

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ**

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет

(г. Запорожье)

<sup>2</sup>КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи»

(г. Запорожье)

braviorio@gmail.com

**Вступление.** В последние десятилетия острый панкреатит занимает лидирующее положение в практике неотложной абдоминальной хирургии, уступая по частоте только острому аппендициту. Больные острым панкреатитом составляют 9-17% от общего числа пациентов хирургического профиля [3,4]. Заболеваемость острым панкреатитом в Украине колеблется в пределах 36-40 случаев на 100.000 населения. В 15-25% случаев острый панкреатит носит тяжелый деструктивный характер и сопровождается различными осложнениями, которые являются основной причиной летального исхода. Общая летальность при данной патологии колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах – возрастает до 24-60%, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [1,5,6]. За последние 15 лет достигнуты значительные успехи в понимании природы острого панкреатита, значительно улучшились методы визуализации поджелудочной железы [7]. Таким образом, стало возможным оценивать особенности течения острого панкреатита, его тяжесть и осложнения в режиме реального времени. Это позволило проводить объективную оценку различных новых подходов, разработанных с целью существенного сокращения смертности при этом заболевании [2].

В 2013 г. IAP (International Association of Pancreatology) совместно с APA (American Pancreatic Association) были разработаны клинические рекомендации по лечению больных с острым панкреатитом, которые позволяют изменить подходы к ведению пациентов с тяжелым панкреатитом. Главным отличием в тактике ведения данной группы пациентов является отказ от применения антибактериальных средств с целью профилактики инфицирования панкреатита и консервативная тактика ведения больных с гидроперитонеумом (показанием к оперативному вмешательству является наличие клиники перитонита и компартмент-синдрома, который резистентный к медикаментозной терапии) [8].

Данные рекомендации начали применяться в КУ «ГКБЭ и СМП г. Запорожья» с 2015 года, и в нашей работе мы сравнили результаты лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести до и после внедрения их в клиническую практику.

**Цель исследования.** Оценить результаты лечения больных с острым панкреатитом тяжелой степени после применения клинических рекомендаций IAP\APA.

**Объект и методы исследования.** В период с 2012 по 2017 год в 1 хирургическом отделении КУ «ГКБЭ и СМП г. Запорожье» с диагнозом острый панкреатит тяжелой степени тяжести находилось 74 пациента. Все пациенты были разделены на 2 группы – основная и группа сравнения.

В основную группу вошло 33 (44,6%) пациента с острым панкреатитом тяжелой степени, к лечению которых применялись рекомендации IAP\APA. 14 (42,4%) женщин и 19 (57,6%) мужчин. Средний возраст в исследуемой группе составил 47,4±17,3 лет.

В группу сравнения (41 (55,4%) пациент) вошли больные с тяжелым острым панкреатитом, которым проводилось лечение согласно стандартам и клиническим рекомендациям, утвержденным МОЗ (приказ № 297 от 02.04.2010 г). Среди пациентов: 17 (41,7%) женщин и 24 (58,3%) мужчины. Средний возраст в исследуемой группе был 48,6±12,4 лет (**табл. 1**).

Для определения степени тяжести острого панкреатита применялась стандартизированная шкала Imrie (Glasgow) (1984) (**табл. 2**).

Таблица 1.

**Возрастная структура больных**

Возраст пациентов	Основная группа	Контрольная группа
	Количество больных (% от общего количества)	Количество больных (% от общего количества)
До 30 лет	10 (30,3 %)	13 (31,7 %)
31–59 лет	15 (45,5 %)	16 (39,0 %)
≥60 лет	8 (24,2 %)	12 (29,3 %)
Всего	33 (100 %)	41 (100 %)

Каждый параметр в данной шкале имеет оценку в 1 балл. Наличие 3-х и более баллов по шкале Imrie (Glasgow) указывало на наличие у больного тяжелого панкреатита и являлось критерием для отбора пациентов в исследование.

Обследование пациентов на этапе госпитализации в обеих группах проводилось в одинаковом объеме (**табл. 3**).

**Таблиця 2.**

**Шкала оценки тяжести острого панкреатита Imrie (Glasgow)**

Показатель	Характеристика
Возраст	> 55 лет
Лейкоцитоз	> 15,0 x 10 <sup>9</sup> /л
Гипергликемия	> 10,0 ммоль/л
Мочевина	> 16,0 ммоль/л
pO <sub>2</sub>	< 60,0 мм рт.ст.
Кальций	< 2,0 ммоль/л
Альбумин	< 32,0 г/л
ЛДГ	> 600,0 МЕ/л
АСТ	> 100,0 МЕ/л

Лечение острого панкреатита в обеих группах проводилось в условиях отделения интенсивной терапии, палатах интенсивного наблюдения хирургического отделения.

**Обследование пациентов основной и группы сравнения**

Методы обследования	Основная группа	Группа сравнения
Лабораторные методы	ОАК, ОАМ, коагулограмма, биохимическая панель (общий белок крови, альбумин, билирубин, креатинин, мочевины, амилаза, калий, натрий, кальций, глюкоза, хлориды, ЛДГ, АСТ), амилаза мочи, группа крови, RW.	
Инструментальные методы	УЗИ органов брюшной полости, почек, забрюшинного пространства и плевральных полостей; обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости; ФГДС; ЭКГ; измерялось внутрибрюшное давление.	
Консультации смежных специалистов	Осмотр терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога – в обязательном порядке, остальные – по показаниям.	

Консервативная терапия в обеих группах назначалась согласно стандартам и клиническим рекомендациям, утвержденным МОЗ (приказ № 297 от 02.04.2010 г.) (табл. 4).

Пациентам группы сравнения при наличии в брюшной полости, сальниковой сумке и/или парапанкреатической клетчатке жидкостного компонента выполнялась лечебно-диагностическая видеолaparоскопия с дренированием сальниковой сумки, брюшной полости, парапанкреатической клетчатки.

Пациентам основной группы при наличии эксудативных изменений в брюшной полости, со-

гласно рекомендациям IPA\APA, проводилась консервативная терапия с динамическим наблюдением.

Результаты исследования обработаны методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента с помощью программы Microsoft Excel, STATISTICA 6.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Подавляющим большинством в обеих группах (25 (75,8%) и 29 (70,7%) соответственно) были люди трудоспособного возраста.

Все пациенты были госпитализированы во временном промежутке от 6 до 72 часов с момента начала заболевания: 18,3 ± 5,7 часов в основной и 16,9 ± 7,4 часов в группе сравнения.

По результатам дополнительных методов обследования в основной группе у 33 (100%) пациентов были эхопризнаки острого панкреатита. У

**Таблиця 3.**

21 (63,6%) из них во время первичного исследования выявлено гидрперитонеум 250,0 ± 120,0 мл, у 2 (6,1%) – гидроторакс 100,0 ± 70,0 мл, у 2 (6,1%) – парапанкреатическую инфильтрацию. У 9 (27,3%) выявлены конкременты в желчном пузыре. В группе сравнения на момент госпитализации у 38 (92,7%) больных обнаружены эхопризнаки острого панкреатита (у 3 (7,3%) пациентов ввиду аэроколии поджелудочная железа не визуализирована).

**Таблиця 4.**

**Консервативная терапия у пациентов основной и группы сравнения**

Направленность лечения	Основная группа	Группа сравнения
Обезболивание	Внутримышечное или внутривенное введение наркотических анальгетиков, применение НПВС, налбуфина; эпидуральная блокада с введением 0,25% лонгокаина 2,0-5,0 мл каждые 3 часа.	
Функциональный покой поджелудочной железы	Голод, постоянная назогастральная аспирация, парентеральное введение H <sub>2</sub> -блокаторов рецепторов гистамина, примененей ингибиторов протонной помпы.	
Подавление внешней секреции органа	Применение октреатида (сандостатина) каждые 6 часов в дозе 50,0-100,0 мг.	
Снижение внутрипротоковой гипертензии	Спазмолитические средства.	
Возмещение потерь и обеспечение естественных потребностей в жидкостях и электролитах	Инфузия изотонических растворов (регулировалась по величине центрального венозного давления, гематокрита, диуреза), растворы белков, препараты с высокими онкотическими свойствами, реологически активные препараты (регулировалась по уровню общего белка и электролитов крови).	
Борьба с системной ферментемией	Форсирование диуреза, инфузия ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс).	
Профилактика гнойных осложнений	Не проводилась	Парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия.
Раннее восстановление функций желудочно-кишечного тракта	Медикаментозная стимуляция моторики кишечника, с 4-6-го дня – энтеральное зондовое питание.	

Таблиця 5.

**Характеристика основной и группы сравнения на момент поступления в стационар**

Показатель	Основная группа		Группа сравнения	
	Среднее значение показателя	Количество пациентов (% от общего количества)	Среднее значение показателя	Количество пациентов (% от общего количества)
УЗИ-признаки острого панкреатита	–	33 (100 %)	–	38 (92,7 %)
Гидроперитонеум	250,0 ± 120,0 мл	21 (63,6 %)	210,0 ± 150,0 мл	34 (82,9 %)
Гидроторакс	100,0 ± 70,0 мл	2 (6,1 %)	120,0 ± 60,0 мл	5 (12,2 %)
Инфильтрация парапанкреатической клетчатки	–	2 (6,1 %)	–	6 (14,6 %)
УЗИ-признаки ЖКБ	–	9 (27,3 %)	–	17 (41,7 %)
Повышение амилазы крови	83,5 ± 36,4 ЕД\л	24 (72,7 %)	78,3 ± 31,1 ЕД\л	37 (90,2 %)
Лейкоцитоз	11,4 ± 2,1 × 10 <sup>9</sup> /л	33 (100 %)	12,3 ± 2,9 × 10 <sup>9</sup> /л	41 (100 %)
Повышение амилазы мочи	238,0 ± 122,0 ЕД\л	12 (36,4 %)	312,0 ± 156,0 ЕД\л	18 (43,9 %)
Гипертермия	37,7 ± 1,3 °С	8 (24,2 %)	38,0 ± 1,5 °С	11 (26,8 %)

У 34 (82,9%) из них во время первичного исследования выявлено гидроперитонеум 210,0 ± 150,0 мл, у 5 (12,2%) – гидроторакс 120,0 ± 60,0 мл, у 6 (14,6%) – парапанкреатическую инфильтрацию. У 17 (41,7%) выявлены конкременты в желчном пузыре на фоне хронического холецистита.

В основной группе на момент госпитализации повышение уровня амилазы в крови отмечалось у 24 (72,7%) пациентов – 83,5 ± 36,4 ЕД\л, в группе сравнения – у 37 (90,2%) больных – 78,3 ± 31,1 ЕД\л.

Лейкоцитоз на момент поступления отмечен у всех пациентов как основной, так и в группе сравнения и составляет 11,4 ± 2,1 × 10<sup>9</sup>/л и 12,3 ± 2,9 × 10<sup>9</sup>/л соответственно.

Амилаза мочи в основной группе повышена у 12 (36,4%) больных и составляет 238,0 ± 122,0 ЕД\л, в группе сравнения – у 18 (43,9%) пациентов и составляет 312,0 ± 156,0 ЕД\л (норма до 128,0 ЕД\л).

На момент госпитализации повышение температуры тела в основной группе наблюдалось у 8 (24,2%) пациентов до значений 37,7 ± 1,3 °С, в группе сравнения – у 11 (26,8%) больных до цифр 38,0 ± 1,5 °С.

Сравнение групп по перечисленным показателям приведено в **таблице 5**.

Пациентам группы сравнения, при наличии гидроперитонеума, жидкостными скоплениями в парапанкреатической клетчатке и\или сальниковой сумке выполняли видеолaparоскопию с дренированием сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки (по показаниям), брюшной полости. В послеоперационном периоде этим больным проводился УЗИ-контроль

брюшной полости и плевральных полостей через каждые 48-72 часа, контролировался уровень лейкоцитов в периферической крови, амилазы крови и мочи, билирубин, креатинин, электролиты крови, определялся уровень амилазы в отделяемом из дренажей, проводился посев экссудата для определения патогенной микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

У пациентов основной группы, при наличии экссудативных явлений в брюшной полости и забрюшинном пространстве без признаков перитонита, проводили консервативное лечение. Этим пациентам выполняли динамическое УЗИ брюшной полости и плевральных полостей через каждые 48-72 часа, производился контроль уровня лейкоцитов в периферической крови, уровня амилазы крови и мочи, билирубина, креатинина, электролитов крови. По показаниям (гидроторакс ≥ 300,0 мл) 4 (12,1 %) пациентам выполнялись плевральные пункции.

Всем пациентам основной и группах сравнения на 6-9 сутки с момента начала заболевания выполняли КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием. По его результатам у 12 (36,4%) больных основной группы и 24 (58,5%) группы сравнения имелись КТ-

Таблиця 6.

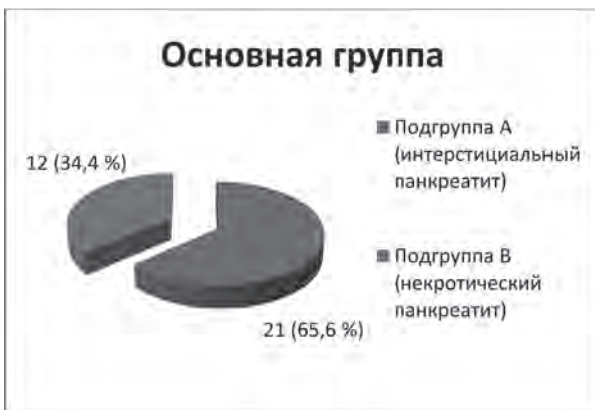
**Данные КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием**

Критерий	Основная группа		Группа наблюдения	
	Значение критерия (балл индекса CTSI)	Количество пациентов (% от общего кол-ва)	Значение критерия (балл индекса CTSI)	Количество пациентов (% от общего кол-ва)
Степень поражения поджелудочной железы по шкале Бальтазар	Степень «А» (0 б)	0 (0 %)	Степень «А» (0 б)	0 (0 %)
	Степень «В» (1 б)	21 (63,6 %)	Степень «В» (1 б)	17 (41,5 %)
	Степень «С» (2 б)	5 (15,2 %)	Степень «С» (2 б)	10 (24,4 %)
	Степень «D» (3 б)	4 (12,1 %)	Степень «D» (3 б)	9 (21,9 %)
	Степень «E» (4 б)	3 (9,1 %)	Степень «E» (4 б)	5 (12,2 %)
Степень некроза поджелудочной железы	0 % (0 б)	21 (63,6 %)	0 % (0 б)	17 (41,5 %)
	≤30,0 % (2 б)	6 (18,2 %)	≤30,0 % (2 б)	12 (29,3 %)
	30,0-50,0 % (4 б)	3 (9,1 %)	30,0-50,0 % (4 б)	8 (19,5 %)
	≥50,0 % (6 б)	3 (9,1 %)	≥50,0 % (6 б)	4 (9,7 %)

признаки некроза поджелудочной железы различной степени выраженности, у остальных – интерстициальный панкреатит – 21 (65,6%) и 17 (41,5%) (табл. 6).

Таким образом, в основной группе КТ-индекс тяжести (Computed Tomography Severity Index – CTSI) 0-3 балла имел место у 22 (66,7%), 4-6 баллов – 6 (18,2%), 7-10 баллов – 5 (15,2%). В группе сравнения CTSI составлял соответственно 20 (48,8%), 13 (31,7%) и 8 (19,5%).

По результатам КТ больные основной и группы сравнения разделены на 2 подгруппы: подгруппа А – пациенты с интерстициальным панкреатитом – 21 (65,6%) и 17 (41,5%); подгруппа В – с некротическим панкреатитом – 12 (36,4%) и 24 (58,5%) (рис.).



терапии экссудат в брюшной полости не визуализировался.

В подгруппе А группы сравнения в послеоперационном периоде отделяемое из дренажей сохранялось до  $11,3 \pm 5,6$  дней. При этом лишь у 3 (17,7%) пациентов имелось повышение уровня амилазы в экссудате до  $64,7 \pm 14,3$  ЕД\л.

На фоне лечения уровень амилазы крови в подгруппе А основной группы приходил к норме на  $7,1 \pm 3,4$  сутки, в группе сравнения – на  $7,8 \pm 3,1$  сутки.

Лейкоцитоз в периферической крови в подгруппе А основной группы сохранялся до  $11,6 \pm 4,2$  суток, в то время как в группе сравнения повышение количества лейкоцитов наблюдалось до  $17,1 \pm 4,7$  суток.

В подгруппе А группы сравнения у 4 (23,5%) оперированных на 10-12 сутки отмечалось повышение

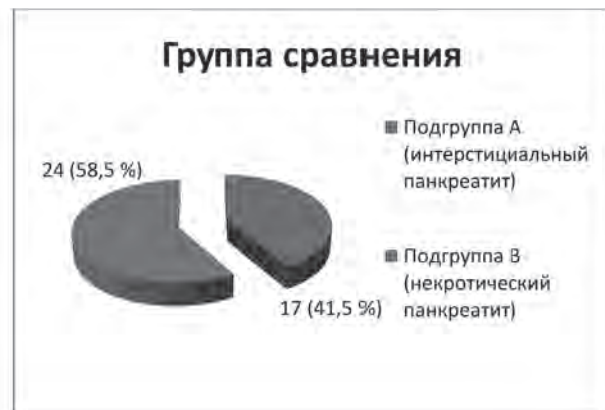


Рис. Разделение основной и группы сравнения на подгруппы согласно результатам КТ.

У пациентов с интерстициальным панкреатитом (подгруппа А) в основной группе – 21 (65,6%) и в группе сравнения – 17 (41,5%) гипертермии на момент госпитализации в стационар не отмечалось.

С целью профилактики микробного инфицирования в группе сравнения после поступления в стационар использовали антибиотики широкого спектра действия: препаратами первой линии были цефалоспорины IV поколения (цефепим 1,0 г два раза в сутки) или фторхинолоны (левофлоксацин 500,0 мг два раза в сутки) в комбинации с метронидазолом. Назначение антибиотиков с профилактической целью в основной группе не проводилось.

Гидроперитонеум в подгруппе А группы сравнения выявлен у 8 (38,1%) пациентов –  $180,0 \pm 75,0$  мл, что стало поводом к выполнению видеолaparоскопии и дренирования брюшной полости. В подгруппе А основной группы гидроперитонеум до  $195,0 \pm 60,0$  мл выявлен у 9 (42,9%).

На фоне лечения в подгруппе А основной группы мы наблюдали увеличение жидкостного компонента в брюшной полости у 2 (9,2%) пациентов на  $110,0 \pm 50,0$  мл. Еще у 3 (14,3%) пациентов без гидроперитонеума при первичном обследовании, на 1-2 сутки после госпитализации отмечается появление выпота в брюшной полости до  $135,0 \pm 45,0$  мл. Наростание количества экссудата в животе отмечалось до 4-5 суток, после чего отмечается тенденция к медленному уменьшению свободной жидкости в брюшной полости. К 10-12 суткам с момента начала

температуры тела до  $38,4 \pm 1,1$  °С, что потребовало проведение повторного курса антибиотикотерапии с применением препаратов второй линии: карбопенемы (меропенем, имипенем), линезолидин, тайгекцилин, ванкомицин.

Койкодень в подгруппе А основной группы составил  $12,6 \pm 3,8$  дней, в группе сравнения –  $19,4 \pm 4,1$  дней,  $p < 0,05$ .

На момент выписки из стационара в подгруппе А основной и группы сравнения экссудата и\или ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено.

Летальных случаев в подгруппе А обеих групп не было.

У 12 (36,4%) больных основной группы и 24 (58,5%) группы сравнения с некротическим панкреатитом (подгруппа В) гипертермия на момент госпитализации наблюдалась у 8 (66,7%) пациентов до значений  $37,9 \pm 1,3$  °С, в группе сравнения – у 11 (45,8%) больных до цифр  $38,0 \pm 1,5$  °С.

Всем этим пациентам после поступления в стационар была начата антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия: цефалоспорины IV поколения (цефепим 1,0 г дважды в сутки) или фторхинолоны (левофлоксацин 500,0 мг дважды в сутки) в комбинации с метронидазолом.

Гидроперитонеум в подгруппе В группы сравнения обнаружен у 22 (91,7%) пациентов –  $180,0 \pm 75,0$  мл, что стало поводом к выполнению видеолaparоскопии и дренирования брюшной полости. В

подгруппе В основной группы гидроперитонеум до  $195,0 \pm 60,0$  мл выявлен у 12 (100%).

В подгруппе В основной группы на фоне консервативной терапии увеличение жидкостного компонента в брюшной полости наблюдалось у 7 (58,3%) пациентов на  $120,0 \pm 55,0$  мл. Наростание количества свободной жидкости в животе отмечали до 5-7 суток, после чего отмечалась тенденция к медленному уменьшению жидкости в брюшной полости. К 13-16 суткам с момента начала терапии свободная жидкости в брюшной полости не визуализировалась. У 6 (50,0%) пациентов отмечено ограниченное скопление жидкости в сальниковой сумке  $75,0 \pm 55,0$  мл, у 3 (25,0%) – в парапанкреатическом пространстве –  $50,0 \pm 25,0$  мл.

У пациентов подгруппы В группы сравнения в послеоперационном периоде отделяемое из дренажей сохранялось до  $13,4 \pm 4,6$  дней. При этом у 16 (66,7%) пациентов имелось повышение уровня амилазы в экссудате до  $52,8 \pm 17,4$  ЕД\л. По данным УЗИ у 8 (33,3%) пациентов после видеолапароскопии имелось ограниченное жидкостное скопление в сальниковой сумке  $125,0 \pm 35,0$  мл, у 5 (20,8%) – в парапанкреатической клетчатке  $85,0 \pm 45,0$  мл.

Уровень амилазы крови в основной группе приходил к норме на  $8,7 \pm 2,6$  сутки, в группе сравнения – на  $9,8 \pm 3,1$  сутки.

Лейкоцитоз в периферической крови в основной группе сохранялся до  $13,8 \pm 4,7$  суток, в то время как в группе сравнения повышение количества лейкоцитов наблюдалось до  $18,2 \pm 3,7$  суток.

Гипертермия в подгруппе В основной группы и группы сравнения определялась до  $8,1 \pm 2,1$  и  $11,4 \pm 4,3$  дня.

У 3 (25,0%) больных в подгруппе В основной группы имелось повторное повышение температуры на 10-12 сутки, что потребовало проведение повторного курса антибиотикотерапии со сменой антибиотика (препаратами второй линии были карбопенемы (меропенем, имипенем), линезолидин, тайгециклин, ванкомицин). У 1 (8,3%) пациента по данным УЗИ имелось увеличение жидкостного образования сальниковой сумки до 500,0 мл с однородной экоструктурой содержимого. Под контролем УЗИ на 14 сутки с момента заболевания выполнено дренирование жидкостного образования сальниковой сумки полихлорвиниловым дренажем с проведением курса антибиотикотерапии карбопенемами. На контрольном УЗИ в сальниковой сумке и брюшной полости жидкостных скоплений не выявлено, дренаж удален на 12 сутки после дренирования.

У 1 (8,3%) пациентки подгруппы В основной группы на фоне консервативной терапии по данным КТ имелось тромбирование портальной вены с реканализацией тромба. Еще у 1 (8,3%) больного имел место посткатетеризационный тромбоз внутренней яремной вены справа. Это потребовало проведении дополнительной антикоагулянтной и антиагрегантной терапии и удлинено сроки пребывания больных в стационаре.

В подгруппе В основной группы был 1 (8,3%) летальный исход. Пациент поступил в стационар в

крайне тяжелом состоянии с явлениями выраженной интоксикации и нестабильной гемодинамикой на фоне острого панкреатита, был госпитализирован в отделение интенсивной терапии. На фоне лечения у больного прогрессивное ухудшение состояния, нарастали явления полиорганной недостаточности, подключены методы экстакорпоральной детоксикации. Больной в течение 3 суток с момента госпитализации умер. Результаты вскрытия показали некроз 100% паренхимы поджелудочной железы с выраженной перипанкреатической инфильтрацией, наличием гидроторакса до 250,0 мл и гидроперитонеума до 600,0 мл, токсическим поражением обеих почек, дистрофией и ишемией паренхиматозных органов.

У 13 (54,9%) пациентов подгруппы В группы сравнения на 12-14 сутки с момента начала заболевания отмечалось повторное повышение температуры тела с гипертермией до  $38,6 \pm 1,5$  °C и лейкоцитозом, что свидетельствовало об инфицировании панкреонекроза. Назначение антибактериальной терапии (карбопенемы, ванкомицин, линезолидин, тайгециклин) лишь у 4 (16,7%) больных дало положительный эффект. Повторное оперативное вмешательство посредством лапаротомии выполнено 9 (37,5%) пациентам.

В послеоперационном периоде 7 (29,9%) пациентам этой подгруппы выполнялись релапаротомии: 2 (8,3%) по поводу аррозивного кровотечения, 4 (16,7%) – гнойно-септические осложнения в брюшной полости, 1 (4,2%) – некроз поперечно-ободочной кишки.

Летальность в группе сравнения составила 8 (33,3%) пациентов.

Койкодень в основной группе составил  $19,6 \pm 7,8$  дней, в группе сравнения –  $26,4 \pm 9,1$  дней,  $p < 0,05$ .

### Выводы

1. Острый панкреатит является тяжелой хирургической патологией, которая нуждается в разработке новых подходов к ее лечению.

2. Применение клинических рекомендаций, разработанных IPA\АРА, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести, уменьшить длительность пребывания больных в стационаре ( $12,6 \pm 3,8$  дней в сравнении с  $19,4 \pm 4,1$  днями при интерстициальном панкреатите,  $p < 0,05$ ;  $19,6 \pm 7,8$  дней по сравнению с  $26,4 \pm 9,1$  днями при некротическом панкреатите,  $p < 0,05$ ) и тем самым снижает материальные затраты на лечение данной группы пациентов.

3. Применены данных рекомендаций позволило снизить уровень летальных исходов у больных с некротическим панкреатитом с 33,3% до 8,3%,  $p < 0,01$ .

### Перспективы дальнейших исследований.

Исследование в данной отрасли открывает широкие перспективы в разработке новых подходов к лечению пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени, особенно в группе больных с некротическими изменениями поджелудочной железы, созданию и обоснованию новых протоколов лечения данной группы пациентов.

### Литература

1. Al'bertovich V.A. Otsenka tyazhesti sostoyaniya bol'nykh s ostrym destruktivnym pankreatitom pri vybere taktiki lecheniya / V.A. Al'bertovich // Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. – 2013. – № 5. – Tom 94. – S. 633-636.
2. Bazhenova YU.V. Komp'yuternaya tomografiya v diagnostike ostrogo pankreatita / YU.V. Bazhenova, V.A. Shanturov, T.N. Boyko [i dr.] // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk). – 2013. – № 6. – S. 159-161.
3. Durlshter V.M. Primeneniye maloinvazivnykh khirurgicheskikh vmeshatel'stv v lechenii ostrogo destruktivnogo pankreatita / V.M. Durlshter, A.V. Andreyev, YU.S. Kuznetsov, S.A. Gabriyel' [i dr.] // Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. – 2013. – № 3 (138). – S. 62-66.
4. Kondratyuk O.P. Taktichnnyy podkhod do likuvannya destruktivnykh form gostrogo pankreatitu z vikoristanniyam maloinvazivnykh tekhnologiy ta yendoskopichnykh vtruchan' / O.P. Kondratyuk // Ukrains'kiy zhurnal khirurhiv. – 2010. – № 2. – S. 139-142.
5. Ovsyanik D.M. Aspekty patomorfogeneza i diagnostiki infitsirovannogo pankreonekroza (obzor literatury) / D.M. Ovsyanik // Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. – 2014. – № 3. – Tom 13. – S. 92-102.
6. Chikayev V.F. Algoritm diagnostiki ostrogo pankreatita / V.F. Chikayev, A. R. Aydarov, R.A. Ibragimov [i dr.] // Prakticheskaya meditsina. – 2013. – № 1-2 (69). – S. 174-177.
7. Carroll J.K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment / J.K. Carroll, B. Herrick, T. Gipson [et al.] // Am. Fam. Physician. – 2007. – № 10. – P. 1513-1520.
8. Working Group IAP / APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP / APA evidence – based guidelines for the management of acute pancreatitis // Pancreatology. – 2013. – Volume 13. – Issue 4. – Supplement 2. – P. 1-15.

#### **ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ**

**Завгородній С. М., Рилов А. І., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Ярешко Н. О.**

**Резюме.** Хворі гострим панкреатитом складають 9-17% від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. Загальна летальність при цьому захворюванні коливається від 4,5 до 15%, при деструктивних формах – зростає до 24-60%, а післяопераційна досягає 70% і не має тенденції до зниження. У 2013 р. IAP (International Association of Pancreatology) спільно з APA (American Pancreatic Association) були розроблені клінічні рекомендації з лікування хворих з гострим панкреатитом, які дозволяють змінити підходи до ведення пацієнтів з важким панкреатитом.

**Мета дослідження.** Оцінити результати лікування хворих з гострим панкреатитом тяжкого ступеня після застосування клінічних рекомендацій IAP\APA.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 74 історій хвороби пацієнтів, які надійшли в 1 хірургічне відділення КУ «ГКБЕ і СМП р. Запоріжжя» з діагнозом гострий панкреатит важкого ступеня тяжкості за період з 2012 по 2017 роки.

**Результати та обговорення.** Всі пацієнти були розділені на 2 групи – основну та групу порівняння. В основну групу увійшло 33 (44,6%) пацієнта з гострим панкреатитом тяжкого ступеня, до лікування яких застосовувались рекомендації IAP\APA. В групу порівняння (41 (55,4%) пацієнт) увійшли хворі з важким гострим панкреатитом, яким проводилось лікування відповідно до стандартів та клінічних рекомендацій, затверджених МОЗ України (наказ № 297 від 02.04.2010 р.). Нами проведений аналіз даних додаткових інструментальних і лабораторних методів дослідження, методів і ефективності лікування пацієнтів в даних групах.

**Висновки.** 1. Гострий панкреатит є важкою хірургічною патологією, яка потребує розробки нових підходів до її лікування. 2. Застосування клінічних рекомендацій, розроблених IAP\APA, дозволяє покращити результати лікування пацієнтів з гострим панкреатитом важкого ступеня тяжкості, зменшити тривалість перебування хворих у стаціонарі (12,6 ± 3,8 днів у порівнянні з 19,4 ± 4,1 днями при інтерстиціальному панкреатиті,  $p < 0,05$ ; 19,6 ± 7,8 днів порівняно з 26,4 ± 9,1 днями при некротичному панкреатиті,  $p < 0,05$ ) і тим самим знижує матеріальні витрати на лікування даної групи пацієнтів. 3. Застосування даних рекомендацій дозволило знизити рівень летальних випадків у хворих з некротичним панкреатитом з 33,3% до 8,3%,  $p < 0,01$ .

**Ключові слова:** гострий панкреатит, тяжкий панкреатит, консервативне ведення, методи дослідження, рекомендації IAP\APA.

#### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ**

**Завгородний С. Н., Рылов А. И., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Ярешко Н. А.**

**Резюме.** Больные острым панкреатитом составляют 9-17% от общего числа пациентов хирургического профиля. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах – возрастает до 24-60%, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению. В 2013 г. IAP (International Association of Pancreatology) совместно с APA (American Pancreatic Association) были разработаны клинические рекомендации по лечению больных с острым панкреатитом, которые позволяют изменить подходы к ведению пациентов с тяжелым панкреатитом.

**Цель исследования.** Оценить результаты лечения больных с острым панкреатитом тяжелой степени после применения клинических рекомендаций IAP\APA.

**Объект и методы.** Проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни пациентов, поступивших в 1 хирургическое отделение КУ «ГКБЕ и СМП г. Запорожье» с диагнозом острый панкреатит тяжелой степени тяжести за период с 2012 по 2017 годы.

**Результаты и обсуждения.** Все пациенты были разделены на 2 группы – основная и группа сравнения. В основную группу вошло 33 (44,6%) пациента с острым панкреатитом тяжелой степени, к лечению

которых применялись рекомендации IAP\APA. В группу сравнения (41 (55,4%) пациент) вошли больные с тяжелым острым панкреатитом, которым проводилось лечение согласно стандартам и клиническим рекомендациям, утвержденным МОЗ (приказ № 297 от 02.04.2010 г.). Проведен анализ данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования, методов и эффективности лечения пациентов в данных группах.

**Выводы.** 1. Острый панкреатит является тяжелой хирургической патологией, которая нуждается в разработке новых подходов к ее лечению. 2. Применение клинических рекомендаций, разработанных IPA\APA, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести, уменьшить длительность пребывания больных в стационаре ( $12,6 \pm 3,8$  дней в сравнении с  $19,4 \pm 4,1$  днями при интерстициальном панкреатите,  $p < 0,05$ ;  $19,6 \pm 7,8$  дней по сравнению с  $26,4 \pm 9,1$  днями при некротическом панкреатите,  $p < 0,05$ ) и тем самым снижает материальные затраты на лечение данной группы пациентов. 3. Применены данных рекомендаций позволило снизить уровень летальных исходов у больных с некротическим панкреатитом с 33,3% до 8,3%,  $p < 0,01$ .

**Ключевые слова:** острый панкреатит, тяжелый панкреатит, консервативное ведение, методы исследования, рекомендации IPA\APA.

### EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Zavgorodnii S. N., Rylov A. I., Kubrak M. A., Danyluk M. B.,  
Yareshko N. A.

**Abstract.** Patients with acute pancreatitis account for 9-17% of the total number of patients surgical. Overall mortality in this disease varies from 4.5 to 15%, in destructive forms – is growing to 24-60%, and postoperative reaches 70% or above and has no tendency to decline. In 2013 IAP (International Association of Pancreatology) together with the APA (American Pancreatic Association) has developed clinical practice guidelines for the treatment of patients with acute pancreatitis, which allow you to change approaches to the management of patients with severe pancreatitis.

*The purpose of the study.* To evaluate the results of treatment of patients with acute pancreatitis severe after the application of clinical guidelines IAP\APA.

*Object and methods.* A retrospective analysis of 74 medical records of patients admitted in the 1st surgical Department UI “CCH of E and A c. Zaporozhye” with the diagnosis of acute pancreatitis severe severity levels for the period from 2012 to 2017.

*Results and discussion.* All patients were divided into 2 groups – basic and control group. The study group included 33 (44,6%) patients with acute pancreatitis severe, the treatment which applied the recommendations of the IAP\APA. In the comparison group (41 (55,4%) of patients) included patients with severe acute pancreatitis who were treated according to the standards and clinical guidelines approved by the Ministry of health (order № 297, 02.04.2010 g). The analysis of the data additional laboratory and instrumental methods of research, methods and effectiveness treatment of patients in these groups.

*Conclusions.* 1. Acute pancreatitis is a severe surgical pathology which requires development of new approaches to its treatment. 2. The application of guidelines developed by the IPA\APA, allows to improve the results of treatment of patients with severe acute pancreatitis severity, reduce the duration of patients' stay in hospital ( $12,6 \pm 3,8$  days, compared with  $19,4 \pm 4,1$  days if interstitial pancreatitis,  $p < 0,05$ ; Of  $19,6 \pm 7,8$  days, compared to  $26,4 \pm 9,1$  days with necrotic pancreatitis,  $p < 0,05$ ) and thereby reduces the material costs for the treatment of this group of patients. 3. Application of these recommendations has helped to reduce the level of lethal outcomes in patients with necrotizing pancreatitis from 33,3% to 8,3%,  $p < 0,01$ .

**Keywords:** acute pancreatitis, severe pancreatitis, conservative management, research methods, recommendations IPA\APA.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 01.11.2017 року