

УДК 616.345-006.6-089.168.1-085.

©М. М. Кочан, Л. В. Шкробот, О. І. Юрик, Н. Я. Курило, В. Д. Валігура
Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер**ВИКОРИСТАННЯ ЦИТОФЛАВІНУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА
РАК ТОВСТО КИШКИ**

ВИКОРИСТАННЯ ЦИТОФЛАВІНУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА РАК ТОВСТО КИШКИ – Метою дослідження стало порівняння перебігу раннього післяопераційного періоду з використанням цитофлавіну і без нього. Було обстежено 79 хворих, яким виконували планові хірургічні втручання з приводу злоякісних пухлин товсто кишки. У результаті проведеного дослідження було встановлено позитивний ефект використання цитофлавіну, який виражався в зменшенні тривалості проведення штучно вентиляції легень, зниженні частоти розвитку вторинних легневих ускладнень, більш швидкому пробудженні хворих порівняно зі стандартною методикою ведення раннього післяопераційного періоду.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОФЛАВИНА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ – Целью исследования было сравнение течения раннего послеоперационного периода с использованием цитофлавина и без него. Было обследовано 79 больных, которым проводили плановые хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей толстой кишки. В результате проведенного обследования был установлен положительный эффект использования цитофлавина, который выражался в уменьшении длительности проведения искусственной вентиляции лёгких, снижении частоты развития вторичных легочных осложнений, более быстрому пробуждению больных в сравнении со стандартной методикой ведения раннего послеоперационного периода.

USING "TSITOFILAVIN" IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD FOR COLON CANCER PATIENTS – The aim of the investigation was to compare course of early postoperative period with and without "Tsitoflavin" using. We examined 79 patients with colon cancer operational intervention. As a result, we established a positive influence of "Tsitoflavin" using, which was confirmed by less time duration of artificial lung ventilation, minimization of other pulmonary complications, and quicker patients' recovery comparing with a standard method of early postoperative period.

Ключові слова: цитофлавін, рак товсто кишки, ранній післяопераційний період.

Ключевые слова: цитофлафин, рак толстой кишки, ранний послеоперационный период.

Key words: "Tsitoflavin", colon cancer, early postoperative period.

ВСТУП У хворих на злоякісні пухлини у зв'язку з поширеністю онкопроцесу часто застосовують комбіновані травматичні операції. Вони є тим агресивним чинником, який сприяє гіпоксичним процесам в організмі, що в свою чергу, стимулює гіпоталамо-гіпофізарну, а через не і симпатoadреналову системи. Це призводить до виникнення в ранньому післяопераційному періоді значно кількості ускладнень з боку дихально і серцево-судинно систем, які вимагають швидкого і, головне, ефективного усунення.

Для вирішення цих проблем існує ряд препаратів, які добре відновлюють притомність і дихання, але при цьому практично повністю ліквідують анальгезуючу і седативну дію, що нерідко призводить до виражено артеріально гіпертензі і небезпечних порушень серцевого ритму.

Таких побічних дій не має метаболічний антигіпоксант – антиоксидант "Цитофлавін", який уже протягом 5 років ми застосовуємо в нашому онкологічному диспансері у відділенні анестезіології та інтенсивно терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Дослідження проводили у відділенні анестезіології та інтенсивно терапії ТОК-КОД у 2008–2010 рр.

У дослідження включено 79 хворих віком 40–80 років, яким виконували планові хірургічні втручання з приводу злоякісних пухлин товсто кишки (рак прямо кишки, рак печінкового кута товсто кишки, рак сліпо кишки), (табл. 1).

Хворих було поділено на наступні групи: основна група – 38 хворих, які отримували цитофлавін, та порівняльна група – 41 хворий, які не приймали цього препарату (табл. 2).

Віковий склад основної групи: 41–50 років – 4 (10,5 %) хворих, 51–60 років – 14 (36,8 %) хворих, 61–70 років – 13 (34,2 %) хворих, 71 і старше – 7 (18,4 %) хворих.

Таблиця 1. Характер та об'єм оперативного втручання

Об'єм втручання	Основна група (n=38)	Група порівняння (n=41)
Передня резекція прямо кишки	9 (23,7%)	10 (24,4%)
Черевно-анальна резекція прямо кишки з низведенням	16 (42,1%)	15 (36,6%)
Правобічна геміколектомія	13 (34,2%)	16 (39%)
Всього	38	41

Таблиця 2. Характер супутньої патології у хворих

Супутня патологія	Групи хворих			
	основна (n=38)		порівняння (n=41)	
	абс	%	абс	%
Гіпертонічна хвороба	16	42,1	17	41,5
ІХС, кардіосклероз	20	52,6	15	36,6
Хронічні обструктивні захворювання легень	5	13,2	2	4,9
Цукровий діабет	2	5,3	1	2,4
Ожиріння	6	15,8	8	19,5

Віковий склад групи порівняння: 41–50 років – 5 (12,2 %) хворих, 51–60 років – 16 (39 %) хворих, 61–70 років – 15 (36,6 %) хворих, 71 і старше – 5 (12,2 %) хворих.

Порівнювані групи суттєво не відрізнялись за віком, масою тіла, тривалістю оперативного втручання.

Характеристика методу загальної анестезії

Усім пацієнтам за 30–40 хв до операції проводилась премедикація за стандартною методикою, яка включала в себе наркотичний анальгетик морфіну гідрохлорид – 10 мг, димедрол – 0,15 мг/кг, атропіну сульфат – 0,01 мг/кг. Для ввідного наркозу застосовували тіопентал-натрію 3,5–4,5 мг/кг, для інтубації трахеї – міорелаксант деполяризуючо ді дитилін. З метою підтримання релаксації вводили ардуан 70–80 мкг/кг. Останню дозу ардуану вводили за 30–40 хв до закінчення операції. В обох групах проводили багатоконпонентну збалансовану анестезію препаратами для атаралгезії (фентаніл, сибазон). Фентаніл використовували в дозі 0,1 мг через кожні 20–30 хв, сибазон – в дозі 10 мг, як правило одноразово. При довготривалих операціях додатково вводили натрію оксибутират в дозі 2000–4000 мг.

В основній групі цитофлавін вводили за 5 хв до закінчення операції в дозі 10 мл з рівним об'ємом 0,9 % розчину натрію хлориду протягом 2–3 хв.

В обох групах при недостатньому відновленні нейром'язової провідності перед екстубацією з метою декураризації застосовували антихолінестеразний препарат "Прозерин" 0,05 % 2 мл. З метою зниження побічних ефектів антихолінестеразного препарату спочатку вводили атропін 0,5 мл довенно.

З метою оцінки ефективності та безпеки препарату в ранній постнаркозний період враховували: ступінь і швидкість відновлення притомності, дихання, терміни екстубації, рівень сатурації кисню, частота серцевих скорочень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На основі клінічних результатів застосування цитофлавіну отримані наступні дані: у досліджуваній групі притомність відновлювалась менше ніж за 20 хв у 30 (79 %) хворих. У 6 (15,8 %) хворих притомність відновлювалась в межах 21–40 хв. Тільки в 2 (5,3 %) випадках відновлення було запізнитим – більше 41 хв.

Зовсім інша картина спостерігалась у порівняльній групі: у 17 (41,4 %) хворих відновлення притомності відбувалось в межах 21–40 хв, у 12 (29,3 %) хворих більше 40 хв, у 5 (12,2 %) хворих – більше 60 хв. Лише у 7 (17 %) хворих притомність відновлювалась в перші 20 хв після операції.

При аналізі динаміки сатурації кисню виявлені задовільні показники в основній групі. До 30 хв після операції рівень SpO₂ був у межах 95–99 % у 22 (59 %)

хворих. У 16 (42 %) хворих рівень сатурації знаходився в межах 90–94 %. До 30 хв не було жодного випадку зниження рівня SpO₂ менше 90 %.

У контрольній групі було виявлено велику кількість хворих із помірною гіпоксемією, де рівень сатурації був у межах 90–94 % в 23 (56 %) хворих. У 11 (27 %) хворих виявлені задовільні величини сатурації (95–99 %). У 7 (17 %) хворих рівень сатурації знизився до 86–88 %, не дивлячись на те, що вони були екстубовані при SpO₂ не менше 95 % і частоті дихання не менше 10 дих./хв.

Після введення цитофлавіну в основній групі показники частоти серцевих скорочень знаходились в межах 80–92 уд./хв, у контрольній групі – 86–100 уд./хв.

ВИСНОВКИ 1. Препаратом вибору для корекції порушень метаболізму в післяопераційному періоді в онкологічних хворих є комплексний субстратний антигіпоксант "Цитофлавін".

2. Застосування в інтенсивній терапії онкологічних хворих після травматичних операцій комплексного субстратного антигіпоксанту "Цитофлавін" дозволяє зменшити тривалість проведення штучно вентильної легень, знизити частоту розвитку вторинних легеневих ускладнень, скоротити терміни перебування у критичному стані.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Афанасьев В. В. Цитофлавин в интенсивной терапии : пособие для врачей / В. В. Афанасьев. – СПб., 2005. – 36 с.
2. Ключева Е. Г. Применение цитофлавина у больных с гипоксическим состоянием головного мозга ишемического генеза / Е. Г. Ключева, М. В. Александров, Е. Б. Фомина // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2002. – №1–2. – С. 24–30.
3. Ливанов Г. А. Использование метаболитического антиоксиданта цитофлавина в коррекции гипоксии и её последствий при тяжелых формах отравлений нейротропными ядами / Г. А. Ливанов // Вестник интенсивной терапии. – 2005. – №1. – С. 60–63.
4. Лукьянова Л. Д. Современные представления о биоэнергетических механизмах адаптации к гипоксии / Л. Д. Лукьянова // Нур/Мед.Ж. – 2002. – Т. 10, № 3–4. – С. 30–43.
5. Никонов В. В. Метаболическая терапия гипоксических состояний / В. В. Никонов // Медицина неотложных состояний. – 2009. – С.1–12.
6. Цивинский А. Д. Применение сукцинат-содержащего препарата цитофлавин в составе интенсивной терапии, пострадавших с черепно-мозговой травмой : материалы Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» / А. Д. Цивинский, Т. Н. Саватеева, А. Л. Коваленко – СПб., 2006. – С. 19.
7. Irwin R. S. Intensive care medicine / R. S. Irwin, J. M. Rippe. – 2003. – P. 23–36.
8. Kendell S. Principles of neural Sciences Appleton & Lange. 2000. – 1134 p.

Отримано 20.09.11