

РЕОСОРБИЛАКТ В ПРОГРАММЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Резюме. Все 39 пациентов с панкреонекрозом, согласно протокола, получили стандартную интенсивную консервативную терапию в палате интенсивной терапии (ПИТ). В основную группу включили 21 (53,8 %) пациента, которым дополнительно вводили инфузионный препарат полифункционального действия Реосорбिलाкт. Группу сравнения составили 18 (46,2 %) больных, не получавших указанный препарат. В результате лечения в основной группе на 10 часов быстрее стабилизирована гемодинамика и микроциркуляция, более быстро у 75,4 % пациентов нормализованы лабораторно-биохимические показатели, коагулограмма. Осложнений и реакций не отмечено. Средняя длительность лечения в ПИТ сокращена с 13 до 7,2 койко/дня. Умерли 2 больных после операции от сепсиса.

Ключевые слова: панкреонекроз, консервативная терапия, Реосорбилакт, операция.

РЕОСОРБИЛАКТ У ПРОГРАМІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАНКРЕОНЕКРОЗ

О. В. Капшитар

Резюме. Всі 39 пацієнтів з панкреонекрозом, згідно протоколу, отримали стандартну інтенсивну консервативну терапію в палаті інтенсивної терапії (ПІТ). В основну групу включили 21 (53,8 %) пацієнта, яким додатково вводили інфузійний препарат поліфункціональної дії Реосорбілакт. Групу порівняння склали 18 (46,2 %) хворих, що не отримували вказаний препарат. В результаті лікування в основній групі на 10 годин швидше стабілізована гемодинаміка і мікроциркуляція, більш швидко у 75,4 % пацієнтів нормалізовані лабораторно-біохімічні показники, коагулограма. Ускладнень та реакцій не відмічено. Середній термін лікування у ПІТ скорочений з 13 до 7,2 ліжка/дня. Померли 2 хворих після операції від сепсису.

Ключові слова: панкреонекроз, консервативна терапія, Реосорбілакт, операція.

REOSORBILAKT PROGRAM CONSERVATIVE THER- APY OF PANCREATIC NECROSIS

A. V. Kapshitar

Summary. According to the report all 39 patients with pancreatonecrosis got the standart intensive conservative therapy in the intensive therapy room. In the main group were included 21 (53,8 %) opatients, which additionally got an infusion medicine with polyfunctional action Rheosorbilact. The comparative group consisted of 18 (46,2 %) patients, which didn't get the mentioned medicine. In the issue of medical treatment, in the main group haemodynamics and microregulation were stabilized for 10 hours faster, the laboratory biochemical rates of 75,4 % of patients and koagulograma were stabilized faster. No complications and reactions were noticed. The medial term of medical treatment in the intensive therapy room was shortened from 13 to 7,2 bed/day. 2 patients have died of sepsis after the operation.

Keywords: pancreatonecrosis, conservative therapy, Rheosorbilact, operation.

Адрес для переписки:

Капшитар Олександр Васильович

д-р мед. наук, професор

Запорізький державний медичний університет

69069, Запоріжжя, вул. Ульянова, 157

Неуклонный рост частоты острого панкреатита в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости в последнее десятилетие позволил ему занять лидирующее положение в отдельных регионах [9]. При этом среди всех больных острым панкреатитом частота панкреонекроза (ПН) составляет 15–49,1 % [7, 9]. Несмотря на улучшение диагностики ПН, внедрение новых технологий в лечение и профилактику, уровни летальности остаются стабильно высокими и колеблются от 50 до 85 %, а среди выживших пациентов у 73 % возникает стойкая утрата трудоспособности [4, 7–9]. Это составляет не только медицинскую, но и социальную проблему, т. к. заболевают в основном лица в возрастном диапазоне 30–50 лет, а это трудоспособный возраст [4, 8].

ПН продолжает оставаться заболеванием с непредсказуемым течением [4, 8]. Эндогенная интоксикация и расстройства микроциркуляции являются основополагающими звеньями в патогенезе ПН, обуславливают степень тяжести и прогноза ПН. Активизированные панкреатические и лизосомальные ферменты, компоненты калликреин-кининовой системы, биогенные амины, молекулы средней массы, продукты перекисного окисления липидов оказывают высокотоксичное воздействие на организм больных [2, 4, 7]. Изменения на уровне микроциркуляции ведут к повышению проницаемости межклеточных мембран, увеличению адгезии эритроцитов, нарушению синтеза эндотелиального NO, что характеризуется в конечном итоге резким замедлением кровотока на уровне микроциркуляции и развитием ткане-

вой гипоксии. Исходя из патогенеза ПН вектора-ми лечения являются борьба с воспалением, подавление протеолитических процессов, дезагрегация, выведение недоокисленных продуктов, продуктов перекисного окисления липидов, раннее восстановление микроциркуляции, нормализация и доставка кислорода, восстановление клеточного энергодефицита [2, 4]. Синдром эндогенной интоксикации составляет основу еще более грозного синдрома — синдрома полиорганной недостаточности [4, 5]. Поэтому оценка тяжести эндогенной интоксикации и способов их устранения важная роль в программе интенсивной консервативной терапии больных ПН, в связи с чем проблема консервативного лечения не потеряла своей актуальности [2, 5, 7, 10].

В последние годы в клиническую практику внедряется новый отечественный оригинальный комплексный препарат Реосорбилакт, созданный в Львовском институте патологии крови и трансфузионной медицины НАМН Украины и производимый фармацевтической корпорацией «Юрия-Фарм» [3, 5, 6, 10]. Препарат содержит сорбитол, основные катионы (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+}), анион Cl^- и лактат анион. Сорбитол в препарате Реосорбилакт представлен в изоосмотической концентрации по отношению к плазме крови. Общая осмолярность Реосорбилакта (900 мосмоль/л) в 3 раза превышает осмолярность плазмы. Благодаря гиперосмолярности препараты вызывают поступление жидкости из межклеточного пространства в сосудистое русло, что способствует улучшению микроциркуляции и перфузии тканей. Перемещение жидкости из межклеточного сектора во внутрисосудистый сопровождается увеличением ОЦК за счет повышения объема плазмы. Благодаря мощному специфическому осмодиуретическому эффекту сорбитола, связанному с отсутствием у человека природных механизмов реабсорбции многоатомных спиртов в проксимальных почечных канальцах, отмечается выраженное диуретическое действие. Помимо этого, сорбитол частично метаболизируется до фруктозы, способствует нормализации углеводного энергетического обмена, нормализует углеводный и липидный обмен, усиливает моторику кишечника. Все это обуславливает спектр фармакологических свойств Реосорбилакта: противошоковое, энергетическое, дезинтоксикационное, диуретическое действие, коррекция метаболического ацидоза [5, 10].

Цель исследования — изучить эффективность Реосорбилакта в консервативной терапии у больных панкреонекрозом.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ лечения 39 пациентов с ПН, находившихся на лечении в клинике общей хирургии с уходом за больными, расположенной в базовом хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья за пери-

од 2009–2011 гг. Мужчин было 10 (25,6 %), женщин — 29 (74,4 %) в возрасте от 15 до 85 лет. В течение не более 6 часов с момента начала заболевания были госпитализированы 4 (10,3 %) больных, от 6 до 12 часов — 13 (33,4 %), от 12 до 24 часов — 10 (25,6 %) и более 24 часов — 12 (30,8 %). Причиной развития ПН у 10 (25,6 %) пациентов был прием алкоголя, у 14 (35,9 %) — прием жирной пищи, у 11 (28,2 %) — желчнокаменная болезнь, у 2 (5,1 %) — закрытая травма живота, а у 2 (5,1 %) — причину выяснить не удалось.

После клинического обследования определяли показатели общего анализа крови и мочи, амилазу мочи, глюкозу крови и мочи, биохимические показатели крови, коагулограмму, оценивали данные обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей, ЭКГ, УЗИ, ФЭГДС, а по показаниям проводили КТ, лапароскопию.

Все больные с ПН получали стандартную консервативную терапию согласно протокола. Их разделили на 2 группы, идентичные по полу, тяжести патологического процесса и длительности заболевания. В программу интенсивной консервативной терапии 21 (53,8 %) пациента I-й группы включили Реосорбилакт, который вводили внутривенно капельно со скоростью 40–60 капель в 1 минуту в объеме 400–600 мл ежедневно. Больные II-й группы — 18 (46,2 %) человек — не принимали Реосорбилакт. Длительность лечения в палате интенсивной терапии колебалась от 4 до 10 суток. После восстановления энтерального питания объем инфузионной терапии уменьшали. Критериями перевода пациентов из палаты интенсивной терапии в палату поста хирургической клиники являлись: стабильное состояние средней тяжести, отсутствие болевого синдрома, нормальные показатели температуры тела, нормализация жизненно важных функций организма, общеклинических и биохимических показателей крови и мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность проводимой терапии в группах больных оценивали в процессе динамического контроля по изменению клинической картины ПН, лабораторно-биохимических показателей и данных лучевых методов исследования. У пациентов I-й группы, получавших Реосорбилакт, стабилизация гемодинамических показателей, микроциркуляции отмечалась быстрее на 10 часов, чем у больных II-й группы. Более быстрая нормализация лабораторно-биохимических показателей, включая гематокрит, глюкозу, билирубин, α -амилазу, креатинин, Ca^{2+} , протромбиновый индекс, фибриноген, фибринолиз выявлена у 74,5 % пациентов I-й группы. Переносимость Реосорбилакта оказалась хорошей. Осложнений и реакций на введение раствора Реосорбилакта не отмечено ни у одного больного. Средняя длительность пребывания в палате интенсивной терапии сократилась с 13 до 7,2 койко/дня. У оперированных пациентов основной группы, находящихся в тя-

желом и крайне тяжелом состоянии, нормализация функции внешнего дыхания и кровообращения наступила в течение 30–48 часов, что позволило их экстубировать и перевести на спонтанное дыхание без медикаментозной поддержки. Умерли 2 больных с тотальным инфицированным панкреонекрозом, сепсисом в послеоперационном периоде. Из них один пациент погиб на 3-и сутки от полиорганной недостаточности, второй — на 12-е сутки от острого желудочно-кишечного кровотечения из острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившихся геморрагическим шоком, рефрактерным к инфузионно-трансфузионной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Все больные с панкреонекрозом нуждаются в энергичной многокомпонентной инфузионной терапии в условиях палаты интенсивной терапии.
2. Включение оригинального инфузионного препарата полифункционального действия Реосорбилакта в программу консервативного лечения больных панкреонекрозом должно стать обязательным.
3. Реосорбилакт быстрее нормализует гемодинамические показатели, микроциркуляцию, показатели лабораторно-биохимических показателей, стабилизирует и нормализует функцию внешнего дыхания и кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианова, Ж. І. Препарати сорбілакт і реосорбілакт — сучасний підхід до інфузійної парентеральної терапії / Ж. І. Возианова, А. М. Печінка // Сучасні інфекції. — 2005. — № 2. — С. 40–46.
2. Возможности коррекции синдрома гемореологической недостаточности у больных с острым панкреатитом / Е. Н. Клигуненко, Ю. А. Площенко, О. В. Кравец и др. // Український хімотерапевтичний журнал. — 2008. — № 1–2. — С. 162–165.
3. Гебеш, В. В. Дезинтоксикационная терапия реосорбилактом / Гебеш В. В., Сухов Ю. А. // Мистецтво лікування. — 2004. — № 8. — С. 80–81.
4. Острый панкреатит: Патофизиология и лечение / Бойко В. В., Криворучко И. А., Шевченко Р. С. и др. — Харьков: Торнадо, 2003. — 288 с.
5. Реосорбилакт в комплексной консервативной терапии острого деструктивного панкреатита / Д. Б. Хамидов, Х. Б. Рахимов, Д. А. Пирматова, Д. О. Курбанов // Український хімотерапевтичний журнал. — 2008. — № 1–2. — С. 316–317.
6. Реосорбилакт — комплексный инфузионный препарат комбинированного действия / Б. А. Кондрацкий, М. В. Миндюк, М. И. Винарчик и др. // Проблемы гематологии и переливания крови. — 2005. — № 3. — С. 47.
7. Рязанов, Д. Ю. Гострый панкреатит / Д. Ю. Рязанов. — Запоріжжя: Орбіта-Юг, 2008. — 126 с.
8. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. — М.: МИА, 2008. — 264 с.
9. Синенченко, Г. И. Хирургия острого живота / Под ред. Г. И. Синенченко, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко и др. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. — 512 с.
10. Современные инфузионные препараты в интенсивной терапии / В. Е. Мушенко, Т. В. Корнеевкова, А. М. Гнеденкова, Т. Ю. Врублевская // Український хімотерапевтичний журнал. — 2008. — № 1–2. — С. 380–381.