

УДК 616.341–007.272–089+616.34–072.2

РАННЯ ЕНТЕРАЛЬНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ

О. В. Лігоненко, І. І. Дігтяр, А. Б. Зубаха, І. О. Чорна, О. В. Стороженко,
О. О. Лігоненко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

EARLY ENTERAL THERAPY IN COMPLEX OF TREATMENT IN PATIENTS, SUFFERING ACUTE SMALL INTESTINAL ILEUS

O. V. Ligonenko, I. I. Digtyar, A. B. Zubakha, I. O. Chorna, O. V. Storozhenko,
O. O. Ligonenko

У структурі захворювань, що потребують невідкладного хірургічного втручання, ГНТК посідає одне з провідних місць. Незважаючи на прогрес, досягнутий в останні роки, результати комплексного лікування цього тяжкого захворювання не задовольняють клініцистів, післяопераційна летальність є досить високою і немає тенденції до зменшення [1, 2]. Внаслідок порушення порожнинного і пристінкового травлення, посиленого розмноження мікроорганізмів, активації гнильних і бродильних процесів, вміст кишечника набуває токсичних властивостей, що спричиняє ураження стінки тонкої кишки; на тлі ішемії, гіпоксії та атрофії її слизової оболонки токсичні продукти, мікроорганізми та їх токсини надходять у кровоносне й лімфатичне русло, черевну порожнину і далі в інші тканини. Транслокація ендотоксинів грубо порушує фізіологічні процеси, виникають синдром системної запальної відповіді, септичні ускладнення, поліорганна недостатність [3 – 5]. У проксимальних відділах тонкої кишки міститься значна кількість біфідо- і лактобактерій, які мають виражену антагоністичну активність щодо патогенних мікроорганізмів, регулюють якісний і кількісний склад мікрофлори кишечника в нормі, уповільнюють ріст і розмноження в ньому патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів, підтримують структуру й функціональну цілісність слизової оболонки тонкої кишки. Тим не менше, динаміка змін

Реферат

Представлені результати комплексного лікування хворих з приводу гострої непрохідності тонкої кишки (ГНТК) з використанням ранньої череззондової ентеральної терапії (ЧЕТ).

Ключові слова: гостра непрохідність тонкої кишки; комплексне лікування; рання череззондова ентеральна терапія.

Abstract

Results of complex treatment of patients, suffering acute small intestinal ileus, using early enteral therapy via probe, were presented.

Key words: acute ileus of small intestine; complex treatment; early enteral therapy via probe.

мікрофлори, особливо популяцій біфідо- і лактобактерій, при ГНТК недостатньо вивчена. Все це вимагає визначення напрямків та розробки ефективних заходів профілактики й проведення ентерального лікування, спрямованих на збереження морфологічної та функціональної цілісності слизової оболонки тонкої кишки, запобігання транслокації мікроорганізмів.

Мета роботи: поліпшити результати комплексного лікування хворих з приводу ГНТК шляхом використання ранньої ЧЕТ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На клінічних базах кафедри загальної хірургії з приводу ГНТК лікували 107 хворих віком від 18 до 86 років. Хворі розподілені на 3 групи. У 32 хворих (перша група) під час оперативного втручання не проводили інтубацію тонкої кишки (ІТК); у 35 (друга група) — в комплексі хірургічного лікування проводили ІТК; у 40 (третя група) — ІТК, а після операції проводили ЧЕТ за розроб-

леною методикою (пат. України на корисну модель 26831). Групи зіставні за основним захворюванням, його тривалістю, віком і статтю пацієнтів, тяжкістю їх стану під час госпіталізації, наявністю супутніх захворювань.

Показанням до ІТК вважали дилатацію її петель, перерозтягнення їх газом чи секвестрованою рідиною; відсутність перистальтики після евакуації вмісту та новокаїнової блокади брижі; інфільтрацію стінки кишки, крововиливи під серозну оболонку; поширені форми перитоніту; множинні міжпетельні абсцеси на тлі поширеного перитоніту; резекцію кишки з формуванням міжкишкового анастомозу або його повторне накладання через неспроможність швів; операції, що супроводжувалися роз'єднанням масивних спайок або зашиванням уражених запальним або адгезивним процесом петель тонкої кишки; наявність множинних ділянок з порушеною трофікою та загрозою неспроможності швів її стінки; операції з приводу спайкової не-

прохідності кишечника (особливо рецидивної).

Всім хворим проведені такі дослідження: клінічні (з визначенням строків відновлення перистальтики, відходження калу і газів, початку ентерального харчування, тривалості лікування хворих у стаціонарі) та бактеріологічні. Дослідження проводили до операції, під час оперативного втручання, а також через 6, 12, 24 год та на 3 та 5—ту добу після операції.

Для бактеріологічного дослідження забирали вміст кишечника з тубажного зонда. Проводили якісний і кількісний аналіз мікрофлори кишечника. Визначали мікроорганізми, що переважали, зміни кількості колонієутворюючих одиниць (КЮО) в динаміці при використанні ЧЕТ. Матеріал висівали на середовище Плоскирева і вісмут—сульфат агар (для визначення патогенних і умовно патогенних ентеробактерій), жовчно—сольовий агар (стафілококів), середовище Сабуро (грибів), середовище Блауррока (біфідум—бактерій), МРС—2 (лактобацил).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих другої групи перистальтика кишечника відновилася у середньому через $(52,4 \pm 7,8)$ год, у хворих першої групи — через $(82,3 \pm 14,2)$ год ($p < 0,001$); відходження калу і газів — відповідно через $(94,3 \pm 10,7)$ та $(102,2 \pm 16,4)$ год ($p = 0,001$); початок ЧЕТ — через $(78,6 \pm 8,4)$ та $(96,4 \pm 13,2)$ год ($p < 0,001$); частота післяопераційних ускладнень — 13,2 і 15,8%; тривалість лікування хворих у стаціонарі — $(14,3 \pm 3,2)$ та $(16,8 \pm 2,1)$ дня ($p < 0,001$).

При порівнянні цих показників у хворих другої та третьої груп також встановлені вірогідні відмінності (див. таблицю).

При вивченні кількісного та якісного складу мікрофлори вмісту кишечника встановлено, що при ГНТК вона змішана, кількість асоціацій мікроорганізмів переважала

Клінічні показники у хворих другої та третьої груп

Показник	Величина показника в групах ($\bar{x} \pm m$)	
	другій (n=35)	третьій (n=40)
Строки відновлення перистальтики, год	$52,4 \pm 7,8$	$45,4 \pm 6,8$ *
Відходження калу і газів, год	$94,3 \pm 10,7$	$82,1 \pm 7,6$ *
Початок ЧЕТ, год	$78,6 \pm 8,4$	$66,8 \pm 5,2$ *
Тривалість лікування у стаціонарі, днів	$14,3 \pm 3,2$	$12,8 \pm 2,2$ *
Частота післяопераційних ускладнень, %	13,2	10,7

Примітка. * — різниця показників вірогідна у порівнянні з такими у хворих другої групи ($p < 0,001$).

нормальні показники на 2 — 3 порядки. В кожній пробі культивували у середньому 3 — 4 види збудників. У більшості спостережень переважали представники сімейства Enterobacteriaceae (E. coli, Enterobacter, Enterococcus fecalis), Streptococcus fecalis, Klebsiella, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa тощо.

При використанні ЧЕТ відзначали вірогідне зменшення концентрації мікроорганізмів у кишечнику, насамперед, зникнення Streptococcus fecalis, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, Proteus. На 3—ту добу ЧЕТ за даними бактеріологічного дослідження виявляли збудників сімейства Enterobacteriaceae в межах, що не перевищували порогових величин. У хворих, яким не проводили ранню ЧЕТ, на 3—ту добу лікування відзначали збільшення кількості зазначених мікроорганізмів.

Під впливом ранньої ЧЕТ бактеріальне забруднення тонкої кишки Clostridium spp. зменшилося з 10^3 до 10^2 КЮО в 1 мл, Escherichia coli — з 10^4 до 10^2 КЮО в 1 мл, Klebsiella spp. — з 10^4 до 10^2 КЮО в 1 мл, Staphylococcus spp. — з 10^5 до 10^2 КЮО в 1 мл, Enterococcus spp. — з 10^3 до 10^2 КЮО в 1 мл; кількість Bifidobacterium spp. збільшилася з 10^2 до 10^3 КЮО в 1 мл, Lactobacillum spp. — з 10^2 до 10^3 КЮО в 1 мл.

Таким чином, динаміка змін кількісного та якісного складу мікрофлори вмісту кишечника підтверджує ефективність ЧЕТ в усуненні надмірної колонізації тонкої кишки мікроорганізмами та відновленні її нормального біоценозу.

Сучасні погляди на патогенез ГНТК базуються на визначенні провідної ролі синдрому ентеральної недостатності в прогресуванні ендогенної інтоксикації, виникненні синдрому системної запальної відповіді та поліорганної недостатності. Після виконання адекватного оперативного втручання з усуненням причини непрохідності кишечника одним з основних джерел ендогенної інтоксикації є паретично змінений кишечник. З метою декомпресії тонкої кишки, видалення високотоксичного вмісту використовують ІТК, проте, необхідність і доцільність її проведення, а також вплив на тяжкість ендогенної інтоксикації є предметом дискусії.

Для підвищення клінічної ефективності ІТК рекомендують застосування активних лікувальних заходів, зокрема, комплексу ЧЕТ. Отримані результати дослідження свідчать про переваги застосування у хворих при ГНТК ІТК та ранньої ЧЕТ.

ВИСНОВКИ

1. Використання у комплексі лікуванні ГНТК ІТК та ранньої ЧЕТ дозволяє пришвидшити відновлення перистальтики, відходження газів і калу, початок ентерального харчування, зменшити тривалість лікування хворого у стаціонарі, частоту післяопераційних ускладнень.

2. Використання запропонованого способу ранньої ЧЕТ дозволило суттєво зменшити бактеріальне забруднення тонкої кишки та відновити її нормальний біоценоз.

2. Милуков В. Е. Патогенез метаболических нарушений при динамической кишечной непроходимости / В. Е. Милуков // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — № 6. — С. 70 — 72.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. — СПб.: Питер, 1999. — 448 с.

3. Саєнко В. Ф. Роль бактеріальної транслокації в розвитку септичних ускладнень при обтураційній непрохідності ободової кишки / В. Ф. Саєнко, Л. С. Білянський, І. В. Гомоляко // Наук. вісн. Ужгород. ун—ту. — 2001. — Вип. 14. — С. 41 — 43.
4. Alterations in intestinal barrier function do not predispose to translocation of enteric bacteria in gastroenterologic patients / C. J. O'Boyle, J. MacFie, K. Dave [et al.] // Nutrition. — 1998. — Vol. 14, N 4. — P. 358 — 362.
5. Bacterial translocation studied in 927 patients over 13 years / J. MacFie, B. S. Reddy, M. Gatt [et al.] // Br. J. Surg. — 2005. — Vol. 15, N 11. — P. 111 — 117.

