

ӨОК: 616.366-002-07  
DOI

<sup>1</sup>Г.Б.АМАНЖОЛОВА, <sup>1</sup>А.Ғ.ӘСІЛХАН, <sup>1</sup>Н.Б.НҰРҒАЛИЕВА, <sup>1</sup>Г.Р.МУСТАПА, <sup>2</sup>Э.Ж.СЫДЫКОВА, <sup>3</sup>Н.Б. АМАНЖОЛОВА

<sup>1</sup>Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

<sup>2</sup>КГП на ПХВ «Панфиловская многопрофильная межрайонная больница»

<sup>3</sup>КГП на ПХВ "Илийская центральная районная больница"

## ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ НА АНАЛИЗЫ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Резюме:** Острый панкреатит (ОП) — заболевание желудочно-кишечного тракта, вызванное внезапным отеком поджелудочной железы, которое может привести к полиорганной недостаточности или смерти. В последние несколько десятилетий заболеваемость ОП во всем мире растет. Цель нашей работы – это анализ состояний пациентов с острым панкреатитом, у которых в лечении отсутствовало лекарственное средство сандостатин. По результатам нашего исследования мы не можем говорить об эффективности лечения при отсутствии в лечении лекарственного средства сандостатина. Причиной этому является умеренная динамика улучшения состояния здоровья на основании анализов. Наше исследование требует дальнейшей работы, теперь уже с изучением эффективности сандостатина при лечении острого панкреатита.

**Ключевые слова:** Острый панкреатит, октреотид, сандостатин, лечение, госпитализация.

<sup>1</sup>Г.Б.Аманжолова, <sup>1</sup>А.Ғ.Әсілхан, <sup>1</sup>Н.Б.Нұрғалиева,

<sup>1</sup>Г.Р.Мустапа, <sup>2</sup>Э.Ж.Сыдыкова, <sup>3</sup>Н.Б. Аманжолова

<sup>1</sup>С.Д.Асфендияров атындағы «Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ

<sup>2</sup>ШЖҚ «Іле аудандық орталық ауруханасы» КМК

<sup>1</sup>N.B. Nurgaliyeva, <sup>1</sup>A.G.Asilkhan, <sup>1</sup>G.B.Amanzholova,

<sup>1</sup>G.R.Mustapa, <sup>2</sup>E.Zh.Sydykova, <sup>3</sup>N.B.Amanzholova

<sup>1</sup>S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University

<sup>2</sup>MSE on REM "Panfilov multidisciplinary inter-district hospital"

<sup>3</sup>MSE on REM "Ili central district hospital"

### ЖІТІ ПАНКРЕАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ АНАЛИЗДІК ТАЛДАУЫНА ЕМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІНІҢ ӘСЕРІ

**Түйін:** Жедел панкреатит (ЖП) – асқазан-ішек жолдарының, ұйқы безінің кенеттен ісінуінен туындайтын, көптеген мүшелердің бұзылуына немесе өлімге әкелуі мүмкін. Соңғы бірнеше онжылдықта ЖП ауруы бүкіл әлемде өсуде. Біздің жұмысымыздың мақсаты – емінде сандостатин препараты болмаған жедел панкреатитпен ауыратын науқастардың жағдайын талдау. Біздің зерттеуіміздің нәтижелері бойынша емдеуде сандостатин препараты болмаған жағдайда емдеудің тиімділігі туралы айта алмаймыз. Мұның себебі - талдаулар негізінде денсаулық жағдайының жақсаруының қалыпты динамикасы. Біздің зерттеуіміз одан әрі жұмысты қажет етеді, енді сандостатиннің жедел панкреатитті емдеудегі тиімділігін зерттеу.

**Түйінді сөздер:** Жедел панкреатит, октреотид, сандостатин, емдеу, ауруханаға жатқызу.

### IMPACT OF TREATMENT PECULIARITIES ON THE ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

**Resume:** Acute pancreatitis (AP) is a disease of the gastrointestinal tract caused by sudden swelling of the pancreas that can lead to multiple organ failure or death. In the past few decades, the incidence of OP has been increasing worldwide. The purpose of our work is to analyze the conditions of patients with acute pancreatitis who did not have the drug sandostatin in their treatment. According to the results of our study, we cannot speak about the effectiveness of the treatment in the absence of the drug sandostatin in the treatment. The reason for this is the moderate dynamics of improvement in health status based on analyzes. Our study requires further work, now with the study of the effectiveness of sandostatin in the treatment of acute pancreatitis.

**Keywords:** Acute pancreatitis, octreotide, sandostatin, treatment, hospitalization.

**Введение.** Острый панкреатит (ОП) — заболевание желудочно-кишечного тракта, вызванное внезапным отеком поджелудочной железы, которое может привести к полиорганной недостаточности или смерти. В последние несколько десятилетий заболеваемость ОП во всем мире растет. У большинства больных (80–85%) [1] ОП протекает в более легкой форме с выздоровлением через 1–2 нед и летальностью < 1–3%. Однако примерно у 20-30% пациентов с ОП развивается тяжелый острый панкреатит (ОПП), что приводит к летальности 13-35%. Благодаря развитию интенсивной терапии и хирургических процедур уровень смертности, продолжительность госпитализации и стоимость госпитализации снизились с 2011 по 2016 год, несмотря на увеличение числа госпитализированных пациентов с ОП [2-4].

Как правило, при легком ОП применяют меры поддерживающей терапии [5-8]. Умеренный ОП и САП лечат фармакологическими вмешательствами для снижения показателей заболеваемости и смертности. Соматостатин и его аналоги использовались в качестве антисекреторных средств и противовоспалительных пептидов, ингибирующих пищеварительные ферменты, секретируемые поджелудочной железой. Соматостатин или сандостатин (октреотид) применялись в качестве монотерапии для лечения умеренного ОП и ОП, оба, как сообщалось, снижали уровень смертности и осложнений при

ОП. Использование фармакологических вмешательств, включая аналоги соматостатина, не рекомендуется в различных национальных руководствах Японии, Канады и Америки в основном из-за отсутствия качественных клинических данных [9-13]. Тем не менее, соматостатин и его аналоги рекомендуются различными китайскими руководствами и консенсусным заявлением. Хотя в нескольких исследованиях оценивались результаты эффективности с несколькими конечными точками, доказательная база все еще неубедительна и имеет ограничения [14]. Противоречивые рекомендации по аналогам соматостатина в рекомендациях по клинической практике и руководствах по ОП могут быть связаны с отсутствием качественных клинических доказательств [15]. Поэтому здесь мы рассмотрели медицинские записи пациентов с ОП из четырех разных больниц в основных регионах Китая и обсудили текущее состояние пациентов с ОП и терапевтическую эффективность аналогов соматостатина [16].

Благодаря недавнему прогрессу в лечении, продолжительность пребывания в стационаре значительно сократилась во всех временных точках в предыдущие десятилетия. Исследование китайских ученых продемонстрировало аналогичное сокращение числа дней госпитализации. В соответствии с предыдущими испытаниями, рассмотренными Li et al. было обнаружено, что ча-

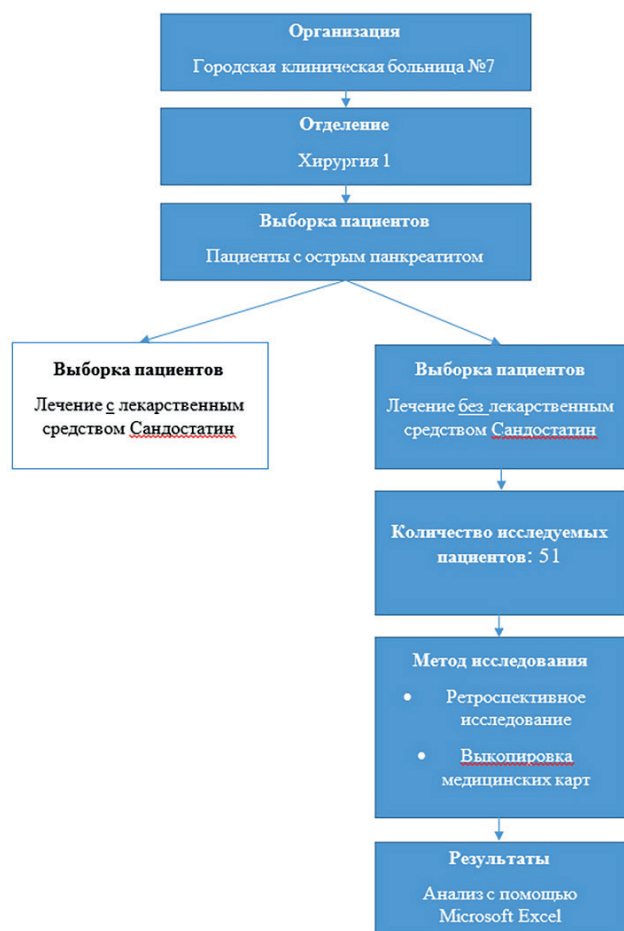


Рисунок 1 - Алгоритм действий исследования

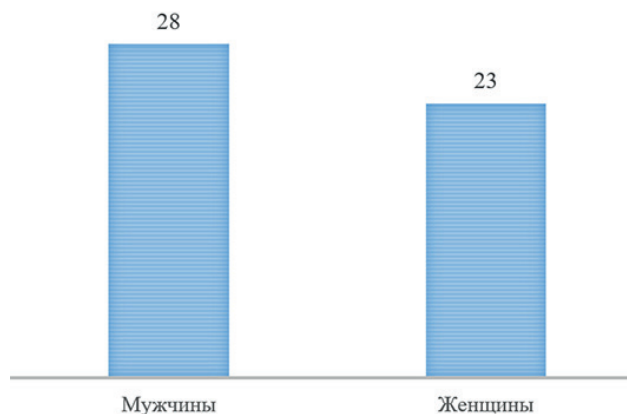


Рисунок 2 - Пол пациентов

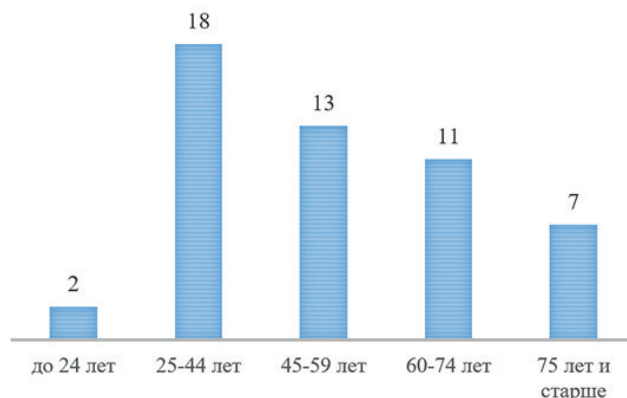


Рисунок 3 - Возрастные категории пациентов отделения

стота осложнений, связанных с ОП, была низкой в группе сандостатина, что согласуется с предыдущими исследованиями [17].

**Цель.** Анализ состояний пациентов с острым панкреатитом, у которых в лечении отсутствовало лекарственное средство сандостатин

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен анализ 100 пациентов Городской клинической больницы №7 отделения хирургии #1. С помощью ретроспективного исследования мы внесли в базу, созданном в Microsoft Excel, данные о пациентах, поступивших в отделение с диагнозом острый панкреатит. Исследованы общие анализы крови, которые были сданы во время нахождения в стационаре. Алгоритм метода исследования проиллюстрирован на рисунке 1.

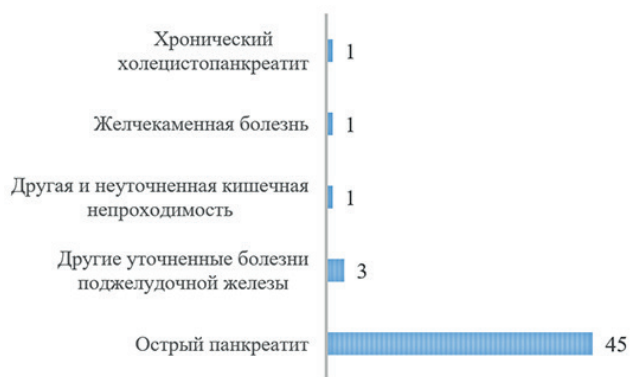


Рисунок 4 - Диагнозы пациентов при поступлении

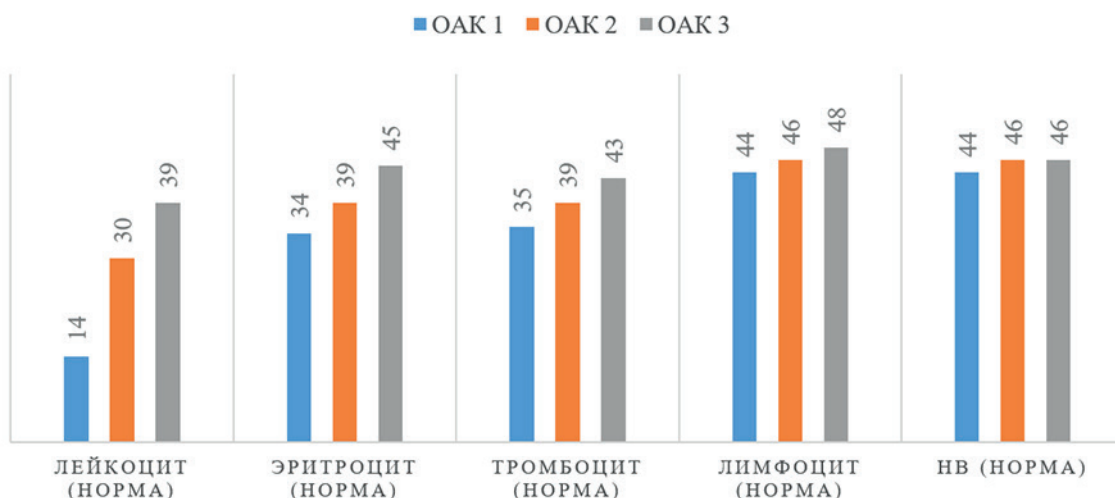


Рисунок 5 - Количество пациентов со значениями в пределах нормы (общий анализ крови)

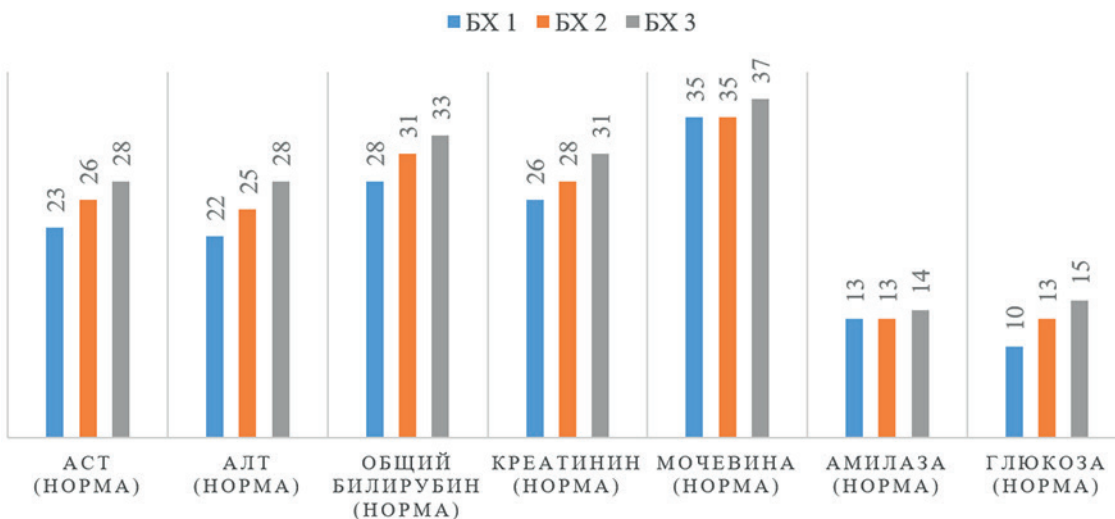


Рисунок 6 - Количество пациентов со значениями в пределах нормы (биохимический анализ крови)

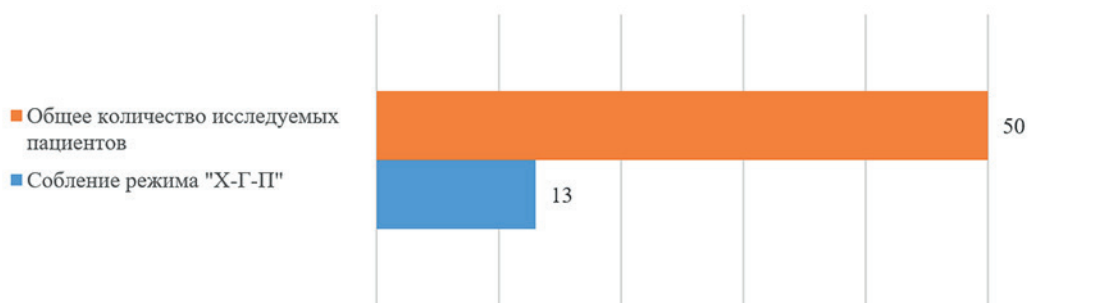


Рисунок 7 - Количество пациентов, которые соблюдали режим «холод, голод и покой»

**Результаты.** В нашем исследовании приняли участие 28 мужчин (54,9%) и 23 женщин (45,1%) (рисунок 2). Средний возраст пациентов составил  $51,7 \pm 17,8$  лет. Мы ранжировали пациентов по возрастным категориям согласно ВОЗ. До 24 лет было 2 пациента, что составило 3,9% от общего количества. От 25 до 44 лет пациентов было 18 (35,3%), от 45 до 59 лет участвовали 13 пациентов (25,5%). 21,6% от общего количества исследуемых пациентов составили участники от 60 до 74 лет, которых было 11. В возрастную категорию старше 75 лет вошли 7 пациентов (13,7%) (рисунок 3).

В ретроспективном исследовании с острым панкреатитом поступило 45 пациентов. Они составили 88,2%. Также было 3 случая других уточненных заболеваний поджелудочной железы (5,9%). Такие болезни, как желчекаменная болезнь, хронический холецистопанкреатит и другая неуточненная кишечная непроходимость имели одиночные случаи (каждый из них составил 2%, суммарно – 6%) (рисунок 4).

Основной целью нашего исследования является анализ состояний пациентов с острым панкреатитом, у которых в лечении отсутствовало лекарственное средство сандостатин. Т.е. мы исследовали результаты ОАК (рисунок 5) и БХА (рисунок 6). Лейкоциты во время первого анализа крови в норме были у 14 пациентов, во время второго у 30, и во время третьего он увеличился до 39. Эритроциты же в нормальных значениях были у 34, во время второго анализа крови у 39, и у 45 после третьего анализа. Тромбоциты при поступлении в норме были у 35 пациентов, во время второго анализа крови нормальные значения были у 39, и в третьем – у 43 пациентов. Нормальный уровень референсных значений лимфоцитов был выявлен у 44 пациентов (1 анализ крови), после второго анализа – 46, после третьего – 48. Нормальный уровень гемоглобина был в начале у 44, далее у 46 пациентов.

Нормальный уровень аспаратаминотрансферазы (АСТ) был выявлен у 23 пациентов при поступлении. Во время второго БХА – 26, во время третьего – 28. Аланинаминотрансфераза, который является эндогенным ферментом из группы трансфераз, подгруппы аминотрансфераз, в норме при первом анализе в стационаре был у 22 пациентов. Во время второго он увеличился до 25, во время следующего третьем

до 28. Общий билирубин от 28 пациентов увеличился до 33 пациентов. Креатинин в начале в норме был у 26 пациентов, а в конце у 31. Мочевина была в норме во время первых двух анализов у 35, и во время третьего – 37. Уровень амилазы – фермента, выделяемого поджелудочной железой и ответственного за переваривание углеводов, – значительно повышается при панкреатите. В норме он был лишь у 13 пациентов. И во время третьего анализа он увеличился лишь на одного пациента. Также мы исследовали уровень глюкозы у пациентов. До выписки значения нормального уровня глюкозы имели 15 пациентов (в начале было 10).

Важным фактором для улучшения состояния в случае приступов острого панкреатита врачи придерживаются правила: «холод, голод и покой». Мы анализировали три биохимических анализов крови пациентов. У пациентов с вышеуказанным режимом (не отрицаются случаи несоблюдения режима другими пациентами) улучшение наступало раньше по сравнению со второй группой (не соблюдавшие режим). Количество пациентов, соблюдавших режим «холод, голод и покой» составило 13 (26% от общего количества) (рисунок 7). Вывод. Сандостатин (октреотид) ингибирует базальную и стимулированную панкреатическую секрецию, стимулирует активность ретикулоэндотелиальной системы, модулируют цитокиновый каскад и обладают цитопротекторным действием в отношении поджелудочной железы. Эти эффекты лекарственного средства предполагают, что препарат может быть полезен либо для лечения заболеваний поджелудочной железы, либо для профилактики острого панкреатита после процедур на поджелудочной железе.

По результатам нашего исследования мы не можем говорить об эффективности лечения при отсутствии в лечении лекарственного средства сандостатина. Причиной этому является умеренная динамика улучшения состояния здоровья на основании анализов. Однако эффективность режима «холод, голод и покой» оказалась показательной.

Наше исследование требует дальнейшей работы, теперь уже с изучением эффективности сандостатина при лечении острого панкреатита.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Xiao AY, Tan ML, Wu LM, et al. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016;1:45-55.
- 2 Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology* 2019;156:254-72.e11.
- 3 Wadhwa V, Patwardhan S, Garg SK, et al. Health Care Utilization and Costs Associated With Acute Pancreatitis. *Pancreas* 2017;46:410-5.
- 4 Munigala S, Subramaniam D, Subramaniam DP, et al. Predictors for early readmission in acute pancreatitis (AP) in the United States (US) - A nationwide population based study. *Pancreatol* 2017;17:534-42.
- 5 Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-11.
- 6 Gastroenterology Chinese Medical Association credits will Pancreatol group. Chinese guidelines for the management of acute pancreatitis(Shenyang,2019). *Chinese Journal of Pancreatol* 2019;19:321-31.
- 7 Chinese Study Group for Pancreatol of Chinese Medical Doctor Associations. Chinese MDT Consensus for the management of acute pancreatitis. *Chinese Journal of Pancreatol* 2015;15:217-24.
- 8 Horibe M, Egi M, Sasaki M, et al. Continuous Regional Arterial Infusion of Protease Inhibitors for Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Pancreas* 2015;44:1017-23.
- 9 Lagoo JY, D'Souza MC, Kartha A, et al. Role of Ulinastatin, a trypsin inhibitor, in severe acute pancreatitis in critical care setting: A retrospective analysis. *J Crit Care* 2018;45:27-32.
- 10 Nie XM, Li YS, Yang ZW, et al. Initial empiric antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in Chinese hospitals. *Clin Microbiol Infect* 2018;24:658.e1-e6.
- 11 Sellers ZM, Maclsaac D, Yu H, et al. Nationwide trends in acute and chronic pancreatitis among privately insured children and non-elderly adults in the United States, 2007-2014. *Gastroenterology* 2018;155:469-78.e1.
- 12 Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2016;375:1972-81.
- 13 Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1400-15; 1416.
- 14 Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol* 2013;13:e1-e15.
- 15 Wang G, Liu Y, Zhou SF, et al. Effect of Somatostatin, Ulinastatin and Gabexate on the Treatment of Severe Acute Pancreatitis. *Am J Med Sci* 2016;351:506-12.
- 16 Guo H, Chen J, Suo D. Clinical efficacy and safety of ulinastatin plus octreotide for patients with severe acute pancreatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2015;95:1471-4.
- 17 Wang J, Jin J, Huang J, et al. Clinical value of the early use of ulinastatin in patients with moderately severe or severe acute pancreatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2017;97:1252-5.

## REFERENCES

- 1 Xiao AY, Tan ML, Wu LM, et al. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016;1:45-55.
- 2 Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology* 2019;156:254-72.e11.
- 3 Wadhwa V, Patwardhan S, Garg SK, et al. Health Care Utilization and Costs Associated With Acute Pancreatitis. *Pancreas* 2017;46:410-5.
- 4 Munigala S, Subramaniam D, Subramaniam DP, et al. Predictors for early readmission in acute pancreatitis (AP) in the United States (US) - A nationwide population based study. *Pancreatol* 2017;17:534-42.
- 5 Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-11.
- 6 Gastroenterology Chinese Medical Association credits will Pancreatol group. Chinese guidelines for the management of acute pancreatitis(Shenyang,2019). *Chinese Journal of Pancreatol* 2019;19:321-31.
- 7 Chinese Study Group for Pancreatol of Chinese Medical Doctor Associations. Chinese MDT Consensus for the management of acute pancreatitis. *Chinese Journal of Pancreatol* 2015;15:217-24.
- 8 Horibe M, Egi M, Sasaki M, et al. Continuous Regional Arterial Infusion of Protease Inhibitors for Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Pancreas* 2015;44:1017-23.
- 9 Lagoo JY, D'Souza MC, Kartha A, et al. Role of Ulinastatin, a trypsin inhibitor, in severe acute pancreatitis in critical care setting: A retrospective analysis. *J Crit Care* 2018;45:27-32.
- 10 Nie XM, Li YS, Yang ZW, et al. Initial empiric antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in Chinese hospitals. *Clin Microbiol Infect* 2018;24:658.e1-e6.
- 11 Sellers ZM, Maclsaac D, Yu H, et al. Nationwide trends in acute and chronic pancreatitis among privately insured children and non-elderly adults in the United States, 2007-2014. *Gastroenterology* 2018;155:469-78.e1.
- 12 Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2016;375:1972-81.
- 13 Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1400-15; 1416.
- 14 Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol* 2013;13:e1-e15.
- 15 Wang G, Liu Y, Zhou SF, et al. Effect of Somatostatin, Ulinastatin and Gabexate on the Treatment of Severe Acute Pancreatitis. *Am J Med Sci* 2016;351:506-12.
- 16 Guo H, Chen J, Suo D. Clinical efficacy and safety of ulinastatin plus octreotide for patients with severe acute pancreatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2015;95:1471-4.
- 17 Wang J, Jin J, Huang J, et al. Clinical value of the early use of ulinastatin in patients with moderately severe or severe acute pancreatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2017;97:1252-5.

**Авторлардың үлесі.** Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

**Мүдделер қақтығысы** – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ.

**Қаржыландыру** жүргізілмеді.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

**Authors' Contributions.** All authors participated equally in the writing of this article.

**No conflicts of interest** have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers.

There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

**Funding** - no funding was provided.

### *Сведения об авторах*

**Аманжолова Г.Б.** – интерн 7 курса специальности «Врач общей практики» Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова, моб.телефон: +7(747)281-60-97 . E-mail: gulaiym-061097@mail.ru

**Әсілхан А.Ғ.** – интерн 7 курса специальности «Врач общей практики» Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова, моб.телефон: +7(708)973-34-18 . E-mail: arman.97.0312@mail.ru

**Нұрғалиева Н.Б.** – интерн 7 курса специальности «Врач общей практики» Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова, моб.телефон: +7747(928)40-58 . E-mail: nazgul.nurgaliyeva@mail.ru

**Мустапа Г.Р.** – интерн 7 курса специальности «Врач общей практики» Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова, моб.телефон: +7(707)810-84-82 . E-mail: mgruslan@mail.ru

**Сыдыкова Э.Ж.** – Врач – терапевт КГП на ПХВ «Панфиловская многопрофильная межрайонная больница», моб.телефон: +7(771)455-05-39 . E-mail: e.zhenisovna@mail.ru

**Аманжолова Н.Б.** – врач-ВОП ГКП на ПХВ "Илийская центральная районная больница", моб.телефон: +7(747)847-16-91 . E-mail: Naz\_0791@mail.ru