

Д.Л. Бабенко, заступник начальника госпіталю з медичної частини, А.М. Буркацький, старший ординатор хірургічного відділення, клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України, м. Одеса

Практичний досвід застосування езомепразолу в комплексному лікуванні набрякової форми гострого панкреатиту

У структурі гострої патології органів черевної порожнини гострий панкреатит посідає третє місце після гострого апендициту та холециститу. У структурі гострого панкреатиту частота нетяжкої форми цього захворювання становить 95%, а летальність – 2-3%. Панкреонекроз за цієї форми гострого панкреатиту або не виникає (набряк підшлункової залози), або носить обмежений характер і широко не розповсюджується (вогнищевий панкреонекроз – до 1 см). Нетяжкий гострий панкреатит супроводжується ендотоксикозом, вираженість якого не досягає важкого ступеня.

Ми провели дослідження ефективності застосування оригінального препарату езомепразолу Нексіум у складі схеми комплексного консервативного лікування набрякової форми гострого панкреатиту. Сучасний інгібітор протонної помпи (ІПП) езомепразол сьогодні викликає особливий інтерес фахівців з хірургії, а також терапевтів та гастроентерологів. На фармацевтичному ринку України він представлений лише оригінальним препаратом Нексіум. Його особливістю та унікальністю є те, що це перший чистий оптичний ізомер серед ІПП (S-стереоізомер омепразолу); всі інші представники цієї групи є сумішшю S- та R-ізомерів. Завдяки цьому досягається покращення фармакокінетичного профілю та значне підвищення біодоступності препарату, що забезпечує краще пригнічення продукції соляної кислоти парієтальними клітинами шлунка, а це, в свою чергу, за принципом зворотного зв'язку – до пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози.

До нашого дослідження було залучено 30 пацієнтів віком 30-55 років (15 жінок і 15 чоловіків) з нетяжким гострим панкреатитом. У трьох із них було виявлено жовчокам'яну хворобу з розмірами конкрементів 13-17 мм без ознак гіпертензії в жовчовивідній системі. Хворих, які взяли участь у дослідженні, розподілили на три групи (по 5 жінок і 5 чоловіків у кожній). Пацієнти першої групи у складі комплексної схеми лікування отримували Нексіум у дозі 40 мг внутрішньовенно один раз на добу, другої – омепразол у дозі 40 мг внутрішньовенно один раз на добу; у лікувальній схемі у хворих третьої групи ІПП не застосовували.

Комплексна терапія містила спазмолітики, М-холіноблокатори, інгібітор протеаз (50000 ОД контрикалу чи 200000 ОД гордоксу) та 5 мл цитостатика 5-фторурацилу на добу у складі масивної інфузійної терапії в об'ємі 40 мл на 1 кг маси тіла пацієнта з форсуванням діурезу протягом 24-48 годин, а також профілактичне призначення антибактеріального засобу (цефалоспорини III покоління). Усім пацієнтам виконували назогастральне зондування з аспирацією шлункового вмісту протягом 2-3 днів. Препарати октреотиду в дослідженні не використовували. Під час визначення первинної тяжкості захворювання та ефективності дії препаратів враховували такі клінічні ознаки: біль у животі, нудота, блювання, діарея, гемодинамічні показники (артеріальний тиск і пульс). З додаткових методів дослідження використовували УЗД органів черевної порожнини, фіброзофагогастроуденоскопію (найбільш характерними непрямыми ознаками гострого панкреатиту є стиснення зовні задньої стінки шлунка і картина гострого гастродуоденіту, геморагічного бульбіту; у разі тяжкого панкреатиту частіше трапляється ерозивний і геморагічний гастродуоденіт з ознаками рефлюкс-езофагіту) й оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнин. Кільком пацієнтам була

виконана комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Ретроградну ендоскопічну панкреатохолангіографію не використовували у зв'язку з відсутністю спеціального обладнання.

Уже на 4-5-ту добу лікування у пацієнтів за даними ультрасонографії розміри та ехогенність підшлункової залози зменшилися, що супроводжувалося суттєвою позитивною клінічною динамікою.

лікування (у середньому 9 днів) ці симптоми були повністю ліквідовані. Що стосується динаміки зменшення набряку підшлункової залози (УЗД-контроль), то вона не залежала від виду ІПП, що застосовувався, і була майже однаковою в усіх трьох групах.

Динаміку основних симптомів захворювання у трьох групах пацієнтів показано на рисунку.

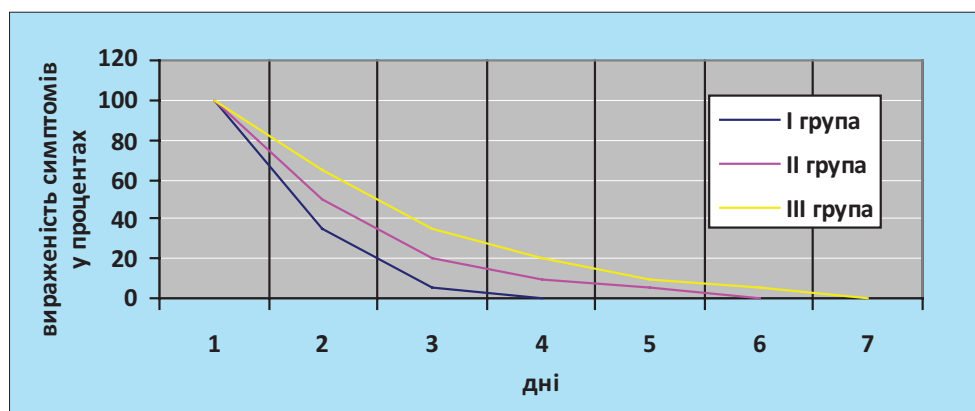


Рис. Динаміка основних симптомів захворювання у трьох групах пацієнтів

Клінічний випадок 1.

Пацієнт П., віком 43 роки, звернувся зі скаргами на виражений біль в епігастральній ділянці з нечітко вираженою іррадіацією у попереку, дещо менш виражений біль у пупковій та лівій підреберній ділянках, багаторазове (близько 10 разів) блювання, 3-разові рідкі випорожнення, виражену загальну слабкість і сухість у роті.

Захворів несподівано, близько 1,5 доби тому. Виникнення захворювання чітко пов'язано з вживанням жареної їжі напередодні. Цей приступ виник уперше.

Під час об'єктивного обстеження виявлено: температура тіла – 35,4° С, частота дихання – 18 вдих/хв, частота серцевих скорочень – 98 уд/хв, артеріальний тиск – 175/95 мм рт. ст. Зі сторони серцево-судинної та дихальної систем – без особливостей, живіт симетричний, рівномірно бере участь в акті дихання, пальпаторно відмічається виражена чутливість в епігастральній, лівій підреберній та пупковій ділянках, різко позитивні симптоми Керте та Воскресенського, слабо позитивний симптом Мейо-Робсона, «кольорові» симптоми негативні. Лабораторні дані: у загальному аналізі крові еритроцити – $5,25 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 165 г/л, лейкоцити – $15,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 4 мм/год, сегментоядерні – 82%; у загальному аналізі сечі протеїнурія – 0,066 г/л; в біохімічному аналізі крові амілаземія – 78 ОД/л (норма до 100), амілазурия – 1380 ОД/л (норма до 400). На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини – пневматоз товстої кишки. За даними УЗД, проведеного на першу добу захворювання, виявлено збільшення об'єму підшлункової залози, нечіткість її контуру, зниження ехогенності залози в ділянці головки, при УЗД залози на четверту добу відмічався значний регрес набряку підшлункової залози. ФЕГДС: стравохід вільно прохідний, слизова блідо-рожева, розетка кардії змикається не повністю, відмічається пролабування слизової шлунка у стравохід, у просвіті жовч, натще у шлунку підвищений вміст в'язкої жовчі, складки звивисті, еластичні, повітрям повністю не розпрямляються, слизова помірно гіперемована, пілорус спазмований, прохідний, у цибуліні дванадцятипалої кишки та постбульбарному відділі слизова рожева, у просвіті – в'язка жовч, рН-5,0.

Діагноз: гострий панкреатит, набрякова форма.

Лікування проведено згідно з протоколом дослідження, без застосування препаратів октреотиду. Езомепразол призначали за схемою, описаною у дослідженні. З метою антибіотикопротекції застосували гепачеф у дозі 2 г/добу. Після проведеної терапії самопочуття та загальний стан пацієнта майже нормалізувалися, клінічні симптоми зникли. Динаміка амілази крові за 5 днів: 78-71-76-67-59 ОД/л. Динаміка діастазі сечі: 1380-984-971-562-421 ОД/л. У задовільному стані виписаний з рекомендаціями.

Під час дослідження було виявлено, що у пацієнтів першої групи швидкість зменшення таких симптомів, як блювання, нудота та відчуття важкості в епігастральній ділянці була значно вищою, ніж у пацієнтів інших груп. На тлі курсового

Для більшої наглядності та ілюстрації результатів лікування, отриманих із застосуванням езомепразолу у складі схеми консервативної терапії, наводимо два клінічні випадки з практики.

Клінічний випадок 2.

Пацієнт К., віком 46 років, звернувся зі скаргами на виражений біль в епігастральній та обох підреберних ділянках, виражену нудоту, сухість у роті та загальну слабкість.

Захворів несподівано, 10 годин тому. Виникнення захворювання пов'язує з вживанням алкоголю напередодні. Подібні приступи, але значно меншої вираженості, були тричі. Лікувався завжди самостійно в домашніх умовах спазмолітиками і аналгетиками. Цього разу у зв'язку з відсутністю ефекту від такого лікування звернувся за медичною допомогою в госпіталь.

Під час об'єктивного обстеження виявлено: температура тіла – 36,8° С, частота дихання – 21 вдих/хв, частота серцевих скорочень – 88 уд/хв, артеріальний тиск – 160/90 мм рт. ст. Зі сторони серцево-судинної та дихальної систем – без особливостей, живіт симетричний, рівномірно бере участь в акті дихання, пальпаторно відмічається виражена чутливість, в епігастральній ділянці різко позитивний симптом Керте, симптом Воскресенського негативний, слабо позитивний симптом Мейо-Робсона, «кольорові» симптоми негативні. Лабораторні дані: у загальному аналізі крові еритроцити – $4,95 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 157 г/л, лейкоцити – $11,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 2 мм/год, сегментоядерні – 70%, лімфоцити – 13%; загальний аналіз сечі – без патологічних змін; у біохімічному аналізі крові – амілаземія (417 ОД/л (норма до 100)); у біохімічному аналізі сечі – амілазурия (7812 ОД/л (норма до 400)). На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини – виражена пневматизація поперековоободової кишки. За даними УЗД, проведеного на першу добу захворювання, виявлено значне збільшення об'єму підшлункової залози, зниження ехогенності залози в ділянці головки та тіла, а також набряк парапанкреатичної клітковини; вільної рідини в черевній порожнині не виявлено, а через шість днів ехококація внутрішніх органів суттєвих змін не виявила. На фіброзофагогастроуденоскопії – недостатність кардії, ознаки формування грижі стравохідного отвору діафрагми, атрофічний езофагіт, змішаний гастрит, геморагічний бульбіт, рН-4,0.

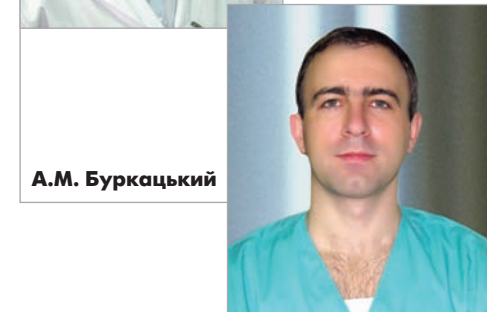
Діагноз: гострий панкреатит, набрякова форма.

Лікування проведено згідно з протоколом без застосування препаратів октреотиду. Езомепразол призначали за схемою, описаною у дослідженні. З метою антибіотикопротекції застосували зінатсеф у дозі 1,5 г/добу. Динаміка амілази крові за 5 днів: 417-403-213-165-93 ОД/л. Динаміка діастазі сечі: 7812-3988-1970-577-452 ОД/л.

Застосування комплексної терапії дало змогу досягти вираженого клінічного ефекту в обох хворих. Представлені клінічні випадки свідчать про високу ефективність езомепразолу як складової частини комплексної терапії у разі такої патології.



Д.Л. Бабенко



А.М. Буркацький

Висновки

- Досягнутий клінічний ефект зберігався протягом усього періоду дослідження.
- Препарат Нексіум – високоефективний лікувальний засіб, який застосовують у комплексній терапії набрякової форми гострого панкреатиту.
- Ефект від лікування досліджуваним препаратом не залежить від статі пацієнта.

- Відсутність явних побічних ефектів дає можливість призначати Нексіум у лікувальній схемі у разі гострого панкреатиту і визнати його препаратом вибору для цієї категорії пацієнтів.