

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.37–002.1+616.61–008.64

### СПОСТЕРЕЖЕННЯ КОНТРАСТ–АСОЦІЙОВАНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З ГОСТРОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

**М. С. Загрійчук, О. І. Литвин, Я. В. Романів, О. В. Винниченко, Т. Б. Терзова, Т. О. Капуловська,  
О. Ю. Назаренко, С. В. Березуцька, М. В. Різник, Д. М. Скрипка**

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

### OBSERVATION OF A CONTRAST–ASSOCIATED ACUTE PANCREATITIS WITH AN ACUTE RENAL INSUFFICIENCY

**M. S. Zagriychuk, O. I. Lytvyn, Ya. V. Romaniv, O. V. Vynnythcenko, T. B. Terzova, T. O. Kapulovska,  
O. Yu. Nazarenko, S. V. Berezutska, M. V. Riznyk, D. M. Skrypka**

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Гострий панкреатит (ГП) – тяжке хірургічне захворювання, за даними літератури, його спостерігають у 3 – 5,2% пацієнтів хірургічних стаціонарів [1, 2]. Основними етіологічними чинниками ГП є жовчнокам'яна хвороба (у 73,2% спостережень), аліментарний фактор (у 65,8%), травма черевної порожнини (у 2,3%), післяопераційний ГП (у 4,3%), медикаментозний панкреатит (у 3,1%). За наявності очевидного етіологічного чинника та класичних клінічних проявів діагностика ГП в сучасних умовах не становить значних труднощів, лікувальний алгоритм чітко визначений та зафіксований відповідними клінічними протоколами [1, 3]. Лікування ГП у більшості хворих консервативне, в умовах хірургічного стаціонару, включає знеболювальну, дезінтоксикаційну терапію, корекцію порушень водно–електролітного балансу, активне динамічне спостереження. Оскільки в деяких ситуаціях ГП ускладнюється панкреонекрозом, утворенням гострих скупчень рідини в черевній порожнині, псевдокіст, кровотечею та іншими важкими ускладненнями, необхідним є хірургічне лікування.

У деяких хворих прояви ГП можуть бути нестандартними, етіологічні чинники нехарактерні, що становить суттєву проблему як для діагностики, так і лікування. Наводимо спостереження важкого контраст–асоційованого ГП у пацієнтки 80 років, що ускладнився гострою нирковою недостатністю з анурією та синдромом поліорганної недостатності.

Пацієнтка А., 80 років, маса тіла 115 кг, доставлена машиною швидкої допомоги 20.01.2017 в клініку з кардіологічного центру з діагнозом: гостра ниркова недостатність, анурія. Пацієнтку супроводжував лікар–реаніматолог, з супровідних документів встановлено, що 18.01.2017 у плановому порядку здійснене стентування вінцевих артерій з приводу ішемічної хвороби серця. На наступну добу значно погіршився стан, виникли виражена слабкість, сплутаність свідомості, нестабільність показників гемодинаміки, АТ знизився до 10,7/5,3

кПа (80/40 мм рт. ст.), у зв'язку з чим пацієнтка переведена у відділення реанімації. На 2–гу добу виникла анурія (об'єм сечі 50 мл на добу). Хвора направлена в НІХТ для проведення гемодіалізу.

При госпіталізації стан пацієнтки вкрай тяжкий. АТ 6,0/2,7 кПа (60/20 мм рт. ст.), сопор, дезорієнтована. При огляді живіт різко здутий, напружений, болісний при пальпації, перистальтика відсутня, язик сухий, обкладений білим нашаруванням, температура тіла 38,7° С, анурія. Як в супровідних документах, так і під час розмови з супроводжуючим реаніматологом жодних відомостей, що свідчили б про гостру абдомінальну патологію, не було.

З огляду на вкрай тяжкий стан, пацієнтка негайно доставлена у відділення реанімації та інтенсивної терапії, розпочаті реанімаційні заходи з паралельною лабораторно–інструментальною діагностикою.

За результатами огляду, пальпації та перкусії живота, відомостями про введення контрастної речовини під час коронарографії та встановлення стентів припущено наявність ГП.

Діагноз підтверджений за даними лабораторного дослідження, активність апаратної амілази 2800 Од/л (у нормі до 100 Од/л). У невідкладному порядку проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, виявлений значний набряк всієї підшлункової залози без скупчень рідини в черевній порожнині. Зважаючи на низький рівень гемоглобіну (72 г/л), для виключення шлунково–кишкової кровотечі у невідкладному порядку проведені гастродуоденофіброскопія та колоноскопія, що дозволило виключити наявність кровотечі в просвіті кишечника або шлунка, за допомогою ендоскопії встановлений зонд 14 Fg за зв'язку Трейтца, налагоджене ентеральне харчування.

Рівень тропонінів в крові становив 54,9 нг/мл (у нормі – до 0,0156 нг/мл), що свідчило про гострий інфаркт міокарда.

Встановлений діагноз: контраст-асоційований ГП (тяжка форма), гостра ниркова недостатність (анурія), гострий інфаркт міокарда.

Розпочате лікування за схемою.

1-ша доба – внутрішньовенна інфузійна терапія: фуросемід, цефтріаксон, орнідазол, нексіум, суфілін, гелоспан, глюкоза. Введено 1590 мл, діурез – 250 мл.

2-га доба – введення інсуліну під контролем рівня глюкози. О 6 год вміст глюкози 17,0 ммоль/л, введено 12 Од інсуліну. Внутрішньовенна інфузія: цефтріаксон, орнізол, проксіум, сандостатин сода-буфер, нутризон, клопідогрель, фраксипарин. Об'єм інфузійної терапії 2 000 мл. На наступну добу проведений сеанс гемодіалізу, об'єм 2300 мл.

В подальшому щоденно здійснювали моніторинг стану хворої, схема лікування така сама. На 3-тю добу з'явилась перистальтика, активність апаратної амлази 200 Од/л, що дало змогу розпочати ентеральне зондове харчування. Лише на 5-ту добу після госпіталізації та після 4 сеансів гемодіалізу хвора відчувала покращення, з'явилась сеча. На 5 – 7-му добу спостерігали поліурію, на 8-му добу об'єм добової сечі нормалізувався.

Стан пацієнтки прогресивно покращувався, на 10-ту добу у задовільному стані переведена в кардіологічний стаціонар для проведення реабілітації з приводу інфаркту міокарда.

Обстежена через 6 міс, патологія підшлункової залози не виявлена.

Контраст-асоційований ГП – надзвичайно рідкісне ускладнення після лікувально-діагностич-

них процедур, зокрема, комп'ютерної томографії (КТ) з внутрішньовенним контрастуванням, ангіографії, тощо. Таке ускладнення ми спостерігали вдруге за 15 років, в літературі подібних повідомлень надзвичайно мало. Саме в теперішній час відзначають бурхливий розвиток діагностично-лікувальних методів з внутрішньовенним введенням різноманітних контрастних речовин. В нашому спостереженні ситуація ускладнилась ще й тим, що ускладнення виникло в клініці повністю кардіологічного спрямування, що зумовило відсутність правильного діагнозу при госпіталізації та відсутність будь-яких лабораторно-інструментальних досліджень, які б дали змогу припустити наявність ГП. Фактично хвора була направлена лише для проведення гемодіалізу через гостру ниркову недостатність, без огляду хірургом.

Похилий вік пацієнтки та наявність серцево-судинних захворювань, в свою чергу, утруднили діагностику ГП через нечіткість клінічних симптомів.

При госпіталізації в клініку встановлений правильний діагноз, збільшення вмісту сечовини та креатиніну потребувало проведення кількох сеансів гемодіалізу.

Лише мультидисциплінарний підхід, поліпрофільність клініки та адекватне медикаментозне забезпечення дали змогу стабілізувати стан хворої, усунути симптоми ГП.

Це спостереження, на нашу думку, має бути показовим з точки зору хірургічної настороженості під час виконання таких мініінвазив-

них процедур, як ангіографія та КТ з внутрішньовенним підсиленням, а спеціалісти, які щоденно виконують такі процедури, повинні знати про можливість виникнення такого рідкісного ускладнення, як контраст-асоційований ГП, і за будь-якої нестандартної ситуації обов'язково залучати всіх фахівців, в тому числі хірургів, анестезіологів та кардіологів.

## ВИСНОВКИ

1. Контраст-асоційований ГП – надзвичайно рідкісне ускладнення, що спостерігають після процедур, пов'язаних з внутрішньовенним введенням контрастних речовин під час ангіографії та КТ з внутрішньовенним підсиленням. Дані про частоту виникнення такого ускладнення відсутні як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі, а публікації на цю тему поодинокі.

2. Успішне лікування пацієнтів з приводу контраст-асоційованого ГП можливе при застосуванні мультидисциплінарного підходу, з залученням хірургів, анестезіологів-реаніматологів, кардіологів, нефрологів та фахівців з функціональної діагностики.

3. Спеціалісти з променевої діагностики, інтервенційні радіологи, ендovasкулярні хірурги, хірурги загальної практики та анестезіологи-реаніматологи мають бути поінформовані та пам'ятати про можливість виникнення контраст-асоційованого ГП, при припущенні про його виникнення негайно направляти хворого до профільного хірургічного закладу для надання мультипрофільної таргетної медичної допомоги.

## REFERENCES

1. Srinivasan G, Venkatakrishnan L, Sambandam S, Singh G, Kaur M, Janarthan K, John BJ. Current concepts in the management of acute pancreatitis. *J Family Med Prim Care*. 2016 Oct–Dec;5(4):752–8. doi: 10.4103/2249-4863.201144.
2. Huber W, Phillip V, Schmid R, Schneider J. Acute Pancreatitis: What is new? *Dtsch Med Wochenschr*. 2017 Apr;142(7):525–9. doi: 10.1055/s-0042-100233.
3. Aguiar F, Pereira S, Rodrigues M, Ribeiro A, Brito I. Juvenile systemic lupus erythematosus and acute pancreatitis: a rare and potentially fatal presentation. *Acta Reumatol Port*. 2017 Jan–Mar;42(1):96–7.