

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕОСОРБИЛАКТ И СОРБИЛАКТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

М.З. Когонія, Г.І. Постернак, М.Ю. Ткачева

Луганская городская многопрофильная больница №2

Луганский государственный медицинский университет

Резюме. В статье проводится сравнение эффективности лечения пациентов с тяжелой формой панкреатита и панкреонекрозом с использованием отечественных препаратов Сорбилакт и Реосорбилакт.

Ключові слова: панкреатит, панкреонекроз, Сорбилакт, Реосорбилакт.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ПРЕПАРАТІВ РЕОСОРБІЛАКТ І СОРБІЛАКТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

М.З. Когонія, Г.І. Постернак, М.Ю. Ткачева

Резюме. У статті проводиться порівняння ефективності лікування пацієнтів з тяжкою формою панкреатиту й панкреонекрозом з використанням вітчизняних препаратів Сорбілакт і Реосорбілакт.

Ключевые слова: панкреатит, панкреонекроз, Сорбілакт, Реосорбілакт.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF DOMESTIC PREPARATIONS OF REOSORBILAKT AND SORBILAKT IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANKREATIT IN THE CONDITIONS OF SEPARATION OF INTENSIVE THERAPY

M.Z. Kogoniya, G.I. Posternak, M.Yu. Tkachova

Summary. In the article a comparison of efficiency of treatment of patients is made with the heavy form of pancreatit and pankreonekroz at the use of domestic preparations of Sorbilakt and Reosorbilakt.

Key words: pankreatit, pankreonekroz, Sorbilakt, Reosorbilakt.

ВВЕДЕНИЕ

Острый панкреатит — асептическое воспаление поджелудочной железы с возможным вовлечением в процесс прилегающих тканей. В основе воспаления лежат процессы некробиоза панкреатоцитов, ферментной, цитокиновой, оксидантной аутоагрессии с последующим развитием некроза, дегенерации железы и забрюшинной клетчатки, с полиорганной недостаточностью, присоединением вторичной инфекции [2].

Диагностика панкреатита представляет трудности в связи с анатомическими особенностями локализации железы, с одной стороны, и универсальностью воспалительной реакции, быстро приводящей к развитию шока и полиорганной недостаточности, — с другой.

Проблема лечения пациентов с острым панкреатитом, несмотря на появление новых лекарственных препаратов и высокоэффективных технологий, не теряет своей актуальности вслед-

ствие высокой частоты осложнений и летальных исходов [1, 2]. Наличие интенсивного воспалительного процесса в поджелудочной железе приводит к выбросу в кровь противовоспалительных медиаторов, производных арахидоновой кислоты, эффектами которых на уровне микроциркуляции являются повышение проницаемости межклеточных мембран, увеличение адгезии эритроцитов, нарушение синтеза эндотелиального NO, что в итоге приводит к резкому замедлению кровотока на уровне микроциркуляции и развитию тканевой гипоксии. Учитывая патогенез острого панкреатита, методы лечения должны быть направлены на блокаду воспалительных, протеолитических процессов, дезагрегацию, выведение недоокисленных продуктов, продуктов перекисного окисления липидов, своевременное адекватное восстановление микроциркуляции, нормализация потребления и доставки кислорода, восстановление клеточного энергодифицита [6].

Таблиця 1

Распределение пациентов на группы

Группа	Кол-во больных	Пол		Средний возраст	Длительность заболевания			
		Муж.	Жен.		до 6 час	6–12 час	12–24 час	свыше 24 час
1	17	8	9	52,8	4	4	6	3
2	15	7	8	50,6	3	3	5	4

До недавнего времени основными компонентами детоксикационной терапии были растворы кристаллоидов (электролиты, глюкоза) и Неогемодез. Новые перспективы детоксикационной терапии наметились после создания отечественных оригинальных инфузионных препаратов на основе многоатомных спиртов — Сорбилакт и Реосорбилакт. Эти препараты обладают полифункциональным действием, нормализуя несколько видов нарушения гомеостаза. Оба препарата содержат 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, в Сорбилакте — в гипертонической. Благодаря гиперосмолярности Реосорбилакт и Сорбилакт вызывают поступление жидкости из межклеточного пространства в сосудистое русло, что способствует улучшению микроциркуляции и перфузии тканей. Перемещение жидкости во внутрисосудистое русло сопровож-

дается увеличением ОЦК. Благодаря мощному специфическому осмодиуретическому эффекту сорбитола, связанному с отсутствием у человека природных механизмов реабсорбции многоатомных спиртов в проксимальных почечных канальцах, отмечается выраженное диуретическое действие, особенно сорбилакта, данный препарат имеет и нефропротекторное действие, а также усиливает диурез при наличии ОПН [4]. Кроме того, сорбитол, частично метаболизируясь до фруктозы, способствует нормализации углеводного и энергетического обмена, что особенно благоприятно сказывается на улучшении функционального состояния гепатоцитов, в которых восстанавливается депо гликогена. Пути обмена и утилизации сорбитола, фруктозы, глюкозы во многом похожи, но сорбитол обладает более выраженным антикетогенным свойством — он стимулирует окисление жирных кислот по некетогенному пути метаболизма и облегчает включение кетоновых тел в цикл Кребса, таким образом

Таблиця 2

Основные компоненты интенсивной терапии тяжелого острого панкреатита

Компоненты лечебного комплекса	Достижимая цель	Применяемые средства
Афферентный блок	Антисекретия поджелудочной железы (функциональный покой)	Препараты окреотида, цитостатики, даларгин (блокатор ноцицептивной импульсации в ЦНС), H_2 блокаторы
	Обеспечение системной и регионарной микроциркуляции	Гепарины, препараты ГЭК (2 группа пациентов). У больных первой группы дополнительно назначали Сорбилакт, Реосорбилакт
	Цитокиновая блокада	Пентоксифиллин (трентал) — блокатор цитокиновой агрессии
	Купирование «окислительного стресса» и гистопротекция ПЖ	Антигипоксанта, антиоксиданты (аскорбиновая кислота, тиотриазолин, милдронат, реамберин)
	Возмещение водно — электролитных и метаболических потерь	Инфузионно–трансфузионная программа, энтеральная поддержка
Эфферентный блок	Нехирургическая детоксикация	Форсированный диурез, энтеросорбция
	Хирургическая детоксикация	Удаление токсических экссудатов

подтверждается ценность сорбитола как энергетического субстрата.

Сорбитол усиливает моторику кишечника за счет прямого действия на нервно-рецепторный аппарат кишечной стенки и усиление синтеза и секреции вилликинина, холецистокинина и витаминов группы В [4, 5]. Лактат-анион, который содержится в обоих препаратах, способствует коррекции кислотно-основного равновесия плазмы, восстанавливает и стимулирует функции клеток РЭС печени и почек. Все вышеуказанные эффекты обуславливают спектр фармакологических свойств Реосорбилакта и Сорбилакта: противошоковое, энергетическое, детоксикационное, диуретическое, стимулирующее перистальтику кишечника действие, коррекцию метаболического ацидоза.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные с тяжелой формой панкреатита и панкреонекрозом госпитализируются в отделение интенсивной терапии. Проанализированы истории болезни 32 пациентов с тяжелой формой панкреатита и панкреонекрозом, находившиеся на лечении в отделении интенсивной терапии за период 2005–2007 гг. Возраст пациентов от 17 до 84 лет. Мужчин — 15, женщин — 17. Сроки поступления — от начала заболевания: до 6 часов — 7 человек, 6–12 часов — 8, 12–24 часа — 9, свыше 24 часов — 8 человек. Всем пациентам при поступлении проводился мониторинг ЧСС, ЧД, АД, температуры тела, оценивалось состояние микроциркуляции, лабораторные клиничко-биохимические исследования включали общий анализ крови, общий анализ мочи, амилаза мочи, уровень гликемии и глюкозурии, биохимические показатели крови, электролиты, тимоловая проба, альфа-амилаза, группа крови и резус-фактор, коагулограмма; проводилось УЗИ, ЭКГ, при необходимости — рентгенография, консультации смежных специалистов.

В зависимости от состава комплекса терапии все больные были разделены на 2 группы, примерно одинаковые по составу, тяжести процесса и длительности заболевания (табл. 1). Разница в лечении больных первой группы состояла в использовании препаратов Реосорбилакт и Сорбилакт в инфузионно-трансфузионной программе в объеме от 200 до 600 мл ежедневно. Во второй группе больных данные препараты не использовались.

После подтверждения диагноза назначалась интенсивная терапия. Основные компоненты те-

рапии укладывались в схему, используемую в СПБНИИ им. Джанелидзе [3] (табл. 2).

Длительность лечения в отделении интенсивной терапии составляла от 3 до 29 дней, объем инфузии уменьшался по мере восстановления энтерального питания. Критериями для перевода в хирургическое отделение служили: относительно удовлетворительное общее состояние, отсутствие болевого синдрома, нормотермия, отсутствие воспалительных изменений со стороны крови, нормализация функций жизненно-важных органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С целью контроля эффективности проводимой терапии в динамике оценивались:

- 1) клинические данные: — показатели гемодинамики — уровень сознания — темп диуреза;
- 2) лабораторные данные.

У больных 1 группы отмечалась стабилизация гемодинамических показателей (в том числе состояние микроциркуляции) в среднем на 9 часов раньше, чем у пациентов 2 группы. Лабораторные данные, включая показатели гематокрита, гликемии и уровень альфа-амилазы, нормализовались быстрее у 72% пациентов 1 группы. Ни у одного из пациентов не было зарегистрировано побочных реакций на введение Сорбилакта и Реосорбилакта. Сократилась длительность пребывания в условиях отделения интенсивной терапии с 12,6 до 5,5 койко-дня. Умерло 8 больных. Летальные исходы были обусловлены тотальным панкреонекрозом, осложненным разлитым гнойным перитонитом и СПОН. Даже у крайне тяжелых больных, поступивших в отделение ИТ в послеоперационном периоде, удавалось нормализовать функции дыхания и кровообращения в течение 24–48 часов, перевести больных на спонтанное дыхание и стабилизировать гемодинамику без инотропной поддержки. Данный опыт дает нам право рекомендовать применение препаратов Реосорбилакт и Сорбилакт в комплексном лечении пациентов с тяжелым панкреатитом и панкреонекрозом.

ВЫВОДЫ

1. Интенсивная терапия пациентов с тяжелой формой панкреатита и панкреонекрозом должна проводиться как можно раньше от начала заболевания.
2. Учитывая особенности патологического процесса при панкреатите, развитие системного воспалительного ответа в ранние сроки заболева-

ния, всем больным с подтвержденным диагнозом панкреатит/панкреонекроз целесообразно включать в терапию препараты с полифункциональным действием — Сорбилакт и Реосорбилакт.

3. В послеоперационном периоде у крайне тяжелых больных использование препаратов на основе Сорбитола позволяет быстрее нормализо-

вать витальные функции.

ЛИТЕРАТУРА

(в редакции)