

ОСОБЛИВОСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВИХ ДОЗ КАРВЕДІЛОЛУ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ ВРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ

І.П. Вакалюк, Н.Б. Тимочко

Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ДОЗ КАРВЕДИЛОЛА У ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛИЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ИНФАРКТ МИОКАРДУ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРОИШЕДСТВИЙ

И.П. Вакалюк, Н.Б. Тимочко

Івано-Франківський національний медичний університет

FEATURES OF ACHIEVEMENT OF TARGET DOSES OF CARVEDILOL IN RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION TAKING INTO ACCOUNT THE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR EVENTS

I.P. Vakaliuk, N.B. Tymochko

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Хвороби системи кровообігу є основною причиною інвалідності та смертності населення більшості країн світу. В процесі дослідження обстежено 238 пацієнтів віком від 40 до 75 років, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарда та із супутніми: серцевою недостатністю (n=60), ожирінням (n=61), гіпертонічною хворобою (n=58) та сукупністю факторів ризику (n=59). Отримання терапевтичного ефекту та покращення фізичного стану у хворих після інфаркту міокарда є результатом лікування із досягненням цільової дози бета-адреноблокатора карведілолу, яка складає у хворих на серцеву недостатність (29,31±1,95) мг, артеріальну гіпертензію (34,16±1,95) мг, ожиріння (40,40 ± 4,18) мг та сукупність факторів ризику (34,16±1,95) мг.

Ключові слова: *інфаркт міокарду, серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, ожиріння, тредміл-тест, карведілол.*

Резюме. Болезни системы кровообращения является ведущей причиной инвалидности и смертности населения большинства стран мира. В процессе исследования было обследовано 238 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет, перенесших Q-и Non-Q-инфаркт миокарда и с сопутствующими: сердечной недостаточностью (n = 60), ожирением (n = 61), гипертонической болезнью (n = 58) и совокупностью факторов риска (n = 59). Получения терапевтического эффекта и улучшения физического состояния у больных после инфаркта миокарда является результатом лечения с достижением целевой дозы бета-адреноблокатора карведилола, которая составляет у больных сердечной недостаточностью (29,31 ± 1,95) мг, артериальной гипертензией (34,16 ± 1,95) мг, ожирение (40,40 ± 4,18) мг и совокупность факторов риска (34,16 ± 1,95) мг.

Ключевые слова: *инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ожирение, тредмил-тест, карведилол.*

Summary. Diseases of the circulatory system are the leading cause of disability and mortality in most countries of the world. During the study, 238 patients aged from 40 to 75 years who underwent Q-and Non-Q-myocardial infarction and concomitant diseases were examined: heart failure (n = 60), obese (n = 61), hypertension (n = 58) and a set of risk factors (n = 59). Getting the therapeutic effect and improving the physical condition of patients after myocardial infarction is the result of treatment with the achievement of the target dose of beta-blocker carvedilol, which is in patients with heart failure (29,31 ± 1,95) mg hypertension (34,16 ± 1,95) mg, obesity (40,40 ± 4,18) mg and a set of risk factors (34,16 ± 1,95) mg.

Keywords: *myocardial infarction, heart failure, hypertension, obesity, treadmill test, carvedilol.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Хвороби системи кровообігу є провідною причиною інвалідності та смертності населення більшості країн світу. За останніх 30 років поширеність серцево-судинних захворювань зросла у 3,5 рази, а рівень смертності від них на 46,0%. На першому місці по інвалідності і смертності серед хвороб системи кровообігу є ішемічна хвороба серця (ІХС). ІХС є причиною майже 40% усіх смертей в 2009 р. [3, 4]. На теперішній час для адекватного підходу до діагностики і лікування та відновлення фізичної активності пацієнтів особливу увагу слід звернути на супутні чинники серцево-судинного ризику, такі як серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, ожиріння та сукупність даних факторів ризику. У багатьох дослідження проводилось вивчення кожного з цих факторів та їх вплив на перебіг ІХС та інфаркт міокарда (ІМ) [1]. Проте комплексна, порівняльна оцінка кожного з чинників серцево-судинного ризику у хворих на ІХС, що перенесли ІМ та їхній сукупний вплив, можливо дозволить покращити перебіг відновного лікування пацієнтів завдяки удосконаленню підходів до впливу цільових доз в медикаментозній терапії. Основною групою препаратів у лікуванні

ІХС з доказаним прогнозо-модифікуючим ефектом є бета-адреноблокатори [5]. В цілому ряді багатоцентрових плацебо контрольованих проспективних рандомізованих досліджень була показана їх спроможність не тільки знижувати захворюваність і кількість випадків смертності від інфаркту міокарда, але й покращувати перебіг відновного періоду та фізичну активність даних пацієнтів [2]. Цей ефект був зумовлений використанням визначених, підібраних емпіричним шляхом, доз препаратів, досягнення яких було ціллю. У Великобританії в когортному дослідженні, проведеному M. Calver і співавторами, за участі хворих, яких лікують лікарі загальної практики, було показано, що 37 % пацієнтів получують бета-блокатори, при чому цільових доз було досягнуто лише у 11,5 % випадків, що у свою чергу може призводити до недостатньої ефективності даної терапії [5].

Метою роботи є визначення цільових доз бета-адреноблокатора карведілолу у лікуванні хворих, що перенесли інфаркт міокарда залежно від наявних чинників серцево-судинного ризику на основі клініко-патогенетичної оцінки та медикаментозної корекції забезпечення фізичних навантажень у відновному періоді після інфаркту міокарда.

Матеріали та методи

У процесі дослідження обстежено 238 пацієнтів віком від 40 до 75 років, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарда та з супутніми: серцевою недостатністю (n=60), ожирінням (n=61), гіпертонічною хворобою (n=58) та сукупністю факторів ризику (n=59). Кожна з груп розподілена на підгрупи контрольну та дослідну. Всі хворі отримували стандартне лікування: статини, аспірин, антикоагулянти, інгібітори АПФ. У всіх пацієнтів позитивним терапевтичним ефектом лікування вважали зменшення (за наявності) кількості нападів стенокардії на 50%, нормалізацію частоти серцевих скорочень та артеріального тиску. Хворі контрольних підгруп отримували бета-блокатор метопролол. У 30 хворих, що перенесли ІМ з супутньою серцевою недостатністю, карведілол призначали методом титрування, починаючи з добової дози 3,125 мг у два прийоми до досягнення терапевтичного ефекту (усунення клінічних ознак легеневого застою та набрякового синдрому, відсутність надмірного приросту частоти серцевих скорочень під час дозованих навантажень та зниження артеріального тиску). Середня добова доза карведілолу у хворих із СН склала (29,31±1,95) мг на добу.

В групі хворих що перенесли ІМ із супутньою артеріальною гіпертензією (n=28) для оптимального досягнення цільового рівня артеріального тиску в межах 130-139/80-85 мм.рт.ст. препарат призначали методом титрування, починаючи з добової дози 12,5 мг двічі на день. Середня добова доза карведілолу у цій групі склала (34,16±1,95) мг на добу.

У 31 хворого з ожирінням, що перенесли ІМ, карведілол призначали методом титрування, починаючи з добової дози 12,5 мг два рази на добу. Терапевтична доза препарату, яка дозволила досягнути збільшення переносимості фізичних навантажень у хворих з ожирінням, склала (40,40±4,18) мг на добу.

У пацієнтів дослідної підгрупи, що перенесли ІМ із сукупністю усіх трьох факторів ризику (n=29) карведілол призначали методом титрування, починаючи з дози 3,125 мг двічі на добу до досягнення терапевтичного ефекту, а саме зменшення больового синдрому, задишки, уповільнення частоти серцевих скорочень на рівні до 75 % від порогової та зменшення рівня артеріального тиску на фоні зростання толерантності до фізичних навантажень. Середня добова доза карведілолу у даної групи хворих була на рівні (21,37±2,09) мг на добу.

Хворих обстежували на початку лікування через 1, 3, 6 та 12 місяців.

Виконували дозовані фізичні навантаження за допомогою шестихвилинного тесту ходьби, у хворих всіх груп оцінювали наступні показники: відстань (м), швидкість (м/хв), робота визначалась за формулою $W = m \times (236,64 + 1,19 \times s)$, де W – робота (Дж), m – маса тіла (кг), s – пройдений шлях (хв), вага (кг), частота серцевих скорочень (уд/хв) до та після навантаження. Критеріями припинення тесту були: відмова пацієнта від подальшого проведення тесту, тяжка задишка, запаморочення, напад за грудинного болю, судоми, втрата рівноваги, поява блідості, сильне потовиділення. Розраховували середні значення показників, їх відсоткові частки та критерій Стьюдента. Порівнювали між собою величини даних осіб дослідної та контрольної підгруп, а також значення усередині кожної групи на різних етапах дослідження. Статистично достовірними вважали, коли різниця значень була при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Під час аналізу результатів дослідження встановлено той факт, що вже на початку спостереження за окремими характеристиками толерантності до фізичних навантажень хворі вказаних груп відрізнялись між собою. Хворі всіх груп виконували менший, ніж здорові об'єм фізичних навантажень,

поряд з цим найменшу відстань, яка склала (198,11±2,26) м подолали пацієнти що перенесли ІМ із сукупністю факторів ризику, найбільшу відстань пройшли пацієнти з ожирінням, що перенесли ІМ. Це знайшло своє підтвердження і за іншими показниками, зокрема, найменша кількість часу виконання тесту спостерігалась в групі хворих із сукупністю факторів ризику (4,20±0,12) хв, в свою чергу найбільша тривалість тесту спостерігали у пацієнтів з ожирінням (5,70±0,08) хв. Що стосується виконаної роботи і потужності та найбільші їх значення спостерігалися в групі хворих на серцеву недостатність з перенесенням ІМ (27906,12±596,87) Дж, (4983,23±76,85) Вт, а найменші в пацієнтів, що перенесли ІМ із супутнього АГ (20151,45±506,56) Дж, (3982,50±58,35) Вт, відповідно. Під час аналізу показників частоти серцевих скорочень і систолічного артеріального тиску найбільші їх величини спостерігаються в пацієнтів, що перенесли ІМ з сукупністю факторів ризику, а найменші - у групі хворих із серцевою недостатністю.

У процесі лікування та контрольного спостереження упродовж 12 місяців встановлено наступні особливості динаміки толерантності до фізичних навантажень за умов встановлених індивідуальних терапевтичних доз карведілолу. Різні наукові праці свідчать про те, що фізична активність людини може бути охарактеризована двома параметрами: роботою та потужністю. В ході роботи виявлено, що через 12 місяців лікування хворих різних груп, в яких до стандартної терапії додавали бета-блокатор карведілол, достовірно збільшилось значення пройденої дистанції, а відповідно і потужності виконаної роботи. Потужність виконаного навантаження у хворих із супутньою серцевою недостатністю, які отримували як стандартну терапію, так і в пацієнтів, які отримували карведілол, мала тенденцію до зростання, найбільше значення показника толерантності до фізичних навантажень мало місце після трьох місячного лікування, так якщо потужність у групі хворих з стандартною терапією склала (4389,45±153,72) Вт, то у дослідницькій групі вона дорівнювала (4588,91±171,42) Вт. Вказаний факт підтверджується показником виконаної роботи та за іншими показниками шестихвилинного тесту ходьби. Зокрема у хворих із серцевою недостатністю, які отримували карведілол, пройдена відстань через 12 місяців лікування склала (460,00±50,80) м, а в групі стандартної терапії лише (356,40±47,20) м, узв'язку з чим у групі хворих, що перенесли інфаркт міокарда з супутньою серцевою недостатністю до лікування функціональний клас серцевої недостатності відповідав ІІІ ФК, на шостому місяці лікування він відповідав ІІ ФК і на 12 місяці – І ФК серцевої недостатності (табл. 1).

Аналізуючи показники в групі хворих, що перенесли інфаркт міокарда з супутньою артеріальною гіпертензією, тенденція до збільшення толерантності до фізичних навантажень спостерігається в обох підгрупах, проте суттєве збільшення працездатності спостерігалось у пацієнтів, які отримували карведілол, так вже на першому місяці лікування відзначалось збільшення пройденої дистанції до (356,41±5,39) м в порівнянні з пацієнтами контрольної групи (337,24±5,13) м, а на 12 місяці лікування (536,2±5,86) м (414,54±5,94) м, відповідно. Те ж саме підтверджується показниками роботи та потужності виконаного навантаження. Так через 12 місяців лікування виконаник виконаної роботи у хворих дослідницької групи склав (39397,55±464,17) Дж в порівнянні з групою стандартної терапії (29656,20±398,75) Дж Рівень систолічного артеріального тиску (САТ) склав на початку лікування (167,00±2,50) мм.рт.ст, що відповідало артеріальній гіпертензії 2 ступеня, частота серцевих скорочень (83,45±1,58) уд/хв, на 12 місяці лікування САТ склав (129,00±2,20) мм.рт.ст, що відповідає нормальному рівню АТ, частота серцевих скорочень (66,51±1,34) уд/хв, а в групі хворих, яким застосовували стандартну терапію на 12 місяць терапії САТ склав (148,00±2,20) мм.рт.ст, що відповідало

Таблиця 1. Динаміка показників шестихвилинного тесту ходьби у хворих з перенесеним ІМ та загальної групи в процесі відновного лікування карведіолом (M±m)

Показник	До лікування	1 місяць	3 місяць	6 місяць	12 місяць
Стандартна терапія у хворих з СН (n=30)					
Відстань	198,40±40,50	220,80±45,90**	265,50±52,40**	295,40±43,40**	356,40±47,20*
Час, хв.	3,60±0,11	4,20±0,12*	5,30±0,13*	5,70±0,08*	5,60±0,13*
Робота, Дж	16149,76±294,25*	17840,64±363,70*	20151,45±506,56*	23275,50±465,31*	27906,12±596,87*
Потужність, Вт	4007,25±134,97	4141,80±138,97**	4389,45±153,72**	4531,15±133,90*	5405,01±183,63*
Стандартна терапія та карведіолол у хворих з СН (n=30)					
Відстань	204,30±52,40	240,20±50,20**	290,50±41,10**	360,80±48,60*	460,00±50,80*
Час, хв.	3,80±0,11	4,60±0,98*	5,00±0,10*	5,70±0,17*	6,00±0,09*
Робота, Дж	16752,60±375,60	19312,08±491,98*	22804,25±590,49*	25185,12±652,08*	35926,00±880,12*
Потужність, Вт	3927,00±165,40	4347,92±135,14**	4288,91±171,42**	4757,81±175,80*	5374,60±200,90*
Стандартна терапія у хворих з АГ (n=30)					
Відстань	300,00±7,13	337,24±5,13*	379,69±5,75*	398,24±6,21*	414,54±5,94*
Час, хв.	4,20±0,10	4,80±0,08*	5,10±0,12*	4,90±0,11*	5,40±0,09*
Робота, Дж	22920,00±196,49	24382,24±227,81*	28632,24±387,08*	29796,31±395,10*	29656,20±398,75*
Потужність, Вт	5457,14±30,04	5079,67±29,24*	5614,20±38,43*	6080,88±32,54*	5497,26±47,58**
Стандартна терапія та карведіолол у хворих з АГ (n=28)					
Відстань	289,15±6,42	356,41±5,39*	411,17±5,65*	465,71±6,04*	536,24±5,86*
Час, хв.	4,60±0,13	4,80±0,09**	5,10±0,08*	5,30±0,09*	5,50±0,12*
Робота, Дж	23293,92±251,76	28316,77±352,67*	33395,22±486,38*	35878,29±495,53*	39397,55±464,17*
Потужність, Вт	5063,89±31,74	5899,32±50,75*	6548,08±37,23*	6769,49±32,45*	7163,19±41,20*
Стандартна терапія у хворих з ожирінням (n=30)					
Відстань	362,56±5,31	370,38±5,30**	400,64±4,73*	431,51±3,73*	476,26±5,03*
Час, хв.	5,71±0,13	5,9±0,10**	6,06±0,12**	5,97±0,13**	6,65±0,10*
Робота, Дж	36343,70±487,03	36104,62±505,93**	38000,17±489,59*	40746,74±406,16*	42906,64±546,58*
Потужність, Вт	6376,08±115,22	6088,46±126,38**	6365,18±73,12**	6825,24±77,27*	7092,00±93,43*
Стандартна терапія та карведіолол у хворих з ожирінням (n=31)					
Відстань	372,58±7,66	396,78±6,38*	459,62±7,76*	478,42±5,54*	503,20±4,46*
Час, хв.	5,63±0,12	5,74±0,13**	5,92±0,12**	6,38±0,12*	5,95±0,10**
Робота, Дж	37014,72±597,46	39108,96±495,10*	43664,67±468,58*	44052,48±476,16*	45531,56±548,13*
Потужність, Вт	6574,55±114,37	6812,36±110,98**	7375,78±99,10*	6904,77±98,83*	8145,18±85,26*
Стандартна терапія у хворих з сукупністю факторів ризику (n=30)					
Відстань	224,35±7,14	249,83±5,08*	267,93±6,69*	294,88±4,91*	365,12±6,25*
Час, хв.	5,42±0,12	5,67±0,14**	5,59±0,13**	5,98±0,10*	5,95±0,12*
Робота, Дж	21719,32±184,27	23484,02±195,36*	24537,02±172,84*	26733,82±186,25*	31889,58±171,82*
Потужність, Вт	4486,04±63,08	4247,77±44,67*	3982,50±58,35*	4088,95±42,51*	4983,23±76,85*
Стандартна терапія та карведіолол у хворих з сукупністю факторів ризику (n=29)					
Відстань	231,42±9,06	259,38±7,58*	286,86±6,69*	334,42±6,25*	388,02±7,14*
Час, хв.	5,51±0,15	5,48±0,13**	5,78±0,14**	6,00±0,12*	5,92±0,10*
Робота, Дж	21637,77±188,56	23826,64±179,34*	24446,83±193,25*	28546,87±183,14*	31817,64±177,46*
Потужність, Вт	4408,57±61,58	4198,27±45,35*	4560,85±64,54*	4677,74±37,32*	5527,66±41,15*

Примітка. * - достовірність різниці показників у порівнянні з величинами до лікування, ** - недостовірність різниці показників у порівнянні з величинами до лікування

артеріальній гіпертензії I ступеню та ЧСС (75,09±1,36) уд/хв відповідно.

Аналізуючи результати тесту хворих з ожирінням, що перенесли ІМ, спостерігається достовірне зростання показника потужності виконаного навантаження вже на першому місяці лікування і суттєве його збільшення на 12 місяці лікування, так у групі хворих, які приймали карведіолол, показник потужності склав (8145,18±85,26) Вт, порівняно з групою хворих, які вживали метопролол (7092,00±93,43) Вт. Те ж саме можна сказати про відстань, яку пацієнти долали за час тесту, зокрема у хворих, які отримували бета-блокатор метопролол на 3 місяць лікування, вона склала (400,64±4,73) м на 12 місяць (476,26±5,03) м., а в дослідницькій групі (459,62±7,76) м та (503,20±4,46) м відповідно.

У групі хворих, що перенесли ІМ із сукупністю факторів ризику збільшення толерантності до фізичних навантажень спостерігалось у збільшенні пройденої відстані за 6 хвилин, так у групі хворих, які знаходились на терапії метопрололом на першому місяці лікування показник пройденої відстані склав (249,83±5,08) м на 12 місяць (365,12±6,25) м в той час як у групі пацієнтів, які отримували карведіолол, на першому місяці лікування пройдена відстань склала (259,38±7,58) м, а вже на 12 місяці лікування (388,02±7,14) м, що свідчить про

більшу ефективність дослідницького препарату.

Висновки

1. Отримання терапевтичного ефекту та покращення фізичного стану у хворих після інфаркту міокарду є результатом лікування із досягненням цільової дози бета-адреноблокатора карведіололу, яка складає у хворих на серцеву недостатність (29,31±1,95) мг, артеріальну гіпертензію (34,16±1,95) мг, ожиріння (40,40 ± 4,18) мг та сукупність факторів ризику (34,16±1,95) мг.

2. Застосування карведіололу у дозових режимах із врахуванням чинників ризику, сприяє достовірному підвищенню толерантності до фізичного навантаження за рахунок вираженої тенденції до збільшення подоланої відстані пацієнтом зменшення часу виконання навантаження, відповідно, та достовірним приростом величин виконаної роботи, порівняно з стандартною терапією, яка є найбільш ефективною на 3 і 6 відновного періоду після ІМ.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці диференційованих підходів до медикаментозного супроводу відновного лікування після ІМ із врахуванням індивідуальних особливостей відновлення гемодинамічних

показників та фізичної працездатності.

Література

1. Міщенко Л.А. Зв'язок нетрадиційних чинників серцево-судинного ризику з ознаками атеросклерозу у хворих на гіпертонічну хворобу/Л.А. Міщенко//Український кардіологічний журнал. – 2012. - №2. – С.54-58.
2. Михайлов В.М. Нагрузочное тестирование под контролем ЭКГ / В.М. Михайлов – М.: Издательство «Талка», 2008. – 548с.
3. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу /В.М.

Коваленко В.М. Корнацький [та співавт.]. - Київ, 2010. – 144с.

4. Основні причини високого рівня смертності в Україні//Новини медицини і фармації. – 2011. – №4 (354). – С.27-29.
5. Sendon J.L. Консенсус щодо застосування блокаторів бета-адренергічних рецепторів / J.L. Sendon, K. Swedberg, J. McMurray [та співавт.]//Український кардіологічний журнал. – 2005. – Додаток 1. – С. 4-20.

Одержано 25.02.2013 року.

УДК: 616.84-007.272+616-006.6+616-099

КОРЕКЦІЯ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБСТРУКТИВНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

В.В. Голотюк

Івано-Франківський національний медичний університет

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

В.В. Голотюк

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

CORRECTION OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER, COMPLICATED BY ILEUS

V.V. Golotiuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Обстежено 65 хворих на рак прямої кишки, прооперованих на фоні суб- і декомпенсованої кишкової непрохідності. Упродовж перших 5 днів післяопераційного періоду 30 з них на фоні стандартної медикаментозної терапії отримували препарат Реамберин в дозі 400 мл/добу. Аналіз біохімічних маркерів інтоксикації, в тому числі показників молекул середньої маси, дієнових кон'югатів і малонового діальдегіду показав виражену дезінтоксикаційну дію Реамберину. Позитивний вплив застосування препарату відобразився на безпосередніх результатах лікування вказаних хворих: рівень післяопераційних ускладнень і летальності знизився, в тому числі за рахунок зменшення частоти гнійно-септичних ускладнень і явищ поліорганної недостатності в 1,3-1,8 разів.

Ключові слова: рак прямої кишки, ендогенна інтоксикація, реамберин.

Резюме. Обследовано 65 больных раком прямой кишки, прооперированных на фоне явленной суб- и декомпенсированной кишечной непроходимости. В течение первых 5 дней послеоперационного периода 30 из них кроме стандартной медикаментозной терапии получали препарат Реамберин в дозе 400 мл / сут. Анализ биохимических маркеров интоксикации, в том числе показателей молекул средней массы, диеновых конъюгатов и малонового диальдегида показал выраженное дезинтоксикационное действие Реамберина. Положительное влияние применения препарата отразилось на непосредственных результатах лечения указанных больных: уровень послеоперационных осложнений и летальности снизился, в том числе за счет уменьшения частоты гнойно-септических осложнений и явлений полиорганной недостаточности в 1,3-1,8 раза.

Ключевые слова: рак прямой кишки, эндогенная интоксикация, реамберин.

Summary. A total of 65 patients with colorectal cancer who had surgery on the background of sub-and decompensated ileus were examined. 30 of them received the Reamberin infusions at 400 ml / day besides standard medical therapy during the first 5 postoperative days. Analysis of intoxication biochemical markers including levels of middle-mass molecules, conjugated dienes and malondialdehyde showed a pronounced detoxification effect of Reamberin. The positive influence of the drug effected the direct results of the treatment of atients: the level of postoperative complications and mortality decreased, including by reducing the frequency of septic complications and multiple organ failure phenomena in 1,3-1,8 times.

Key words: colorectal cancer, endogenous intoxication, Reamberin.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Майже 40% хворих на рак прямої кишки поступають в хірургічні в стаціонари з проявами кишкової непрохідності (КН) різного ступеня, яка в третині випадків не піддається лікуванню консервативними засобами, що робить неможливо повноцінну передопераційну підготовку в плановому порядку [6]. Безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування обструктивних форм раку прямої кишки залишаються незадовільними: післяопераційна летальність

сягає в окремих випадках 57%, п'ятирічне виживання не перевищує 33% [5]. Основною причиною смерті хворих є стрімкий розвиток поліорганної недостатності на ґрунті наростаючої ендогенної інтоксикації (ЕІ) [6, 7]. Методи детоксикації при лікуванні обструктивного колоректального раку, які впроваджені в практику хірургічних клінік, мають ряд недоліків і не є достатньо ефективними. У зв'язку з вказаним існує необхідність розробки і впровадження нових ефективних методів корекції метаболічних порушень і зне-