

# Сбалансированные растворы в инфузионной терапии острого панкреатита: эффективность, доказанная практикой

**Несомненно, лечение острого панкреатита является актуальной и сложной проблемой абдоминальной хирургии. Заболеваемость острым панкреатитом в разных странах колеблется от 4,9 до 73,4 случая на 100 тыс населения. По оценкам экспертов, деструктивные формы развиваются у 20-30% госпитализированных пациентов, при этом уровень летальности составляет 40-80% без существенного снижения в течение последних десятилетий.**

В Украине заболеваемость острым панкреатитом достигает 67-69,5 случая на 100 тыс населения, и прослеживается тенденция к росту этого показателя. Общая летальность при остром панкреатите варьируется в пределах от 4 до 15%, а при некротической форме она составляет 24-60%; уровень послеоперационной летальности достигает 70% [1, 2].

Острый панкреатит – это воспалительно-некротическое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолиз панкреатоцитов собственными активированными ферментами, с последующим присоединением асептического или бактериального воспаления, а также с поражением окружающих органов и систем брюшинного пространства.

Согласно современной концепции патогенеза острого панкреатита, пусковым механизмом считают локальный всплеск свободно-радикальной активности в ацинарных клетках поджелудочной железы с последующей активизацией секреции ферментов и развитием локального воспаления, системного воспалительного ответа с быстрым формированием полиорганной недостаточности [3].

Активированные панкреатические ферменты оказывают как местное, так и общее действие, поступая в системный кровоток, брюшную полость и брюшинное пространство. Важным звеном патогенеза острого панкреатита является активация калликреин-кининовой системы и связанные с этим изменения в тромбоцитарной и плазминовой системах. При этом образуются вторичные факторы агрессии – брадикинин, гистамин, серотонин. Активация кининов сопровождается нарушениями микроциркуляции (вазодилатация, стаз крови), повышением сосудистой проницаемости, прогрессированием местной и системной экссудации, в результате чего происходит плазмопотеря. Это ведет к неизбежному уменьшению объема циркулирующей крови (ОЦК), централизации кровообращения и ухудшению тканевой перфузии, возникновению ишемии и нарушению функций органов и систем [4].

Отличительными особенностями генерализованной воспалительной реакции являются снижение системного сосудистого тонуса и повреждение эндотелия сосудов на удалении от первичного очага с локальной активацией тромбоцитов в месте повреждения. Итогом мощного цитотоксического воздействия медиаторов воспаления в ранние сроки заболевания является развитие панкреатогенного шока и полиорганных нарушений, определяющих тяжесть состояния больного [4].

В лечении острого панкреатита важным моментом является необходимость учитывать стадийность течения заболевания при выборе терапевтической тактики. В большинстве случаев пациенты госпитализируются в фазе токсемии. На этом этапе первоочередными задачами являются антиферментная

терапия, коррекция гиповолемии и микроциркуляторных нарушений, восстановление водно-электролитного баланса, профилактика функциональной недостаточности кишечника и инфекционных осложнений.

Одним из основных звеньев патогенеза острого панкреатита является эндотоксикоз. По этой причине в лечении данной патологии ведущая роль отводится интенсивной инфузионной терапии, в задачи которой входят восстановление гемодинамики, регидратация, коррекция электролитных нарушений. Максимальный эффект достигается, если инфузионная терапия начата в первые 12-24 ч от начала заболевания [5].

**Поскольку эндотоксикоз и полиорганная недостаточность являются основной причиной тяжести состояния больных и летального исхода, инфузионная терапия остается основой комплексной интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита.**

В литературных источниках есть большое количество данных касательно высокой эффективности Реосорбилакта и Латрена («Юрия Фарм», Украина) в лечении пациентов с острым панкреатитом и панкреонекрозом [6-9].

Реосорбилакт относится к кристаллоидным плазмозаменителям. Он является комбинированным препаратом, сбалансированным по ионному составу, содержащим буфер и источник энергии. Реосорбилакт представляет собой 6% (изотонический) раствор сорбитола. Кроме шестиатомного спирта в его состав входят: натрия лактат, натрия хлорид, кальция хлорид, калия хлорид, магния хлорид. Благодаря своему составу Реосорбилакт обладает целым комплексом положительных свойств. В частности, он проявляет противошоковый, дезинтоксикационный, ошелачивающий, реологический эффекты.

Основными фармакологически активными компонентами препарата являются сорбитол и натрия лактат. После введения внутривенно сорбитол быстро включается в общий метаболизм. В печени сорбитол сначала превращается в фруктозу, которая в дальнейшем превращается в глюкозу, а затем – в гликоген. Часть сорбитола используется для срочных энергетических потребностей, другая часть откладывается как запас в виде гликогена. Изотонический раствор сорбитола оказывает дезагрегантное действие и таким образом улучшает микроциркуляцию и перфузию тканей.

Еще одной важной составляющей Реосорбилакта является натрия лактат. В отличие от раствора бикарбоната, коррекция метаболического ацидоза с помощью натрия лактата проходит медленнее, по мере включения его в обмен веществ, однако при этом не возникает резких колебаний уровня рН. Действие натрия

лактата проявляется через 20-30 минут после введения. Многие клиницисты традиционно считают, что растворы, содержащие лактат, противопоказаны при ацидозе, исходя из того что лактат – это кислота. Необходимо напомнить, что молочная кислота – это кислота, а непосредственно лактат – это щелочь. Поэтому назначение растворов, содержащих лактат, никогда не может привести к лактат-ацидозу. Лактат в таких растворах присутствует в виде соли натрия и связан щелочью, тем самым являясь потенциальным бикарбонатом, а не источником H<sup>+</sup>. Это утверждение имеет непосредственное отражение в клинической практике, так как при передозировке лактатсодержащего раствора Реосорбилакт возникают явления алкалоза, которые быстро исчезают самостоятельно при условии немедленного прекращения введения препарата [10].

Остальные компоненты раствора Реосорбилакт участвуют в восстановлении водно-электролитного баланса.

Осмолярность Реосорбилакта составляет 900 мосмоль/кг, что в 3 раза выше осмолярности плазмы. Осморепторы хорошо реагируют на повышение концентрации осмотически активных веществ в плазме крови, что влияет на изменения в концентрации вазопрессина. Как известно, повышение концентрации вазопрессина активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, увеличивая выработку адренкортикотропного гормона и, как следствие, адреналина и норадреналина, что приводит к повышению артериального давления (АД) за счет увеличения тонуса сосудов и оказывает существенное влияние на параметры гемодинамики [11]. Также повышение осмолярности плазмы приводит к активации симпатической нервной системы и, как следствие, к повышению АД, увеличению объема крови за счет сокращения селезенки, увеличения выброса адреналина из мозгового слоя надпочечников [12].

Во многих исследованиях было показано выраженное влияние Реосорбилакта на показатели гемодинамики:

- быстро нормализует гемодинамические показатели у пациентов с панкреонекрозом (Капшитарь А.В., 2012);
- эффективен как средство для быстрого восстановления ОЦК при гиповолемии различного происхождения (Стариков А.В., Герасименко П.В., 2006);
- обеспечивает в течение 2-3 ч положительный гемодинамический эффект – способствует переходу гипокINETического типа кровообращения в эукинетический за счет перераспределения внеклеточной жидкости в сосудистое русло и не оказывает отрицательного влияния на систоло-диастолическую функцию миокарда левого желудочка (Ким Эн Дин, 2012);
- приводит к достоверному увеличению преднагрузки и сердечного выброса у детей с синдромом «малого выброса» (Георгиянц М.А. и соавт., 2007).

Механизм дезинтоксикационного действия Реосорбилакта [3, 13]

1. Благодаря гиперосмолярности Реосорбилакт вызывает поступление жидкости из межклеточного пространства в сосудистое русло, что способствует усилению микроциркуляции и перфузии тканей (Георгиянц М.А. и соавт., 2007).

2. Перемещение жидкости из межклеточного сектора во внутрисосудистое пространство приводит к увеличению объема циркулирующей крови за счет увеличения объема плазмы, что сопровождается гемодилюцией. Таким образом, осуществляется «дренирование» интерстициального пространства и освобождение его от токсических факторов (Гуменюк Н.И., Киркилевский С.И., 2004).

3. За счет диуретического действия токсины и метаболиты выводятся из организма (Возгонов О.Ф. и соавт., 2003).

4. Устраняет метаболический ацидоз и электролитные нарушения. Реосорбилакт обладает большей ошелачивающей способностью, чем раствор Рингера лактатный, за счет высокого содержания натрия лактата (Георгиянц М.А. и соавт., 2007).

Еще одним препаратом для интенсивной терапии острого панкреатита является комплексный раствор для инфузионного введения Латрен. В его состав входят пентоксифиллин и сбалансированный изоосмолярный раствор электролитов – Рингера-лактат. Согласно рекомендациям Американского колледжа гастроэнтерологии (American College of Gastroenterology – ACG, 2013) и «Адаптований клінічній настанові «Гострий панкреатит» (ДЕЦ МОЗ України, 2016), раствор Рингера-лактат рекомендуется для первичной инфузионной терапии при остром панкреатите (уровень доказательности по системе GRADE 1B, твердая согласованность) [14, 15]. Согласно результатам зарубежных исследований (Le Campion E.R., 2013), пентоксифиллин, кроме характерного эффекта усиления микроциркуляции в тканях, обладает также противовоспалительным действием при остром панкреатите, а именно снижает уровни фактора некроза опухоли TNF- $\alpha$ , интерлейкинов 6 и 9. Доказано (Vege S.S., 2015), что пентоксифиллин сокращает длительность пребывания в стационаре пациентов с острым панкреатитом.

Как следствие воспалительно-деструктивных изменений поджелудочной железы и в результате повышения давления в ее ткани и протоковой системе, а также в результате вовлечения нервных стволов развивается выраженный болевой синдром. При остром панкреатите боль характеризуется высокой интенсивностью, локализуется в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу (опоясывающий характер). Выраженный болевой синдром отрицательно влияет на субъективные ощущения, общее и психологическое состояние пациента. Поэтому быстрое купирование боли путем комбинирования лекарственных средств с разным фармакодинамическим действием по принципу мультимодального обезболивания имеет крайне важное значение в терапии острого панкреатита.

Концепція мультимодальної аналгезії передбачає одночасне використання двох або більше анальгетиків, що мають різні механізми дії та дозволяють досягти адекватного обезболювання при мінімумі побічних ефектів, присущих великим дозам одного анальгетика в режимі монотерапії (Kehlet H. et al., 1993).

Згідно рекомендацій Американського товариства анестезіологів (The American Society of Anesthesiologists – ASA, 2012), мультимодальна аналгезія включає препарати, що діють на шляхи проведення та передачі ноцицепції в спинному мозку (парацетамол – Інфулган®), слабкі опіоїди (Налбуфін®), нестероїдні протизапальні засоби (НПВС), антагоністи – рецепторів N-метил-D-аспартату (кетамин, магнія дисульфат, декстрометорфан), антагоністи α-2-δ-кальцієвих каналів (габапентин і прегабалин), інгібітори циклооксигенази (ЦОГ), кортикостероїди (дексаметазон, бетаметазон). В рекомендаціях ASA та Американської асоціації болю (American Pain Society – APS, 2016) зазначається, що пацієнтам з вираженим болем синдромом повинні отримувати по схемі НПВС та парацетамол (Інфулган®).

Серед усіх існуючих неопіоїдних анальгетиків системного дії для застосування в хірургії парацетамол відрізняється найбільшою безпекою. Наявність форми для парентерального введення (Інфулган) дозволяє використовувати даний препарат в системі мультимодальної аналгезії.

В тому випадку, якщо не вдасться уникнути введення опіоїдів, то цілорозумно використовувати препарат Налбуфін. Налбуфін показаний пацієнтам з болем синдромом високої та середньої інтенсивності різного походження. Основні переваги даного опіоїдного анальгетика: рідко викликає тошноту та блювоту; не впливає на артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень та серцевий виброс; характеризується швидким початком дії та тривалістю ефекту; по анальгетичному потенціалу рівний морфіну, але не викликає угнетення дихання; має низький наркотичний потенціал.

В 33-70% випадків панкреонекрозу відбувається інфікування очагових деструкцій. Переважно це обумовлено транслокацією кишечної мікрофлори; з основних возбудителів відносять: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides spp.*, *Clostridium spp.* та ентерококки. Прослідковується залежність частоти інфікованих форм панкреонекрозу від терміну захворювання: їх виявляють у 24% хворих на 1-й тижні, у 36% – на 2-й, у 71% – на 3-й та у 47% хворих – на 4-й тижні захворювання. По закінченні 5 тижнів ризик інфікування стає мінімальним. Розвиток інфекції в перші 3 тижні захворювання підвищує ризик небажательного результату. В структурі причин смерті хворих деструктивним панкреатитом частота інфекційних ускладнень становить від 20 до 85,7% [16].

Однією з важливих завдань в лікуванні деструктивного панкреатиту є профілактика розвитку інфекційних ускладнень. Для цього цілорозумно використовувати антибактеріальні препарати вже на ранніх етапах

лікування. Спектр дії антибіотиків повинен включати грамотрицателі та грампозитивні аеробні та анаеробні мікроорганізми. При виборі антибактеріального засобу слід врахувати його здатність проникати в тканину підшлункової залози. З усіх класів сучасних антибіотиків фторхінолоны, карбапенеми та производні нитроимідазолу створюють максимальні концентрації в панкреатичній тканині, перевищують мінімальну подавляючу концентрацію для більшості возбудителів інфекції при панкреонекрозі. З урахуванням цього факту оправдано застосування комбінованого препарату Грандазол, в складі якого входять левофлоксацин 500 мг та орнідазол 100 мг.

Для ілюстрації ефективного застосування вищевказаних препаратів в лікуванні гострого панкреатиту та панкреонекрозу наведемо опис декількох клінічних випадків.

### Клінічний випадок 1

Пацієнт В., 66 років, надійшов в екстрену хірургію в хірургічне відділення Одеської обласної клінічної лікарні з скаргами на слабкість, головний біль, біль в епігастрії та правому під'язиччю, тошноту, блювоту.

**Анамнез захворювання.** Схворає себе хворим в останні 24 години, коли

на фоні благополуччя, після погрішності в дієті, з'явилися та стали наростати вищевказані скарги.

**Із анамнезу життя.** В 1999 г. переніс гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу в басейні лівої середньої мозкової артерії; оперований по приводу гострого апендициту, грижі Шморля. Наявність туберкульозу, ВІЧ-інфекції, венерических захворювань, гепатиту, а також гемотрансфузії отрицать.

**Дані об'єктивного обстеження при надходженні.** Інтоксикований; гемодинамічні показники стабільні (АД – 130/80 мм рт. ст., частота серцевих

Продолжение на стр.

# РЕОСОРБІЛАКТ®

## Препарат № 1 для малооб'ємної інфузійної терапії!



Збільшення ОЦК

Надходження рідини з інтерстицію

Діуретичний ефект

Реологічний ефект

Мікроциркуляторний ефект

Виведення токсинів

Посилення перфузії тканин, «вимивання» токсинів

Дилатація пре- і посткапілярних сфінктерів

Зниження концентрації токсинів

Зниження гематокриту, агрегації тромбоцитів і еритроцитів

Корекція КОС (метаболического ацидозу)

Корекція водно-електролітного балансу

**Склад:** діючі речовини: 1 мл розчину містить сорбітол 60,0 мг, натрію лактату (в перерахунку на 100% розчин) 19,0 мг, натрію хлориду 6,0 мг, кальцію хлориду гексаваленту (в перерахунку на кальцій хлорид) 0,1 мг, калію хлориду 0,3 мг, магнію хлориду гексаваленту (в перерахунку на магній хлорид) 0,2 мг, допоміжні речовини: вода для ін'єкцій, Лясока форма, гліцерин для ін'єкцій. Основні фізико-хімічні властивості: прозора безбарвна рідина, теоретична осмолярність – 891 мОсмоль/л; рН 6,00-7,60; іонний склад: 1 в 100 мл містить Na+ – 272,20 ммоль, K+ – 4,02 ммоль, Mg+ – 0,90 ммоль, Ca+ – 2,10 ммоль, Cl- – 112,69 ммоль, Lас- – 169,55 ммоль. **Фармакологічна дія:** Розчин, який впливає на електролітний баланс. Електроліти в комбінації з іншими препаратами. Код АТХ B05B B04. **Фармакологічні властивості:** Фармакокінетика. Реосорбілакт має розчинну, протископову, дезінтоксикаційну та заживлювальну дію та стимулює перистальтику кишечника. Основними фармакологічними активними речовинами препарату є сорбітол і натрію лактат. У печінці сорбітол спочатку перетворюється на фруктозу, яка у подальшому перетворюється на глюкозу, а потім на глікоген. Частка сорбітолу використовується для термічних енергетичних потреб, інша частина відраховується як запас у вигляді глікогену. Болючний діючий сорбітол має розраховані діючі речовини: мінералізаційну і протископову дію. На кінець відомої біохімічної ланки метаболічного виводу за допомогою натрію лактату проводиться повільний по м'язам включений його в обмін речовин, не викликає раптового рН. Для натрію лактату характерна дія: 20-30 хв після введення. Натрію хлорид чинить регуляторну дію, поповнює дефіцит іонів натрію і хлору при різних патологічних станах. Кальцію хлорид поповнює дефіцит іонів кальцію. Йон кальцію необхідний для здійснення процесу передачі нервових імпульсів, скорочення скелетних і гладких м'язів, діяльності мітохондріальної тканини, згортання крові. Знижує проникність клітин і судинної стінки, запобігає розвитку запальних реакцій, підвищує стійкість організму до інфекції. Калію хлорид відновлює водно-електролітний баланс. Чинить негативну хроніч-і батиметричну дію, у високих дозах – негативну інотропну дію та поглинає дурні речовини. Має участь у процесі проведення нервових імпульсів. Підвищує виступаючі адреналінічні і серотонінічні зв'язки, збільшує синтетичну активність мітохондріальної системи. Поглинає скорочення скелетних і м'язів при важкій астрії, мистецтві, Фізикалістика. Сорбітол швидко виводиться з загальною масою крові, 80-90% його виводиться у печінці і накопичується у вигляді глікогену. 5% відраховується у тканини мозку, серця, м'язів і кісток. Натрію хлорид швидко виводиться із судинного русла, лише незначна кількість об'єму циркулює в крові. Після його введення. **Клінічні характеристики, показання.** Для посилення капілярного кровотоку з метою профілактики та лікування травматичного, оперативного, теплового, токсичного і сповненого шоку, при гострій коронарній, опорній, нервовій, інфекційній заборозненості, що супроводжується гітоскопією; при застосуванні кровозамінюючої плазми; для перодопластичної підготовки та в післяопераційний період для посилення артеріального і венозного кровотоку з метою профілактики тромбозів, тромбобліки, едвартитів, хвороби Рейно. **Протипоказання.** Виділена підвищена чутливість до компонентів препарату. Реосорбілакт не застосовувати при аткалозі, а також у випадках, коли протипоказане вливання великих об'ємів рідини (крововилив у мозок, тромбоцитопенія, серцево-судинна декомпенсація, артеріальна гіпертензія III ступеня, декомпенсована хвороба серця, термічний опік великої поверхності), зневодження, опіорезистентності. **Важливо!** Зниження ліквідації засобів та інші види засобів. Не застосовувати як розчинно-носій для інших лікарських засобів. **Обмеження застосування.** Препарат застосовувати під контролем показників кислотності крові, функціонального стану нирок та артеріального тиску. З обережністю вводити хворим на калькулезну холангіти. **Примітка:** містить сорбітол, тому пацієнтам з діабетом слід вживати препарат з обережністю. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Дані щодо протипоказання у період вагітності або годування груддю немає. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.** Оскільки препарат застосовується у великих стартових дозах при такій великій кількості. **Спосіб застосування та дози.** Реосорбілакт вводиться внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 40-60 крапель. При необхідності допускати струмінь введення препарату після повільного пробного шпательного введення зі швидкістю 30 крапель. Після введення 15 крапель застосування препарату слід припинити, а через 3 хв, у разі надійності реакції, Реосорбілакт вводиться струмінем. При травматичному, опіковому, післяопераційному і гемілінійному шоку: дорослим: водити по 600-1000 мл (10-15 мл/кг маси тіла дорослого) одразу і повторно по 600-1000 мл (10-15 мл/кг маси тіла дорослого) спочатку струмінем, потім краплинно. При кровотечі: дорослим: водити по 400 мл (6-8 мл/кг маси тіла) краплинно. При гострій коронарній дорослим: водити по 1000-1800 мл (до 25 мл/кг маси тіла). У шокі вилучити інфузію Реосорбілакт® рекомендується проводити на диспальній етапі у спеціалізованій машині швидкої допомоги. У післяопераційний період після ринку хірургічних втручань – у дозі 400 мл (6-7 мл/кг маси тіла) краплинно протягом 3-5 днів. При тромбобліки заборозненості кровоносних судин – у розраховану 8-10 мл/кг маси тіла краплинно, повторно, через день, до 10 інфузій на курс лікування. **Діти.** Дані про дослід застосування дітям надійності. **Передозування.** Викликання нудоти, блювоти, діареї, що швидко зникає самостійно за умови негайного припинення введення препарату, миді колос, зневодження (за рахунок поглинання рідини). При передозуванні швидкість введення повинна розв'язати тромбоз: підвищення артеріального тиску, збільшення, головний біль, біль за грудною кліткою, біль у животі. Значення симптомів швидко зникає самостійно після припинення або значного зменшення швидкості введення розчину. **Побічні реакції.** З боку ниркової системи: анафілактичні реакції, ангіоневротичний набряк, гіпернатріємія. З боку серцево-судинної системи: підвищення або зниження артеріального тиску, тахікардія, задишка, артеріальна гіпертензія, головний біль, запороженість, загальна слабкість, біль у боці шлунку та підвищений апетит: шкідливі наслідки, кроковий біль, відчуття свербіжжя. Шлунково-кишкові розлади: нудота, блювання. Загальні розлади: зміни в місці введення, включаючи біль та печіння. **Термін придатності:** 2 роки. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С. Не заморозувати. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Виробитель.** Реосорбілакт® не можна замінювати з фосфат- і карбонатними розчинами. **Україна:** ТБ 200 мл або 400 мл у пляшці, по 1 пляшці у пакуванні; по 200 мл або 400 мл у пляшці; по 250 мл або 500 мл у контейнерах. **Категорія відпуску:** За рецептом. **Виробник:** ТОВ «Юрія-Фарм». **Місцезахоплення виробника та його адреса місця проживання:** Україна, 80030, м. Черкаси, вул. Вербова, 108. Тел./факс: (044) 281-01-41.

Інформація для службового використання. Матеріал для професійної діяльності медичних працівників та провізорів, РПН МОЗ України: UA22990101 Нікка МОЗ № 228 від 29.07.2014 р. Термін дії реєстраційного посвідчення: з 25.07.2014 р. по 29.07.2019 р.



www.uf.ua

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10, тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42  
e-mail: uf@uf.ua

# Сбалансированные растворы в инфузионной терапии острого панкреатита: эффективность, доказанная практикой

Продолжение. Начало на стр.

сокращений — 78 уд./мин). При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского — положительные. Перистальтика выслушивается, перитонеальных знаков не выявлено. Физиологические отправления не нарушены.

Результаты ректального исследования — без органической патологии, на перчатке кал коричневого цвета.

Результаты компьютерной томографии органов брюшной полости — признаки отечного головчатого панкреатита, без экссудации.

**Диагноз.** На основании данных анамнеза и результатов обследования диагностирован острый небилиарный неинфицированный отечный панкреатит.

**Сопутствующий диагноз.** Церебральный атеросклероз, хроническая сосудисто-мозговая недостаточность II-III степени, состояние после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии.

**В стационаре назначено лечение:**

- Реосорбилакт 400 мл в/в капельно 1 р/сут
- Грандозол 200 мл в/в капельно 1 р/сут
- Латрен 400 мл в/в капельно 1 р/сут
- Инфулган 100 мл в/в капельно 4 р/сут
- NaCl 0,9% 200 мл + папаверин 2,0 + но-шпа 2,0 в/в капельно 1 р/сут

На фоне проводимого лечения отмечены высокие темпы купирования болевого и интоксикационного синдромов. Так, уже в 1-е сутки лечения наблюдалось стойкое купирование болевого синдрома, а на 3-и сутки пациент не нуждался в продолжении стационарного лечения в связи с восстановлением клинико-лабораторных параметров.

Проведенную терапию перенес хорошо, аллергических реакций и нежелательных явлений на введение препаратов выявлено не было. Выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства.

## Клинический случай 2

Пациент Б., 41 года, был госпитализирован в хирургическое отделение Харьковской областной клинической больницы в ургентном порядке с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, на тошноту, рвоту, общую слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания.** Вышеперечисленные жалобы возникли около 5 суток назад после погрешности в диете. Данное поступление — повторное. Три недели назад пациент находился на стационарном лечении по поводу острого панкреонекроза, ему были произведены санация и дренирование брюшной полости.

**Данные объективного обследования при поступлении.** Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы

и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,9 °С. АД — 140/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 110 уд./мин. Живот вздут, принимает участие в акте дыхания, при пальпации напряжен, резко болезненный в верхних отделах и в зоне проекции поджелудочной железы, где пальпируется инфильтрат без четких границ. Симптом Щеткина слабоположительный. При аускультации интенсивность перистальтических волн несколько ослаблена, шум плеска не определяется. Печеночная тупость сохранена, притупление в области фланков определяется. Грыжевых выпячиваний нет. Поясничная область при пальпации безболезненная, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Результаты ректального исследования — стенки прямой кишки безболезненные, эластичные, патологических выпячиваний нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке — следы кала обычной окраски.

Результаты лабораторных исследований: эритроциты —  $3,16 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин — 86 г/л, лейкоциты —  $13,6 \times 10^9/л$  (нейтрофилы — 90,4%, лимфоциты — 7,2%, моноциты — 1,5%, эозинофилы — 0,5%, базофилы — 0,4%). Глюкоза крови — 6,2 ммоль/л, амилаза крови — 1149,5 ЕД/л. Другие биохимические показатели — в пределах нормальных значений.

Рентгенография органов брюшной полости — патологических образований не выявлено, признаков кишечной непроходимости (чаш Клойбера) и свободного газа нет.

УЗИ органов брюшной полости — гепатомегалия, признаки хронической диффузной патологии паренхимы печени, объемное образование печени (нельзя исключить формирующийся абсцесс), признаки хронического панкреатита в фазе обострения, диффузной патологии паренхимы почек с явлениями хронического двустороннего пиелонефрита, асцит.

Эзофагогастродуоденоскопия — признаки эрозивно-папулезной антральной гастропатии, рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, застойной дуоденопатии, дуоденогастрального рефлюкса, диафрагмальной грыжи.

**Диагноз.** На основании результатов обследования диагностирован острый панкреонекроз с явлениями ферментативного перитонита, эндотоксического шока.

**Сопутствующий диагноз.** Цирроз печени в стадии субкомпенсации, с синдромами печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Асцит. Хронический гастродуоденит. Диафрагмальная грыжа. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с рубцовой деформацией луковицы. Хронический двухсторонний пиелонефрит.

В день поступления больной был прооперирован (видеолaparоскопия, санация и дренирование брюшной полости). Уровень  $\alpha$ -амилазы выпота из брюшной полости (взятый интраоперационно) — 14602,3 ЕД/л.

**В послеоперационном периоде назначено:**

- Реосорбилакт 600 мл в/в
- Латрен 200 мл в/в 2 р/сут
- Грандозол 200 мл х 2 р/сут в/в
- Проксиум — 40 мг в/в
- Гордокс — 100 тыс. + NaCl 0,9% 200 мл х 2 р/сут в/в
- Ю-Трип — 1 фл. + глюкоза 5% 200 мл в/в
- Юнорм — 4 мг х 2 р/сут
- Инфулган — 100 мл в/в
- Налбуфин — по 10 мг в/м при интенсивной боли
- Инфезол 500 мл в/в
- Раствор Рингера 200 мл х 2 р/сут в/в
- Глюкоза 5% 400 мл + KCl 7,5% 15 мл + инсулин 6 ед.

Пациент был выписан на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

## Клинический случай 3

Пациентка Б., 50 лет, поступила в хирургическое отделение Прилуцкой центральной городской больницы с жалобами на боли в животе, тошноту, многократную рвоту, изжогу.

**Анамнез заболевания.** Боли в животе беспокоят около полугода, постепенно усиливались. Возникновение жалоб связывает со стрессом.

**Из анамнеза жизни.** Наличие хронических заболеваний отрицает; аллергических реакций не отмечает.

**Данные объективного обследования при поступлении.** Общее состояние средней тяжести. АД — 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 80 уд./мин. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации, несколько болезненный в эпигастрии, правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные, перистальтика удовлетворительная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Предварительный диагноз.** Язвенная болезнь желудка в стадии обострения? Острый панкреатит.

На 2-й день пребывания в стационаре состояние больной ухудшилось, усилились признаки интоксикации, болевой синдром. В связи с ухудшением состояния переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где находилась в течение 7 дней.

УЗИ органов брюшной полости: признаки панкреатита.

Пациентке проведен лапароскопический характер.

**Диагноз.** На основании жалоб, данных анамнеза и результатов обследования диагностирован острый панкреатит, панкреонекроз.

**Больной проводилось следующее лечение:**

- Грандозол 200 мл в/в
- Инфулган 100 мл в/в
- Реосорбилакт 400 мл в/в
- Латрен 400 мл в/в
- Рингера лактат 800 мл в/в
- Трисоль 800 мл в/в
- Глюкоза 5% 1000 мл в/в

- Омепразол 40 мг в/в
- Октра 0,1 мг п/к х 4 р/сут
- Фуросемид 2 мл в/в
- Фленокс 0,4 мл в/в
- Сорбилакт 200 мл в/в
- Волютенз 500 мл в/в
- Инфезол 250 мл в/в х 2 р/день
- Диклоберл 3 мл в/м 1 р/день

На фоне лечения состояние пациентки постепенно улучшилось, интоксикационный и болевой синдромы купированы. Выписана с выздоровлением спустя 3 недели после поступления.

**Таким образом, в описанных клинических случаях продемонстрирована высокая эффективность и хорошая переносимость комбинации препаратов Реосорбилакт и Латрен при лечении пациентов с острым панкреатитом, панкреонекрозом, осложненным перитонитом и эндотоксическим шоком, даже при наличии тяжелой сопутствующей патологии.**

## Литература

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «острий панкреатит» 2016. URL: <http://www.moz.gov.ua>.
2. Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Волков Д.В., Смолягин А.И., Шефер А.В., Балпеисова А.Б., Корнилов С.А., Басов Ф.В., Щетинин Н.А. Острый деструктивный панкреатит: прогноз и лечение. Медицинский альманах. — 2008. № 5. — С. 103,104.
3. Владыка А.С., Сулов В.В., Тарабрин О.А. Инфузионная терапия при критических состояниях / Под ред. проф. В.В. Сулова. — Киев: Логос, 2010. — 274 с.
4. Блахов Н.Ю. Острый панкреатит: учеб.-метод. пособие. — Минск: БГМУ, 2014. — 70 с.
5. Скутова В.А., Данилов А.И., Феоктистова Ж.А. Острый панкреатит: Актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2016. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostryy-pankreatit-aktualnye-voprosy-dagnostiki-i-kompleksnogo-lecheniya>.
6. Волкова Н.А., Клигуненко Е.Н., Кравец О.В., Лаврищев А.Д., Площенко Ю.А. Возможности коррекции синдрома гемореологической недостаточности в интенсивной терапии больных с острым панкреатитом // Украинский химиотерапевтический журнал. — 2008. — № 1-2 (22).
7. Алиев Н.А., Бобиев А.Б., Хамидов Д.Б. и др. Реосорбилакт и Латрен в коррекции эндогенной интоксикации и оксидантного стресса у больных с острым деструктивным панкреатитом // Медицина неотложных состояний. — 2015. — № 1 (64). — С. 57-59.
8. Андреева А.В., Бондарь В.Г., Гольинский Г.Ю. Опыт применения препарата Реосорбилакт® в комплексном лечении пациентов с острым панкреатитом в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии // Украинский медицинский часопис. — № 2 (100) — III/IV. — 2014. — С. 114-115.
9. Гуменик Н.И. Сравнительное изучение влияния реосорбилакта и реополиглокина на реологические свойства крови // Украинский химиотерапевтический журнал. — 2008. — № 1-2 (22). — С. 127-131.
10. Костюченко С.С. Кислотно-щелочной баланс в интенсивной терапии. 2-е изд., расширен. и доп. — Минск: ОИТАР МОКБ, ГрГМУ, 2009. — 268 с.
11. McCorry L.K. Physiology of the Autonomic Nervous System. Am J Pharm Educ. 2007 Aug 15; 71(4): 78.
12. Den Ouden D.T., Meinders A.E. Vasopressin: physiology and clinical use in patients with vasodilatory shock: a review // The Netherlands Journal of Medicine // 63:4-13, 2005.
13. Шлапак І.П., Нетяженко В.З., Галушко О.А. Інфузійна терапія в практиці лікаря внутрішньої медицини / Навч. посібник для лікарів-інтернів і слухачів курсів удосконалення вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. — К., 2013. — 261 с.
14. Tenner S. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis // The American Journal of GASTROENTEROLOGY, 2013.
15. Гострий панкреатит (Адапована клінічна настанова, заснована на доказах) // Українська гастроентерологічна асоціація, Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016.
16. Брагов М.Ю., Жук И.Г., Кумова И.В. Острый деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Журнал ГрГМУ. — 2007. — № 4 (20).

Підготувала **Викторія Лисица**