

cline in the level of daily activities restrictions according to WOMAC questionnaire filled in 6 months since the therapy began. The findings supporting positive therapeutic effects were found in both groups, but in the main group they were more significant. The total WOMAC questionnaire score in 6 month treatment period was  $676.08 \pm 215.63$  in the main group that was significantly lower compared to the control group ( $858.46 \pm 167.64$ ,  $p < 0.0001$ ). This clinical indicator was also significantly lower in the main group ( $564.82 \pm 187.34$ ) compared to the control group ( $797.12 \pm 218.10$ ,  $p < 0.0001$ ) in 12 month period.

DOI 10.31718/2077-1096.20.3.110

УДК: 616.61–085

Іващенко Д.М., Дудченко М.О., Кравців М.І., Шевчук М.П.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННОЇ АНАЛГЕТИЧНОЇ ТА ПОДАЛЬШОЇ КОМБІНОВАНОЇ МЕТ–ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ НИРКОВИХ КОЛІК

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: ниркова коліка, МЕТ–терапія.

*Ниркова коліка – гострий патологічний симптомокомплекс, який, незважаючи на всі досягнення медицини, має постійну частоту в популяції людей - близько 12%. Цей стан характеризується вираженим раптовим больовим нападом, який викликає значне страждання пацієнта. Отже важливим є пошук найефективніших та найбезпечніших методів анальгезії та пошук шляхів корекції обструкції сечових шляхів, таких як причини виникнення болю. Метою дослідження була оцінка вираженості анальгетичної та комбінованої літоерадикативної терапії для покращення лікування пацієнтів з гострим нападом ниркової коліки. Для цього були проведені клінічні дослідження на 228 пацієнтах, доставлених в приймальне відділення з діагнозом ниркова коліка. На першому етапі було сформовано 3 групи, у яких визначали ефективність фармакологічного менеджменту первинної анальгезії. На другому етапі обстежено 96 хворих, розподілених на 2 групи та визначено ефективність літоерадикативної у моно-варіанті та у комбінації зі спазмолітиками. За отриманими результатами нашого дослідження встановлено, що при первинній анальгетичній терапії ниркової коліки перевагу мають препарати групи не стероїдних протизапальних препаратів над групою опіоїдів, що проявляється сильнішим анальгетичним ефектом та меншою вираженістю побічних реакцій. Диклофенак показав найкращі результати у зменшенні больового синдрому, переважаючи інші препарати на 5–7%. При оцінці ефективності комбінованої літоерадикативної терапії, отримані дані свідчать про збільшення шансів самовідходження конкрементів на 11% у групі, яка додатково у лікуванні отримувала дротаверин, а отже зменшення кількості хворих, які потребували подальшої операції. Також у цій групі на 6–7% було встановлено зменшення больового синдрому. Підсумовуючи отримані дані, можна рекомендувати використання для первинної анальгезії при нирковій коліці диклофенаку у дозі 75 мг, а при проведенні літоерадикативної терапії комбінувати  $\alpha$ -блокатори та спазмолітики, що призведе до покращення клінічних результатів у пацієнтів.*

Ключові слова: ниркова коліка, МЕТ–терапія.

Джерела фінансування: за власний рахунок.

### Вступ

Ниркова коліка – симптомокомплекс клінічних ознак, який виникає у пацієнтів при наявності обструкції сечових шляхів та неможливості відтоку сечі від лоханково-мискової системи нирки. Причинами даної патології можуть бути декілька патологічних станів, найчастішими серед яких є сечокам'яна хвороба (95–98%). Інші причини - це анатомічні аномалії розвитку сечових шляхів, закупорка згустками крові, гною, слизу, на які припадає 2–5% випадків. Статистично частіше дана патологія виявляється у чоловіків (62–65%), після сорока років [1]. Клінічно це проявляється наступними станами:

- Сильний біль з локалізацією у поперековій ділянці та з ірадіацією по фланку живота на стороні ураження, локалізація та відлуння якого визначаються місцем перепони відтоку сечі.

- Нудота.

- Блювання, яке виникає на висоті болю, але не приносить полегшення.

- Дизуричні розлади – частіше при локалізації перешкоди в нижній третині сечоводу.

- Поява еритроцитів у сечі (гематурія).

Актуальність дослідження у цій сфері зумовлена тим, що статистично близько 12% людської популяції мають сечокам'яну хворобу, яка за життя проявиться епізодом ниркової коліки, а відсоток рецидиву захворювання після лікування складає близько 50% [2].

Причиною сечокам'яної хвороби як предиктора ниркової коліки є формування конкрементів в просвіті ниркової миски з наступною їх міграцією в просвіт сечоводу, де найчастіше й відбувається обструкція у місцях фізіологічних звужень.

Виділяють наступні фактори ризику формування конкрементів:

1. Недостатній об'єм сечі що виділяється (зменшене споживання рідини з підвищенням осмолярності сечі);

2. Гіперкальціурія (первинна або вторинна внаслідок гіпервітамінозу Д, гіперпаратиреоїдизму, системному ацидозі). Кальцієві камені ста-

новлять близько 70–80% від усіх каменів сечових шляхів.

3. Підвищення рівня сечової кислоти, рівня оксалатів у сечі, викликане порушеннями харчування або генетичних дефектів фільтрації у канальцях нефрону – 10% каменів.

4. Інфекційні камені (струвитні) виникають внаслідок дії мікроорганізмів (їхнього метаболізму) в просвіті сечових шляхів – 5–15% конкрементів.

До діагностичних обстежень, які використовуються, належать:

– Рентгенографія – чутливість методу – 45–60%. Не рекомендований Європейською та Американською асоціаціями урологів (EUA та AUA);

– Ультразвукова діагностика – обстеження першої лінії – направлене на визначення гідронефрозу як об'єктивної ознаки обструкції сечових шляхів, чутливість методу – 80–88% [3];

– Видільна урографія – до введення в практику комп'ютерної томографії була «золотим стандартом» діагностики, маючи чутливість близько 80%, але має низку недоліків, такі як алергія на контраст, протипоказання у вигляді гострої та хронічної ниркової недостатності, неможливість візуалізувати 10–20% конкрементів через використання рентгену. Наразі в закордонні рекомендації не внесена;

– Комп'ютерна томографія заочеревинного простору без контрастування є «золотим стандартом» та обстеженням першої лінії згідно рекомендації EUA та AUA.

Лікування ниркової коліки направлене на усунення обструкції, як причини больового нападу. Воно поділяється на оперативне (контактна, дистанційна, перкутанна літотрипсія) та на консервативне. Медикаментозне лікування першочергово направлене на усунення больового синдрому, та при позитивному ефекту – на ерадикацію конкремента з сечоводу без оперативного втручання [4].

Для усунення больового нападу згідно сучасних гайдлайнів Європи та США можуть використовуватися наступні види лікарських засобів [5]:

– Перевага надається препаратам групи НПЗП (метамізол, парацетамол, ібупрофен), але чітких рекомендацій щодо вибору НПЗП, які дещо відрізняються за фармакологічним ефектом не надано;

– 2-га лінія аналгетичної терапії – опіоїдні препарати (морфін) – має статистично менший на 10–15% вплив на біль та більше побічних ефектів;

– Спазмолітичні препарати мають місце в лікуванні ниркової коліки, але відсутні рандомізовані дослідження, які доводять їх ефективність при знятті больового нападу.

При ефективності первинної аналгетичної терапії та відсутності рецидиву больового нападу та прогресування уретерогідронефрозу, та при відсутності прямих показань до оперативного лікування, зумовленого розміром та розташуван-

ням конкременту, пацієнт може бути рекомендований на подальшу фармакологічну терапію, спрямовану на полегшення самовідходження конкременту – MET (Medical Expulsive Therapy) терапію, основним принципом якої є призначення  $\alpha$ -блокаторів (тамсулозин 0,4 мг/добу) або блокаторів кальцієвих каналів (ніфедипін 30 мг/добу). З них статистично кращими є саме  $\alpha$ -блокатори [6]. У гайдлайнах немає рекомендацій щодо додавання до класичної схеми MET-терапії інших препаратів, крім НПЗП, хоча можна припустити, що спазмолітики матимуть синергію у дії на гладку мускулатуру сечових шляхів та можуть збільшити вірогідність бажаного для пацієнта ефекту.

Мета дослідження: оцінка вираженості аналгетичної та комбінованої літоерадикативної терапії для покращення лікування пацієнтів з гострим нападом ниркової коліки.

#### **Матеріали та методи дослідження:**

З метою оцінки вираженості аналгетичної терапії при нирковій коліці було сформовано 3 клінічні групи хворих (загалом 228 пацієнтів, по 76 в кожній групі, 80 жінок та 148 (65%) чоловіків). Середній вік склав  $49 \pm 6,8$  років. Хворі у групах були репрезентативні за клінічними проявами, статтю, віком.

У дослідження включали пацієнтів віком 18–65 років, з наявним гострим нападом ниркової коліки, яким надавалося лікування в умовах хірургічного відділення 3-ї міської клінічної лікарні м. Полтави в період 01.2018 – 12.2019 роки. Обов'язковим обстеженням для підтвердження саме ниркового генезу нападу болю було першочергове ультразвукове дослідження нирок з визначенням наявності та розмірів уретерогідронефрозу.

Критеріями виключення були: відсутність уретерогідронефрозу, наявність в анамнезі хронічної ниркової недостатності, шоківі стани будь-якого генезу, напад ниркової коліки у попередньо лікованих пацієнтів.

Пацієнти у кожній групі отримували анкету з візуальною аналоговою шкалою болі (ВАШ), яку вони заповнювали на момент надходження до стаціонару та через 1, 3 годин після призначеної терапії.

Пацієнтам 1-ї групи призначався метамізол натрію 1,0 г в/м, 2-ї групи – диклофенак 75 мг в/м, 3-ї групи – морфіну гідрохлорид у дозі 1,5 мг/кг в/м.

Аналізували вираженість больового синдрому протягом 3-годин. В подальшому, якщо больовий синдром не можливо було купувати введенням монопрепарату, то через 3 години застосовувалася комбінована терапія з включенням до неї спазмолітиків (дротаверин 80 мг в/м).

На наступну добу усім пацієнтам виконувалося КТ дослідження для чіткої візуалізації рівня обструкції та згідно клінічного перебігу хвороби та розмірів конкременту вирішувалось питання

про необхідність екстреного оперативного втручання. До другого етапу дослідження ми включали пацієнтів, у яких малася позитивна відповідь на аналгетичну терапію (позитивна динаміка гідронефрозу, відсутність рецидивуючого нападу ниркової коліки), та з локалізацією конкременту у нижній третині сечоводу, розмірами не більше за 10 мм. Такі конкременти мали найбільший шанс самовідходження з найнижчими прогнозованими побічними ефектами згідно рекомендацій EUA та AUA.

Загальна кількість пацієнтів, що ввійшли до другого етапу, становила 96 чоловік. З них були сформовані 2 групи, які отримували МЕТ-терапію.

I група (48 чол) отримувала монотерапію  $\alpha$ -блокатором (тамсулозин 0,4 мг/добу), II (48 чол) група додатково отримувала дротаверин в таблетованій формі 40 мг 2р/д. Також до лікування у обох груп додавалися препарат рослинного

походження «Канефрон Н» за рекомендованим у фармакологічній інструкції дозуванням. Пацієнти спостерігались протягом 3-х тижнів, оцінювали щотижнево параметри дискомфорту за ВАШ, та відсоток пацієнтів які мали епізод самовідходження конкременту та відсоток пацієнтів у яких МЕТ-терапія виявилася неефективною та на фоні наростання больового синдрому та гідронефрозу їм потрібно було виконати оперативне втручання. Якщо 3-х тижнева МЕТ терапія була неефективною у ерадикації конкрементів, пацієнти за згодою спрямовувалися на оперативне лікування.

### Результати та обговорення:

За результатами аналізу проведеного лікування у 3-х групах хворих при аналізі первинної аналгетичної терапії були отримані наступні результати (наведені в таблиці № 1):

Таблиця № 1

ВАШ / Група	1 (метамізол 1,0 г)	2 (диклофенак 75 мг)	3 (морфін 1,5 мг/кг)
При поступленні	8,3 ± 0,5	8,2 ± 0,35	8,4 ± 0,45
1 година	4,1 ± 0,7	3,7 ± 0,45	4,3 ± 0,6
3 година	3,2 ± 0,4	2,7 ± 0,3	3,3 ± 0,4

Оцінюючи наведені у таблиці дані можна визначити, що за результатами нашого дослідження найефективнішим препаратом з протестованих НПЗП був диклофенак у дозі 75 мг, він мав на 1 годину на 5% вищу ефективність ніж метамізол та на 7% вищу ефективність ніж морфін. На 3-тю годину ефективність пролонгованої дії диклофенаку на 4,5% перевищувала показники метамізолу та на 5,5% морфіну. Порівнюючи 1 групу та 3 групу, ми мали наступні дані: метамізол був вищий за ефективністю ніж морфін на 3% на 1 годину та на 1% на 3 годину. Проте, незважаючи на майже подібні результати, у 12 (15%) пацієнтів саме 3-ї групи спостерігалися побічні ефекти опіоїдів у вигляді гіпотензії, головокружіння, блювання без больового нападу, що на нашу думку визначає саме препарати груп

НПЗП як більш рекомендовані до використання.

При виконанні другого етапу дослідження отримали наступні результати:

– Больовий синдром при оцінці ВАШ був нижчий у групі комбінованого використання тамсулозину та дротаверину в середньому на 12%

– Відсоток самостійного відходження конкрементів на 1-му тижні був вищий у 2-й групі на XX%, на 2-му тижні – на XX%, на 3-му тижні – на XX%

– Відсоток хворих, що потребували оперативних втручань був вищий в середньому на 5% за результатами 3-тижневого моніторингу у хворих 1 групи, що отримували терапію тамсулозином ніж у пацієнтів 2 групи.

Результати представлені у таблиці № 2.

Таблиця № 2.

		I група (тамсулозин 0,4 мг)	II група (тамсулозин 0,4 мг + дротаверин 80 мг)
1 тиждень	ВАШ	3,1 ± 0,3	3,0 ± 0,4
	Кількість пацієнтів з самовідходженням конкрементів	16	18
	Кількість пацієнтів що потребували оперативного втручання	7	5
2 тиждень	ВАШ	2,8 ± 0,35	2,6 ± 0,25
	Кількість пацієнтів з самовідходженням конкрементів	10	13
	Кількість пацієнтів що потребували оперативного втручання	6	4
3 тиждень	ВАШ	2,7 ± 0,4	2,6 ± 0,35
	Кількість пацієнтів з самовідходженням конкрементів	7	5
	Кількість пацієнтів що потребували оперативного втручання	2	3

### Висновки

За отриманими результатами нашого дослідження встановлено, що при первинній аналге-

тичній терапії ниркової коліки перевагу мають препарати групи НПЗП над групою опіоїдів, що проявляється сильнішим аналгетичним ефектом та меншою вираженістю побічних реакцій.

Диклофенак показав найкращі результати у зменшенні больового синдрому, переважаючи інші препарати на 5–7%.

При оцінці ефективності комбінованої МЕТ–терапії, отримані дані свідчать про збільшення шансів самовідходження конкрементів на 11% у групі, яка додатково у лікуванні отримувала дротаверин, а отже зменшення кількості хворих які потребували подальшої операції. Також у цій групі на 6–7% було встановлено зменшення больового синдрому.

Аналізуючи отримані дані дослідження, можна рекомендувати використання для первинної аналгезії при нирковій коліці диклофенаку у дозі 75 мг, а при проведенні МЕТ–терапії комбінувати  $\alpha$ –блокатори та спазмолітики, що призведе до покращення клінічних результатів у пацієнтів.

### Реферат

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕГО И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕТ–ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЧЕЧНЫХ КОЛИК.

Иващенко Д.Н., Дудченко М.А., Кравцов Н.И., Шевчук Н.П.

Ключевые слова: почечная колика, МЕТ–терапия.

Почечная колика – острый патологический симптомокомплекс, который несмотря на все достижения медицины имеет постоянную частоту в популяции людей – около 12%. Это состояние характеризуется выраженным внезапным болевым приступом, который вызывает значительное страдание пациента. Очень важным является поиск эффективных и безопасных методов аналгезии и поиск путей коррекции обструкции мочевых путей, таких как причины возникновения боли. Целью исследования была оценка выраженности анальгезирующей и комбинированной литоэрадикативной терапии для улучшения лечения пациентов с острым приступом почечной колики. Для этого были проведены клинические исследования на 228 пациентах, доставленных в приемное отделение с диагнозом почечная колика. На первом этапе было сформировано 3 группы в которых определяли эффективность фармакологического менеджмента первичной аналгезии. На втором этапе обследовано 96 больных, распределенных на 2 группы и определена эффективность литоэрадикативной терапии в моноварианте и в сочетании со спазмолитиками. По полученным результатам нашего исследования установлено, что при первичной анальгетической терапии почечной колики преимущественно имеют препараты группы нестероидных противовоспалительных средств над группой опиоидов, что проявляется более сильным анальгетическим эффектом и меньшей выраженностью побочных реакций. Диклофенак показал лучшие результаты в уменьшении болевого синдрома, превосходя другие препараты на 5–7%. При оценке эффективности комбинированной литоэрадикативной терапии, полученные данные свидетельствуют об увеличении шансов самоотхождения конкрементов на 11% в группе, которая дополнительно в лечении получала дротаверин, а, следовательно, уменьшение количества больных, нуждающихся в дальнейшей операции. Также в этой группе на 6–7% было установлено уменьшение болевого синдрома. Суммируя полученные данные, можно рекомендовать использование для первичной аналгезии при почечной колике диклофенака в дозе 75 мг, а при проведении литоэрадикативной терапии комбинировать  $\alpha$ –блокаторы и спазмолитики, что приведет к улучшению клинических результатов у пациентов.

### Summary

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PRIMARY ANALGESIC AND SUBSEQUENT COMBINED MET–THERAPY IN RENAL COLIC THERAPY

Ivashchenko D.M., Dudchenko M.O., Kravtsov M.I., Shevchyk M.P.

Key words: renal colic, MET therapy.

Renal colic is an acute pathological symptom complex, which, despite all the achievements of medicine, demonstrates constant occurrence rate of about 12% in the human population. This condition is characterized by a pronounced sudden pain attack, which causes significant suffering to the patient. Therefore, the search for effective and safe methods of analgesia and the search for ways to correct urinary obstruction as a cause of pain are of great clinical importance. The aim of the study was to assess the effectiveness of analgesic and combined lithoeradicative therapy to improve the management of patients with acute attack of renal colic. The clinical study included 228 individuals admitted to the hospital with a diagnosis of renal colic. At the first stage, they were divided into three groups to assess the effectiveness of the pharmacological management of primary analgesia. At the second stage, 96 patients were examined, and then divided into 2 subgroups in order to assess the effectiveness of medical expulsive therapy in its mono–variant and in com-

### Література

1. Sarychev L.P. Minimalno invazyvne rozblokovannia nyrky u khvorykh na sechokam'ianu khvorobu, uskladnenu obstruktsieiu verkhnikh sechovykh shliakhiv [Minimally invasive unlock of kidney in patients with urolithiasis, complicated with upper urinary tract obstruction]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu*. 2011; 40: 232–4. (Ukrainian)
2. Samad EJ Golzari. Therapeutic Approaches for Renal Colic in the Emergency Department: A Review Article. *Anesth Pain Med*. 2014; 4(1): 45–9.
3. Sarychev LP. Rol ta mistse ultrasonohrafiy v diahnozytsi hostrykh infektsiynykh zapalnykh zakhvoriuvan nyrok [The role and place of ultrasonography in the diagnosis of acute infectious inflammatory kidney diseases]. *Urolohiia*. 1999; 3: 35–41. (Ukrainian)
4. Soleimanpour H et al. Effectiveness of intravenous lidocaine versus intravenous morphine for patients with renal colic in the emergency. *BMC Urol*. 2012; 12: 39–43.
5. Yencilek F et al. Role of papaverine hydrochloride administration in patients with intractable renal colic: randomized prospective trial. *Urology*. 2008; 72(5): 987–90.
6. Sümer A et al. Comparison of the Therapeutic Effects of Diclofenac Sodium, Prednisolone and an Alpha Blocker for the Treatment of Renal Colic. *Turkish J Urology*. 2012; 38(1): 23–8.

bination with spasmolytics. The results obtained demonstrated that during the primary analgesic therapy of renal colic, non-steroidal anti-inflammatory drugs have advantages over the opioid group that is manifested by a stronger analgesic effect and less severe adverse reactions. Diclofenac showed the best results in pain relief, superior to other drugs by 5–7%. When evaluating the effectiveness of combined medical expulsive therapy, the data obtained indicate an increase in the chances of calculi passage by 11% in the group, which received drotaverine additionally to the therapeutic scheme, and, consequently, a decrease in the number of patients requiring further surgery. This group also demonstrated a pain reduction by 6–7%. Summarizing the data obtained, we can recommend the administration of diclofenac in a dose of 75 mg for primary analgesia of renal colic, and when conducting medical expulsive therapy, combine  $\alpha$ -blockers and spasmolytics should be applied. This will lead to improved clinical results in patients with renal colic.

DOI 10.31718/2077-1096.20.3.114

УДК 616.37-002:616.381-002:616.9

Кас'ян В.В.

## ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ АСЦИТ-ПЕРИТОНІТОМ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

*Асцит-перитоніт при гострому панкреатиті є доволі частим ускладненням раннього періоду захворювання. На початку гострого тяжкого панкреатиту, у більшості випадків смерть настає в результаті поліорганної недостатності, починаючи з другого тижня, інфекційні ускладнення грають більш важливу роль. Втім, діагностика інфікованого панкреатиту є складною, оскільки клінічна картина не відрізняється від запальної реакції, спричиненої самим панкреатитом. Хоча пік інфекційних ускладнень спостерігається переважно з другого по четвертий тижні з моменту початку захворювання, терміни розвитку інфекції при панкреатичному некрозі варіабельні та непередбачувані. Метою дослідження був аналіз прогностичних можливостей прокальцитоніну, щодо розвитку інфекційних ускладнень в динаміці захворювання при гострому панкреатиті ускладненому асцит-перитонітом. Нами було проаналізовано результати комплексного обстеження та лікування 18 хворих з гострим панкреатитом ускладненим ферментативним асцит-перитонітом, з них 13 хворих, що знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР», та 5 пацієнтів інших ургентних стаціонарів м. Полтави, у період з 2017 по 2019 роки. Окрім стандартних методів обстеження додатково нами було проведено визначення прокальцитоніну для прогнозування несприятливого перебігу захворювання в ранньому періоді. Статистичний аналіз матеріалів дослідження проводили за допомогою програми «STATISTICA 10.0» (StatSoft, Inc., США) методами описової статистики з розрахунком у досліджуваних групах якісних показників у вигляді частот та їх відсоткових співвідношень. Статистична значимість відмінностей визначалась непараметричним методом між показниками незалежних груп за допомогою точного критерію Фішера. Статистично значущими вважали відмінності при  $p < 0,05$ . Інфекційні ускладнення в динаміці захворювання розвинулися у 39% хворих досліджуваної групи. Серед пацієнтів, що мали інфекційні ускладнення у 86% вже на момент госпіталізації спостерігалася підвищена концентрація прокальцитоніну. При порівнянні відмінностей у розвитку інфекційних ускладнень у динаміці захворювання у хворих досліджуваної групи в залежності від наявності підвищеної концентрації прокальцитоніну чи її відсутності на момент госпіталізації було виявлено вірогідну відмінність ( $p = 0.005$ ). Ми вважаємо, що використання прокальцитоніну для прогнозування розвитку інфекційних ускладнень у динаміці захворювання дозволить визначити категорію пацієнтів, у котрих зниження ризику транслокації флори шляхом використання парентерально препаратів тропних до тканин підшлункової залози та ранньої пероральної антибіотикопрофілактики може сприяти зниженню частоти гнійно-септичних ускладнень.*

Ключові слова: гострий панкреатит, асцит-перитоніт, прокальцитонін.

*Робота є фрагментом НДР "Диференційована хірургічна тактика при паранкреатичних інфекційно-септичних ускладненнях деструктивного панкреатиту" (№ державної реєстрації 0116U005439)*

Гострий тяжкий панкреатит характеризується раптовим виникненням зі швидким погіршенням стану хворих[1]. Доволі частим ускладненням раннього періоду гострого панкреатиту є асцит-перитоніт[2]. У більшості випадків смерть протягом першого тижня гострого панкреатиту настає в результаті поліорганної недостатності, у наступні тижні, інфекційні ускладнення відіграють більш важливу роль [3]. Tang J.C.F. [3] рекомендує виявлення пацієнтів з гострим панкреати-

том, котрі потребують більш агресивної медичної допомоги, диференціюючи тяжкість їх захворювання.

Прогнозування тяжкості перебігу захворювання є цінним інструментом у клініці, втім для підвищення клінічної користі, воно повинно передбачати реальні чинники тяжкості – (пери)панкреатичний некроз і/або органну недостатність [4]. Серед реаніматологів існує побоювання, що пацієнтів госпіталізують у відділення ін-