

#### ОСТЕОТРОПНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСО НА МОДЕЛІ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

На експериментальній моделі глюкокортикоїдного остеопорозу показано остеопротекторну дію препарату із соєвих бобів ЕКСО. Припускають, що тривале застосування преднізолону порушує формування білкового компонента кісткової тканини, через що знижується і щільність кісток. Профілактичне застосування ЕКСО запобігає зниженню щільності кісток, індукованому хронічним уведенням тваринам преднізолону. Таблетки ЕКСО дозволені до застосування МОЗ України, що є підставою призначати цей препарат на фоні глюкокортикоїдної терапії з метою запобігання негативному впливу на кісткову тканину.

**Ключові слова:** глюкокортикоїдний остеопороз, профілактика, ЕКСО.

#### EXSO OSTEOPROTECTIVE EFFICIENCY ON THE MODEL OF GLUCOCORTICOID-INDUCED OSTEOPOROSIS

The experimental model of glucocorticoid-induced osteoporosis demonstrates osteoprotective action of the soy-bean preparation EXSO. It is supposed, that the long prednisolon application breaks bone tissue protein component formation, hence, the bone density is reduced too. The preventive application of the EXSO prevents decrease of bone density, caused by chronic introduction of prednisolon to animals. The tablets EXSO are allowed to application by MHP of Ukraine, that is the basis to prescribe this preparation against a background of glucocorticoid therapy with the purpose of the prevention of negative influence on the bone tissue.

**Key words:** glucocorticoid-induced osteoporosis, prevention, EXSO.

#### УДК 616.37-002-036.11

**В. В. Міщенко**, *д-р мед. наук, проф.*,  
**Д. М. Давидов**, *канд. мед. наук*,  
**С. В. Кадочников**,  
**П. В. Строганов**

## ОКТРЕСТАТИН У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Одеський державний медичний університет*

### Вступ

Протягом останніх років гострий панкреатит (ГП) у структурі гострої хірургічної патології посідає одне із перших місць [1; 2]. Дана патологія характеризується високою питомою вагою її деструктивних форм і летальністю, що сягає 60–65 % при інфікованому панкреонекрозі та 10–15 % — при асептичному [3; 4]. Незважаючи на впровадження у комплексне лікування ГП малоінвазивних оперативних втручань, що дало позитивний ефект, значення консервативної патогенетичної терапії, одним з основних напрямків якої є пригнічення секреції підшлункової залози (ПЗ) і зниження ферментної токсемії, незаперечно [5; 6].

Нині в арсеналі лікарів є широкий вибір препаратів для лікування ГП. Одним із таких препаратів є синтетичний аналог соматостатину — октрестатин (виробництво ЗАТ «Фарм-Синтез», Москва, Росія).

**Мета** роботи — на основі застосування у комплексній терапії ГП октрестатину оцінити його ефективність, покращити безпосередні та віддалені результати лікування цього небезпечного захворювання.

### Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 93 хворих з ГП, госпіталізованих у клініку загальної хірургії протягом 2005 р. У 82 осіб було діагностовано набрякову форму ГП, у 11

хворих — панкреонекроз (геморагічний, гнійний, з формуванням інфільтрату, флегмони, парапанкреатичної кісти). Причинами розвитку ГП у 28 (30,1 %) випадках були аліментарні порушення, у 37 (39,8 %) — зловживання алкоголем, у 23 (24,7 %) — жовчнокам'яна хвороба.

Діагностика ГП проводилася на основі комплексного обстеження хворих із використанням ультразвукового, рентгенокомп'ютерного досліджень, діагностичної лапароскопії, вивчення функціонального стану підшлункової залози (ПЗ) методом дистанційної радіаційної динамічної теплотрії (ДРДТ), ендоскопічної ретроградної холангіографії, клініко-лабораторних даних, визначення концентрації рівня

мікро- та макроелементів: атомовітів (Zn, Cu, Fe, Mn) і токсичних металів (Pb, Hg) у крові атомно-абсорбційним методом, що дозволило в усіх хворих своєчасно поставити діагноз ГП і встановити його форму.

Залежно від одержуваної терапії всі хворі були розподілені на дві групи. Контрольна група (39 хворих: 35 із набряковою формою ГП і 4 з панкреонекрозом) одержувала стандартне комплексне патогенетичне лікування, яке включало інтенсивну інфузійну, дезінтоксикаційну, дезагрегантну терапію, боротьбу з больовим синдромом, застосування антибіотиків, інтерферону «Лаферон», каптоприлу, інгібіторів протеаз (апрокал, контрикал), H2-блокаторів, холінолітиків, спазмолітиків, гепатопротекторів. Проводилася також корекція розладів кровообігу, порушень мікроциркуляції, гемокоагуляції, переривання та зменшення явищ ендогенної інтоксикації (плазмаферез, лімфосорбція).

У комплексному лікуванні 54 хворих основної групи (47 з набряковою формою ГП і 7

з панкреонекрозом), крім вищеперерахованих заходів, застосовували октрестатин, що вводився дозою 300–600 мг тричі на добу протягом 5–7 днів.

Оперативні втручання при ГП виконано у 11 пацієнтів з приводу геморагічного або змішаного панкреонекрозу, ускладненого нагноєнням паранкреатичної клітковини та поширенням процесу на параколічну клітковину. Обсяг операцій залежав від ступеня ураження ПЗ та стадії розвитку некротичних ускладнень і полягав у лапаротомії, холецистектомії з дрениванням холедоха при жовчній гіпертензії, абдомінізації ПЗ, розтині абсцесів паранкреатичного та параколічного просторів з їх дрениванням, первинній некрсеквестректомії ПЗ, дрениванні сальникової сумки і черевної порожнини, формуванні оментобурсостоми для подальшої санації ретрогастрального простору.

Про ефективність лікування судили на підставі клінічних ознак захворювання, динаміки лабораторних показників

амілази крові, ліпази, трипсину, діастази сечі, рівня інтерлейкіну-1(IL-1), рівня атомовітів (Zn, Cu, Fe, Mn) і токсичних металів (Pb, Hg) у крові, результатів ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, дистанційної радіаційної динамічної теплометрії, тривалості перебування хворого у стаціонарі, летальності.

### Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного аналізу встановлено, що застосування октрестатину в комплексній терапії ГП покращувало результати лікування, про що свідчать дані обстеження (таблиця).

Частота відчуттів болю у черевній порожнині, на які скаржились усі хворі, на 4-ту добу від початку лікування була на 7 % меншою в групі, яка у комплексному лікуванні одержувала октрестатин. Різниця у показниках тахіпное, тахікардії та відсутності перистальтики відповідно становила 4,7, 7,7, 9,4 % у той самий термін.

Таблиця

Результати комплексного лікування гострого панкреатиту

Показники	Стандартна терапія, n=39				Стандартна терапія+ октрестатин, n=54			
	Вихідний стан		Результат		Вихідний стан		Результат	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Больовий синдром	39	100	15	38,5	54	100	17	31,5
Тахіпное	31	79,5	17	43,6	43	79,6	21	38,9
Тахікардія	27	69,2	19	48,7	38	70,4	22	40,7
Відсутність перистальтики	33	84,6	8	20,5	45	83,3	6	11,1
Амілаза крові >N	29	74,4	5	12,8	40	74,1	4	7,4
Діастаза сечі >N	25	64,1	6	15,4	35	64,8	6	11,1
Ліпаза >N	22	56,4	5	12,8	30	55,6	5	9,3
Трипсин >N	26	66,7	5	12,8	35	64,8	6	11,1
Вміст атомовітів <N	39	100	34	87,2	54	100	45	83,3
Вміст токсичних металів >N	39	100	35	89,7	39	100	47	87,0
Рівень IL-1 >N	37	94,9	21	53,8	51	94,4	22	40,7
Розмір ПЗ (за УЗД, КТ) >N	34	87,2	11	28,2	47	87,0	14	25,9
Густина теплового потоку >N при виписуванні	39	100	32	82,1	54	100	41	75,9
Тривалість госпіталізації, діб	18,3±2,1				11,2±1,5*			

Примітка. >N — вище норми; <N — нижче норми; \* — P<0,05.

Встановлено меншу частоту підвищених показників рівня амілази крові, діастази сечі, ліпази, трипсину через тиждень від початку лікування в основній групі по відношенню до контрольної на 5,4, 4,3, 3,5, 1,7 % відповідно.

Зниження рівня ІЛ-1 як маркера цитокінового каскаду секреції інтерлейкінів свідчить про ефективність застосованих методик комплексного лікування ГП. Більш виразне вірогідне його зниження було характерним у основній групі (на 13,1 % менше по відношенню до контрольної групи).

Явище дизмікро-, макроелементозу встановлене в усіх обстежених хворих і полягало у зменшенні рівнів атомовітів, підвищеній концентрації токсичних металів та порушенні їх взаємного балансу.

В основній групі частота дизмікро-, макроелементозів для атомовітів і токсичних металів була меншою на 3,9, 2,7 % відповідно по відношенню до контрольної групи.

Збільшений розмір ПЗ, за даними УЗД та КТ, зберігався у 28,2 % хворих контрольної

групи і у 25,9 % основної через тиждень лікування. Динаміка щільності теплового потоку з проєкції ПЗ показала її підвищені показники в обох групах на момент виписування зі стаціонару, що може свідчити про фізіологічний стан ПЗ, ефективність лікування. Але тенденція до нормалізації рівня теплового балансу ПЗ більш характерною була в основній групі. Різниця з контрольною групою — 6,2 %.

Застосування октрестатину у комплексному лікуванні ГП дозволило вірогідно знизити час госпіталізації на 7,1 доби.

Із 93 хворих на ГП померло 3 (3,2 %) пацієнти з деструктивною формою ГП. Причиною смерті у них було прогресування гнійно-септичних ускладнень, які призвели до печінково-ниркової недостатності, розладів дихальної та серцево-судинної систем як основних складових синдрому поліорганної недостатності.

### Висновки

Таким чином, застосування препарату октрестатин дозою

300–600 мг/добу протягом 5–7 діб у комплексному лікуванні різних форм гострого панкреатиту є ефективним та патогенетично обґрунтованим.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Савельев В. С., Буянов В. М., Ознев Ю. В. Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.

2. Лечение осложненных форм острого панкреатита / В. С. Земсков, Е. Б. Колесников, С. Н. Панченко и др. // Клін. хірургія. — 1983. — № 11. — С. 7-10.

3. Крыжевский В. В. Лечение больных некротическим панкреатитом // Вісник морської медицини. — 1999. — № 2. — С. 80-81.

4. Шалимов А. А., Крыжевский В. В., Ничитайло М. Е. Лечение острого панкреатита // Клін. хірургія. — 2000. — № 4. — С. 5-9.

5. Гешелин С. А., Мищенко Н. В. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Там же. — С. 23-26.

6. Синдром полиорганной дисфункции при остром панкреатите / И. А. Криворучко, А. М. Тищенко, Е. М. Климова и др. // Вісник морської медицини. — 1999. — № 2. — С. 78-80.

УДК 616.37-002-036.11

В. В. Міщенко, Д. М. Давидов, С. В. Кадочников, П. В. Стrogанов  
ОКТРЕСТАТИН У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Проаналізовано результати лікування 93 хворих із гострим панкреатитом (ГП): 82 — з набряковою формою ГП, 11 — з панкреонекрозом; 39 хворих одержували стандартну патогенетичну терапію, в 54 у комплексному лікуванні застосовували октрестатин.

Частота больового синдрому, тахіпное, тахікардії, відсутність перистальтики, частота підвищених рівнів амілази, діастази сечі, ліпази, трипсину, ІЛ-1, частота дизмікро-, макроелементозів для атомовітів і токсичних металів, частота збільшеного розміру підшлункової залози, величина щільності теплового потоку були нижчими в групі, яка у комплексному лікуванні одержувала октрестатин. Застосування октрестатину в комплексному лікуванні ГП дозволило вірогідно знизити час госпіталізації на 7,1 доби. Летальність становила 3,2 %. Застосування препарату октрестатин по 300–600 мг/добу протягом 5–7 діб у комплексному лікуванні ГП є ефективним і патогенетично обґрунтованим.

**Ключові слова:** октрестатин, гострий панкреатит.

UDC 616.37-002-036.11

V. V. Mischenko, D. M. Davidov, S. V. Kadochnikov, P. V. Stroganov  
OCTRESTATIN IN MEDICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

The results of medical treatment of 93 patients with AP were studied: 82 — with the edematous form of AP, 11 — with pancreonecrosis. 39 patients have got a standard pathogenetic therapy, 54 were applied Octrestatin in complex medical treatment.

Incidence of pain syndrome, tachypnoe, tachycardia, absence of peristalsis, rate of elevated amilaza levels, diastase, lipase, trypsin, IL-1, rate of dysmicro-, macroelementoses for atomovits and toxic metals, incidence of enlarged pancreas, thermal flux density were lower in the Octrestatin group. Application of Octrestatin in complex medical treatment of AP allowed to reduce the hospitalization term by 7.1 days. Letality was 3.2 %.

Application of Octrestatin in a dose of 300–600 mg/days during 5–7 days in a complex medical treatment of acute pancreatitis is effective and pathogenetically grounded.

**Key words:** Octrestatin, acute pancreatitis.