

УДК 616.344.-089.86:616.345-002

© Ю. С. ЛОЗИНСЬКИЙ, В. В. КУНОВСЬКИЙ, І. О. КОЛЯДА, О. В. ЛЕОШИК, М. Б. ПРОКОПОВИЧ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Спосіб корекції дисфункції ілеостоми у пацієнтів з запальними захворюваннями товстої кишки

YU. S. LOZYNSKYI, V. V. KUNOVSKIY, I. O. KOLYADA, O. V. LEOSHYK, M. B. PROKOPOVYCH

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

METHOD OF CORRECTION OF ILEOSTOMY DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASE OF THE COLON

Представлено результати комплексного лікування 47 пацієнтів з ілеостомою на ґрунті запальних захворювань товстої кишки (27 пацієнтів з хворобою Крона, 20 пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом). Запропоновано спосіб зменшення виділень з ілеостоми шляхом застосування *Saccharomyces boulardii* та ентерального харчування сумішшю “Модулен IBD”. Такий спосіб корекції дозволяє зменшити об’єм випорожнень через стому в 2 рази, ліквідувати явища дисбіозу, зменшити частоту розвитку дисфункції ілеостоми у ранньому післяопераційному періоді.

Complex treatment results of 47 patients with ileostoma caused by inflammatory diseases of the colon (27 patients with Crohn’s disease, 20 patients with Ulcerative colitis) were represented. The method of diminishing of excretions from ileostoma by administration of the *Saccharomyces boulardii* and enteric nutrition by “Modulen IBD” was proposed. Proposed method can reduce the amount of intestinal excretions through the stoma 2 times, eliminate the effects of dysbiosis, reduces the incidence of ileostomy dysfunction in the early postoperative period.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. При ілеостомії в ранньому післяопераційному періоді виникає проблема дисфункції стоми, особливо гостро вона стоєть у хворих з запальними захворюваннями товстої кишки (ЗЗТК). У збірне поняття дисфункції стоми включаються як метаболічні порушення, зумовлені пришвидшеним кишковим транзитом з відсутністю проходження по товстій кишці, дисбіотичні, так і параентеростомічні ускладнення [6].

Слід врахувати, що при виразковому коліті до 85 % пацієнтів мають порушення всмоктування, а при хворобі Крона ступінь порушень значно більший, а отже, ці питання треба буде регулювати в післяопераційному періоді [7].

Таким чином, проблема зменшення та регуляції об’єму кишкових випорожнень і відновлення внутрішньокишкової флори у пацієнтів з запальними захворюваннями товстої кишки, що потребують виведення тонкої кишки на передню черевну стінку (ілеостома), у ранньому післяопераційному періоді є вкрай актуальною [1, 5, 7]. Метаболічні порушення, що виникають в організмі через відсутність пасажу по товстій кишці, поглиблюють дисфункцію ілеостоми [2, 4, 6]. Загальна кількість таких

пацієнтів (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, пухлинний процес) за останні роки значно зросла як в абсолютних величинах, так і стосовно молодих вікових груп (20–45 років). Цілком очевидно, що завдяки ранньому та досконалому обстеженню пацієнтів кількість операційних втручань буде неухильно збільшуватись.

Враховуючи тяжкий соматичний стан цих пацієнтів на момент госпіталізації в хірургічний стаціонар, задіяність життєво важливих органів та значний об’єм операційного лікування, хірургічні втручання, як правило, проводять у два етапи [2, 3]. Перший етап (40–60 % пацієнтів), скерований на ліквідацію явищ кишкової непрохідності та зменшення інтоксикації організму, передбачає операційне втручання з формуванням ілеостоми. Період функціонування стоми залежить від тяжкості домінуючого захворювання і становить від 2 до 6 місяців. Саме тому питання зменшення кишкових виділень та відновлення внутрішньокишкової флори у даного контингенту хворих набуває надзвичайно актуального значення [2, 3, 8–11].

Відомі способи післяопераційного лікування даної групи хворих не дозволяють досягти вираженого клінічного ефекту. Основною причиною є

те, що у більшості хворих є висока ймовірність розвитку клінічної картини кишкового дисбактеріозу, особливо в ослаблених післяопераційних пацієнтів, що супроводжується цілою низкою ускладнень, а саме: сенсibiliзацією організму та розвитком алергічних ускладнень, зниженням імунітету хворого. Одночасно слід відзначити, що недосконала система корекції внутрішньокишкової флори не забезпечує повноцінного засвоєння продуктів харчування, а зростання кількості та неможливість контролю за кишковими виділеннями приводять до розвитку комплексу неповноцінності у таких хворих та стримують їх соціальну адаптацію [6, 1, 4].

Мета роботи: зниження частоти виникнення дисфункції ілеостоми шляхом оптимізації схеми медикаментозного лікування метаболічних та дисбіотичних розладів ілеостомованих хворих у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Піддано про- та ретроспективному вивченню результати комплексного медикаментозного лікування ілеостомованих пацієнтів з ЗЗТК в кількості 47 осіб, які лікувались у проктологічному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Львова у 2006–2011 рр. У дослідження не включали пацієнтів з тяжким ступенем порушень, які потребували проведення тривалого парентерального харчування. Вік пацієнтів перебував у межах від 28 до 72 років. Жінок було 27, чоловіків – 20. Частка пацієнтів, які лікувались розпрацьованим способом, склала 57,44 %. Весь контингент хворих було поділено на дві групи. До першої (основної) віднесено 27 пацієнтів, комплекс лікування яких включав операційне втручання в поєднанні з розпрацьованим способом у ранньому післяопераційному періоді.

Ілеостомованим пацієнтам впродовж чотирнадцяти діб призначали “Ентерол 250” (*Saccharomyces boulardii*) відповідно до розпрацьованої схеми, а саме: 2–3 доба – 500 мг х 3 рази; 4–6 доба – 250 мг х 3 рази; 7–14 доба – 250 мг х 2 рази. Додатково, починаючи з третьої доби, пацієнти отримували 3 столові ложки “Модулен IBD”. У випадку дводульної ілеостоми або при формуванні тонкокишкового резервуару препарат додатково вводили безпосередньо у просвіт відвідного коліна тонкої кишки через ілеостому один раз на добу в дозі 250 мг (Деклараційний патент на винахід UA 62152). Друга (контрольна) група складала 20 хворих, лікування яких не включало “Ентерол 250”. Пацієнти контрольної групи отримували карбонат кальцію, вісмуту субнітрат та білу глину в комбінації з “Модуленом IBD”. Обидві групи пацієнтів були клінічно подібними та зіставними як за характером, так і

тяжкістю ураження. Хворих розподіляли по групах методом сліпого конверту.

Ефективність запропонованого методу лікування оцінювали за такими критеріями: даними загальноклінічних обстежень (нормалізація температури тіла, зменшення болю, розрешення парезу кишечника, частота випорожнень, об’єм та характер кишкових виділень впродовж доби), показниками лабораторних та біохімічних обстежень (зниження лейкоцитозу, визначення рівнів білірубину, білка, сечовини та креатиніну сироватки крові), а також динамікою запального процесу в зоні операційного втручання та вираженням дисфункції стоми.

Результати досліджень та їх обговорення. Застосування “Ентеролу 250” в ілеостомованих пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді є новим підходом стосовно зменшення об’єму кишкових виділень, профілактики та лікування діарейного синдрому і кишкового дисбактеріозу в даного контингенту хворих. Завдяки ентеральному введенню *Saccharomyces boulardii* в ілеостомованих пацієнтів не спостерігається картина ураження клітин слизового шару тонкої кишки, а сприятливий вплив *Saccharomyces boulardii* на флору шлунково-кишкового тракту забезпечує відновлення нормального співвідношення усіх компонентів мікрофлори кишечника, посилює неспецифічний імунний захист внаслідок підвищення продукції IgA, профілактує розвиток процесів бактерійної транслокації, сприяє засвоєнню харчових продуктів при їх ентеральному введенні та дозволяє зменшити об’єм кишкових випорожнень майже вдвічі. Ефект від застосування розпрацьованої схеми моніторингу післяопераційного періоду в ілеостомованих хворих ми вбачаємо, перш за все, у вирішенні таких проблем: відновленні моторно-евакуаторної функції ШКТ, нормалізації порушених показників гомеостазу, попередженні прогресування бактеріальної транслокації внутрішньокишкової мікрофлори, корекції імунного статусу.

Об’єм випорожнень з тонкої кишки у пацієнтів обох груп вимірювали щодоби, і для хворих основної групи він становив: на 2 добу – (1750±240) мл; 3 добу – (1200±220) мл; 4 добу – (1000,0±180) мл; 5 добу – (880±120) мл; 6 добу – (710±95) мл; 7–12 доби – (580±65) мл. При цьому об’єм внутрішньовенних інфузій, який отримували пацієнти у перші дві доби, становив (2000,0±100,0) мл, а добовий діурез (1500,0±250) мл. У пацієнтів контрольної групи, які отримували порошок складом: кальцію карбонат – 0,25, вісмуту субнітрат – 0,25, біла глина – 2,25 три рази на день та “Модулен IBD” протягом 7 діб, динаміка об’єму кишкових виділень складала:

2 доба – (1900±250) мл; 3 доба – (1850±220) мл; 4 доба – (1750±180) мл; 5 доба – (1840±180) мл; 6 доба – (1810±205) мл; 7–12 доби – (1760±250) мл.

У пацієнтів обох груп констатовано нормалізацію лабораторних даних – рівень лейкоцитозу ($6,8 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$ (основна) та $(5,2 \pm 1,4) \times 10^9/\text{л}$ (контрольна) групи. Статистично достовірної різниці рівнів білірубину в обох групах не відмічали, однак при статистичному аналізі концентрації білків плазми крові у пацієнтів першої групи відмічено прогресивне їх підвищення від $58,8 \pm 6,7$ до $81,5 \pm 4,5$ ($p < 0,05$) впродовж 7–9 діб, тоді як у хворих другої групи аналогічної динаміки в цей часовий проміжок не відзначено (від $57,5 \pm 3,7$ до $64,3 \pm 3,2$).

При проведенні перев'язок у хворих першої групи стверджено загоєння післяопераційної рани первинним натягом, відсутність прогресування гнійно-некротичного процесу та вторинного інфікування, тоді як у другій групі подібні характеристики зони втручання проявлялися в більш пізні терміни. Бак-

теріологічні дослідження кишкового вмісту, проведені у післяопераційному періоді, підтверджували швидше відновлення біоценозу товстої кишки у пацієнтів основної групи.

Таким чином, проведені дослідження показують, що розпрацьований спосіб корекції об'єму кишкових випорожнень та відновлення внутрішньокішкової мікрофлори в ілеостомованих хворих є ефективною складовою комплексу лікування хворих з ЗЗТК.

Висновки. 1. Ведення раннього післяопераційного періоду в пацієнтів із ЗЗТК доцільно проводити з використанням розпрацьованого способу лікування ілеостомованих хворих.

2. Застосування розпрацьованого способу в ранньому післяопераційному періоді дозволяє мінімізувати метаболічні та дисбіотичні порушення у пацієнтів та знизити частоту розвитку дисфункції стоми порівняно з контрольною групою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Куновский В. В. Микробная флора желудочно-кишечного тракта и ее влияние на развитие послеоперационных осложнений у хирургических больных / В. В. Куновский // Материалы научно-практической конференции “Лекарства – человеку”. – 2002. – XVII, № 1. – С. 205–217.
2. Шлях корекції об'єму кишкових виділень у ілеостомованих хворих / Ю. С. Лозинський, В. В. Куновський, І. О. Коляда, О. В. Леошик // Матеріали II з'їзду колопроктологів України. – К.: Медицина, 2006. – С. 168–171.
3. Патент України UA62152. Спосіб зменшення об'єму кишкових виділень та відновлення внутрішньокішкової флори у ілеостомованих пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді / Ю. С. Лозинський, І. О. Коляда, В. В. Куновський. – Бюл. 12, 2003.
4. Banerjee B. Nutritional Management of Digestive Disorders / B. Banerjee // 2011. Taylor and Francis Group USA, LLC. – P. 128–138.
5. Bayless T. M. Advanced Therapy of Inflammatory Bowel Disease: Ulcerative Colitis Volume I. / T. M. Bayless, S. B. Hanauer. – RMPH USA. – 2011. – P. 465–470.

6. Cima R. R. Ileostomy, Colostomy, and Pouches / R. R. Cima, J. H. Pemberton // Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. Ninth Edition. Elsevier Inc. – 2010. – P. 2016.
7. Eiden K. A. Nutritional Considerations in IBD / K. A. Eiden // Practical gastroenterology. – 2003. – May. – P. 33–54.
8. Probiotics in Inflammatory Bowel Diseases / P. Gionchetti, F. Rizzello, C. Morselli [et al.] // International Journal Probiotics and Prebiotics. – 2007. – Vol. 1. – № 2. – P. 97–104.
9. Matarese L. E. Bacteria-Induced Disease With Bacteria / L. E. Matarese, H. M. Kandil Preventing // Nutrition in Clinical Practice. – 2012. – Vol. 27. – P. 242–246.
10. Adhesion of inactivated probiotic strains to intestinal mucus / A. C. Ouwehand, S. Tolkko, J. Kulmala [et al.] // Letters in Applied Microbiology. – 2000. – Vol. 31. – P. 82–86.
11. Anti-inflammatory effects of *Saccharomyces boulardii* mediated by myeloid dendritic cells from patients with Crohn's disease and ulcerative colitis / Saskia Thomas, Diana Metzke, Jurgen Schmitz [et al.] // Journal of Physiology – Gastrointestinal and Liver Physiology. – 2011. – Vol. 301. – P. 1083–1092.

Отримано 15.09.14