

УДК 616.615.009-07

НИКОНОВ В.В., БІЛЕЦЬКИЙ О.В., ПАВЛЕНКО А.Ю., БІЛЕЦЬКА М.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова

ВИКОРИСТАННЯ ГЛІАТИЛІНУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В КЛІНІЦІ ПОЛІТРАВМИ

Резюме. У роботі вивчені закономірності впливу Гліатиліну на моторно-евакуаторну функцію шлунково-кишкового тракту (МЕФ ШКТ) у клініці політравми. Групу спостереження становили 27 постраждалих із поєднаною абдомінальною травмою. Отримані дані доводять ефективність використання Гліатиліну в комплексі інтенсивної терапії в клініці політравми з метою профілактики й лікування порушень МЕФ ШКТ.

Ключові слова: ацетилхолін, Гліатилін, моторно-евакуаторна функція шлунково-кишкового тракту, політравма.

Вступ

Ацетилхолін, що утворюється в організмі, відіграє важливу роль у процесах життєдіяльності: він бере участь у передачі нервового збудження в ЦНС, вегетативних вузлах, закінченнях парасимпатичних і рухових нервів. Ацетилхолін належить до найважливіших нейромедіаторів мозку.

Холіну альфосцерат — Гліатилін — холінергічний препарат із переважним впливом на ЦНС. Після введення в організм унаслідок дії ряду ферментів холіну альфосцерат розщеплюється на холін і гліцерофосфат, при цьому їх вивільнення відбувається безпосередньо в ЦНС із подальшим синтезом ацетилхоліну, а також фосфоліпідів мембран нейронів. Відтак Гліатилін відіграє значну роль в анаболічних відновних процесах мозку. І це дозволяє прогнозувати його ефективність при широкому спектрі патології. На сьогодні можна передбачити, що будь-яка патологія ЦНС як головного, так і спинного мозку є показанням для використання даного препарату [1–3].

У ряді досліджень доведена здатність Гліатиліну відновлювати знижений рівень свідомості пацієнтів в анестезіологічній і реанімаційній практиці. Важливою клінічною перевагою Гліатиліну є те, що підвищення рівня свідомості, зменшення часу перебування пацієнта в комі й сопорі і на штучній вентиляції легенів (ШВЛ) при його призначенні супроводжується кращим відновленням вищих коркових функцій [4].

Важливою проблемою та завданням інтенсивної терапії хворих із травматичною хворобою є прогнозовані етапні кроки ранньої реабілітаційної стратегії, одним із яких є скорочення строків штучної вентиляції легенів та переведення на самостійне ди-

хання з подальшою екстубацією при максимальному рівні свідомості та збереженні досягнутої кардіореспіраторної компенсації.

У 2010–2011 роках на базі відділення політравми та відділення анестезіології з 12 ліжками інтенсивної терапії для хворих із поєднаною травмою Харківської клінічної лікарні швидкої невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова нами проводилося вивчення ефективності використання Гліатиліну (холіну альфосцерату) для скорочення строків ШВЛ, виключення так званої ранньої екстубації у хворих із травматичною хворобою в клініці політравми.

У групу спостереження (Г-1) увійшли постраждалі з травматичною хворобою в клініці політравми — 33 потерпілі (21 чоловік та 12 жінок) віком від 20 до 82 років. У контрольну (Г-2) групу увійшли 23 потерпілі (16 чоловіків та 7 жінок) віком від 26 до 66 років. Критеріями включення як у групу спостереження, так і в основну групу були: гострий (ранній післяопераційний) період травматичної хвороби, використання внутрішньовенного програмованого наркозу з міоплегією та штучною вентиляцією легенів тривалістю 2 та більше години, досягнута кардіореспіраторна компенсація, відсутність протипоказань для переведення на самостійне дихання з подальшою екстубацією хворого. Критеріями виключення були: декомпенсований травматичний шок, тяжка черепно-мозкова травма, синдром гострого пошкодження легенів, усі інші показання для подовженої ШВЛ.

В усіх хворих, які були включені у групу спостереження, окрім базової інтенсивної терапії травматичної хвороби в ранньому післяопераційному періоді, був використаний Гліатилін у початковій

дозі 1000 мг (внутрішньовенне краплинне введення) протягом 30–60 хвилин, із подальшим призначенням 1000 мг 2 рази на добу з інтервалом 12 годин.

Відтак прогнозовані етапні кроки ранньої реабілітації, а саме скорочення строків штучної вентиляції легенів та переведення на самостійне дихання з подальшою екстубацією при максимальному рівні свідомості та збереженні досягнутої кардіореспіраторної компенсації у хворих Г-1 перебігали більш динамічно та були скорочені в 1,8–2,6 рази. Строки екстубації та переведення на самостійне дихання через верхні дихальні шляхи (ВДШ) були скорочені у 2,4 рази ($p < 0,05$). Крім того, у хворих Г-1 відновлення свідомості, рухової активності, самостійного дихання крізь інтубаційну трубку, а врешті й екстубація та початок дихання крізь ВДШ відбувається у досить стислий термін на відміну від Г-2. Такі системні зміни у функціональному стані виключали можливість розвитку феномену так званої ранньої екстубації у хворих контрольної групи.

На етапах відновлення рухової активності, відновлення самостійного дихання через інтубаційну трубку та власне екстубації й переведення на самостійне дихання крізь ВДШ має місце персистуюче зниження SpO_2 (ΔSpO_2 , %), причому в Г-2 воно більше ніж у 2 рази значиме ($-1,3$; $-1,8$; $-1,1$ та $-3,0$; $-4,0$; $-2,7$ % відповідно).

Динаміка вибірково дослідженого PaO_2 досить чітко корелювала зі змінами SpO_2 , зміни PCO_2 були неінформативні та майже не відрізнялись у хворих з обох груп (дослідження у цьому напрямку тривають).

Проведені дослідження дозволили зробити такі висновки:

1. Використання Гліатиліну (холіну альфосцера-ту) є етіопатогенетичним та дуже ефективним для скорочення строків ШВЛ, виключення так званої ранньої екстубації у хворих із травматичною хворобою у клініці політравми, за відсутності показань до подовженої ШВЛ.

2. Використання Гліатиліну (холіну альфосцера-ту) у хворих із травматичною хворобою є не тільки ефективним, але й безпечним та не викликає ускладнень та небажаних ефектів.

3. Використання Гліатиліну (холіну альфосцера-ту) у хворих із травматичною хворобою має дуже широкі показання та потребує подальших досліджень [5].

Не менш важливим етапним кроком ранньої реабілітаційної стратегії у хворих із політравмою є відновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту (МЕФ ШКТ).

Волемічні порушення; дизелектролітемія; анемія; гіпопротеїнемія; напруження в черевній порожнині, що веде до гострої дихальної недостатності; синдром ендогенної інтоксикації — ось далеко не повний перелік обумовлених кишковою недостатністю патофізіологічних факторів, які надалі ведуть до пролонгації катаболічної фази захворювання, можуть призвести до її ускладненої течії. З метою

не допустити кишкову недостатність або вирішити цю проблему традиційно використовують комплекс лікувальних заходів: у шоковому періоді політравми це адекватне протезування життєво важливих функцій; корекція волемічних порушень; антиноцицептивний захист; максимально адекватна діагностика; якісна хірургічна корекція. Надалі на тлі комплексної інтенсивної терапії, направленої на корекцію патогенетичних механізмів розвитку захворювання, використовується низка заходів, направлених на поліпшення моторно-евакуаторної функції ШКТ, а саме: антихолінергічні препарати, протиблювотні засоби, гіпертонічний розчин натрію хлориду, пролонговану епідуральну блокаду, фізіотерапію, допоміжні процедури.

У переважній більшості випадків даний комплекс дає результат, але практично завжди веде до поліпрагмазії, деякі заходи протипоказані при окремих ушкодженнях, деякі з них можуть призвести до ускладненого перебігу хвороби, часто нормалізація моторно-евакуаторної функції ШКТ має затяжний характер, пізно починається ентеральне харчування. Інколи бажаного ефекту добитися не вдається.

З огляду на зазначене кишкова недостатність у клініці політравми потребує подальшого науково-практичного вивчення з метою розробки, впровадження методів, схем її корекції в клінічну практику [7].

Використовуючи Гліатилін у хворих вищезазначеної групи спостереження (Г-1), ми звернули увагу на досить чіткі закономірності у відновленні МЕФ ШКТ.

Мета дослідження — вивчити закономірності впливу Гліатиліну на МЕФ ШКТ при його використанні у хворих із поєднаною абдомінальною травмою в клініці політравми.

Матеріали та методи

У групі спостереження (Г-1, $n = 33$) у 27 хворих (19 чоловіків та 8 жінок) мали місце ушкодження органів черевної порожнини (розриви, ушкодження паренхіматозних органів у 19 випадках; розриви, ушкодження брижі, десерозація кишечника у 10 випадках; у 4 випадках мали місце позачеревні гематоми, що випорожнювалися у черевну порожнину), це потребувало проведення лапаротомії з відповідним рівнем хірургічної корекції. Ці 27 хворих становили групу постраждалих із поєднаною абдомінальною травмою, дані моніторингу МЕФ ШКТ яких наведені у цьому спостереженні.

В усіх хворих у ранньому післяопераційному періоді був використаний Гліатилін за вищезазначеною схемою, з другої доби препарат вводили 2 рази на добу з інтервалом 12 годин у дозі 1000 мг.

Моторно-евакуаторну функцію шлунково-кишкового тракту оцінювали за такими критеріями: ентеральне харчування та диспептичні явища; стан перистальтики, наявність та вираженість здуття живота; відходження газів, наявність випорожнень. Цим критеріям присвоюють бали так:

1) наявність ентерального харчування: «-1» — ні; «0» — пробне; «+1» — так;

2) диспептичні явища (відрижка, нудота, блювота): «-1» — так; «0» — помірно виражені; «+1» — відсутні;

3) інтенсивність перистальтики: «-1» — відсутня; «0» — помірна; «+1» — активна;

4) вираженість здуття живота: «-1» — значно здутий; «0» — помірно здутий; «+1» — нездутий;

5) відходження газів: «-1» — не відходять; «0» — рідке відходження; «+1» — регулярне відходження;

6) наявність випорожнень: «-1» — нема випорожнень; «0» — лише з використанням допоміжних методів; «+1» — регулярний, самостійний.

Критерії 1 та 2 переважно характеризують адекватність МЕФ ШКТ на його початковому рівні — шлунок — тонкий кишечник. Критерії 3 та 4 характеризують МЕФ ШКТ переважно на рівні тонкого кишечника. Критерії 5 та 6 характеризують МЕФ ШКТ переважно на його кінцевому рівні — товстий кишечник.

Загальна характеристика МЕФ ШКТ проводиться шляхом складання оціночних балів. Сума балів може бути від -6 до +6.

6 балів — повна функціональна спроможність (напруження), від 6 до 4 балів включно — компенсація; від 3 до 1 бала включно — помірна компенсація; 0 балів — межа функціональної компенсації; від -1 до -3 балів — помірна декомпенсація; від -4 до -6 балів — декомпенсація. Оцінка -6 балів — повна функціональна неспроможність [7].

Наведений спосіб оцінки МЕФ ШКТ є інформативним, неспецифічним способом оцінки функціонального стану ШКТ із точки зору її компенсації;

дає змогу його чіткого цифрового вираження з можливістю подальшого статистичного обліку.

Усі виміри для адекватності статистичного обліку проводили в одні й ті ж часові інтервали, а саме перед та після кожного кратного введення Гліатиліну з інтервалом у 12 годин. Спостереження проводили протягом 5 діб. Відповідно порівнювалися два функціональних стани ШКТ — до та після.

Вірогідність розбіжностей між показниками на різних етапах оцінювали за допомогою непараметричного методу — критерію знаків.

Результати особистих досліджень

При використанні Гліатиліну (холіну альфосцерату) у хворих із травматичною хворобою в клініці політравми для скорочення строків ШВЛ нами були отримані, окрім вищезазначених ефектів, неочікувані результати.

МЕФ ШКТ під час надходження хворих до лікарні була на рівні декомпенсації ($-4,2 \pm 1,0$; $M \pm \sigma$), а на момент переведення з операційної оцінювалася ще нижче ($-5,70 \pm 0,47$; $M \pm \sigma$), однак уже на фоні перших введень Гліатиліну її стан вірогідно покращувався ($p < 0,05$) (рис. 1).

З 2–3-ї доби МЕФ ШКТ уже була у стані помірної компенсації, а на 4–5-ту добу повністю відновлювалася, причому жоден хворий не отримував додаткової медикаментозної терапії для підсилення перистальтики. Треба зазначити, що вказані зміни чітко пов'язані з кратними введеннями Гліатиліну, причому ефект від кожного подальшого введення препарату поступово знижувався при стабільному відновленні МЕФ ШКТ. Про це свідчать критерії ефективності $\Delta E\Gamma$ та $\Delta BE\Gamma$: відповідно ефективність

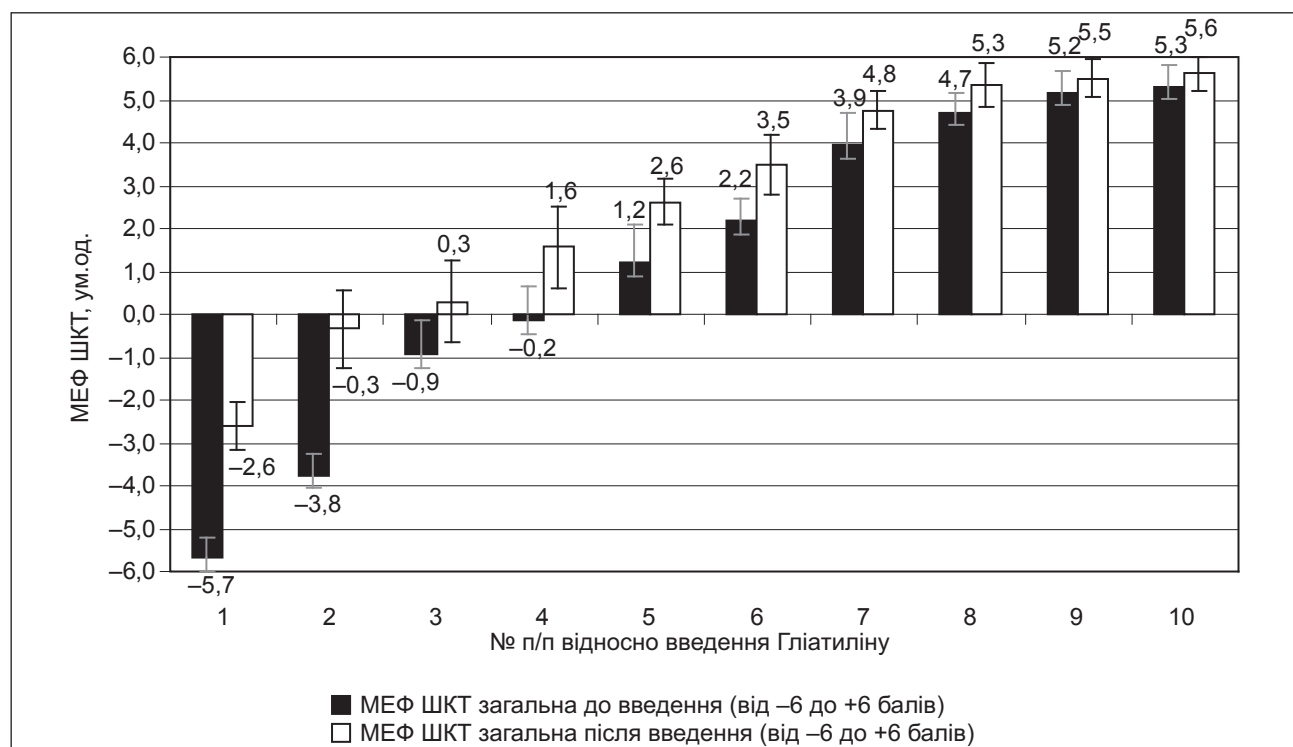


Рисунок 1. Динаміка змін МЕФ ШКТ на фоні введення Гліатиліну відповідно до етапів дослідження ($M \pm \sigma$)

Таблица 1. Динаміка критеріїв ефективності ΔЕГ та ΔБЕГ відповідно до етапів дослідження

Етап спостереження		ΔЕГ (%)	ΔБЕГ (%)
Доба	Кратність введення		
1-ша	1	25,5	25,5
	2	28,5	44,5
2-га	3	10,3	49,8
	4	14,4	60,4
3-тя	5	11,8	69,2
	6	10,8	76,3
4-та	7	6,9	87,0
	8	5,3	91,9
5-та	9	2,7	93,2
	10	2,4	94,0

безпосередньо кожного з введень препарату та ефективність дослідженого курсу терапії Гліатиліном (табл. 1).

В одного хворого мали місце множинні розриви брижі з некрозом ділянки тонкої кишки, що потребувало відповідної хірургічної корекції (релапаротомія, резекція ділянки тонкої кишки), яка була виконана на початку 4-ї доби від отриманої травми, та первинної хірургічної корекції, однак хворий не був виведений із групи спостереження, введення Гліатиліну за запропонованою схемою було продовжено після релапаротомії, крім того, в комплексі інтенсивної терапії на цьому етапі була використана пролонгована епідуральна блокада лідокаїном.

Також треба зазначити, що в усіх постраждалих повністю відновлювалася МЕФ сечового міхура (дослідження в цьому напрямку тривають).

Висновки

1. Гліатилін (холіну альфосцерат) може використовуватися на тлі комплексного лікування

травматичної хвороби в клініці політравми з метою профілактики і лікування порушень моторно-евакуаторної функції ШКТ.

2. Використання Гліатиліну дозволяє уникнути поліпрагмазії у вирішенні багатьох етапних завдань ранньої реабілітаційної стратегії.

3. Використання Гліатиліну (холіну альфосцерату) є не тільки ефективним, але й безпечним та потребує подальшого вивчення зазначених клінічних ефектів.

Список літератури

1. Трубочева Е.С. Клиническая фармакология ноотропных препаратов // Мат-лы II Межрегиональной научно-практической конференции «Тольяттинская осень 2009»: «Неотложные состояния в практике многопрофильного врача». — Тольятти, 2009. — С. 296.

2. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Применение глиатилина в лечении сосудистых когнитивных расстройств // Мат-лы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической неврологии». — Санкт-Петербург, 2009. — С. 151.

3. Одинак М.М., Вознюк И.А. Ишемия мозга — предметность в решении проблемы // Мед. акад. журн. — 2006. — Т. 6, № 3. — С. 88-94.

4. Черний В.И. Холина альфосцерат: современный взгляд на возможности лечения острой церебральной недостаточности // Здоров'я України. Тематичний номер. — 2011. — № 1.

5. Ніконов В.В., Білецький О.В., Павленко А.Ю., Білецька М.О. Гліатилін у комплексі інтенсивної терапії раннього післяопераційного періоду хворих на травматичну хворобу в клініці політравми // Медицина неотложных состояний. — 2011. — № 3.

6. Костіков Ю.П., Сафронов Д.В., Білецький О.В., Гільборг Г.Р. Профілактика кишкової недостаточності у хворих з абдомінальною травмою у клініці політравми // Одеський медичний журнал. — 2004. — С. 40-41.

7. Пат. 19567 Україна, UA, МПК (2006), А61В 10/02. Спосіб оцінки моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту [Текст] / О.В. Білецький, Д.В. Сафронов (Україна). — № u20060759; заявл. 07.07.2006; опубл. 15.12.2006, Бюл. № 12. — С. 5-30.

Отримано 24.02.11 □

Никонов В.В., Белецкий А.В., Павленко А.Ю., Белецкая М.А. Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛИАТИЛИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В КЛИНИКЕ ПОЛИТРАВМЫ

Резюме. В работе изучены закономерности влияния Глиатилина на моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта (МЭФ ЖКТ) в клинике политравмы. Группу наблюдения составили 27 пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой. Полученные данные подтверждают эффективность использования Глиатилина в комплексе интенсивной терапии в клинике политравмы с целью профилактики и лечения нарушений МЭФ ЖКТ.

Ключевые слова: ацетилхолин, Глиатилін, моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, политравма.

Nikonov V.V., Biletsky O.V., Pavlenko A.Yu., Biletska M.O. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Kharkiv Clinical Hospital of Acute and Emergency Care named after prof. O.I. Meshchaninov, Kharkiv, Ukraine

USE OF GLIATILINE FOR PREVENTION AND TREATMENT OF DISORDERS OF MOTOR-EVACUATION FUNCTION OF GASTROINTESTINAL TRACT IN CLINICAL PICTURE OF POLYTRAUMA

Summary. In this work we studied patterns of influence of Gliatiline on motor-evacuation function of gastrointestinal tract in clinical picture of polytrauma. Observation group consists of 27 victims with concomitant abdominal trauma. The findings confirm the effectiveness of Gliatiline in complex intensive therapy in clinical picture of polytrauma for prevention and treatment of disorders of motor-evacuation function of gastrointestinal tract.

Key words: acetylcholine, Gliatiline, motor-evacuation function of gastrointestinal tract, polytrauma.