

Среднее количество койко-дней для неоперированных составило 17, а для оперированных 22.

Исход: у 11 (68,75 %) улучшение, у 5 (31,25 %) выздоровление.

Выводы.

1. Преобладают пациенты мужского пола – 10 (62,5 %), в возрасте от 7 до 11 – 7 (43,75 %).
2. Оперированы 10 (62,5 %) пациентов, из них лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости у 7 (43,75 %).
3. Анемия у 9 (56,25 %), гиперлейкоцитоз у 7 (43,75 %).
4. При УЗИ изменения обнаружены у 14 (87,5%).
5. При МРТ и КТ изменения выявлены у 9 (56,25 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцева, Г.Н. К вопросу о современном подходе к диагностике и лечению травм селезенки у детей / Г.Н.Румянцева, А.Н.Казаков, С.И.Волков, А.А.Юсуфов, Ю.Ф.Бревдо, Ю.Г.Портенко // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2021. – № 10(1). – С. 168–173.
2. Лечение и исходы травм селезенки у детей в Нидерландах / М.Грутенхаар, Д.Ламерс, К.К.Ульзен [и др.] // Всемирный журнал неотложной хирургии. –2021. – № 16. – С. 8–16.

ЭЛЕМЕНТЫ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИСХОДЫ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Рей Е. О.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Кирычков Ю. Ю.

Актуальность. На сегодняшний день интенсивная терапия острого панкреатита и его осложнений является актуальной проблемой не только в Республике Беларусь, но и во всем мире. Ежегодная заболеваемость острым панкреатитом (ОП) составляет 30-45 на 100000 жителей, при этом осложненные формы ОП развиваются у 20 % пациентов. Смертность при неосложненном ОП варьируется в пределах 5-10 %, тогда как при развитии осложнений этот показатель увеличивается до 42 % [1]. Тактика ведения пациентов с осложненным ОП постоянно совершенствуется и на современном этапе предполагает минимизацию объема хирургических вмешательств даже при тяжелом течении панкреонекроза, а также отказ от рутинного назначения антибактериальных препаратов. До сих пор остается актуальным вопрос влияния экзогенных и эндогенных факторов на течение и исход ОП, знание о

которых необходимо для разработки эффективных схем лечения, а также для прогнозирования тяжести и вероятности прогрессирования заболевания [2].

Цель. Определить влияние различных факторов (клинико-эпидемиологических, лабораторно-диагностических, лечебных) на исходы панкреонекроза.

Методы исследования. Исследование выполнялось путем анализа информации, полученной из печатных и электронных медицинских карт пациентов отделения интенсивной терапии УЗ “Гродненская университетская клиника” за 2023 год. Была произведена выборка из генеральной совокупности по следующим критериям: а) Пребывание пациентов в отделении интенсивной терапии ≥ 2 дней; б) Диагноз панкреонекроз, тяжелое течение. В выборку внесены истории 25 пациентов (15 мужчин, 10 женщин). Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 3,47$ лет. В ходе исследования все пациенты были разделены на 2 клинические группы. 1-я группа пациентов с удовлетворительными результатами лечения формирует категорию “выжившие”. Характеристики первой группы: $n=14$, средний возраст – $34,5 \pm 1,9$; 10 мужчин, 4 женщины). 2-я группа пациентов с неудовлетворительными результатами лечения и неблагоприятным течением заболевания формирует категорию “умершие”. Характеристики второй группы: $n=11$, средний возраст – $61,2 \pm 5,05$; 5 мужчин, 6 женщин. Была проведена оценка влияния на течение и исход заболевания следующих факторов: клинико-эпидемиологических – пол, возраст, индекс массы тела (ИМТ), наличие или отсутствие сопутствующего острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сепсиса, септического шока, злокачественных новообразований, сахарного диабета, сердечной недостаточности 2Б-3 стадии, артериальной гипертензии 3 степени, ишемической болезни сердца (ИБС), ожирения, острого повреждения почек/хронической болезни почек (ОПП/ХБП), инфекции мочевыводящих путей, парапанкреатита, гидроторакса, эпизодов желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК); лабораторно-диагностических – уровень гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, сывороточного альбумина, общего белка, креатинина, мочевины, билирубина, АСТ, АЛТ, С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина, отношение СРБ к альбумину (СРБ/альбумин-модифицированный прогностический индекс Глазго) (modified Glasgow prognostic score; mGPS) [3], АЧТВ, МНО, уровень фибриногена в начале и в конце лечения; лечебных – факт применения и вид применяемых симпатомиметиков, глюкокортикостероидов, применение антибактериальных препаратов энтерально (кларитромицин, ванкомицин, амикацин, котримоксазол, метронидазол – всего 5 видов) и парентерально (ванкомицин, меропенем, имипенем/целастин, линезолид, сультасин, цефазолин, колистат, левофлоксацин, инванз, амикацин, цефепим, метронидазол, ципрофлоксацин, моксифлоксацин, тигециклин, цефтазидим, фосфомицин, дорипенем, пирабактам, флуконазол – всего 20 видов), гемосорбции, гемофильтрации, выполнение лапаротомии с лечебной целью, режимы инвазивной ИВЛ.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы MedCalc Software, версия 18.10.2. Достоверными признавались различия при $p \leq 0,05$. “Нулевая” гипотеза оценивалась с применением критериев Пирсона (χ^2 – “хи-квадрат”), анализа дисперсий выборок (Anova-analysis of variance).

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа клинико-эпидемиологических данных пациентов были выявлены следующие закономерности: более старший возраст пациентов ассоциируется с неблагоприятным течением и исходом панкреонекроза ($p < 0,001$); те же результаты наблюдались у пациентов с сопутствующей ИБС, ОПП/ХБП, сепсисом, септическим шоком. Половые различия, ИМТ, сопутствующие гидроторакс и парапанкреатит, выполнение лапаротомии не оказывали существенного влияния на исходы заболевания ($p > 0,05$).

Анализ лабораторно-диагностических данных выявил следующие факторы неблагоприятного исхода заболевания: снижение уровня тромбоцитов, сывороточного альбумина; нарастание уровня мочевины, креатинина, увеличение МНО. Снижение уровня СРБ и амилазы, увеличение общего белка наблюдались у пациентов 1-й клинической группы и ассоциировались с благоприятным исходом заболевания.

Анализ лечебных факторов дал следующие результаты: симпатомиметики, ИВЛ и гемофильтрация чаще применялись у пациентов 2-й клинической группы, но не ассоциировались с благоприятным исходом заболевания; ни один вид применяемых антибактериальных препаратов не привел к достоверному росту выживаемости пациентов с панкреонекрозом.

Выводы. Результаты исследования показали, что прогностически неблагоприятными факторами в течении и исходе панкреонекроза являлись пожилой возраст, наличие сопутствующей ИБС, ОПП/ХБП, сепсиса, септического шока, снижение уровня тромбоцитов, сывороточного альбумина, рост уровня креатинина, мочевины, МНО. Напротив, благоприятный исход заболевания ассоциировался с молодым возрастом пациентов, снижением уровня сывороточной амилазы, СРБ, нарастанием общего белка и отсутствием сопутствующих заболеваний (ИБС, ОПП/ХБП) и осложнений (сепсис, септический шок). Другие факторы, в том числе лечебные, не оказали значительного влияния на прогноз пациентов с панкреонекрозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Huber, W., Algül, H. Therapie der akuten nekrotisierenden Pankreatitis [Treatment of acute necrotizing pancreatitis]. Internist (Berl). 2019 -60(3) – P.226-234. doi: 10.1007/s00108-019-0558-y.
2. Mederos, M.A., Reber, H.A., Girgis, M.D. Acute Pancreatitis: A Review. JAMA. 2021-26-325(4) – P.382-390. doi: 10.1001/jama.2020.20317.
3. Liu Y, Gao Y, Liang B, Liang Z. The prognostic value of C-reactive protein to albumin ratio in patients with sepsis: a systematic review and meta-analysis. Aging Male. 2023 -26(1) – P. 2261540. doi: 10.1080/13685538.2023.2261540.