

# ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*І.П. Шлапак<sup>1</sup>, Д.Л. Міщенко<sup>1</sup>, Н.В. Титаренко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

<sup>2</sup>Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

**Резюме.** Головні принципи лікування гострого панкреатиту включають адекватне моніторування, поповнення втрат рідини, корекцію електролітних порушень, нутритивну підтримку та запобігання місцевим та системним ускладненням. Максимально раннє заміщення втрат рідини необхідно для стабілізації серцево-судинної системи та запобігання подальших ішемічних пошкоджень органів шлунково-кишкового тракту.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, рання рідинна ресусцитація.

## ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*И.П. Шлапак, Д.Л. Мищенко, Н.В. Титаренко*

**Резюме.** Основные принципы при лечении острого панкреатита включают адекватное мониторингирование, возмещение потерь жидкости, коррекцию электролитных нарушений, питательную поддержку и предотвращение местных и системных осложнений. Максимальное раннее возмещение потерь жидкости необходимо для стабилизации сердечно-сосудистой системы и предотвращения дальнейших ишемических повреждений органов желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, ранняя жидкостная ресусцитація.

## INFUSION IS AN INDISPENSABLE PART FOR THE THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

*I.P. Shlapak, D.L. Vishenko, N.V. Titarenko*

**Summary.** The basic principles of the initial management of acute pancreatitis are adequate monitoring of vital signs, fluid replacement, correction of any electrolyte imbalance, nutritional support, and the prevention of local and systemic complications. Maximum fluid replacement is needed to stabilize the cardiovascular system and to prevent further ischemia of abdominal organs.

**Key words:** acute pancreatitis, early fluid resuscitation.

### Адреса для листування:

Шлапак І.П.

04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

E-mail: dimisch@yahoo.com

Сучасні підходи в лікуванні гострого панкреатиту (ГП) на ранніх етапах захворювання включає адекватний моніторинг життєвих функцій, компенсація великих волемічних втрат з корекцією електролітних порушень, купування больового синдрому, харчова підтримка (ентеральна/парентеральна) та запобігання розвитку місцевих та системних ускладнень. Адекватне моніторування серцево-судинних та дихальних систем необхідно забезпечувати в відділеннях інтенсивної терапії. Більшість експертів вказують на доцільність ранньої антибіотикопрофілактики та проведення хірургічного втручання по чітким показам, бажано в пізні терміни. Ефективність та доцільність патогенетичної терапії, спрямованої та пригнічення секретії підшлункової залози (ПЗ) не доказана і в теперішній час не рекомендується для рутинного застосування. Якщо підходи експертів про необхідність та шляхи введення інгібіторів протеолітичних ферментів залишаються дискусійними, то пріоритет раннього ентерального харчування вже не викликає сумнівів.

Підтримання адекватного внутрішньосудинного об'єму є одним з найбільш важливих терапевтичних підходів в лікуванні гострого панкреатиту. Вкрай значні об'єми рідини можуть секвеструватись в ретрперітонеальному просторі, в черевній порожнині і в просвіті кишково-шлункового тракту.

Доведено, що запізниті і неадекватне лікування може ускладнитись швидким прогресуванням патологічного процесу. В ранньому періоді гострого панкреатиту перехід від легкої форми хвороби з інтерстиціально-набряковими ураженням залози до вкрай важкої з численними некрозами може відбутись дуже швидко. В своїх роботах С. Bassi підкреслює стрімкість розвитку патоморфологічних порушень в підшлунковій залозі та вказує на 12-ти годинне "вікно" для можливості проведення ефективного терапевтичного втручання. З іншої сторони, встановлено, що раннє введення інфузійних розчинів може запобігти розвитку цих порушень. Наприклад, внутрішньовенна інфузія розчину Рінгера з лактатом зі швидкістю 6,5 мл/кг/год, упродовж 4 годин за-

побігає зниженню панкреатичної перфузії у тварин з експериментальним панкреатитом.

Оскільки гіповолемія та ішемія спланхнічної зони являють собою важливі ланки в патогенезі гострого панкреатиту, то в своїй клінічній практиці ми обов'язково використовували тактику ранньої "агресивної" інфузійної терапії. Верифікація діагнозу та визначення важкості перебігу може супроводжуватись затратами часу (УЗД, КТ, МРТ), тому під час цих досліджень необхідно продовжувати в/венну інфузію. Враховуючи, що при більшості хірургічних захворювань органів черевної порожнини виникає виражена гіповолемія, то забезпечення надійного венозного доступу та проведення енергійної невідкладної внутрішньовенної інфузії (волемічної ресусцитації) доцільно починати вже при наявності клінічних ознак гіповолемії (сухість слизових оболонок та зниження тургору шкіри; тахікардія та гіпотензія; олігурія та підвищення гематокриту) вже на догоспітальному етапі чи одночасно з виконанням діагностичних маніпуляцій.

Для відновлення волемічного статусу в ранній стадії захворювання ми використовували розчин Рінгера чи ізотонічний розчин NaCl з максимально можливою швидкістю введення (контроль АТ, ЦВТ, діурез). У 84 пацієнтів з проявами панкреатичного шоку, інфузійну терапію кристалоїдами доповнювали введенням синтетичних колоїдів (розчини гідроксиетилкрахмалю в поєднанні з розчинами на основі багатоатомних спиртів), що дозволяло стабілізувати об'єм циркулюючої рідини та перфузійний тиск в більш ранні терміни. Щоб досягти вказаної мети необхідно було в першу добу лікування ввести об'єм рідини  $68 \pm 21$  мл/кг маси тіла хворого. При цьому 40–50% інфузійної програми виконували в перші 6 год лікування. Співвідношення об'єму розчинів колоїдів і розчинів багатоатомних спиртів дорівнювало 3:1.

Використання інфузійних розчинів на основі шестиатомного спирту сорбітола (реосорбілакт та сорбілакт, виробництва "ЮРІЯ-ФАРМ", Україна) у 57 пацієнтів з гострим панкреатитом показало перспективність широкого їх впровадження в клінічну практику. Використання цих препаратів забезпечувало покращення реологічних властивостей крові та мікроциркуляції, що сприяло оптимізації спланхнічного кровообігу. Клінічне дослідження, виконане в медичному університеті Республіки Молдова [4], щодо використання інфузійної терапії з реосорбілактом у хворих на гострий панкреатит, виявило вигідний профіль регіонарної тканинної перфузії в поєднанні з прокінетичним ефектом.

На нашу думку, тактику ранньої рідинної ресусцитації слід представляти як першу лінію захисту для профілактики місцевого та системного інфікування під час гострого панкреатиту. Адекватна внутрішньовенна інфузійна терапія по підтриманню системного та регіонарного кровообігу, особливо в осередку запалення, є також важливою умовою для доставки антибактеріальних препаратів в осередок інфекції [1]. Підтримання перфузії, попередження формування "пасток" для антибіотиків (мікроагреганти клітин, мікротромби) є важливою умовою для створення достатньої концентрації антибактеріальних препаратів в зоні запалення залози або перипанкреатичних тканин.

Визначені аспекти терапії потребують подальшої оцінки шляхом проведення якісно спланованих рандомізованих досліджень: шляхи та терміни введення антибіотиків [2] та інгібіторів протеолітичних ферментів; парентеральне та ентеральне харчування в контексті контролю глікемії; інтрагастральне та інтраєюнальне харчування [3].

## ЛІТЕРАТУРА

(в редакції)