

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Неверов П.С., Василевич А.П., Куделич О.А., Карман А.Д., Макаренко К.Б.,
Копытский А.Ю., Есепкин А.В.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

Введение. Деструктивные формы острого панкреатита (ОП), несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, характеризуются высокой летальностью. Нарастание эндогенной интоксикации и гидратация тканей вследствие резкого увеличения проницаемости сосудистой стенки и развитие органной дисфункции требует оптимизации подхода к инфузионной терапии и применения современных методик эфферентной терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 139 пациентов с тяжелым течением ОП, проходивших лечение в УЗ «10-я ГКБ» в 2014 – 2018гг. Средний возраст пациентов составил $48,9 \pm 14,1$ года ($M \pm \sigma$). Мужчин было 73,4%, женщин – 26,6%. Средняя длительность госпитализации 34,3 дня. Для оценки степени тяжести заболевания использовались диагностические шкалы Marshall, Ranson, Balthazar. Предпочтение отдавалось пролонгированной перидуральной анестезии. Инфузионная целевая терапия включала введение больших объемов кристаллоидов в первые часы терапии (до 20 мл/кг/час) с последующим уменьшением до 3-5 мл/кг/час до достижения конкретных клинических и биохимических целей (ЧСС, САД, ЦВД, диурез, концентрация азота мочевины в крови, гематокрит). Более агрессивная инфузи-

онная терапия вела к прогрессированию дыхательных расстройств, полиорганной недостаточности, формированию панкреатогенных скоплений жидкости, нарастанию абдоминального компартмент-синдрома. Коллоидные растворы, как правило, не применялись.

Эфферентная терапия не выполнялась 105 пациентам (первая группа). Во второй группе (n=34) проводилась экстракорпоральная детоксикация в виде терапевтического высокообменного плазмафереза на аппарате СОМ.ТЕС по программе ТРЕ у 22 пациентов (65%) и непрерывной вено-венозной гемофильтрации (СVVН) на аппарате MultiFiltrate фирмы Fresenius у 12 пациентов (35%). Скорость кровотока во время гемофильтрации составляла 150-200мл/час, скорость субституата - 1500-2000мл/час, скорость ультрафильтрации - до 250мл/час, гепаринизация 1000ЕД болюсно с последующим титрованием со скоростью 1500ЕД/час под контролем АЧТВ.

Результаты и их обсуждение. Риск неблагоприятного исхода заболевания рассчитывался на основании объективных показателей вероятной частоты осложнений и летальности – критериев Ranson и Balthazar. Во второй группе отмечалось достоверно большее число критериев Ranson - $4,58 \pm 1,44$ против - $3,24 \pm 1,43$ в первой группе ($p < 0,05$). У пациентов первой группы средний балл Balthazar составил 4,2, во второй группе – 7,5 ($p < 0,05$). Ожидаемая летальность пациентов второй группы составила более 25%.

Органная дисфункция оценивалась по уровням креатинина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и аспартатаминотрансферазы (АсТ) в плазме крови. У пациентов второй группы уровни креатинина ($167 \pm 53,1$ vs $102,1 \pm 36,5$ мкмоль/л), ЛДГ ($1035,7 \pm 685,2$ vs $403,1 \pm 143,6$ Ед/л), АСТ ($276,4 \pm 141,8$ против $111,4 \pm 75,9$ Ед/л) достоверно ($p < 0,05$) превышали показатели пациентов первой группы. Уровень альфа-не коррелировал с тяжестью течения панкреатита и степенью органной дисфункции без достоверного различия между группами ($p > 0,05$).

После проведения экстракорпоральной детоксикации отмечалось стойкое снижение уровня панкреатогенного токсикоза, уменьшалась гипертермия, улучшалась перистальтика кишечника. У 87,6% пациентов креатинин, мочевины, амилаза крови, билирубин снижались на 10-36% от исходного уровня, однако статистически значимым оказалось только снижение уровня креатинина ($U=659,3$, $p < 0,01$).

Следует отметить, что на момент начала лечения у пациентов отсутствовали значимые панкреатогенные скопления жидкости в брюшной полости. Однако после проведения излишне агрессивной инфузионной терапии во время контрольного УЗИ брюшной полости выявлялись жидкостные скопления в сальниковой сумке, свободной брюшной полости, паракольно слева и (реже) справа. После проведения эфферентной терапия (ТРЕ и СVVН) указанные скопления самостоятельно разрешались редко, что потребовало выполнения малоинвазивных дренирующих манипуляций. Дополнительное открытое хирургическое вмешательство по поводу распространенных гнойно-септических осложнений потребовалось у 12,1% пациентов второй группы и 27,5% пациен-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

тов первой группы.

В группе больных, которым в комплексное лечение включались методы экстракорпоральной детоксикации, отмечалось снижение летальности с 13,5% до 7,4%.

Выводы. 1) Эфферентная терапия показана пациентам с тяжелым острым панкреатитом и выраженным синдромом эндогенной интоксикации на фоне снижения диуреза и гипергидратации тканей. 2) Экстракорпоральная детоксикация приводит к снижению тяжести полиорганной недостаточности, снижает частоту гнойно-септических осложнений и уменьшает летальность при остром панкреатите.