



Н.В. Чубченко, Л.П. Баштан

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** деструктивные формы острого панкреатита, интенсивная терапия, прокальцитонин, гемодиализация.

Проанализированы результаты лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита. Для диагностики тяжести заболевания определяли концентрацию прокальцитонина. В лечении применяли продленную вено-венозную гемодиализацию.

### Аналіз результатів лікування хворих на деструктивні форми гострого панкреатиту

Н.В. Чубченко, Л.П. Баштан

Проаналізовано результати лікування хворих на деструктивні форми гострого панкреатиту. Для діагностики важкості захворювання визначали концентрацію прокальцитоніну. У лікуванні використовували подовжену вено-венозну гемодіалізацію.

**Ключові слова:** деструктивні форми гострого панкреатиту, інтенсивна терапія, прокальцитонін, гемодіалізація.

### Analysis of the results of treatment of patients with destructive forms of acute pancreatitis

N.V. Chubchenko, L.P. Bashtan

There were analyzed the results of treatment of patients with destructive forms of acute pancreatitis in this article. The concentration of procalcitonin was determined to diagnose the severity of disease. Continuous veno-venous hemodiafiltration were used in treatment.

**Key words:** destructive forms of acute pancreatitis, intensive therapy, procalcitonin, hemodiafiltration.

В Украине заболеваемость острым панкреатитом (ОП) составляет 102 на 100 000 населения [1]. В последние годы начато целенаправленное исследование методов диагностики тяжести течения заболевания. Наиболее перспективным представляется определение концентрации прокальцитонина плазмы крови [2–4]. Прокальцитонин (ПКТ) позволяет проводить дифференциальную диагностику стерильного и инфицированного панкреонекроза [4]. В специализированной литературе все чаще описывают опыт применения методов продленной заместительной почечной терапии. Из них метод гемодиализации достаточно эффективно воздействует как на уремические нарушения гомеостаза, так и на сложную эндотоксемию, свойственную системно-воспалительной реакции [5].

#### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать результаты лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита с применением современных методов диагностики тяжести течения заболевания и методов экстракорпоральной детоксикации.

#### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 15 пациентов с деструктивными формами ОП, находившихся на лечении в отделении анестезиологии с койками для интенсивной терапии (ОАИТ) КУ ГКБЭ и СМП г. Запорожья. На момент поступления в ОАИТ 12 больных имели тяжелое течение (АРАСНЕ II  $\geq$  8 баллов), 3 – крайне тяжелое (АРАСНЕ II  $\geq$  12). Ежедневно тяжесть состояния больного оценивали по шкале АРАСНЕ II, степень полиорганной недостаточности (ПОН) – по шкале SOFA, степень эндогенной интоксикации устанавливали с учетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), концентрации прокальцитонина.

Терапия включала:

- лапароскопию с расширенным дренированием брюшной полости;
- коррекцию водно-электролитных расстройств;
- кислородотерапию;
- адекватное обезболивание с применением метода пролонгированной эпидуральной аналгезии;
- угнетение секреторной функции поджелудочной железы и желудка;
- инактивацию ферментов в сосудистом русле;
- антибактериальную терапию;
- профилактику распространения некрозов и микротромбообразования;
- раннее энтеральное питание с коррекцией синдрома кишечной недостаточности;
- детоксикацию путем форсированного диуреза. Семи пациентам проводили 2–3 сеанса малообъемного плазмафереза. Трём пациентам с нарастающей эндогенной интоксикацией и полиорганной дисфункцией проводили от 1 до 3 сеансов продолжительной вено-венозной гемодиализации.

Для определения объема и эффективности интенсивной терапии осуществляли динамический контроль клинико-биохимических показателей, проводили УЗИ органов брюшной полости, компьютерную томографию.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

12 пациентов с тяжелым течением ОП получали стандартный комплекс интенсивной терапии. Из них у 7 отмечена положительная динамика: снизился ЛИИ, прокальцитонин, уменьшилось количество баллов по шкале АРАСНЕ II и SOFA. На 8–10 сутки состояние пациентов позволило перевести их в хирургическое отделение. У 2 больных состояние



оставалось стабильно тяжелым: ЛИИ 8–9, фибриноген  $\geq 6$  г/л, концентрация прокальцитонина от 0,5–2 нг/мл. С целью детоксикации в объем интенсивной терапии включены 1–3 сеанса малообъемного плазмафереза. На 12–13 сутки присоединились гнойные осложнения, что потребовало выполнения санационной лапаротомии. После этого отмечена положительная динамика с последующим выздоровлением. Лечение в ОАИТ продолжалось 23–26 дней. У 3 пациентов, несмотря на проводимую терапию, с 6 дня состояние стало крайне тяжелым (APACHE II  $\geq 10$  баллов, по шкале SOFA 3 балла, прокальцитонин  $\geq 2$  нг/мл, ЛИИ  $\geq 8$ ). В связи с прогрессированием тяжести заболевания, им провели 1–3 сеанса продленной вено-венозной гемодиализации. На первые сутки после первого сеанса удалось ликвидировать развивающуюся дыхательную недостаточность, стабилизировать показатели гемодинамики. Последующие сеансы привели к снижению количества баллов по APACHE II  $\leq 6$ , SOFA  $\leq 3$ , снизился ЛИИ  $\leq 7$  и прокальцитонин. Из трех пациентов, получавших сеансы гемодиализации, у двух заболевание завершилось выздоровлением, у одного – смертельным исходом.

Из 12 пациентов, поступивших в тяжелом состоянии, у 11 наступило выздоровление, пять имели гнойно-септические осложнения, которые в одном случае привели к летальному исходу.

Трем пациентам, поступивших в крайне тяжелом состоянии, провести гемодиализацию из-за наличия противопоказаний не представлялось возможным. В течение 4–7 суток у них развивался панкреатогенный шок и ПОН, которые привели к летальному исходу.

## ВЫВОДЫ

Для оценки тяжести состояния и выраженности полиорганной недостаточности наряду с использованием шкал APACHE II и SOFA, ЛИИ разумно определять концентрацию прокальцитонина крови.

В комплекс интенсивной терапии у больных с тяжелыми деструктивными формами острого панкреатита целесообразно включение продолжительной вено-венозной гемодиализации.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту: Метод. реком. / сост. П.Д.Фомін. – К.: МОЗ України, Укр. Центр наук. мед. інфор. та патентно-ліцензійної роботи, 2012. – 80 с.
2. Мищенко Д.Л. Полуколичественное определение прокальцитонина в диагностике гнойно-септических осложнений острого панкреатита / Мищенко Д.Л. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2004. – №2 (д). – С. 68–70.
3. Деструктивный панкреатит: доказательные методы диагностики и лечения / Гельфанд Б.Р., Филимонов Т.Б., Бурневич С.З., Орлов Б.Б. – М., 2008. – С. 2–12.
4. Прокальцитонин: новый лабораторный диагностический маркер сепсиса и гнойно-септических осложнений в хирургии / Б.Р. Гельфанд, Т.Б. Филимонов, С.З. Бурневич, Н.А. Сергеева // Вестник интенсивной терапии. – 2003. – №2. – С. 16–20.
5. Коррекция органных дисфункций при деструктивных формах острого панкреатита / А.А. Смагин, Д.А. Наборщиков, Е.И. Стрельцова, Е.И. Верещагин, А.Ю. Демур // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – №8. – С. 53–57.

### Сведения об авторах:

Чубченко Н.В., врач-интерн/магистрант каф. медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии ЗГМУ.  
Баштан Л.П., к. мед. н., доцент каф. медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии ЗГМУ.

Поступила в редакцию 18.04.2013 г.