



В. І. Робак<sup>1</sup>, Д. В. Євтушенко<sup>1</sup>, О. Г. Петюнін<sup>1</sup>, Л. О. Драна<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

**Мета роботи** — провести аналіз ефективності етилметилгідроксипіридину сукцинату («Лодиксем») та комбінації етилметилгідроксипіридину сукцинату і пентоксифіліну в розчині Рингера лактату («Лодиксем» + «Латрен») у терапії хворих із гострим панкреатитом.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати лікування 120 хворих із гострим панкреатитом. Чоловіків було 67 (55,8%), жінок — 53 (44,2%). Вік хворих — від 19 до 82 років (середній вік —  $(44,23 \pm 2,51)$  року). Пацієнтів, які отримували стандартну терапію, розділили на дві групи: група 1А — 30 хворих, які додатково до стандартної терапії отримували етилметилгідроксипіридину сукцинат, група 1Б — 30 хворих, котрі додатково до стандартної терапії отримували етилметилгідроксипіридину сукцинат та пентоксифілін у розчині Рингера лактату. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 60 хворих із гострим панкреатитом, котрі перебували на лікуванні в хірургічному відділенні міської багатопрофільної лікарні № 18 м. Харкова в період з 2016 до 2018 р. (контрольна група). Критерієм залучення до дослідження була наявність гострого панкреатиту (Атланта, 2013), рання стадія захворювання, критеріями вилучення — виражена гостра печінкова або ниркова недостатність, підвищена індивідуальна чутливість до «Латрену» або «Лодиксему» в анамнезі, дитячий вік, вагітність, період годування груддю. Для визначення діагностичних критеріїв перебігу гострого панкреатиту при госпіталізації до стаціонару (0 доба) та на 1-шу, 3-тю і 5-ту добу лікування оцінено такі клініко-лабораторні показники: реакція периферичної крові, основні біохімічні показники, електроліти в крові, загальний стан за інтегральними шкалами.

**Результати та обговорення.** Відзначено статистично значуще зниження рівня лейкоцитів, лейкоцитарного індексу інтоксикації, показника інтоксикації та вмісту С-реактивного білка в усіх групах, однак темп зниження був більш виражений у групах 1А та 1Б. Оцінка тяжкості стану хворих за шкалами Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale виявила статистично значуще зниження балів у групах хворих, які отримували терапію етилметилгідроксипіридином сукцинатом та комбінацією останнього з пентоксифіліном у розчині Рингера лактату.

**Висновки.** У терапії хворих із гострим панкреатитом застосування етилметилгідроксипіридину сукцинату в комбінації з пентоксифіліном у розчині Рингера лактату дає змогу зменшити вияви інтоксикації та стимулювати репаративні процеси. На 5-ту добу відзначено статистично значуще зниження показників за шкалою ASSES (до  $(6,11 \pm 0,37)$  бала) і за шкалою Ranson (до  $(1,8 \pm 0,9)$  бала) у хворих, котрих лікували за запропонованою схемою терапії. Розроблена схема лікування може бути рекомендована до включення у протоколи лікування хворих із запальними процесами в підшлунковій залозі.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, етилметилгідроксипіридину сукцинат, Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale.

«Гострий панкреатит — найжахливіше з усіх гострих захворювань органів черевної порожнини. Раптовість початку, безпрецедентне за тяжкістю страждання, спричинене цією хворобою, летальність, нею зумовлена, дають підставу назвати її найзагрозливішою з усіх можливих катастроф». Це визначення гострого панкреатиту відомого британського хірурга Берклі Мойнихана є актуальним навіть через сто років.

Лікування хворого на гострий панкреатит, особливо в перші дні захворювання, є складним і досить суперечливим завданням, яке зазвичай сумісно вирішують хірург та лікар відділення інтенсивної терапії.

Підґрунтям сучасної концепції лікування гострого панкреатиту є уявлення про патогенез захворювання на молекулярному рівні [3, 9, 10]. Встановлено, що при ушкодженні ацинозних клі-

тин підшлункової залози з останніх виділяється цитокіназа, яка активує трипсиноген. Останній, перетворюючись на трипсин і стимулюючи низку протеолітичних ферментів, спричиняє цитокіновий каскад. З іншого боку, ураження клітин призводить до вивільнення оксиду азоту, який посилює перекисне окиснення ліпідів та утворення вільних радикалів. Деструкція оточуючих жирових клітин спричиняє вихід вільних жирних кислот, які, згідно із сучасними уявленнями, зв'язуються з кальцієм, призводячи до ранньої відносної гіпокальціємії.

Зазначені процеси спричиняють підвищення проникності мікроциркуляторного русла, пошкодження ендотелію, зменшення об'єму крові, яка циркулює, ішемії, стимуляцію апоптозу та формування хибного кола. Розвивається злаякісна інтраваскулярна реакція, яка є одним з провідних чинників розвитку поліорганної недостатності [4, 7, 11, 12, 15, 16].

З огляду на сучасні патогенетичні дані та досягнення у галузі фармакології, першочерговим завданням лікаря у веденні хворого із гострим панкреатитом є забезпечення «розриву» основних ланок патогенезу шляхом гальмування цитокінового каскаду, зупинки апоптозу та відновлення внутрішньоорганної мікроциркуляції [1, 5, 6, 8, 13, 14].

**Мета роботи** — провести аналіз ефективності етилметилгідроксипіридину сукцинату («Лодиксем») та комбінації етилметилгідроксипіридину сукцинат + пентоксифілін у розчині Рингера лактату («Лодиксем» + «Латрен») у терапії хворих із гострим панкреатитом.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 120 хворих із гострим панкреатитом. Залежно від схеми консервативного лікування хворих було розподілено на дві групи. Основну групу утворили 60 хворих, котрі перебували на лікуванні в хірургічному відділенні міської багатoproфільної лікарні № 18 м. Харкова — клінічній базі кафедри загальної хірургії № 2 Харківського національного медичного університету в період з 01.10.2018 до 20.03.2019 р. У цій групі було виділено підгрупи: 1А — 30 хворих, яким, окрім стандартної терапії (Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія». Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із гострим панкреатитом; Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010), протягом п'яти діб; 1Б — 30 хворих, яким, окрім стандартної терапії, додано призначали «Лодиксем» у дозі 15 мл/добу (3 ампули по 5 мл) і «Латрен» у дозі 400 мл/добу протягом п'яти діб. «Латрен» являє собою пентоксифілін у розчині Рингера лактату. Останній рекомендовано як розчин вибору для первинної інфузійної терапії при гострому панкреатиті (рівень 1В, тверда узгодженість згідно з Адаптованою клінічною настановою ДЕЦ МОЗ України «Гострий панкреатит», 2016).

Ретроспективно проаналізовано результати лікування 60 хворих із гострим панкреатитом, котрі перебували на лікуванні в хірургічному відділенні міської багатoproфільної лікарні № 18 м. Харкова в період з 2016 до 2018 р. (контрольна група).

Чоловіків було 67 (55,8%), жінок — 53 (44,2%). Вік хворих — від 19 до 82 років (середній вік —  $(44,23 \pm 2,51)$  року).

Критерієм залучення до дослідження була наявність гострого панкреатиту (Атланта, 2013), ранньої стадії захворювання.

Критерії вилучення з дослідження: виражена гостра печінкова або ниркова недостатність, підвищена індивідуальна чутливість до «Латрену» або «Лодиксему» в анамнезі, дитячий вік, вагітність, період годування груддю.

Для визначення діагностичних критеріїв перебігу гострого панкреатиту при госпіталізації до стаціонару (0 доба) та на 1-шу, 3-тю і 5-ту добу лікування оцінено такі клініко-лабораторні показники: реакція периферичної крові, основні біохімічні показники, електроліти крові, загальний стан за інтегральними шкалами.

Реакцію периферичної крові як показник неспецифічної імунної відповіді визначали за допомогою гематологічних індексів інтоксикації (індекс резистентності організму (ІРО), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), показник інтоксикації (ПІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН)) як найбільш інформативних у діагностиці ендогенної інтоксикації при гострому панкреатиті [2, 3].

Із біохімічних показників проаналізовано рівень загального білірубіну, сечовини, креатиніну, глюкози, амілази, С-реактивного білка.

Визначали концентрацію натрію, калію, хлору та кальцію в сироватці крові.

Стан хворих оцінювали за шкалами SAPS II, Ranson і гострого сепсису (ASSES). Ефективність застосування цих шкал доведено нами у попередніх дослідженнях [3, 6].

Усі лабораторні дослідження виконано за стандартними методиками згідно із наказом МОЗ України від 31.03.2008 р. № 166 «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року».

Статистичне опрацювання даних передбачало розрахунок середнього арифметичного значення ( $M$ ) і його похибки ( $m$ ). Параметричні та непараметричні дані наведено як  $M \pm m$ . Оцінку статистичної значущості показників здійснювали при рівні  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При надходженні до стаціонару показники еритроцитів та гемоглобіну у хворих обох груп були в межах норми: кількість еритроцитів становила в середньому  $(3,93 \pm 0,08) \cdot 10^{12}$ /л, рівень гемоглобіну —  $(130,84 \pm 2,50)$  г/л, середній показник гематокриту —  $(41,50 \pm 2,64)$  % ( $p > 0,05$ ).

Т а б л и ц я 1  
Динаміка лабораторних показників у групах хворих

Показник	Доба лікування	Контрольна група	Група 1А	Група 1Б	
Лейкоцити, $10^9$ /л	При надходженні	$12,68 \pm 0,54$	$11,94 \pm 0,69$	$12,68 \pm 0,54$	
	1	$11,94 \pm 1,77$	$11,12 \pm 0,44$	$11,02 \pm 0,61$	
	3	$11,88 \pm 1,11$	$10,24 \pm 0,5^*$	$10,11 \pm 0,60^*$	
	5	$10,72 \pm 1,01$	$9,28 \pm 0,42^*$	$8,88 \pm 0,54^*$	
	ЛП	При надходженні	$5,450 \pm 0,66$	$5,37 \pm 0,32$	$5,41 \pm 0,38$
ЛП	1	$4,70 \pm 0,49$	$4,60 \pm 0,57$	$4,59 \pm 0,71$	
	3	$3,94 \pm 0,65$	$3,67 \pm 0,42$	$3,52 \pm 0,38$	
	5	$2,77 \pm 0,39$	$2,27 \pm 0,41^*$	$2,13 \pm 0,43^*$	
	П	При надходженні	$1,75 \pm 0,28$	$1,73 \pm 0,66$	$1,71 \pm 0,33$
	П	1	$1,45 \pm 0,30$	$1,42 \pm 0,29$	$1,4 \pm 0,38$
3		$1,31 \pm 0,31$	$1,22 \pm 0,40^*$	$1,19 \pm 0,21^*$	
5		$0,99 \pm 0,26$	$0,88 \pm 0,15^*$	$0,81 \pm 0,22^*$	
ІРО		При надходженні	$43,12 \pm 9,03$	$42,81 \pm 8,91$	$43,07 \pm 9,11$
ІРО		1	$48,08 \pm 9,02$	$48,16 \pm 8,53$	$48,28 \pm 7,75$
	3	$55,25 \pm 10,51$	$69,15 \pm 9,62^*$	$70,02 \pm 9,76^*$	
	5	$85,36 \pm 17,69$	$89,65 \pm 19,11^*$	$88,78 \pm 18,34^*$	
	РВН	При надходженні	$31,27 \pm 9,87$	$31,11 \pm 8,78$	$31,34 \pm 9,04$
	РВН	1	$25,24 \pm 8,40$	$25,31 \pm 6,70$	$25,38 \pm 7,31$
3		$16,86 \pm 5,93$	$14,52 \pm 6,01^*$	$14,33 \pm 5,76^*$	
5		$10,95 \pm 4,96$	$9,76 \pm 4,58^*$	$8,87 \pm 5,35^*$	
С-реактивний білок, мг/л		При надходженні	$96,3 \pm 5,97$	$97,1 \pm 6,08$	$96,2 \pm 7,14$
С-реактивний білок, мг/л		1	$93,6 \pm 5,88$	$92,1 \pm 6,72$	$91,2 \pm 7,68$
	3	$64,8 \pm 8,12$	$52,7 \pm 9,22^*$	$50,5 \pm 7,44^*$	
	5	$20,7 \pm 7,61$	$18,5 \pm 5,34$	$18,1 \pm 6,19$	
	Кальцій, ммоль/л	При надходженні	$2,24 \pm 0,17$	$2,19 \pm 0,09$	$2,24 \pm 0,18$
	Кальцій, ммоль/л	1	$2,12 \pm 0,11$	$2,28 \pm 0,13$	$2,29 \pm 0,14$
3		$2,05 \pm 0,35$	$2,35 \pm 0,21^*$	$2,35 \pm 0,22^*$	
5		$2,31 \pm 0,14$	$2,35 \pm 0,19$	$2,35 \pm 0,16$	
Креатинін, мкмоль/л		При надходженні	$115,72 \pm 10,89$	$115,19 \pm 12,54$	$117,4 \pm 8,37$
Креатинін, мкмоль/л		1	$114,28 \pm 11,27$	$109,62 \pm 10,64$	$112,23 \pm 11,11$
	3	$98,55 \pm 10,55$	$92,67 \pm 9,43$	$91,45 \pm 9,51$	
	5	$88,86 \pm 5,80$	$84,72 \pm 6,10$	$83,96 \pm 4,23$	

\* Різниця щодо показника контрольної групи статистично значуща ( $p < 0,05$ ).

Для хворих усіх груп був характерний лейкоцитоз як універсальна реакція на запальний процес. Рівень лейкоцитів у групах мало відрізнявся ( $p > 0,05$ ) між групами. Також не виявлено статистично значущих відмінностей за кількістю субпопуляцій лейкоцитів ( $p > 0,05$ ).

Виявлено, що в усіх групах хворих перевищували норму ЛПІ (відносний кумулятивний ризик (ВР) — 0,3—1,5), ПІ (до 0,1), показник РВН (10—11), тоді як значення ІРО (50—100) було нижче за норму (табл. 1). Зазначені індекси відображують системну відповідь організму на запалення [3, 15].

Концентрація сечовини відповідала нормі (2,76—8,07 ммоль/л) у хворих обох груп за відсутності статистично значущих відмінностей між групами, вміст креатиніну був незначно підвищеним (ВР 44—110 мкмоль/л) (див. табл. 1). Рівень глюкози перевищував норму: (6,22 ± 0,72) ммоль/л — у групі 1А, (6,66 ± 0,68) ммоль/л — у групі 1Б, (6,14 ± 0,59) ммоль/л — у контрольній групі (ВР 3,3—5,5 ммоль/л).

Концентрація амілази була значно вищою за норму: (56,17 ± 14,38) мг/(год·мл) — у групі 1А, (53,95 ± 16,76) мг/(год·мл) — у групі 1Б, (54,21 ± 15,86) мг/(год·мл) — у контрольній групі (норма — 12—32 мг/(год·мл)).

Відзначено підвищення рівня С-реактивного білка в усіх групах хворих (ВР до 20 мг/л) (див. табл. 1).

Аналіз електролітного складу крові у хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту виявив, що у хворих усіх груп була дещо знижена концентрація калію ((3,8 ± 0,38) ммоль/л — у групі 1А, (3,71 ± 0,51) ммоль/л — у групі 1Б, (3,9 ± 0,45) ммоль/л — у контрольній групі, ВР 3,8—6,2 ммоль/л), що може бути пов'язано з вираженою гіповолемією та метаболічним алкалозом. Патологічних відхилень у концентраціях натрію ((143,7 ± 6,56) ммоль/л —

у групі 1А, (144,56 ± 7,22) ммоль/л — у групі 1Б, (142,98 ± 9,38) ммоль/л — у контрольній групі, ВР 130—160 ммоль/л), кальцію (див. табл. 1, ВР 2,15—2,50 ммоль/л) та хлору ((105,1 ± 11 ммоль/л — у групі 1А, (102,5 ± 7,8) ммоль/л — у групі 1Б, (104,2 ± 8,5) ммоль/л — у контрольній групі, ВР 95—110 ммоль/л) не виявлено.

Дані щодо тяжкості стану хворих при надходженні за шкалами SAPS II, Ranson і гострого сепсису наведено в табл. 2.

У динаміці лікування у хворих усіх груп лейкоцитоз знизився ( $p < 0,05$ ). Також відзначено статистично значуще зниження значень ЛПІ, ПІ та РВН та підвищення величини ІРО в усіх групах хворих (див. табл. 1), однак темп зниження був більш виражений у хворих, котрі отримували етилметилгідроксипіридину сукцинат та комбінацію останнього з пентоксифіліном. Нормалізація рівня С-реактивного білка відбувалася раніше у групах 1А та 1Б. Динаміка змін біохімічних маркерів функціонування нирок суттєво не відрізнялась у групах. У контрольній групі на третю добу лікування відзначено зниження рівня кальцію до (2,05 ± 0,35) ммоль/л з подальшою стабілізацією його вмісту на п'яту добу. У групах 1А та 1Б рівень кальцію залишався незмінним (див. табл. 1).

Зміни інших досліджуваних лабораторних показників (клінічного аналізу крові, аналізу сечі, трансаміназ, білірубину) не були значущими та не відрізнялися у групах хворих протягом усього періоду спостережень.

Тяжкість стану хворих усіх груп за шкалами SAPS II, Ranson і гострого сепсису знизилася під впливом лікування (див. табл. 2). Відзначено статистично значуще зниження балів у групах хворих, які отримували терапію етилметилгідроксипіридином сукцинатом у комбінації з пентоксифіліном у розчині Рингера лактату.

Т а б л и ц я 2  
Динаміка тяжкості стану хворих за інтегральними шкалами, бали

Шкала	Доба лікування	Контрольна група	Група 1А	Група 1Б
ASSES	При надходженні	10,78 ± 0,94	10,36 ± 1,03	9,87 ± 1,40
	3	9,56 ± 0,74	8,38 ± 0,44	8,02 ± 0,61
	5	7,64 ± 0,92	6,27 ± 0,65	6,11 ± 0,37*
SAPS II	При надходженні	18,38 ± 1,07	19,34 ± 1,78	18,87 ± 1,08
	3	17,65 ± 0,67	16,43 ± 0,47	16,22 ± 0,56
	5	15,46 ± 0,84	15,32 ± 0,33	15,34 ± 0,41
Ranson	При надходженні	3,19 ± 0,5	3,2 ± 0,7	3,15 ± 0,6
	3	2,8 ± 0,4	2,3 ± 0,8*	2,2 ± 0,9*
	5	2,2 ± 0,6	2,1 ± 0,5	1,8 ± 0,9*

\* Різниця щодо показника контрольної групи статистично значуща ( $p < 0,05$ ).

**ВИСНОВКИ**

У терапії хворих із гострим панкреатитом застосування етилметилгідроксипіридину сукцинату в комбінації з пентоксифіліном у розчині Рингера лактату дає змогу зменшити вияви інтоксикації та стимулювати репаративні процеси. На 5-ту добу відзначено статистично значуще зни-

ження показників за шкалою ASSES (до  $(6,11 \pm 0,37)$  бала) і за шкалою Ranson (до  $(1,8 \pm 0,9)$  бала) у хворих, котрих лікували за запропонованою схемою терапії.

Розроблену схему лікування можна рекомендувати до включення у протоколи лікування хворих із запальними процесами в підшлунковій залозі.

*Роботу виконано за підтримки фармацевтичної корпорації «Юрія-Фарм».*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — В. Р., Д. Є.;*

*збір матеріалу — В. Р., Д. Є., О. П.; обробка матеріалу — Л. Д.; редагування — О. П.*

**Література**

1. Гострий панкреатит (Адапована клінічна настанова, заснована на доказах) / Українська гастроентерологічна асоціація, Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016.
2. Патент України на корисну модель «Спосіб діагностики наявності гострого запального процесу» № 43305 / Сипливий В. О., Конь К. В., Робак В. І., Євтушенко Д. В. — Заявл. 24.03.2009. — Бюл. № 15.
3. Сипливий В. О., Петюнін О. Г., Робак В. І., Євтушенко Д. В., Драна Л. О. Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту // *Art of Medicine* (Івано-Франківськ). — 2018. — № 4 (8). — P. 155–157.
4. Сипливий В. О., Робак В. І., Євтушенко Д. В. та ін. Досвід застосування улінастатину в лікуванні пацієнтів із тяжким гострим панкреатитом // *Укр. мед. часопис*. — 2017. — Т. 6 (122), XI/XII. — С. 97–99.
5. Сипливий В. О., Робак В. І., Євтушенко Д. В. та ін. Комплексне лікування хірургічної патології гепатопанкреатобіліарної системи: роль L-орнітіну-L аспартату // *Здоров'я України*. — 2017. — № 3. — С. 42–43.
6. Сипливий В. А., Конь Е. В., Робак В. І., Євтушенко Д. В. Использование шкалы ASSES для оценки тяжести состояния больных и прогнозирования исхода острого панкреатита // *Клінічна хірургія*. — 2011. — С. 32–35.
7. Cheng C. L., Sherman S., Watkins J. L. et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. — P. 139–147.
8. Le Champion E. R. Effects of intravenous administration of pentoxifylline in pancreatic ischaemia-reperfusion injury // *HPB (Oxford)*. 2013. — Vol. 15 (8). — P. 588–594.
9. Pandol S. J., Saluja A. K., Imrie C. W., Banks P. A. Acute pancreatitis: bench to the bedside // *Gastroenterology*. — 2007. — Vol. 133. — P. 1056.e1–1056.e25.
10. Samuel I. Bile and pancreatic juice exclusion activates acinar stress kinases and exacerbates gallstone pancreatitis // *Surgery*. — 2008. — Vol. 143. — P. 434–440.
11. Samuel I., Tephly L., Williard D. E., Carter A. B. Enteral exclusion increases MAP kinase activation and cytokine production in a model of gallstone pancreatitis // *Pancreatol.* — 2008. — Vol. 8. — P. 6–14.
12. Spanier B. W., Dijkgraaf M. G., Bruno M. J. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 22. — P. 45–63.
13. Tenner S. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis // *The American Journal of Gastroenterology*, 2013.
14. Vege S. S. Pentoxifylline treatment in severe acute pancreatitis: A pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized trial // *Gastroenterology*. — 2015. — Vol. 149 (2). — P. 318–320.
15. Yadav D., Lowenfels A. B. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis: a systematic review // *Pancreas*. — 2006. — Vol. 33. — P. 323–330.
16. Yang F., Wang Y., Sternfeld L. et al. The role of free fatty acids, pancreatic lipase and Ca<sup>2+</sup> signalling in injury of isolated acinar cells and pancreatitis model in lipoprotein lipase-deficient mice // *Acta Physiol (Oxf)*. — 2009. — Vol. 195. — P. 13–28.

**В. І. Робак<sup>1</sup>, Д. В. Євтушенко<sup>1</sup>, О. Г. Петюнін<sup>1</sup>, Л. А. Драная<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Цель работы** — провести анализ эффективности этилметилгидроксипиридина сукцината («Лодиксем») и комбинации этилметилгидроксипиридина сукцината и пентоксифиллина в растворе Рингера лактата («Лодиксем» + «Латрен») в терапии больных с острым панкреатитом.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 120 больных с острым панкреатитом. Мужчин было 67 (55,8%), женщин — 53 (44,2%). Возраст больных — от 19 до 82 лет (средний возраст —  $(44,23 \pm 2,51)$  года). Пациентов, получавших стандартную терапию, разделили на две группы: группа 1А — 30 больных, которые дополнительно к стандартной терапии получали этилметилгидроксипиридина сукцинат, группа 1Б — 30 больных, которые дополнительно к стандартной терапии получали этилметилгидроксипиридина сукцинат и пентоксифиллин в растворе Рингера лактата. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 60 больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении городской многопрофильной больницы № 18 г. Харькова в период с 2016 до 2018 г. (контрольная группа). Критерием включения в исследование было наличие острого панкреатита (Атланта, 2013), ранняя стадия заболевания, критериями исключения — выраженная острая печеночная или почечная недостаточность, повышенная чувствительность к «Латрену» или «Лодиксему» в анамнезе, детский возраст, беременность, период кормления грудью. Для определения диагностических критериев течения острого панкреатита при поступлении в стационар (0 сутки) и на 1-е, 3-и и 5-е сутки лечения оценены такие клинико-лабораторные показатели: реакция периферической крови, основные биохимические показатели, электролиты в крови, общее состояние по интегральным шкалам.

**Результаты и обсуждение.** Отмечено статистически значимое снижение уровня лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации, показателя интоксикации и содержания С-реактивного белка во всех группах, однако темп снижения был более выражен в группах 1А и 1Б. Оценка тяжести состояния больных по шкалам Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale выявила статистически значимое снижение баллов в группах больных, получавших терапию этилметилгидроксипиридином сукцинатом и комбинацией последнего с пентоксифиллином в растворе Рингера лактата.

**Выводы.** В терапии больных с острым панкреатитом применение этилметилгидроксипиридина сукцината в сочетании с пентоксифиллином в растворе Рингера лактата позволяет уменьшить проявления интоксикации и стимулировать репаративные процессы. На 5-е сутки отмечено статистически значимое снижение показателей по шкале ASSES (до  $6,11 \pm 0,37$  балла) и по шкале Ranson (до  $1,8 \pm 0,9$ ) балла) у больных, которых лечили по предложенной схеме терапии. Разработанная схема лечения может быть рекомендована к включению в протоколы лечения больных с воспалительными процессами в поджелудочной железе.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, этилметилгидроксипиридина сукцинат, Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale.

V. I. Robak<sup>1</sup>, D. V. Ievtushenko<sup>1</sup>, O. G. Petiunin<sup>1</sup>, L. O. Drana<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kharkiv National Medical University

<sup>2</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

## STRATEGY OPTIMIZATION IN THE ACUTE PANCREATITIS TREATMENT

**The aim** — to analyze the efficacy of ethyl methylhydroxypyridine succinate (*Lodixem*) and the combination of ethylmethylhydroxypyridine succinate and pentoxifylline in a Ringer Lactate solution (*Lodixem* + *Latren*) in the treatment of patients with acute pancreatitis.

**Materials and methods.** The treatment results analysis in 120 patients with acute pancreatitis was performed. Men were 67 (55.8%), women — 53 (44.2%). The patients' age was from 19 to 82 years (average age —  $44.23 \pm 2.51$  years). Patients receiving standard therapy were divided into two groups: group 1A — 30 patients who received ethylmethylhydroxypyridine succinate in addition to standard therapy, group 1B — 30 patients who received ethylmethylhydroxypyridine succinate and pentoxifylline in Ringer's lactate solution in addition to standard therapy. The treatment results of 60 patients with acute pancreatitis treated in the surgical department in the period from 2016 to 2018 (the control group) were retrospectively analyzed. The criterion for inclusion in the study was the presence of acute pancreatitis (Atlanta, 2013), the early stage of the disease, the exclusion criteria — severe acute hepatic or renal failure, hypersensitivity to *Latren* or *Lodixem* in anamnesis, childhood, pregnancy, breastfeeding period. The following clinical and laboratory indicators were evaluated: peripheral blood reaction, basic biochemical parameters, electrolytes in the blood, general state on integral scales to determine the diagnostic criteria for the course of acute pancreatitis on admission to hospital (day 0) and on the 1st, 3rd and 5th day of treatment,.

**Results and discussion.** A statistically significant decrease in leukocyte levels, leukocyte intoxication index, intoxication index and C-reactive protein content was noted in all groups, however, the rate of decline was more pronounced in groups 1A and 1B. Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale score of patients was assessed by a statistically significant reduction in patient groups treated with ethylmethylhydroxypyridine succinate and a combination of the latter with pentoxifylline in Ringer's lactate solution.

**Conclusions.** The ethyl methylhydroxypyridine succinate in combination with pentoxifylline in a Ringer's solution of lactate reduces the appearance of intoxication and stimulates reparative processes in the acute pancreatitis treatment. At the 5th day there was a significant decrease in the ASSES scale marks (up to  $6.11 \pm 0.37$ ) and on the Ranson scale ones (up to  $1.8 \pm 0.9$  points) in patients with the proposed treatment regimen. This treatment scheme can be recommended for inclusion into the treatment protocols for patients with pancreatic inflammation.

**Key words:** acute pancreatitis, normalization, ethylmethylhydroxypyridine succinate, intoxication, organ repair, Ranson, Simplified Acute Physiology Score II, Acute Sepsis Severity Evaluation Scale