

## РОЛЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Климович И. И.<sup>1</sup>, Колоцей В. Н.<sup>1</sup>, Страпко В. П.<sup>2</sup>, Юркевич С. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> УЗ «ГКБ СМП г. Гродно»

**Актуальность.** Несмотря на улучшение диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) на сегодняшний день, летальность не имеет тенденции к снижению и продолжает оставаться в пределах 40-80%. Основной причиной её в последнее время являются инфекционные осложнения ОДП, в том числе пневмония, гнойные абдоминальные осложнения, развитие ДВС-синдрома [1,2].

**Цель:** Определить и дать оценку значимости лабораторных и биохимических показателей крови, мочи, выпота брюшной и плевральной полостей для диагностики, лечения и прогноза ОДП.

**Методы исследования.** Нами ретроспективно изучены основные лабораторные и биохимические показатели крови, мочи, выпота брюшной и плевральной полостей, включая активности ферментов поджелудочной железы у 118 пациентов острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2015-2018 г. Мужчин было 83(70,3%), женщин 35(29,7%). Возраст пациентов от 20 до 79 лет, средний возраст составил 43,4 лет У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения определяли показатели общего анализа крови и мочи, биохимический анализ крови включал: исследование уровня общего белка, билирубина и его фракций, активности трансфераз АСТ, АЛТ, концентрации мочевины, глюкозы, креатинина, С-реактивного белка, коагулограмму, активность амилазы и липазы в плазме крови. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод GNPG<sub>3</sub> -единицы измерения-Ед/л. Липаза определялась калориметрическим методом-единицы измерения- Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения -мг/л. Для диагностики ОДП использовали данные вышеуказанных лабораторных и биохимических показателей, а также дополнительные методы ультразвуковое исследование (УЗИ),

компьютерную томографию (КТ), магниторезонансную томографию (МРТ), лапароскопию.

**Результаты и обсуждение.** При поступлении диагноз острого панкреатита был установлен у 110(93,2%) пациентов. Причинами относительно несколько запоздалой диагностики были реальные трудности, обусловленные не информативностью основных лабораторных и биохимических показателей крови, мочи, первичного УЗИ, и наличия сопутствующих заболеваний. Из всех пациентов ОДП наблюдался у 68 (57,6%) пациентов, уровень амилазы у которых составил  $631 \pm 19,2$  МЕ/л, а липазы  $2001 \pm 34,3$  МЕ/л. Оперированы 27 (22,9%) пациента, уровень амилазы у оперированных пациентов был  $731 \pm 39,7$  МЕ/л, а липазы  $2413 \pm 42,7$  МЕ/л. Среди пациентов с ОДП и ферментативным перитонитом было 36 (30,5%), которым проводилась диагностическая лапароскопия, которая заканчивалась санированием и дренированием брюшной полости и определением активности ферментов в жидком содержимом. Активность амилазы у этих пациентов в плазме крови составила  $699 \pm 298,8$  МЕ/л, а липазы  $1801 \pm 19,7$  МЕ/л. В содержимом из брюшной полости активность амилазы составила  $632 \pm 27,3$  МЕ/л, а липазы  $1473 \pm 17,1$  МЕ/л. Остальные 55 (46,6%) пациента получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. После оперативного лечения умерли 3 пациента, послеоперационная летальность 39,7%. Самые высокие цифры активности сывороточной амилазы отмечены нами в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы наблюдалась в более поздние сроки. При этом прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита нами не отмечалось. Необходимо отметить, что изменения показателей общего анализа крови у пациентов не были специфичными. Однако повышение уровня лейкоцитоза со сдвигом влево, если оно наблюдалось в динамике лечения, указывало в пользу развития инфицированного панкреонекроза. Чаще всего регистрировался лейкоцитоз  $11-21 \times 10^9$ /л. При средне- и крупноочаговом, а также тотально-субтотальных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались также тромбоцитопения и повышался уровень С-реактивного белка, который составлял  $989 \pm 35,2$  мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопропротеинемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия.

Отмечено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности АСТ и АЛТ. При обширных формах панкреонекроза отмечалось снижение уровня сывороточного кальция, что может быть обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот. При анализе историй болезни умерших пациентов выявлено, что ухудшение состояния у всех пациентов происходило довольно быстро после поступления в стационар, несмотря на адекватное комплексное лечение в условиях реанимационного отделения. У них имело место повышение уровня лейкоцитоза до  $21 \times 10^9/\text{л}$ . со сдвигом влево и появлением молодых форм с выраженной токсической зернистостью нейтрофилов, отмечались также выраженная тромбоцитопения и повышение С-реактивного белка, который составлял  $1167 \pm 47,3$  мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: резко выраженная гипопроотеинемия  $40 \pm 6,4$  г/л. за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия, имелось также снижение уровня кальция и повышение калия. При этом необходимо отметить, что на первое место среди других осложнений ОДП у них развился ДВС- синдром. При этом не только развитие коагулопатии, но и тяжелой гипоксии всех тканей вследствие чего развивается тяжелое нарушение микроциркуляции, что приводит к внутрисосудистой коагуляции, которая является причиной полиорганных функциональных и органических повреждений, в том числе развития дыхательной недостаточности, которая требует необходимости проведения продленной искусственной вентиляции легких, которая создает практически абсолютный риск развития госпитальной пневмонии и финал исхода.

#### **Выводы.**

1. Изменение уровней лабораторных показателей в крови, моче, выпотной жидкости брюшной и плевральной полости следует всегда рассматривать в комплексе с клинической картиной заболевания и данными инструментальных методов обследования пациента с ОДП.

2. Уровень липазы у пациентов с острым панкреатитом увеличивается раньше, чем амилазы, и остается повышенным в течение 9-13 суток.

3. Прогноз заболевания считается плохим, если уровень липазы в крови повышается в 9 раз и более.

4. Увеличение и рост уровня С-реактивного белка более чем 220 мг/л указывает на развитие ОДП, а увеличение его концентрации в

динамике заболевания более чем на 30 % от исходного уровня свидетельствует о развитии гнойных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Араблинский, А. В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии)/ А. В. Араблинский, А. В. Шабунин, А. Ю. Лукин, Ю. В. Сидорова// Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. – №2. – С.4-12.
2. Климович, И.И. Сравнительный анализ значения лабораторных показателей для диагностики, лечения и прогноза при остром деструктивном панкреатите / И. И. Климович, В. Н. Колоцей, В. П. Страпко, С. В. Юркевич //Декабрьские чтения по неотложной хирургии: сборник научных статей.- Минск, 2018.- Т. 7.- С.78-80.

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ КАРИЕСА

*Козловская Л. В., Белик Л. П., Котович И. Л., Харлап Д. Ю.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Кариес зубов занимает ведущее место среди проблем в стоматологии детского возраста. Создание группы детей с наивысшей интенсивностью кариеса среди дошкольников в соответствии с индексом Significant Index of Caries (SIC), а также разработка комплекса профилактических и лечебных мероприятий будет способствовать улучшению стоматологического статуса и предупреждению развития новых кариозных поражений [6]. Реминерализующая терапия с использованием R.O.C.S® Medical Minerals Gel является одним из таких мероприятий [3]. Ротовая жидкость играет важнейшую роль в формировании кариесрезистентности зубов за счет поддержания физиологического равновесия процессов ре- и деминерализации. На баланс процессов ре- и деминерализации гидроксиапатита эмали влияет ряд факторов ротовой жидкости: pH, концентрация ионов кальция и