

ЗАСТОСУВАННЯ РЕОСОРБИЛАКТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ

Ф. С. Глумчер, О. В. Стрепетова, М. В. Перебийніс

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Резюме. В статті наведені результати успішного використання Реосорбілакту в якості детоксикаційного агента в комплексній терапії хворих з алкогольною інтоксикацією різного ступеня тяжкості. Препарат відновлює ОЦК шляхом дії сорбітолу на виведення міжклітинної рідини та стимуляції діурезу, що таким чином зменшує набряк та прискорює зв'язування екзо- та ендотоксинів, здійснює корекцію ацидозу та відновлює електролітний баланс.

Ключові слова: алкогольна інтоксикація, лікування, Реосорбілакт.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕОСОРБИЛАКТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Ф. С. Глумчер, О. В. Стрепетова, М. В. Перебийніс

Резюме. В статье приведены результаты успешного использования Реосорбилакта в качестве детоксицирующего агента в комплексной терапии больных с алкогольной интоксикацией различной степени тяжести. Препарат восстанавливает ОЦК путем действия сорбилата на выведение межклеточной жидкости и стимуляции диуреза, что таким образом уменьшает отек и ускоряет связывание экзо- и эндотоксинов, осуществляет коррекцию ацидоза и восстанавливает электролитный баланс.

Ключевые слова: алкогольная интоксикация, лечение, Реосорбиллакт.

APPLICATION OF REOSORBILACT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOL INTOXICATION

F. S. Glumcher, O. V. Strepetova, M. V. Perebiynis

Summary. The results of the successful use of Reosorbilact as a detoxifying agent in the treatment of patients with alcohol intoxication of varying severity are presented. The drug restores blood volume by action of sorbilact on the elimination of extracellular fluid and stimulate urine output, thus reducing swelling and accelerates the binding of exo- and endotoxins, corrects acidosis and restore electrolyte balance.

Keywords: alcohol intoxication, treatment, Reosorbilact.

Адреса для листування:

Глумчер Фелікс Семенович

*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця
кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Київ, вул. Солом'янська, 17*

Непрацездатність, інвалідизація та летальність від захворювань та травм внаслідок алкогольної інтоксикації посідає в Україні, як і у всьому світі, одне з провідних місць після травм, хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень та ін. [1, 2], а серед людей працездатного віку навіть становить головну причину не тільки фізичної, але й соціальної смерті особистості [3, 4]. Протягом останніх років відзначається зростання поширеності даної патології, і сьогодні в Україні кількість людей, що постійно зловживають алкоголем, за даними деяких авторів, дорівнює 900 тис. [3]. Високою залишається кількість інвалідизованих — за іноземною статистикою, 5–70 % хворих на хронічний алкоголізм становляться інвалідами. За даними вітчизняних авторів, щорічно в Україні реєструється від 9 до 40 тис. випадків смерті від алкогольної інтоксикації [3]. Церебральні порушення займають основне місце в структурі захворюваності і смертності, і супроводжуються формуванням органічних змін центральної нервової системи (ЦНС), що призводять до інвалідизації та смерті [4]. За даними російських фахівців, в 2008 р. в Росії вже є 3,3 млн людей, які мають психічні розлади внаслідок зловживання алкоголю. За даними

ВООЗ, 10 % людей з хронічним алкоголізмом отримують гострі психози, 3/4 з яких — алкогольний делірій, летальність при цьому — 4–5 %.

Серед хворих, що госпіталізуються до відділень інтенсивної терапії в Україні з екзогенними отруєннями і проявами гострих енцефалопатій, алкоголь є найбільш частою причиною захворювання, а лікування пацієнтів з гострим алкогольним психозом — найпоширенішою проблемою анестезіологів, які чергують в стаціонарах. Все це примушує шукати шляхи поліпшення результатів лікування цієї категорії хворих і піднімає завдання розробки проблеми спеціалізованої медичної допомоги та анестезіологічного забезпечення до надзвичайно актуальних.

В комплексі лікування хворих з алкогольною інтоксикацією на першому етапі стоїть детоксикаційна інфузійна терапія, метою якої є кількісне та якісне зниження дії токсичних агентів. Серед медикаментів, які в останні роки застосовують для детоксикації, одними з найбільш поширених є вітчизняні препарати групи розчинів сорбітолу. Але, за даними літератури, їх обсяги та строки застосування до цього часу остаточно не визначені; ефективність та загроза розвитку ускладнень не

досліджені. Серед седативних препаратів при алкогольній інтоксикації найбільш часто застосовують бензодіазепіни та анестетики (тіопентал натрія, пропофол, ГОМК).

Внаслідок алкогольної інтоксикації можливий розвиток тяжких ускладнень, серед яких найпоширенішим є гостра енцефалопатія. За визначенням М. Самуельса, до гострих енцефалопатій відносяться прогресуючі розлади функцій головного мозку з неврологічними та психічними синдромами, і алкогольні енцефалопатії за етіологічною класифікацією відносяться до групи токсичних. Серед гострих психічних порушень виділяють алкогольний делірій, гострий галюциноз та параноїд. Психічні розлади поєднуються з патологією функції нервової системи та внутрішніх органів. І, якщо лікування було неадекватним та/або запізненим, гострі стани змінюються різними формами підгострих та хронічних захворювань — енцефалопатією Верніке, Корсаковським психозом та алкогольною епілепсією, які закінчуються алкогольною деградацією та органічними ураженнями всіх органів і систем.

При лікуванні хворих з алкогольною інтоксикацією виключно важливе значення мають медикаментозні засоби, що мають властивості зв'язувати та виводити екзо- та ендотоксини, а також метаболіти, що утворюються та накопичуються при порушенні функції нирок та печінки, ЦНС та серцево-судинної системи, що найчастіше, в різній мірі, супроводжують інтоксикаційний синдром, викликаний надмірним вмістом етанолу та продуктів його метаболізму в організмі [5].

До препаратів, що в значній мірі відповідають даним вимогам, належить Реосорбілакт («Юрія-Фарм», Україна), до складу якого входять: 60,0 г сорбітолу, 270,3 мл 7 % розчину натрію лактату, 6,0 г натрію хлориду, 0,1 г кальцію хлориду, 0,3 г калію хлориду, 0,2 г магнію хлориду та води для ін'єкцій до 1,0 л. Реосорбілакт нормалізує функцію легенів, нирок, печінки, клітин ретикуло-ендотеліальної системи в хворих на неспецифічні захворювання легенів [6]. Також, до основних властивостей Реосорбілакту, можливо віднести відновлення об'єму циркулюючої крові, стимуляцію діурезу, перистальтики кишківника, корекцію метаболічного ацидозу та нормалізацію енергетичного балансу організму [6]. Таким чином, враховуючи всі вищезазначені позитивні ефекти Реосорбілакту, метою дослідження стало вивчення детоксикаційного ефекту Реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих з алкогольною інтоксикацією різного ступеня тяжкості в клініці інтенсивної терапії.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням були 60 хворих з алкогольною інтоксикацією віком від 20 років обох статей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії клініки «ТОВ Борис» м. Києва.

До 1-ї групи (контрольної) увійшло 20 хворих, яким проводилося стандартне дезінтоксикаційне лікування; 2-гу групу (основну) склали 40 хворих з алкогольною інтоксикацією середнього та тяжкого ступеня, яким проводилось дезінтоксикаційне лікування із застосуванням Реосорбілакту. Ступінь алкогольної інтоксикації визначали за рівнем алкоголю в крові у хворих при вступі до стаціонару.

Групи суттєво не відрізнялись за такими показниками, як кількість хворих із супутньою патологією (враховували найбільш поширені — артеріальну гіпертензію, хронічне обструктивне захворювання легенів та сахарний діабет), загальна кількість об'ємів перелитих рідин.

До лікування хворих основної (2-ї) групи включали інфузію Реосорбілакту в дозі 200–400 мл/добу із розрахунку, згідно інструкції МОЗ України, 10–15 мл/кг. В залежності від значень гемодинамічних показників (з метою відновлення ОЦК) та лабораторних досліджень (у випадку виражених електролітних розладів, наявності гіперлактатемії, ацидозу) доза Реосорбілакту збільшувалась до 600–800 мл/добу. До лікування також додавались гепатопротектори, вітаміни групи В (з метою профілактики розвитку енцефалопатії Верніке та інших видів алкогольних нейропатій), інфузійні кристалоїдні розчини, нейропротектори.

До і після лікування проводилась оцінка динаміки рівнів лабораторних показників, серед яких, поряд із рутинними біохімічними дослідженнями, вивчали параметри кисневого статусу (PaO_2 , сатурація кисню) та метаболізму (глюкоза, лактат), а також аналізи проб крові, що витікає з головного мозку (через яремні вени) — $SvJO_2$, показники КОС (рН, PCO_2 , стандартний бікарбонат, ВЕ) та термін перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії.

До і після застосування Реосорбілакту проводилась якісна та кількісна оцінка свідомості, визначався рівень когнитивних порушень та їх динаміка за тестами Векслера та прогресивних матриць Равена, ступінь седатії за шкалою Ramsey та CAM-ICU.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім 40 хворим з основної групи проводили інфузію Реосорбілакту незалежно від ступеня тяжкості алкогольної інтоксикації. Виключення склали хворі, що за результатами дослідження КОС мали алкалоз або доцільним було обмеження об'ємів інфузії (декомпенсація серцевої недостатності, набряк легенів). Інфузія Реосорбілакту проводилась відразу після поступлення хворого до відділення реанімації та впродовж наступних 2–3 діб, в залежності від стану хворого. При цьому, враховуючи гіповолемічний стан хворого і таким чином небезпеку в плані ризику розвитку гіпотензії через введення седативних засобів, що найчастіше мали вводитися інфузійно (інфузія 1 % розчину пропофолу впродовж доби), волемічна

підтримка Реосорбілактом проводилась швидко — в першу годину перебування хворого на лікуванні. Спостерігався позитивний волемічний ефект, що дозволяло в умовах безпеки хворого проводити седативну необхідну терапію. При інфузії Реосорбілакту, завдяки його осмотичному ефекту, а також завдяки збільшенню ниркового кровотоку, спостерігався виражений діуретичний ефект, що особливо необхідно з метою найскорішого виведення токсинів. Гіперлактатемія та ацидоз, а також порушення газового складу крові, що найчастіше є край небезпечними симптомами, які свідчать про наявність розладів метаболізму, після комплексного лікування, що включало інфузію Реосорбілакту поступово регресували впродовж першої доби лікування (табл. 1).

даного детоксикаційного агента, хворі переводились до відділення загального лікування в середньому на 1–2 доби раніше, ніж хворі, що не отримували Реосорбілакт в комплексному лікуванні. При застосуванні Реосорбілакту детоксикаційний ефект був достатньо виражений, симптоматика швидко регресувала, що дозволяло виписувати хворих додому безпосередньо з відділення реанімації, тим самим суттєво скорочувало як термін перебування в клініці, так і визначало фармакоекономічний ефект лікування.

При застосуванні Реосорбілакту, у випадках, коли хворим необхідно припинити седатію, значно пришвидшується термін залишкової дії седативних препаратів. Рівень когнітивних порушень, що оцінювався за тестами Векслера, прогресивни-

Таблиця 1

Рівень показників КОС до та після інфузії Реосорбілакту, (M ± m)

Показник	1-ша група (n = 20)		2-га група (n = 40)	
	до інфузії	після інфузії	до інфузії	після інфузії
pH	7,28 ± 0,05	7,30 ± 0,02	7,27 ± 0,04	7,31 ± 0,01
pO ₂ , мм рт. ст.	99,3 ± 16,2	99,8 ± 2,5	92,7 ± 4,2	101,5 ± 2,8
pCO ₂ , мм рт. ст.	44,2 ± 1,5	40,2 ± 2,8	43,2 ± 1,8	38,2 ± 1,1
SO ₂ , %	96,67 ± 1,40	99,5 ± 0,91	96,32 ± 0,50	97,30 ± 0,90
Глюкоза, ммоль/л	6,45 ± 0,38	8,41 ± 0,55	6,03 ± 0,80	8,35 ± 0,78
Лактат, ммоль/л	2,2 ± 0,38	1,5 ± 0,34	3,3 ± 0,34	1,6 ± 0,64
BE	-1,70 ± 0,44	-0,60 ± 0,44	-2,20 ± 0,64	-1,70 ± 0,64
SvjO ₂ , %	70,0 ± 4,0	75,0 ± 4,0	64,0 ± 6,0	75,0 ± 0,6

Найчастіше в хворих з алкогольною інтоксикацією, що потрапляли для лікування до клініки, спостерігались виражені електролітні розлади: гіпокаліємія, що проявлялась клінічно вираженою тахікардією, тремором, пригнічення функції ШКТ, та, навіть, судомами, гіпонатріємією, що проявлялась у вираженому дефіциті ОЦК та періодично в тенденції до гіпотензії. Після корекції загального стану хворого комплексною терапією, що включала Реосорбілакт, був отриманий задовільний ефект у вигляді відновлення ВЕО (табл. 2).

ми матрицями Равена та шкалою САМ-ICU, значно зменшувався після застосування Реосорбілакту, в порівнянні з групою хворих, яким застосовувались рутинні методи терапії алкогольної інтоксикації, що також скорочувало термін відновлення хворого та його перебування в клініці.

ВИСНОВКИ

Реосорбілакт в якості детоксикаційного агента може успішно використовуватись для лікування хворих з алкогольною інтоксикацією різного ступеня тяжкості. Препарат відновлює ОЦК шляхом дії сорбітолу на виведення міжклітинної рідини та стимуляції діурезу, що таким чином зменшує набряк та прискорює зв'язування екзо- та ендотоксинів, здійснює корекцію ацидозу та відновлює електролітний баланс. Застосування Реосорбілакту

Таблиця 2

Рівень електролітів крові до та після інфузії Реосорбілакту, (M ± m) ммоль/л

Показник	1-ша група (n = 20)		2-га група (n = 40)	
	до інфузії	після інфузії	до інфузії	після інфузії
K ⁺	3,10 ± 0,05	3,30 ± 0,02	3,20 ± 0,04	3,50 ± 0,01
Na ⁺	133,0 ± 1,6	136,0 ± 2,5	132,0 ± 4,2	135,0 ± 2,8
Ca ⁺⁺	1,05 ± 1,50	1,03 ± 2,80	98,10 ± 1,80	1,04 ± 1,10
Cl ⁻	97,00 ± 1,40	99,50 ± 0,91	96,32 ± 0,50	101,30 ± 0,90

Отже, згідно даних таблиці, корекція електролітних розладів при включенні до терапії Реосорбілакту була більш ефективною.

При вивченні терміну перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії та реанімації, необхідно звернути увагу на те, що при застосуванні

пеня тяжкості. Препарат відновлює ОЦК шляхом дії сорбітолу на виведення міжклітинної рідини та стимуляції діурезу, що таким чином зменшує набряк та прискорює зв'язування екзо- та ендотоксинів, здійснює корекцію ацидозу та відновлює електролітний баланс. Застосування Реосорбілакту

в комплексній терапії хворих з алкогольною інтоксикацією пришвидшує відновлення когнітивних функцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гофман, А. Г. Лечение больных алкогольными психозами // МРЖ. – 2002. – Т. 10. – № 11. – С. 21–23
2. Дамулин, И. В., Шмидт Т. Е. Неврологические расстройства при алкоголизме // Неврологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 4–10.
3. Гармаш, Д. Статистика смертности и травматизма в Украине в 2007–2008 годах (для учета в страховых тарифах) // В сб. «Страхование жизни», К. – 2009. – С. 26–34.
4. Головкин, С. А., Зефирова, С. Ю., Головкин, А. И. Акампросат — новое лекарственное средство для лечения алкоголизма // Экспериментальная и клиническая физиология. – 2000. – № 3. – С. 70–73.
5. Гебеш, В. В., Сухов, Ю. А. Дезинтоксикационная терапия реосорбилактом в комплексном лечении больных лептоспирозом // Мистецтво лікування. – 2006. – № 4. – С. 56–58.
6. Гуменюк, Н. И. Сравнительная эффективность неогемодеза, сорбилакта и реосорбилакта в комплексной инфузионной детоксикационной терапии // Семейная медицина. – 2004. – № 2. – С. 68–72.
7. Feige, B., Scaal, S., Hornyak, M., Gann, H., Riemann, D. Sleep electroencephalographic spectral power after withdrawal from alcohol in alcohol-dependent patients. *ALcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2007 Jan. – Vol. 31 (1). – P. 19–27.