

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРБИЛАКТА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра факультетской хирургии и онкологии (зав. – проф. В.Н. Клименко) Запорожского государственного медицинского университета

Общими проявлениями течения раннего послеоперационного периода у больных с патологией органов брюшной полости являются снижение объема циркулирующей крови, гемодинамические, электролитные, метаболические расстройства, парез кишечника, синдром кишечной недостаточности, эндогенная интоксикация [2,7,8]. Базисным лечением таких больных является адекватная инфузионная терапия с коррекцией вышеуказанных нарушений [2,4,8]. Это обуславливает значимость вводимых инфузионных сред, их терапевтический эффект, наличие побочных реакций и осложнений и является обоснованием дальнейшего изучения закономерностей изменения гомеостаза в раннем послеоперационном периоде, разработки новых препаратов и совершенствования тактики инфузионной терапии [3,4,5,7]. Представляет интерес использование комбинированных препаратов для инфузионной терапии на основе многоатомных спиртов. Одним из таких является Сорбилакт, имеющий противошоковое, энергетическое, дезинтоксикационное, диуретическое и стимулирующее перистальтику кишечника действие, способствующему ликвидации метаболического ацидоза (создан Львовским НИИ патологии крови и трансфузионной медицины АМН Украины) [1,4]. К настоящему моменту установлены биологические свойства и эффекты сорбилакта в организме, определены оптимальные и предельно допустимые дозы для введения, выделены преимущества перед другими инфузионными препаратами, научно обоснованы области применения [4].

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности комплексного использования Сорбилакта у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе хирургического и реанимационного отделений МСЧ “Запорожсталь”. Под наблюдением находились 34 пациента в возрасте от 22 до 80 лет, оперированных по поводу диффузного и разлитого перитонита: 21 женщина (62%) и 13 мужчин (38%). С перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки было 7 больных, острой кишечной непроходимостью – 7, гангренозно-перфоративным аппендицитом – 6, деструктивным холециститом – 5, панкреонекрозом – 5, ущемленной послеоперационной вентральной грыжей – 1, колото-резаным ранением брюшной полости с повреждением тонкой кишки, стенки желудка, брыжейки – 3. Выполнялись стандартные оперативные вмешательства с адекватной санацией, дренированием брюшной полости и назоинтестинальной интубацией тонкого кишечника. В послеоперационном периоде 19 больным (основная группа) в составе комплексного лечения использовался Сорбилакт, 15 (контрольная группа) – получали стандартную терапию. Сравнимые группы были сопоставимы по нозологии, возрасту, сопутствующей патологии. Сорбилакт вводился с первых суток после оперативного вмешательства внутривенно-капельно по 200-400 мл (3,5-6,5 мл/кг, 60-80 капель в минуту) каждые 12 часов (2 раза в сутки) на протяжении 3-4 дней.

Проводились клинические (пульс, температура, частота дыхания, суточный диурез, оценка моторики кишечника), лабораторные (клинические и биохимические анализы крови), инструментальные (рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции кишечника с пероральным введением малых доз водорастворимого контрастного вещества на 5,7, 9 сутки) методы исследования.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТА

Сорбилакт – гипертонический, комбинированный инфузионный раствор, основными фармакологически активными веществами которого являются сорбитол (в гипертонической концентрации) и натрия лактат (в изотонической концентрации). Сорбитол быстро включается в общий метаболизм, 80-90% его утилизируется в печени и превращается в глюкозу, часть которой используется для срочных энергетических нужд, а часть накапливается в виде гликогена, 5% откладывается в мозговой ткани и поперечно-полосатой мускулатуре, 6-12% экскретируется с мочой [4,6]. Гипертонический раствор сорбитола, входящий в состав Сорбилакта, имеет высокое осмотическое давление и хорошо выраженную способность усиливать диурез, оказывает стимулирующее действие на гладкие мышцы кишечника [2,3]. Сорбилакт эффективно усиливает кровоток в брыжейке тонкой и толстой кишок [5,6], быстро повышает коллоидно-осмотическое давление плазмы, нормализует реологические свойства крови, восстанавливает

нарушенную микроциркуляцию, обладает противошоковым, дезинтоксикационным и энергетическим действиями [4,7]. Применять Сорбилакт можно с первых часов после оперативного вмешательства. Сорбилакт нельзя смешивать с фосфат- и карбонатсодержащими растворами. Противопоказаниями являются алкалоз, выраженная сердечно-сосудистая, печеночная и почечная декомпенсации, тромбоэмболии, гипертонический криз, с осторожностью может использоваться у больных сахарным диабетом (обязательный контроль содержания глюкозы в крови) [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные клинического исследования моторной функции кишечника показали, что аускультативные признаки появления перистальтики в основной группе отмечены в среднем на 2,8 сутки после операции, в контрольной – на 4,3 сутки; отхождение газов на 3,5 и 5,8 сутки соответственно, самостоятельный стул – на 5,2 сутки в основной группе и 7,4 сутки в контрольной. Отделяемое по назоинтестинальному зонду в первые сутки после операции в обеих группах больных достигало в среднем 900 мл. Начиная со вторых суток в основной группе отмечалась четкая тенденция к уменьшению кишечного отделяемого, на 3 сутки оно составляло не более 100 мл, что служило критерием для удаления зонда. У больных контрольной группы удаление кишечного зонда произведено, в основном, на 5 сутки после операции. У 2 больных контрольной группы послеоперационный парез не разрешился, прогрессировала клиника перитонита, потребовавшая релапаротомии (1 больной умер). При рентгенологическом исследовании моторно-эвакуаторной функции кишечника у больных, получавших Сорбилакт, к 5 суткам отмечалось порционное продвижение контраста в дистальном направлении кишечного тракта, частота пропульсивных перистальтических движений тонкой кишки составляла 5-7 раз в минуту, через $5,0 \pm 1,2$ часов контраст определялся в дистальном отделе подвздошной кишки, через $18,0 \pm 2,2$ часов в нисходящем отделе толстой кишки. У больных контрольной группы аналогичные изменения происходили с запозданием на 2,2 суток ($p < 0,05$).

Положительная динамика моторно-эвакуаторной функции кишечника корригировала с позитивными изменениями общего состояния больного (нормализация пульса, температуры, частоты дыхания, биохимических показателей крови, лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации), наличием ранних и поздних послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны, эвентрация, ранняя спаечная непроходимость, неразрешившийся перитонит, послеоперационная вентральная грыжа). В основной группе у 2 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны, которое быстро купировалось после санации антисептиком Декасан. Декасан оказывает фунгицидный эффект на дрожжи и дрожжеподобные грибы (кандиды, торулопсис, родоторула, трихофитон), плесневые грибы (аспергиллы, пенициллы и др.), вирусоцидное действие, в том числе на вирусы СПИДа и гепатита, спороцидное (споры сибирской язвы, оспы и пр.). Декасан обладает детоксикационным действием (нейтрализует экзотоксины микроорганизмов). Препарат высоко активен в отношении микроорганизмов, устойчивых к наиболее распространенным антибактериальным препаратам – пенициллинам, макролидам, аминогликозидам, цефалоспорином, фторхинолонам. Устойчивые к декаметоксину формы микроорганизмов, даже при его длительном применении, не образуются. Бактериостатические (фунгистатические) концентрации Декасана близки к бактериоцидным, вирусоцидным, спороцидным. Во время лечения отмечено повышение чувствительности антибиотико-резистентных микроорганизмов к антибиотикам. Одновременно Декасан в используемой концентрации не оказывает токсического действия и не вызывает аллергических реакций. Послеоперационный койко-день в группе больных, получавших Сорбилакт, составил 10,6 дней, что в 1,5 раз меньше, чем у больных контрольной группы, у которых этот показатель соответствовал 15,9 ($p < 0,05$). В ходе исследования не отмечено отрицательных реакций или побочных эффектов, связанных с применением Сорбилакта.

ВЫВОДЫ

1. Современная инфузионная терапия хирургических больных предполагает использование комбинированных препаратов, влияющих на различные патогенетические звенья послеоперационных нарушений.

2. Комплексное использование Сорбилакта сопровождается высокой клинической эффективностью относительно профилактики и лечения послеоперационного пареза и связанного с ним развития синдрома кишечной недостаточности и эндогенной интоксикации

3. Клиническая переносимость Сорбилакта является хорошей, его применение не сопровождается возникновением каких-либо отрицательных реакций или побочных эффектов.

4. Нагноение послеоперационной раны с успехом купировалось после санации антисептиком Декасан, его применение не сопровождается возникновением каких-либо отрицательных реакций или побочных эффектов.

5. Таким образом, использование Сорбилакта в раннем послеоперационном периоде является эффективным методом выбора при лечении больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости.