

УДК 616.37-002-036.11

Досвід використання раннього ентерального харчування у комплексному лікуванні гострого панкреатиту

В.І. БОНДАРЕВ, Р.В. БОНДАРЕВ, О.А. ОРЄХОВ

Луганський державний медичний університет

EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

V.I. BONDAREV, R.V. BONDAREV, O.A. ORYEKHOV

Luhansk State Medical University

У роботі наведено результати хірургічного лікування 65 хворих із гострим панкреатитом, у яких використовували ентеральне харчування, що дозволило знизити летальність з 20 до 8,8 % порівняно з контрольною групою хворих, яких лікували із застосуванням традиційних методів.

The article adduces the results of treatment of 65 patients with acute destructive pancreatitis who were exposed to videolaparoscopic treatment. It allowed to decrease postoperative mortality from 20 to 8,8 % as compared to control group of patients who were treated by traditional methods.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. На гострий панкреатит хворіють від 2,5 до 18 % пацієнтів із гострими хірургічними захворюваннями [2]. Актуальність проблеми його лікування зумовлена високою летальністю, яка складає, за даними різних авторів, від 33,3 до 86 %. Це пов'язано зі збільшенням кількості ускладнень гострого панкреатиту, розвитком гнійно-септичних ускладнень, поліорганної недостатності, а також панкреатогенного шоку. Незважаючи на помітні успіхи в лікуванні цієї хвороби, тенденції до зниження або стабілізації захворюваності не спостерігається [1]. Залишаються невирішеними питання вибору адекватного об'єму консервативної терапії, термінів оперативних втручань, способу їх здійснення. Використання сучасних антибактеріальних препаратів на тлі відсутності нутритивної підтримки кишечника сприяє порушенню регіонарної мікроциркуляції у стінці кишки, посиленню бактеріальної транслокації, сповільненню процесів репарації.

Матеріали і методи. У клініці факультетської хірургії Луганського державного медичного університету з 2000 до 2007 року з приводу гострого деструктивного панкреатиту отримали лікування 65 хворих. Основну групу хворих становили 35 пацієнтів, при лікуванні яких використовували оперативне втручання у поєднанні з раннім ентеральним харчуванням та корекцією бактеріальної транс-

локації. Контрольну групу склали 20 хворих, яким проводили лікування за традиційними хірургічними технологіями. Обидві групи були подібними за ураженням підшлункової залози та ділянок заочеревинної клітковини.

У своїй роботі ми користувалися класифікацією, що була прийнята в Атланті (1992). Хворим проводили загальноклінічні і лабораторні дослідження, ультразвукове обстеження, мікробіологічне обстеження операційного матеріалу, рентгенологічне дослідження. Причинами розвитку гострого панкреатиту у 45 % випадків були зловживання алкоголем, у 25 % – жовчнокам'яна хвороба, у 30 % – аліментарні фактори. Біліарний панкреатит переважав у жінок, алкогольний панкреатит – у чоловіків, тоді як аліментарний фактор виявлено приблизно порівну у жінок та чоловіків. Хворі працездатного віку становили значну частину пацієнтів, які страждають від гострого панкреатиту, – 73,4 %.

Захворювання у 81 % хворих починалось раптово з нападу сильного болю у верхній ділянці живота після вживання алкоголю, порушення дієти. Багаторазове блювання відмічено у 78 % випадків, загальну слабкість – у 66 %, амілазурія і діастозурія мали місце у 93 % хворих. У 17 % хворих спостерігався лівобічний ексудативний реактивний плеврит.

У таблиці 1 відмічена супутня соматична патологія.

Панкреатогенний шок різного ступеня тяжкості спостерігався у 31 % хворих.

Таблиця 1. Супутня соматична патологія

Супутні захворювання	Кількість хворих	%
1. Загальний атеросклероз і аортокоронарокардіосклероз	20	57,1
2. Гіпертонічна хвороба	14	40
3. Емфізема легень	10	29,6
4. Пневмосклероз	12	34,2
5. Цукровий діабет	9	25,7
6. Інші захворювання	6	17,1

Обстеження хворих передбачало: загальноклінічні методи, які включали загальні аналізи крові та сечі, діастазу сечі, біохімічний аналіз крові (білірубін загальний, прямий та непрямий, сечовина, креатинін, залишковий азот, загальний білок, цукор крові, калій, натрій, кальцій), ультразвукове обстеження підшлункової залози в динаміці, езофагогастроуденоскопію, відеолапароскопію, рентгенологічне дослідження.

Лікування хворих на гострий панкреатит мало комплексний характер, яке починали в умовах відділення інтенсивної терапії з консервативних заходів, що передбачали боротьбу з больовим синдромом, адекватну інфузійну терапію, етіопатогенетичне лікування (введення інгібіторів протеаз, сандостатину, зменшення секреторного набряку підшлункової залози, введення цитостатичних препаратів, усунення міліарної гіпертензії). Проводили також корекцію розладів кровообігу, порушень мікроциркуляції, зниження інтоксикації організму продуктами тканинного розладу, корекцію і відновлення функцій життєво важливих органів. У випадку виявлення рідини в порожнині малого сальника при здійсненні діагностичних заходів проводили пункцію з подальшим лабораторним, мікробіологічним дослідженням. За загальноприйнятими показаннями виконували оперативні втручання. Обсяг втручання полягав у ревізії, встановленні ділянок некрозу підшлункової залози та заочеревинного простору з подальшими некрсеквестректомією та етапними санаціями. У більшості пацієнтів оперативні втручання завершували інтубацією тонкої кишки. Методика раннього ентєрального харчування полягала у череззондовому введенні харчової суміші "Берламін модуляр" зі швидкістю 250-300 мл/год. В загальному обсязі – 1500-2000 мл/д. В основній групі 4 рази на добу проводили селективну деконтамінацію згідно з розробленою в клініці методикою (Деклараційний патент на корисну модель № 6405 від 16. 05. 2005 р.), яка включала кишковий лаваж 0,8 % електрохімічно активованим розчином хлориду калію (ЕХА-розчин) у кількості 700-800 мл, експозиція становила 3-4 хв з подальшою евакуацією вмісту електровідсмоктувачем. Використан-

ня ЕХА-розчину ґрунтується на багатогранності його дії, завдяки вмісту активованого хлору, кисню та озону. Його редокс потенціал становить 1120 мВ. ЕХА-розчин проявляє себе як антисептик широкого спектра дії активним відносно більшості патогенних мікроорганізмів та грибів.

Результати досліджень та їх обговорення.

Бактеріологічне дослідження мікрофлори під час виконання оперативного втручання показало, що розвивається надмірна мікробна колонізація усіх відділів тонкої кишки патогенною мікрофлорою анаеробного й аеробного типів, яка у багато разів перевищує фізіологічні межі. Ретельне вивчення видового складу виявило розвиток та розмноження в проксимальних відділах тонкої кишки мікробів, які переважно характерні для дистальних ділянок. Найчастіше аероби були представлені ентеробактеріями, кишковою паличкою, протеєм, фекальними стрептококами, а анаероби – клостридіями, бактероїдами. Досить часто спостерігали наявність грибів роду *Candida*. На склад мікрофлори тонкої кишки істотний вплив мали застосовані методи лікування.

Перед першим сеансом кишкового лаважу спектр вмісту становив: ентеробактерії – $7,8 \times 10^7$, ентерококи – 8×10^4 , протей – $2,5 \times 10^4$, фекальні стрептококи – $4,4 \times 10^4$, клостридії – $9,2 \times 10^7$. Подальше вивчення мікрофлори в основній групі показує, що після двох сеансів у 6 хворих (50 %) значно зменшувалась кількість ентерококів – $4,3 \times 10^7$ та фекальних стрептококів – $1,2 \times 10^7$. В інших хворих після чотирьох сеансів протей та клостридії не висівались, кількість ентеробактерій становила $2,7 \times 10^4$, а ентерококів – $1,3 \times 10^4$. Фекальні стрептококи не висівались після п'яти введень ЕХА-розчину.

Кишковий лаваж сприяв зменшенню мікробної контамінації в анастомозованих ділянках тонкої кишки, купіруванню явищ дисбактеріозу. Завдяки цьому покращувалися репаративні процеси, поліпшувалась мікроциркуляція в ішемізованих зонах слизової оболонки в ділянці кишкового анастомозу. На третю добу у 7 (58 %) хворих активізувалась перистальтична діяльність кишечника, з'явилися

випорожнення і самостійно відходили гази. У 5 (42 %) хворих на четверту добу нормалізувалась робота кишечника. На 4-5 добу видаляли тубажний зонд. Раннє ентеральне харчування починали в основній групі хворих з другої доби.

У контрольній групі хворих у 5 (50 %) осіб на четверту добу після медикаментної стимуляції відбувалася активізація перистальтичної діяльності, відходили гази, з'являлися випорожнення. У трьох хворих (30 %) довгостроково зберігався парез кишечника, і тільки на 6 добу вдалося нормалізувати перистальтичну діяльність. При вивченні мікрофлори було відмічено, що на другу добу зростала кількість клостридій – 8×10^4 , ентерококів – 9×10^4 , кількість фекальних стрептококів становила 7×10^4 . Ентеральне харчування в контрольній групі хворих починали на 4-5 добу.

Висновки. 1. Провідним методом лікування гострого деструктивного панкреатиту є багатоком-

понентна терапія. Важливу роль відіграє назогастроінтестинальна інтубація, яка за допомогою розроблених методик дає змогу проводити кишковий лаваж та раннє ентеральне харчування в післяопераційному періоді.

2. Запропонований комплекс заходів дозволяє шляхом кишкового лаважу з введенням електрохімічно активованих розчинів зменшити мікробну контамінацію слизової оболонки, покращити репаративні процеси в ділянці анастомозу, знижуючи явища ішемії слизової оболонки тонкого кишечника. При цьому відбувається нормалізація кишкової діяльності на 3-4 добу: у всіх хворих налагоджувалися випорожнення, самостійно відходили гази.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення мікроциркуляторного русла в стінці кишки після введення електрохімічно активованих розчинів в умовах кишкового лаважу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гешелін С.А., Міщенко Н.В. Діагностичні можливості лапароскопії при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини // Клінічна хірургія. – 2000. – № 4. – С. 23-26.

2. Шалімов О.О., Кричевський У.В., Ничитайло М.Ю. Лікування гострого панкреатиту // Клінічна хірургія. – 2000. – № 4. – С. 5-9.