветвей служили выраженный атеросклероз бедренных и подвздошных сосудов. В контрольной группе показанием к ДВАКТ были неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов, нарастание уровня свободной жидкости в сальниковой сумке при УЗИ. Неэффективность ДВАКТ являлось показанием к опе-

ративному лечению. Критериями неэффективности ДВАКТ были следующие показатели: сохранение или увеличение гипертермии, явлений интоксикации, уровня свободной жидкости в сальниковой сумке; появление свободной жидкости в брюшной полости; нарастание показателей клинико-лабораторных анализов; появление симптомов раздражения брюшины, признаков недостаточности различных органов и систем.

Лечение деструктивных форм панкреатита методом внутриаортальной инфузионной терапии проводилось нами в комплексе консервативных мероприятий, принятых в клинике: лечебное голодание, анальгетики, холинолитики, антигистаминные препараты, двусторонние паранефральные новокаиновые блокады, постоянная аспирация гастродуоденального содержимого.

Результаты и обсуждение. Проведение подобной внутриаортальной терапии деструктивного панкреатита приводила к постепенной нормализации клинико-лабораторных показателей, что подтверждалось клиническим улучшением состояния больных – уменьшением явлений интоксикации, снижением уровня жидкости в сальниковой сумке при ультразвуковом контроле. Температура тела, при исходном среднем значении $37,8 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$, на 1-е сутки снизилась до $37,5 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$ и лишь на 5-е сутки ДВАКТ отмечена ее нормализация ($37,0 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$).

Нормализация клинико-биохимических показателей отмечена на 5-7-е сутки. Показатели альфа-амилазы и билирубина достоверно снизились от исходного уровня на 5-е сутки, а уровень лейкоцитов и показатель СОЭ – на 7-е сутки (таб. 2.).

Продолжительность ДВАКТ колебалась от 7 до 14 суток, составляя в среднем $10,3 \pm 1,4$ суток. В 2-х (4,1%) наблюдениях на 5-е и 8-е сутки ДВАКТ развился острый тромбоз бедренной артерии, потребовавшего оперативного лечения – тромбэктомии. В 2-х (4,1%) случаях отмечено развитие пульсирующей гематомы в зоне пункции бедренной артерии, что также потребовало оперативного вмешательства.

Одним из показателей клинической эффективности проводимых лечебных мероприятий является показатель оперативной активности при остром панкреатите. Консервативная терапия считается наиболее целесообразной, а выполнение оперативного вмешательства является отрицательным результатом лечения (Вашетков Р.В., 2000).

В наших наблюдениях 12 больным из-за неэффективности ДВАКТ были выполнены оперативные вмешательства. Следует отметить, что 2 пациента, поступившие с субтотально-тотальным панкреонекрозом и явлениями полиорганной недостаточности, умерли в течение первых 2-х суток с момента поступления, когда ставился вопрос об оперативном лечении. Учитывая вышеизложенную ситуацию, эти 2 пациента также были включены в группу оперированных больных. Следовательно, общее количество операций в контрольной группе составило $28,6 \pm 6,5\%$ (14 наблюдений). Причем, с нарастанием распространенности патологического процесса в поджелудочной железе увеличивалась частота оперативных вмешательств. Так, если при мелко- и среднечаговом панкреонекрозе были прооперированы 4 ($12,9 \pm 6,0\%$) пациента, то при субтотально-тотальном панкреонекрозе этот показатель достигал 100%.

Как известно, одним из усугубляющих факторов, способствующих летальному исходу при остром деструктивном панкреатите, является оперативное вмешательство (Яицкий Н.А., 2003).

Прямо пропорционально частоте выполненных оперативных вмешательств увеличивалась летальность. Как видно из нижеприведенных результатов, при мелко- и среднечаговом панкреонекрозе послеоперационная летальность составила $25,0 \pm 7,8\%$, при крупноочаговом – $60,0 \pm 13,6\%$, а при тотально-субтотальном – 100%. Средняя летальность в контрольной группе составила $18,4 \pm 5,5\%$ (таб. 3.).

Основной причиной смерти являлись поздняя обращаемость больных и молниеносные формы острого деструктивного панкреатита. 4 пациентов умерло от энзим-

ной токсемии, 3 – от нарастающей печечно-почечной недостаточности, 2 – от полиорганной недостаточности.

Анализ осложнений ДВАКТ и летальности позволил выявить ряд причин неудовлетворительных результатов и предположить пути их предупреждения.

Во-первых, длительное нахождение катетера в бедренной артерии способствует развитию осложнений ДВАКТ. Как было указано выше, в контрольной группе, именно на 5-е и 8-е сутки отмечен тромбоз бедренной артерии, потребовавший оперативного лечения. Следует отметить, что тромбоз у пациента на 5-е сутки отмечен из-за нарушения лечебного режима. Учитывая вышеизложенное, в основной группе ДВАКТ проводили не более 7 дней. При необходимости продолжения катетерной терапии выполняли катетеризацию через противоположную бедренную артерию.

Во-вторых, введение препаратов в аорту, чревной ствол или верхнюю брыжечную артерию способствует перераспределению вводимых лекарственных средств в другие органы и системы (кишечник, селезенку, печень и т.д.). В этой ситуации селективная катетеризация артерий поджелудочной железы с перераспределением потока лекарств в данный орган, а может быть только в пораженную часть, возможно, позволит улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

Как показали исследования Лаптева В.В. (1986), после внутриаортального введения накопление препаратов в головке в 4 раза, в хвосте и теле поджелудочной железы более чем в 4 раза выше по сравнению с внутривенным введением. Концентрация этого препарата в легких после внутриаортального введения в 12 раз ниже, чем при внутривенном способе.

Учитывая это, в основной группе мы усовершенствовали методику проведения ДВАКТ. Показанием к проведению катетерной терапии был деструктивный панкреатит при неэффективности проводимой интенсивной консервативной терапии с включением экстракорпоральных методов детоксикации в течение первых 12-24 часов.

ДВАКТ осуществлялся путем селективной катетеризации чревной артерии или ее ветвей в зависимости от преимущественной локализации основного очага поражения в поджелудочной железе. При поражении тела и хвоста поджелудочной железы катетеризировали селезеночную артерию, при поражении головки – общую печеночную артерию, при поражении всей железы – чревный ствол.

Обязательными компонентами инфузата были ингибиторы протеаз, 5-фторурацил, антибиотики широкого спектра действия, реопрепараты, спазмолитики, гепарин. Кроме того, как было указано выше, мы стремились не превышать объем внутриартериальной инфузии более 1200-1600 мл за счет применения «качественных» растворов. Длительность проведения ДВАКТ не превышал более 7 дней.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса в поджелудочной железе в 4 случаях произведена катетеризация общей печеночной артерии, у 2 больных – селезеночной артерии и в 9 наблюдениях – чревного ствола.

Проведение ДВАКТ по усовершенствованной методике позволило значительно улучшить результаты лечения больных с деструктивным панкреатитом.

Анализ клинических данных показал следующее: температура тела при исходном среднем значении $37,9 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$, на 1-е сутки снизилась до $37,4 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$, а на 3-е сутки отмечена ее нормализация ($36,8 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$). Несмотря на более раннюю нормализацию температуры в основной группе, достоверного отличия от показателей контрольной группы не достигнуто.

Нормализация клинико-биохимических показателей в основной группе отмечено на 3-е сутки. В эти сроки достигнуто достоверное снижение уровня альфа-амилазы, билирубина, лейкоцитов и показателя СОЭ от исходного состояния. Хотя в основной группе происходила более ранняя нормализация лабораторных показателей, их сравнительная оценка с данными контрольной группы, достоверное отличие выявили лишь по показателю альфа-амилазы, начиная с 3-х суток ДВАКТ (таб. 2.).

Таблица 2.

Сравнительная динамика изменений клинико-лабораторных показателей в различных клинических группах

Дни (сутки)	Клиническая группа	Альфа-амилаза, ед/л	Билирубин, мкмоль/л	АЛТ, АСТ, ммоль/л	Лейкоциты крови, $10^9/\text{л}$	СОЭ, мм/час
Исход	Контрольная	246,5±21,5	32,1±3,4	1,0±0,3	15,6±3,2	16,1±2,9
	Основная	254,1±24,1	30,9±3,0	1,0±0,2	16,1±2,2	16,5±2,0
1	Контрольная	242,2±20,8	31,2±3,2	1,0±0,2	14,9±3,4	15,8±3,1
	Основная	203,1±19,2	27,1±2,5	0,9±0,2	14,2±2,0	15,1±1,7
3	Контрольная	204,6±17,2	24,6±2,4	1,0±0,2	12,4±3,0	13,5±2,8
	Основная	136,2±14,2* **	21,2±1,9*	0,9±0,3	10,1±1,7*	11,3±1,4*
5	Контрольная	160,7±14,9*	19,1±2,0*	0,8±0,2	11,2±2,7	12,1±3,0
	Основная	90,7±12,1* **	18,4±1,5*	0,8±0,2	9,8±1,4*	10,1±1,1*
7	Контрольная	133,2±13,4*	17,6±1,8*	0,8±0,3	8,6±1,4*	9,2±1,8*
	Основная	62,3±10,4* **	15,0±1,2*	0,7±0,3	7,6±1,1*	7,9±1,0*
9	Контрольная	118,5±10,5*	14,2±1,5*	0,7±0,2	8,3±1,7*	9,4±1,6*
	Основная	58,5±9,7* **	13,1±1,0*	0,7±0,2	6,3±0,9*	7,1±1,1*

* - достоверное снижение показателя в группе от исходного значения

** - достоверное отличие показателя между сравниваемыми группами

В основной группе продолжительность катетерной терапии колебалась от 6 до 10 дней, составляя в среднем $7,2 \pm 0,5$ су-

ток. Данный показатель достоверно отличался от продолжительности лечения в контрольной группе. В 2-х случаях из-за необ-

ходимости продолжения ДВАКТ более 7 дней выполнена катетеризация чревного ствола через контралатеральную бедренную артерию. Осложнений ДВАКТ мы не наблюдали.

В основной группе 3 пациентам из-за неэффективности ДВАКТ были выполнены оперативные вмешательства. Как и в контрольной группе, 2 больных с тотальным панкреонекрозом и явлениями полиорганной недостаточности умерли в течение первых суток, когда ставился вопрос об активной хирургической тактике. Учитывая вышеизложенную ситуацию, эти 2 пациента также были включены в группу оперированных больных. Таким образом, оперативная активность в основной группе составило $16,7 \pm 8,8\%$ (3 случая). В отличие от контрольной группы, при мелко- и крупноочаговом панкреонекрозе ДВАКТ оказалась высокоэффективной, и необходимо-

сти в оперативном лечении не возникло. При крупноочаговом панкреонекрозе был прооперирован 1 ($20,0 \pm 17,9\%$) пациент, а при субтотально-тотальном панкреонекрозе этот показатель, как и в контрольной группе, достиг 100%. Следует отметить, что летальные исходы были отмечены при тотально-субтотальном панкреонекрозе, которая составила 100%. Средняя летальность в основной группе составила $11,1 \pm 7,4\%$ (таб. 3.).

В основной группе основной причиной смерти явилась полиорганная недостаточность на фоне продолжающейся энзимной токсемии. Снижение летальности при использовании сандостатина или октреотида мы склонны объяснить предупреждением прогрессирования некроза в поджелудочной железе в результате подавления панкреатической секреции.

Таблица 3.

Сравнительная частота оперативных вмешательств и послеоперационной летальности в сравниваемых группах

Параметры	Клиническая группа	Мелко- и среднеочаговый панкреонекроз	Крупноочаговый панкреонекроз	Тотально-субтотальный панкреонекроз
Кол-во больных	Контрольная	31 (63,3%)	13 (26,5%)	5 (10,2%)
	Основная	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)
Из них подвергнуты операции	Контрольная	4 ($12,9 \pm 6,0\%$)	5 ($38,5 \pm 13,5\%$)	5 ($100 \pm 0,0\%$)
	Основная	0 (0%)*	1 (20,0 \pm 17,9%)	2 (100 \pm 0,0%)
Послеоперационная летальность	Контрольная	1 ($25,0 \pm 7,8\%$)	3 ($60,0 \pm 13,6\%$)	5 ($100 \pm 0,0\%$)
	Основная	0 (0%)*	0 (0%)*	2 (100 \pm 0,0%)

* - достоверное отличие показателя между сравниваемыми группами.

Проведенные исследования показали эффективность усовершенствованной методики ДВАКТ при мелко- и среднеочаговом панкреонекрозе, при котором удалось достоверно снизить частоту оперативных вмешательств (с $12,9\%$ до 0%) и послеоперационной летальности (с 25% до 0%), а при крупноочаговом панкреонекрозе удалось достоверно снизить послеоперационную летальность (с 60% до 0%).

Таким образом, применение ДВАКТ является приоритетной в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом и позволяет проводить адекватную терапию малоинвазивными методами хирургических вмешательств. Клинические данные показывают, что внутриартериальная терапия панкреонекроза высокоэффективна и наиболее доступна для широкого применения. Проведенные исследования показали

высокую эффективность ДВАКТ при лечении мелко-, средне- и крупноочагового панкреонекроза. На наш взгляд, при субтотально-тотальном панкреонекрозе лечебный комплекс должен быть дополнен другими лечебными мероприятиями, которые выполняются во время оперативного лечения, что позволило бы улучшить результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита.

Выводы

1. Показанием к ДВАКТ должен быть деструктивный панкреатит при неэффективности проводимой интенсивной консервативной терапии с включением экстракорпоральных методов детоксикации в течение первых 12-24 часов.

2. Для достижения высокой клинической эффективности ДВАКТ при остром деструктивном панкреатите целесообразно проводить суперселективную катетеризацию чревного ствола или ее ветвей в зависимости от преимущественной локализации поражения в поджелудочной железе. При поражении тела и хвоста поджелудочной железы необходимо выполнять катетеризацию селезеночной артерии, при поражении головки – общую печеночную артерию, при поражении всей железы – чревный ствол.

3. Как самостоятельный метод лечения ДВАКТ высокоэффективен при лечении мелко-, средне- и крупноочагового панкреонекроза. При субтотально-тотальном панкреонекрозе лечебный комплекс должен быть дополнен другими мероприятиями, которые позволили бы улучшить результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита.

Литература

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит // Москва, Мед-пресс-информ, 2003; 224 С.
2. Вашетков Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Краснорогов В.Б. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы // Санкт-Петербург, 2000; 320 С.
3. Лаптев В.В., Газиев Р.М., Багаудинов Г.М. Внутриаортальные инфузии при деструктивном панкреатите // Хирургия, 1986: 2; 77-81.
4. Вафин А.З., Байчаров Э.Х., Гольяпина И.А., Восканян С.Э., Кузнецов О.Г., Шуршин Е.М. Внутриаортальная регионарная перфузия при деструктивных формах острого панкреатита // Вестник хирургии, 1999: 1; 30-35.
5. Егоров Ю.В., Цыганков В.Н. Целесообразно ли использовать внутриаортальную инфузию при лечении деструктивного панкреатита в условиях городской больницы? // Вестник Российского университета дружбы народов, 2000: 1; 118-119.
6. Шарова О.А., Войновский Е.А. Внутриаортальная инфузионная терапия в комплексном лечении деструктивных форм панкреатита // Вестник интенсивной терапии, 2000:5-6; 168-171.
7. Komoriyama H, Tanaka I, Ikezawa H, Kanasugi K, Hagiwara M, Yamaguchi S. Continuous intraarterial infusion of protease inhibitors in acute pancreatitis // Drugs Today, 2001: 3; 151-158.