

ОТІЛОНІУМ БРОМІД (СПАЗМОМЕН) В ЯКОСТІ ПРЕМЕДИКАЦІЇ ПРИ КОЛОНОСКОПІЇ

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О., Задорожній О.М.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Вступ

Колоноскопія — найбільш достовірний та інформативний вид діагностики товстого кишківника, і має неперівнянну перевагу з поміж інших методів дослідження. При умови правильного виконання, колоноскопія зазвичай є безпечним та точним втручанням і добре переноситься більшістю пацієнтів. [1]. Однак, незважаючи на безперечні переваги ендоскопічної діагностики, широке поширення ендоскопічних методів обстеження стримується наявністю певного дискомфорту для хворих при проведенні практично будь-яких ендоскопічних досліджень. З іншого боку, навіть при високій кваліфікації та досвіду лікаря-ендоскопіста, неспокійна поведінка хворого знижує якість і повноту проведеного дослідження, а деколи призводить до неповноцінного дослідження, або до помилкових висновків.

Якість проведення даного дослідження залежить від декількох факторів, головним з яких являється підготовка пацієнта. Підготовка пацієнта до колоноскопії відповідно поділяється, на власне підготовку (очищення) кишківника, та використання різноманітних засобів що полегшують проведення даного дослідження, куди відноситься і премедикація. Враховуючи негативне ставлення хворих до колоноскопії, після проведеної процедури з виразним відчуттям болю, то стає зрозумілою важливість застосування премедикації при ендоскопічних дослідженнях. Як і при очищенні кишківника, не існує ідеального способу премедикації, який би враховував всі необхідні вимоги.

Метою премедикації при колоноскопії, є досягнення спазмолітичного та знеболюючого ефекту під час проведення дослідження. Отілоніум бромід (*Otilonium bromide*, Спазмомен), це сіль четвертинного амонію, що має особливості зв'язуватись з рецепторами клітини, завдяки наявності трьох вільних орбіталей, який має виразну спазмолітичну властивість шлунково-кишкового тракту. Численні експериментальні дослідження показали, що отілоніум бромід (ОБ) інгібує фізико-хімічне стимулювання шлунково-кишкового тракту. Спазмолітична дія ОБ в шлунково-кишковому тракті відбувається при дозуванні, що не впливає на шлункову секрецію, і не має типових атропін подібних побічних ефектів.

Механізм дії ОБ композиційний: впливає на рух іонів кальцію з внутрішнього в зовнішньо-клітинний простір; блокує кальцієві канали, та притгнічує вивільнення внутрішньо-клітинного кальцію з депо (апарат Гольджі, саркоплазматичний ретикулум). Окрім того ОБ зв'язується з мускариновими і тахікніновими (нейрокінін-2) рецепторами, і діє як антагоніст. Фармакокінетичні дослідження показали, що ОБ накопичується в нижніх відділах шлунково-кишкового тракту і має низьку абсорбцію, без системної дії. Клінічні дослідження підтвердили, що ОБ має потужний спазмолітичний ефект з хорошим профілем переносимості. Композитний і місцевий механізм дії ОБ знижує гіперперистальтику і зменшує висцеральну чутливість. ОБ в різних відділах шлунково-кишкового тракту має відмінності в чутливості, з переважною активністю препарату в дистальних відділах (товстому кишківнику) [4, 5]. Використання препарату ОБ при ендоскопічних дослідженнях, знижує перистальтичну активність кишківника та значно впливає на висцеральну чутливість [3, 6].

Amenta з співавт., (1991) дослідили що ОБ накопичується і залишається протягом досить тривалого часу у підслизовому шарі і внутрішньому шарі кругового м'язу товстого кишківника, та притгнічує рецептори (мускаринові, тахікнінові), знижуючи висцеральну чутливість [7]. У кишківнику, тахікнінові рецептори (субстанція Р та нейрокінін) представлені в двох нервових відділах: **внутрішньому**, це нейрони клітини органа в шлунково-кишковому тракті вони знаходяться в м'язовому і підслизовому шлестенні, і **зовнішньому** аферентні нервові волокна, що йдуть з спинних гангліїв і досягають кишківника за допомогою симпатичних нервових волокон і передснинномозкових гангліїв [8]. Ця властивість препарату блокує нервові імпульси, що відповідають за більшову чутливість,

від периферії до центральної нервової системи [9]. ОБ застосовують при спастичних станах і функціональних дискінезіях шлунково-кишкового тракту (синдром подразненого кишківника), так і для премедикації при ендоскопічних дослідженнях [10].

Мета дослідження — визначити суб'єктивні відчуття пацієнтів, при застосуванні отілоніуму броміду (Спазмомен) з метою премедикації (знеболення) при колоноскопії.

Матеріали і методи

В нашій лікарні проведено 50 колоноскопічних досліджень з застосуванням отілоніуму броміду (Спазмомен) з метою премедикації, в дозі 40 мг., увечері на передодні дня дослідження, та 40 мг. в день дослідження за 4 години до його проведення. Всім пацієнтам дослідження проводилось повторно. Відмінностей по статі, віку та показанням до колоноскопії не було. Підготовка кишківника відбувалась полетилгліколем, в 2 етапи: 2 пакети опущування та 2 пакети уранці. У всіх пацієнтів в момент, та після дослідження проводили опитування для оцінки суб'єктивних відчуттів під час дослідження, щоб оцінити знеболюючий ефект даного препарату.

Результати та їх обговорення

Всім пацієнтам була виконана тотальна колоноскопія. Під час дослідження у 43 (86%) пацієнтів перенесли процедуру значно краще, ніж попередню колоноскопію, з меншими проявами дискомфорту. В 7 (14%) досліджуваних різниці не відмічали в проведенні дослідження. Слід відмітити що, застосування ОБ не вплинуло на якість підготовки кишківника полетилгліколем.

Висновки

Застосування отілоніуму броміду (Спазмомен) в якості премедикації при колоноскопії, покращує переносимість дослідження, зменшуючи більшові відчуття під час її проведення. Застосування тілоніуму броміду (Спазмомен) не впливало на підготовку кишківника до колоноскопії.

Література

1. Нікішаєв В.І., Тумак І.М., Патій А.Р. з співавт. (2010) Індикатори якості колоноскопії. Клінічні настанови. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 14; 3: 25-33
2. Amenta F., Bnroldi P., Ferrante F., et al. (1991) Autoradiographic localisation of otilonium bromide binding sites in the rat gastrointestinal tract. Aich Int Phinnatnibh Thi' 31: 5-19
3. Borda J.M., Bona X., Mondelo F., et al. (1987) Papiotomia endoscopica. Analisiscomparativo del efecto del ceruletide y delbromuro de octilonio como modificadoresde la motilidad del duodeno y del esintepariar. 89: 230-234
4. Maggi C.A., Meli A. (1983) Assessment ofpotential selectivity of antispasmodicsfor the various sections of the-gastrointestinal tract of the rat as aguideline for their clinical use. Arch Int Pharmacodyn Ther. 262: 221-230
5. Manzini S., Maggi C.A., Parlani M., et al. (1988) Further studies on the pharmacodynamic properties and organsselectivity of octilonium bromide. Drugs Exp Clin Res. 14: 265-270
6. Perez-Piqueras J. (1987) Importancia de la preparación en la colonoscopia. Servicio de Aparato Digestivo. 3: 84-85
7. Saiticicoy P., Zagorodnyuk V., Renzetti A.R., et al. (1999) Antimuscarinic, calcium channel blocker and tachykinin NfC, receptor antagonist actions of otilonium bromide in the circular muscle of guinea-pig colon. Naunyn-Schmied. Arch Pharmacol; 359: 420-427
8. Evangelista S. (2001). Involvement of tachykinins in intestinal inflammation. Curr Pharm Des. 7: 19-30
9. Holzer P., Michel T., Danzer M., et al. (2001) Lipid Ith. Surveillance of the gastrointestinal mucosa by sensory neurons. J Physiol Pharmacol. 4: 505-521
10. Gómez C.J., León C.J., Gutiérrez J.J. (1997) Use of spasmolytic agent otilonium bromide (spasmomen) in digestive endoscopy: a prospective study in 63 patients. Acta Gastroenterologica Latinoamericana. 27(3): 123-125

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК МІГРАЦІЇ *CORPUS ALIENUM*

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Стороннє тіло (*Corpus alienum*) після хірургічного втручання зустрічається рідко, але завжди залишається проблемою для життя пацієнта. Післяопераційні сторонні тіла (ПСТ) з операційного матеріалу, називають різними термінами, так для (серветки, турунди) використовують *textiloma*, *gossypiboma*, *muslinoma*, *gauzoma*, медичний інструментарій в якості стороннього, тіла специфічних назв не мають.

Лікарські помилки завжди залишаються координаційним центром спостереження для засобів масової інформації. Побування негативної реклами для медичних закладів, судово-медичних труднощів, та плям в особистій репутації, призводять до приховування правдивих даних стосовно кількості випадків з ПСТ, і як наслідок захворюваність на ПСТ залишається сумнівною, і по різним даним складає 1 випадок на кожні 3000-5500 операцій [19, 11]. Таким чином створюється не відповідність в підходах до лікування, та ліквідації наслідків післяопераційних сторонніх тіл, і як результат масштаби цієї проблеми залишаються не добре вивчені.

До факторів ризику, пов'язаних з цим типом помилки, відносять, складні оперативні втручання з залученням декількох операційних бригад, екстрені операції, оперативні втручання більш ніж в одній порожнині тіла, тривале хірургічне втручання, високий індекс маси тіла пацієнта, неправильний підрахунок інструменту та операційного матеріалу, відсутність належного операційного обладнання для контролю використаного операційного матеріалу [8, 21, 29]. З переважною більшістю сторонні тіла зустрічаються після великих, відкритих операцій, в черевній порожнині 46%, в грудній порожнині 23% [25], інші ділянки також не лишаються осторонь [21]. Серед залишених предметів після операції майже перевагу марлеві серветки — 52%, друге місце займають інструменти — 43% [15, 21].

В світовій літературі існує декілька повідомлень про діагностику, класифікацію ускладнень, та методи і тактику лікування хворих з цією проблемою. ПСТ виявляються як в ранньому, так і в пізньому часі віддаленому післяопераційному періоді, або залишаються не помітними протягом декількох місяців,чи навіть років після операції [12]. Довготривале перебування стороннього тіла в черевній порожнині називається небезпечно для життя пацієнта, пізньє оперативне лікування якого, призводить до значного ризику, так як загальна летальність при ПСТ коливається від 1 до 40% і більше [3, 4].

Існують дані про можливе неускладнене, або взагалі без симптомне перебування сторонніх тіл в черевній порожнині хворого, які довгий час живуть без оперативного лі-

кування. Деякі автори вважають що саме розмір, локалізація, та ступінь інфікування ПСТ, визначають тривалість перебування його в черевній порожнині і прояв подальшого його ускладнення. В літературі зазначені випадки знаходження стороннього тіла в організмі людини до 35 років і більше [2, 5, 6]. Не своєчасне виявлення ПСТ в черевній порожнині може призвести до таких ускладнень, як: кишкова непрохідність, перитоніт, абсцес черевної порожнини, післяопераційні нориці, перфорация, шлунково-кишкова кровотеча, злукова хвороба, а також симулювати пухлинну утворення [1, 2, 4, 5, 29, 28].

Існують різні думки, стосовно клінічних проявів присутності ПСТ, деякі автори виділяють три клінічних форми протікання даного процесу: гострий, реметуючий і хронічний, інші автори схиляються до того що, ПСТ можуть не мати характерних клінічних ознак і їх наявність можливо тільки припускати [1, 4]. ПСТ мають різноманітний спектр клінічних проявів в залежності від місця розміщення та типу реакції організму, яка в свою чергу залежить від виду матеріалу стороннього тіла [16]. Перший тип реакції, ескудативний, в ранньому післяопераційному періоді, проявляється як абсцес, норія, септичний стан, що викликає високу смертність. Другий тип, фібринозний створюється в результаті інкапсуляції стороннього тіла в рубцевій тканині з формуванням гранульом, що в свою чергу маскується під псевдо-пухлину і може призвести до кишкової непрохідності в наслідок ерозивних процесів з боку оточуючих тканин [26, 31]. В літературі зазначені випадки міграції ПСТ з порожнини в просвіт кишківника, сечовий міхур, передню черевну стінку [7, 9, 13, 16]. Так Alis H. з співавт., (2007) описали випадок спонтанної міграції ПСТ в просвіт кишківника пілородуоденальної ділянки, який був підтверджений ендоскопічно, з подальшим без оперативним лікуванням хворого.

Діагностика ПСТ базується на фізикальних методах дослідження, рентгенологічних методах, УЗД, та КТ хоч кожен з них вважається не досконалим і в деяких випадках не інформативним [10, 12, 24, 31].

Попередження даної помилки заключається в декількох заходах, таких як: покращення до операційного та після операційного підрахунку інструментарію та операційного матеріалу [17, 20, 22], детальна перевірка операційного поля перед зашиванням операційної рани [18, 20], весь операційний матеріал та інструментарій повинен бути з рентгеноконтрастними маркерами для легкого виявлення при інтраопераційній рентгенографії [14, 23].