

Д. Ю. Рязанов

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ САНДОСТАТИНУ І ФТОРУРАЦИЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Вступ

Актуальність лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) обумовлена тенденцією зростання захворюваності як за кордоном, так і в Україні, високою летальністю, що дорівнює при стерильному панкреонекрозі 11 %, а при інфікованому — 40–70 % [1; 2].

Поряд із упровадженням ендоскопічних, відеолапароскопічних і пункційно-дренуючих під ультразвуковим контролем оперативних втручань, сучасні досягнення інтенсивної терапії, а також зміна тактики у бік консервативного лікування значно знизили летальність при неінфікованих формах на різних етапах розвитку ГП [3; 4].

Однією з важливих складових сучасної консервативної терапії ГП є застосування препаратів, які пригнічують секрецію підшлункової залози (ПЗ) і знижують ферментну токсемію [5]. Основними з них є такі групи:

1) синтетичний аналог нейропептиду соматостатину — сандостатин;

2) синтетичний аналог гормону гіпокальціємічної дії — кальцитонін;

3) цитостатичні препарати;

4) інгібітори ферментів ПЗ.

Незважаючи на широке застосування зазначених груп препаратів у клінічній практиці, залишаються нез'ясованими питання вивчення ефективності їх комбінованого застосування і оцінки змін лабораторних показників у динаміці при лікуванні хворих на ГП [6–8].

Мета дослідження — вивчити вплив препаратів, які пригнічують секрецію ПЗ, на зміни амілази крові та сечі в динаміці у оперованих і неоперованих хворих на ГП із визначенням оптимальної комбінованої схеми лікування.

Матеріали та методи дослідження

На базі кафедри хірургії-2 Запорізького державного інституту удосконалення лікарів за період 1991–2003 рр. перебував на лікуванні 391 хворий на ГП з гіперамілаземією і/або гіперамілазурією.

У 286 хворих при лікуванні застосовували сандостатин, фторурацил, контрикал або їх комбінації. Зазначені препарати не одержували 105 хворих.

Усіх хворих було розподілено на дві групи: 1) оперовані; 2) неоперовані. До групи оперованих увійшло 128 (32,7 %) хворих, з них 59 — із панкреонекрозом, 14 — із панкреатичними абсцесами, 28 — з гострими псевдокістами, 2 — з гострими рідинними утвореннями, а також 25 — із ГП середнього і важкого ступеня. Групу неоперованих становили 263 хворих на ГП середнього і важкого ступеня.

З-поміж 91 оперованого хворого 23 одержували фторурацил, 21 — контрикал, 14 — фторурацил і контрикал, 12 — сандостатин, 16 — сандостатин і фторурацил, 4 — сандостатин, фторурацил і контрикал, 1 — сандостатин і контрикал.

Із 196 неоперованих хворих 78 одержували контрикал, 71 — фторурацил, 12 — сандо-

статин і фторурацил, 12 — сандостатин, фторурацил і контрикал, 11 — сандостатин, 11 — фторурацил і контрикал.

Таким чином, монотерапію зазначеними препаратами одержували 216 (75,5 %) пацієнтів (контрикал — 99, фторурацил — 94, сандостатин — 23), у комбінації — 70 (фторурацил і контрикал — 25, сандостатин і фторурацил — 28, сандостатин, фторурацил і контрикал — 16, сандостатин і контрикал — 1).

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення значень амілази крові і сечі довело, що в групах оперованих і неоперованих хворих, які не одержували зазначених препаратів, відзначається хвилеподібна зміна активності амілази (2 або 3 піки підвищення активності) без нормалізації її між хвилями (рис. 1, 2). Зміни активності амілази в обох групах хворих при застосуванні тільки контрикалу були аналогічними (див. рис. 1, 2) і вірогідно не відрізнялися від показників хворих, які не одержували препарати ($P > 0,02$).

Таким чином, контрикал виявився малоефективним і нині для корекції ензимної токсемії ми використовуємо екстракорпоральні методи детоксикації (плазмаферез).

Стижке односпрямоване зниження активності амілази крові та сечі як у неоперованих (рис. 1), так і у оперованих хворих (рис. 2) відзначалося після призначення сандостатину або фторурацилу чи комбінації цих препаратів. Залежно від



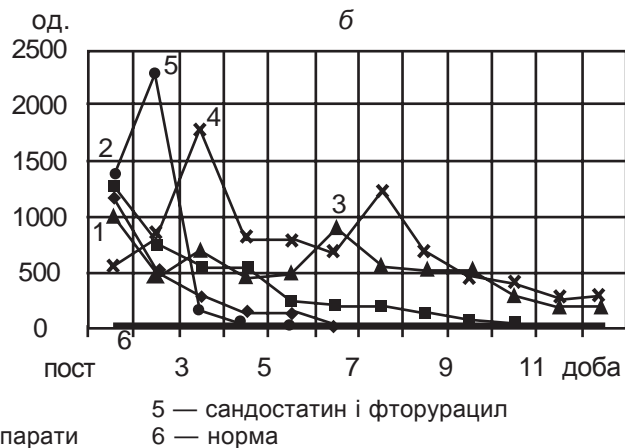
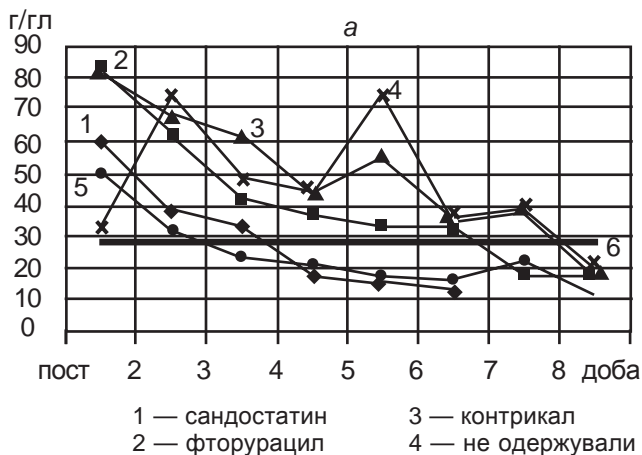


Рис. 1. Динаміка активності зміни показників у неоперованих хворих: а — амілаза крові; б — амілаза сечі



Рис. 2. Динаміка активності зміни показників у оперованих хворих: а — амілаза крові; б — амілаза сечі

динаміки нормалізації біохімічних показників за зменшенням ефективності препарати розташувались таким чином: сандостатин і фторурацил > сандостатин > фторурацил.

Швидша нормалізація показників у неоперованих хворих відзначалася при використанні комбінації сандостатину і фторурацилу: амілази крові в середньому на 1 добу порівняно з хворими, які одержували сандостатин і на 4 доби — які одержували фторурацил; амілази сечі — на 2 і 6 діб відповідно ($P < 0,05$).

Аналогічні зміни виявлено в групі оперованих хворих: застосування комбінації сандостатину і фторурацилу супроводжувалося швидшою нормалізацією активності амілази крові на 1 добу порівняно з хворими, які одержували сандостатин і на 4 доби — що

одержували фторурацил; амілази сечі — на 2 і 5 діб відповідно ($P < 0,05$).

Висновки

1. При лікуванні хворих на гострий панкреатит застосування інгібіторів секреції підшлункової залози (сандостатину, фторурацилу) є високоефективним і супроводжується вірогідно швидкою нормалізацією активності амілази крові та сечі порівняно з хворими, які не одержували ці препарати.

2. Використання комбінації сандостатину і фторурацилу для пригнічення секреції підшлункової залози при лікуванні хворих на гострий панкреатит є більш ефективним, ніж використання зазначених препаратів окремо.

При лікуванні хворих на ГП перспективним є подальше

вивчення ефективності застосування комбінованих схем блокаторів секреції підшлункової залози з використанням кальцитоніну, даларгіну.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А. А., Капота Н. Я. Хирургическое лечение некротического панкреатита // Клін. хірургія. — 2003. — № 1. — С. 3.
2. Role of ultrasonographically quaded fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis / B. Rau, U. Pralle, J. M. Mojer, H. C. Beger // Brit. J. Surg. — 1998. — Vol. 85. — P. 179-184.
3. Ранняя профилактическая антибиотикотерапия при тяжёлом остром панкреатите / Г. А. Васильев, И. П. Шлапак, Г. В. Буренко и др. // Матеріали 20 з'їзду хірургів України. — Тернопіль, 2002. — Т. 1. — С. 356-358.
4. Лапароскопические операции у больных острым панкреатитом / В. В. Грубник, П. Н. Андриевский, Ю. В. Грубник и др. // Клін. хірургія. — 2003. — № 1. — С. 17.



5. Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита / Н. Н. Малиновский, Н. П. Агафонов, Е. А. Решетников, В. П. Башилов // Хирургия. — 2000. — №1. — С. 4-7.

6. Лечение панкреонекроза / А. Н. Токин, В. Д. Яхьяев, А. А. Чистяков и др. // Анналы хирург. гепатологии.

— 2002. — Т. 7. — № 1. — С. 228-229.

7. Демидов В. М., Демидов С. М. Перспективы интрабурсального применения даларгина и сандостатина при лапароскопических вмешательствах у больных с панкреонекрозами // Там же. — С. 200.

8. Ошовский И. Н., Желиба Н. Д.,

Ошовский В. И. Обоснование консервативных методов лечения острого панкреатита // Актуальні питання фармацевтичної науки та практики: 36. наук. ст., присв. 9 Всеукр. наук.-метод. конф. «Актуальні питання викладання та сучасні проблеми медицини». — Вип. 9. — Запоріжжя: ЗДМУ, 2003. — С. 332-336.

УДК 618.19+616.441-055.25-053.6-07

В. В. Станкевич

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ У ВИНИКНЕННІ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН У МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗАХ ДІВЧАТОК У ПЕРІОД СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення кількості доброякісних захворювань молочних залоз. Результати багатьох досліджень свідчать, що ризик розвитку раку молочної залози збільшується при атипичних змінах епітелію. Тому доброякісні захворювання молочних залоз є об'єктом підвищеної зацікавленості як імовірний фон для виникнення онкологічної патології. Майже половину підлітків турбують болісні відчуття в молочних залозах. Біопсія молочних залоз довела високу частоту доброякісних (86,7 %) та навіть злроякісних (0,9 %) новоутворень [7].

Одним із багатьох факторів ризику розвитку мастопатії є гормональний дисбаланс, тому особливу увагу привертають розлади функціонування залоз внутрішньої секреції в період становлення репродуктивної функції. Провідну роль у формуванні дисгормональних захворювань молочних залоз відіграє стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Порушення нейрогуморальної складової репродуктивного циклу призводить до розвитку проліферативних

процесів у органах-мішенях, а також у тканинах молочних залоз, які є мішенями для стероїдних гормонів яєчників, пролактину й опосередковано гормонів інших ендокринних залоз організму [6].

Привертає увагу також взаємовідношення між гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничовою та гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдною системами. Дія тиреоїдних гормонів реалізується різноманітними шляхами безпосередньо або через дію на рецептори до інших гормонів, наприклад, до пролактину. Відхилення від фізіологічної секреції тиреоїдних гормонів, які є модулятором дії естрогенів на клітинному рівні, може сприяти формуванню гіперпластичних процесів [1]. У 64 % жінок із різноманітними формами мастопатій виявлено зниження тиреоїдної активності щитоподібної залози [4]. Роль кортикостероїдів у виникненні мастопатій полягає в індукції рецепторів пролактину, стимуляції росту епітеліальних клітин і проток спільно з пролактином [3]. Ці дані свідчать про актуальність обраного наукового напрямку.

Мета дослідження — вивчити вплив деяких гонадотропних, тиреоїдних, стероїд-

них гормонів на виникнення структурних змін й осередкових уражень молочної залози та визначити кореляцію між збільшенням щитоподібної залози внаслідок гіпофункції та патологічними змінами у молочних залозах.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 68 дівчаток віком 11–17 років, серед них 28 практично здорових (14 — неменструючих і 14 — менструючих) та 40 дівчаток із порушенням менструального циклу.

Оцінку фізичного і статевого розвитку здійснювали шляхом аналізу статури і визначення формули статевого розвитку. Гінекологічне обстеження включало огляд, вагіноскопію і ректоабдомінальне дослідження. При огляді, пальпації молочних залоз вивчали ступінь розвитку, форму, розміри, консистенцію, однорідність, стан шкірних покривів, у тому числі оволосіння ареолярної зони, форму і характер виділень із соска, стан регіонарних лімфатичних вузлів. Усім дівчаткам проводили ультразвукове дослідження (УЗД) малої миски, щитоподібної і молочних залоз.

