



В. В. Бойко, Ю. В. Іванова,
В. К. Логачов

ДУ «Інститут загальної та
невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
м. Харків

© Колектив авторів

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ПАРЕТИЧНОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА

Резюме. Проаналізовано результати лікування 124 пацієнтів, яких було прооперовано в клініці інституту з приводу перитоніту та гострої непрохідності кишечника.

Встановлено, що включення в комплекс післяопераційного медикаментозного лікування препаратів «Сорбілакт» і ГІК сприяло профілактиці та лікуванню післяопераційної паретичної кишкової непрохідності, яка проявлялась в більш ранньому відновленні моторної функції кишечника, зниженні внутрішньокишкового тиску, більш ранньої нормалізації біохімічних показників та зниженні рівня інтоксикації.

Ключові слова: паретична післяопераційна непрохідність, перитоніт, «Сорбілакт», ГІК.

Вступ

Актуальною і недостатньо вивченою проблемою хірургії залишається паретична кишкова непрохідність [2, 6]. З одного боку, це обумовлено досить високою частотою (більш за 90 % виникнення в післяопераційному періоді моторно-евакуаторних порушень ШКТ [3]), з іншої — значним рівнем летальності, що досягає 20 % і не має тенденції до зниження [5, 6].

В процесі індукції і прогресу паретичної післяопераційної непрохідності кишечника порушуються усі види гомеостазу, що проявляється безповоротними втратами води, електролітів, білків та ін. [1]. У запущених стадіях післяопераційної паретичної непрохідності кишечника виникають приховані втрати таких великих об'ємів рідини, що це приводить до розвитку гіповолемічного шока [4].

У зв'язку з цим сучасні принципи інтенсивної терапії повинні переслідувати мету не лише відновлення моторики ШКТ, але й усунення розладів гомеостатичної функції кишечника.

Раніше було встановлено, що включення в схему терапії післяопераційної паретичної непрохідності кишечника інфузій сорбітовмісного розчину «Сорбілакт» сприяє нормалізації центральної гемодинаміки, згортуючої системи крові та фібринолізу, кислотно-лужного стану, сприяючи таким чином виходу пацієнтів з критичного стану [7, 8].

Мета дослідження

Вивчення доцільності застосування поєднання «Сорбілакта» і ГІК в комплексі профілактики і лікування післяопераційної паретичної непрохідності кишечника.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані результати лікування 124 пацієнтів, що були оперовані в період з 2009 по 2013 рік в клініці ДУ «ІЗНХ ім В.Т.Зайцева

НАМНУ» м. Харкова з приводу перитоніту і кишкової непрохідності обох статей у віці від 34 до 82 років. Усі хворі були оперовані в ранні терміни після вступу в терміновому порядку, методики хірургічного лікування стандартні.

Хворі були розділені на дві групи: порівняння — 66 хворих, і основна — 58 пацієнтів. У хворих групи порівняння в післяопераційному періоді в комплекс інфузійної терапії включали «Сорбілакт» (400 мл/добу). У хворих основної групи в схему терапії, що стандартно призначається, включали поєднання «Сорбілакта» (400 мл/добу) і ГІК (400 мл/добу).

При об'єктивному дослідженні особливу увагу приділяли загальному стану пацієнта, стану гемодинаміки, стану шкірних покривів і слизових оболонок. Важливим діагностичним критерієм був стан живота: асиметрія, здуття, участь передньої стінки в акті дихання, наявність симптомів роздратування очеревини і дані аускультативні. При оцінці стану хворого використовувалася модифікована шкала SAPS (Simplified Acute Physiology Score), яка запропонована Le Gall Jr. та співавт. (1984).

Лабораторні дослідження (загальноклінічні аналізи крові та сечі, електролітів крові, системи згортання і фібринолізу, глюкози та сечовини крові, показники загального білку і його фракції, оцінка кислотно-лужного стану) дозволяли виявити й оцінити порушення гомеостазу. Застосовувалися стандартні методики визначення вказаних показників. Рівень токсемії визначали за лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ) по Я. Я. Кальф-Каліфу (1941) і змісту пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ).

Моніторинг діяльності ШКТ здійснювали на підставі клінічних даних (аускультативні, термінів початку відходження газів і дефекації), а також на підставі змін внутрішньокишкового тиску (ВКТ) за допомогою апарата Вальдмана.

Усі отримані результати оброблені методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення

При порівнянні об'єктивного стану пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді відмічено, що у хворих основної групи больовий синдром був значно менш виражений, як і здуття живота. Пацієнти активізувалися у більше ранні терміни (на 2-3 доби раніше пацієнтів групи порівняння). Об'єктивно відзначалося поліпшення загального стану, який характеризувався нормалізацією частоти дихальних рухів, зниженням тахікардії від 100-120 до 90-100 ударів за 1 хв з тенденцією до подальшого зниження в подальші терміни.

Появу перистальтики у більшості хворих відмічали до кінця другої доби лікування (у хворих групи порівняння відновлення перистальтики відмічене на 3-4 добу лікування). Ендогенна інтоксикація, яка проявлялася клінічно сухістю шкіри і слизових, тахікардією, збільшенням частоти дихань, регресувала у більшості досліджуваних пацієнтів вже на 2-3 добу.

Ендогенна інтоксикація у хворих групи порівняння, незважаючи на проведене лікування зберігалася також упродовж 3-5 діб. Зменшення вищеперелічених проявів наставало паралельно з появленим перистальтики.

Для об'єктивного дослідження динаміки ендогенної інтоксикації в обох групах порівнювали гематологічні та біохімічні показники безпосередньо перед операцією, на 1-у, 3-у і 5-у добу післяопераційного періоду.

З гематологічних показників найточніше рівень ендогенної інтоксикації характеризував ЛПІ. Цей показник достовірно знижувався з першої доби лікування у хворих обох груп, проте, у хворих основної групи відмічене більш значне його зниження. Так, на 3-у добу лікування у хворих основної групи ЛПІ знизився з $2,4 \pm 0,21$ до $1,3 \pm 0,22$, а в групі порівняння з $3,9 \pm 0,29$ до $1,9 \pm 0,21$ (р між групами < 0,05). Нормальних величин ЛПІ досягав на 5-у добу лікування (у основній групі – $0,7 \pm 0,34$; у групі порівняння – $1,2 \pm 0,19$).

Крім того, рівень ендогенної інтоксикації характеризувався результатами дослідження концентрацій ПСММ в сироватці крові, в ті ж терміни. У основній групі цей показник до початку лікування склав $0,380 \pm 0,02$ у. о., у групі порівняння – $0,420 \pm 0,04$ у. о. У першу добу лікування вміст ПСММ у хворих основної групи істотно знизився і склав $0,330 \pm 0,02$ у. о. (р по відношенню до початкових значень < 0,05). У групі порівняння рівень ПСММ знизився трохи і склав $0,410 \pm 0,04$ у. о. (р між групами < 0,05).

На 3-у добу від початку лікування у хворих основної групи досліджуваний показник наближався до нормальних значень і склав $0,250 \pm 0,02$ у. о., у хворих групи порівняння досліджуваний показник значно перевищував межі норми і складав $0,320 \pm 0,02$ у. о. (р між групами < 0,05). На 5-у добу дослідження вміст в сироватці крові ПСММ був у межах норми і складав в основній групі $0,242 \pm 0,02$ у. о., в групі порівняння – $0,245 \pm 0,2$ у. о. (р між групами > 0,05).

У таблиці 1 наведено динаміку біохімічних показників у хворих з післяопераційними ускладненнями обох груп на фоні проведеного лікування.

Таблиця 1

Динаміка біохімічних показників у хворих обох груп

Групи хворих	Креатинін, (мкмоль/л)	Сечовина, (ммоль/л)	Білірубін, (мкмоль/л)
<i>До початку лікування</i>			
Основна	120 ± 2	10,8 ± 0,56	19 ± 1
Порівняння	119 ± 3	10,1 ± 0,95	19 ± 1
<i>1 доба лікування</i>			
Основна	98 ± 2* **	6,6 ± 0,6* **	17 ± 1
Порівняння	113 ± 3	9,1 ± 0,9	18 ± 2
<i>3 доба лікування</i>			
Основна	85 ± 2* **	5,8 ± 0,4*	11 ± 1* **
Порівняння	93 ± 3*	6,5 ± 0,8*	15 ± 1*

Примітка: * р < 0,05 по відношенню до вихідних значень; ** р < 0,05 між групами порівняння.

Представлені в таблиці дані свідчать про позитивну динаміку на тлі лікування, що проводиться.

У всіх пацієнтів групи порівняння в ході визначення ВКТ було встановлено, що в післяопераційному періоді визначається підвищення досліджуваного показника упродовж перших 48-56 годин з подальшим зниженням його рівня упродовж подальших 12-20 годин (рис.).

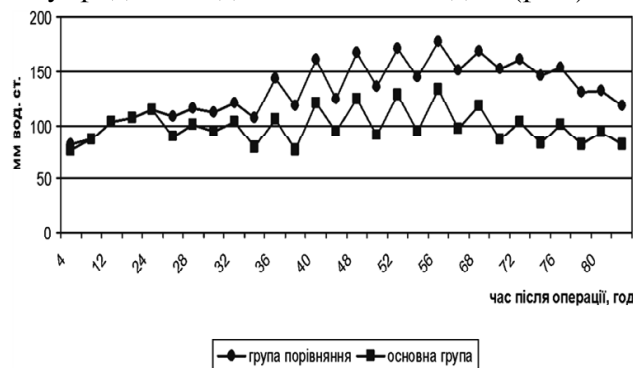


Рис. Динаміка коливань ВКТ у хворих груп вивчення

Таким чином, у ранньому післяопераційному періоді у хворих групи порівняння ВКТ має тенденцію до підвищення, максимально до рівня $180,0 \pm 9,22$ мм вод. ст.

У пацієнтів основної групи в перші 24-26 годин після операції визначався рівень



ВКД, схожий з тиском у пацієнтів групи порівняння в ті ж терміни. Проте, надалі відзначалися більш низькі цифри досліджуваного показника. Максимальне підвищення тиску було відмічене на 3 добу післяопераційного періоду ($141,4 \pm 6,3$ мм вод. ст. ($p < 0,05$)). На рис. відображено коливання рівня ВКТ у хворих основної групи на тлі лікування, що проводилося.

Висновки

Аналіз отриманих результатів свідчить, що включення в комплекс профілактики і ліку-

вання паретичної післяопераційної кишкової непрохідності комбінації «Сорбілакта» і ГИК дозволяє значно понизити показники ендогенної інтоксикації і цифри ВКТ вже в ранні терміни післяопераційного періоду і підтримувати ці показники у стабільному стані впродовж раннього післяопераційного періоду за рахунок поліпшення спланхнічного кровотоку і стабілізації гомеостазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И. Острая кишечная непроходимость: Руководство для врачей скорой помощи / Под ред. В. А. Михайловича. — Л.: Медицина, 1986. — С. 202-208.
2. Гринев М. В. Острая кишечная непроходимость, как проблема неотложной хирургии / М. В. Гринев, А. А. Курьин, М. Д. Ханевич // Вестн. Хирургии. — 1992. — Т. 148, № 5. — С. 130-138.
3. Миронов О. Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Миронов, К. Д. Тоскин, В. В. Жеброский. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.
4. Неотложная хирургия брюшной полости / В. Т. Зайцев, В. Е. Алексеенко, И. С. Белый и др. // Под ред. В. Т. Зайцева. — К.: Здоров'я. 1989. — 272 с.
5. Петров В. П. Кишечная непроходимость. / В. П. Петров, И. А. Ерюхин // М.: Медицина, 1989. — 285 с.
6. Попова Т. С. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. / Т. С. Попова, Т. Ш. Тамазошвили, А. Е. Шестопалов // — М.: Медицина, 1991. — 240 с.
7. Сулов В. С. Растворы сорбита. Кровезаменители / Под ред. А. Н. Филатова. — 1975. — С. 101-109.
8. Шалимов А. А. Острый перитонит / А. А. Шалимов, В. И. Шапошников, М. П. Пинчук. — К.: Наукова думка, 1981. — 288 с.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕТИЧЕСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

**В. В. Бойко, Ю. В. Иванова,
В. К. Логачев**

Резюме. Проанализированы результаты лечения 124 пациентов, оперированных в клинике института по поводу перитонита и острой непроходимости кишечника. Установлено, что включение в комплекс послеоперационного медикаментозного лечения препаратов «Сорбилакт» и ГИК способствовало профилактике и лечению послеоперационной паретической кишечной непроходимости, что проявлялось в более раннем восстановлении моторной функции кишечника, снижении внутрикишечного давления, более ранней нормализации биохимических показателей и снижении уровня интоксикации.

Ключевые слова: паретическая кишечная непроходимость, перитонит, «Сорбилакт», ГИК.

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF PARETIC POSTOPERATIVE BOWEL OBSTRUCTION

**V. V. Boyko, Ju. V. Ivanova,
V. K. Logachov**

Summary. The results of treatment of 124 patients operated in the clinic of institute concerning peritonitis and acute bowel obstruction are analysed.

It is set that plugging in the complex of postoperative medicinal treatment of preparations of "Sorbylact" and GIK assisted a prophylaxis and treatment of postoperative paralytic bowel obstruction, that showed up to more early renewal of motor function of bowels, decline of intraintestinal pressure, more early normalization of biochemical indexes and decline of level of intoxication.

Key words: paretic postoperative bowel obstruction, peritonitis, «Sorbylact», GIK.