

*Принц Д.К., Холупко О.Е.*

## **ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Куделич О.А.*

*Кафедра хирургии и трансплантологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В экстренной хирургии острый панкреатит (ОП) занимает третье место по частоте встречаемости после острого аппендицита и острого холецистита. Одной из важных проблем неотложной панкреатологии является объективная оценка степени тяжести заболевания и эффективности проводимого лечения. Нарушения в системе гемостаза являются одним из ключевых звеньев патогенеза панкреатита, и их можно рассматривать как маркёр приведённых выше процессов. Важная роль в системе агрегатного состояния крови принадлежит тромбоцитам, отвечающим за начальный этап гемокоагуляции.

**Цель:** провести анализ тромбоцитарной реакции в периферической крови у пациентов с острым тяжёлым панкреатитом.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты лечения 47 пациентов с ОП тяжёлой степени, находившихся на лечении в 10 ГКБ г. Минска. Мужчин было 32 (48,3%), женщин - 15 (51,7%). Средний возраст пациентов составил 50 (39;62) лет для женщин и 42 (36;59) лет для мужчин соответственно. Тяжесть заболевания определяли согласно критериям Атланты (2012). Количественные признаки представлены в виде медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей (25%;75%), процентной доли (%). Для описания взаимосвязи двух количественных признаков использован коэффициент корреляции Спирмена (r). Различия считали статистически значимыми при вероятности ошибки  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Средняя длительность лечения составила 20 (16;22) койко-дней. Недостаточность нескольких органов развилась у 13 пациентов (28%), печеночная недостаточность – у 19 пациентов (40%), почечная недостаточность – у 22 пациентов (47%). Среднее значение КТ-индекса тяжести составило 6(5;7) баллов.

При поступлении уровень тромбоцитов был выше нормы и его среднее значение составило 448,8 (293.4; 485.5)  $10^9/л.$  На 14 сутки от начала лечения отмечалось статистически значимое повышение данного показателя до 589.9 (389.4; 758.5)  $10^9/л.$  ( $p < 0,05$ ). В этот период выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем тромбоцитов и такими показателями, как уровень амилазы ( $r=0.92$ ,  $p=0.001$ ),  $Ca^{2+}$  ( $r=0.91$ ,  $p=0.001$ ), С-реактивного белка ( $r=0.91$ ,  $p=0,001$ ), АЛТ ( $r=0.93$ ,  $p=0.001$ ), АСТ ( $r=0.89$ ,  $p=0.001$ ), глюкозы в крови ( $r=0.771$ ,  $p=0.001$ ).

Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем тромбоцитов и степенью некроза поджелудочной железы (ПЖ) ( $r=0.78$ ,  $p=0.001$ ). У пациентов с некрозом ПЖ до 50% уровень тромбоцитов составил 566.6 (444,0; 652.7)  $10^9/л.$ , а у пациентов с некрозом более 50% 432.5 (329.4; 522.7)  $10^9/л.$  ( $p < 0,05$ ).

У пациентов с ОП без недостаточности органов уровень тромбоцитов составил 264,4 (202,0; 436,3)  $10^9/л.$  и этот показатель был статистически ниже, чем в группе пациентов с органной недостаточностью (430,4 (222,0; 486,3)  $10^9/л.$ ) ( $p=0,001$ ). В результате статистического анализа между уровнем тромбоцитов и наличием органной недостаточности установлена корреляционная зависимость ( $r=0,356$ ;  $p=0,001$ ). Не выявлено достоверной разницы между уровнем тромбоцитов и количеством пораженных органов ( $p > 0,05$ ). У пациентов с печеночной недостаточностью уровень тромбоцитов составил 428,6 (244,2; 516,3)  $10^9/л.$ , с почечной недостаточностью – 429,0 (337,2; 583,0)  $10^9/л.$ , в группе с полиорганной недостаточностью – 432,0 (295,0; 554,6)  $10^9/л.$

**Выводы.** Характер изменений в тромбоцитарной реакции у пациентов с острым панкреатитом может быть использован для оценки степени поражения поджелудочной железы, прогноза заболевания и как критерий оценки эффективности проводимой терапии.