

УДК 616.341-007.272-005-036.11-085.34

ПРОБІОТИКИ В РАННІЙ ЕНТЕРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТА ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

С. М. Жданов, І. А. Даниленко

Сумський державний університет

Реферат. Наведені порівняльні результати лікування 137 пацієнтів з гострою тонкокишковою непрохідністю та 253 пацієнтів з гострим порушенням мезентеріального кровообігу з використанням ранньої ентеральної терапії та без неї. Зниження летальності досягнуто завдяки патогенетичній направленості запропонованої терапії.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, гостре порушення мезентеріального кровообігу, рання ентеральна терапія.

Нормальна кишкова мікрофлора регулює основні життєво важливі функції, є одним з бар'єрів на шляху патогенних бактерій. Ушкодження на преентероцитарному рівні, як правило, є наслідком біохімічних і мікробіологічних змін у просвіті кишки, що стосуються проблеми транслокації бактерій через слизову оболонку тонкої кишки. Доцільно виділили три головних фактори, що сприяють цьому процесу: 1) підвищена концентрація бактерій у тонкій кишці, іменована в літературі найчастіше синдромом надлишкової бактерійної колонізації тонкої кишки; 2) порушення проникливості слизової оболонки тонкої кишки; 3) зниження місцевого імунітету і загальної резистентності організму [2, 4, 6].

Задачі дослідження:

1. Розробити спосіб профілактики мікробної транслокації з товстої кишки при гострій тонкокишкової непрохідності (ГТКН) та гострих порушеннях мезентеріального кровообігу (ГПМК).

2. Розробити методику комплексного лікування хворих з гострою тонкокишковою непрохідністю як стандарт ведення хворих на до-, інтра- та післяопераційному етапах.

3. Проаналізувати ефективність пробіотичної ентеральної терапії в післяопераційному періоді при резекціях великих ділянок тонкої кишки у хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу.

Мета роботи

Дослідити вплив зменшення транслокації мікрофлори з товстої кишки пробіотиками на результати лікування хворих на гостру тонкокишкову непрохідність та хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу.

Матеріал та методи

Клінічні дослідження проведені у 137 хворих, що проліковані в центральній районній клінічній лікарні м. Полтава та відділковій залізничній лікарні ст. Полтава-Південна з приводу ГТКН віком від 18 до 91 року протягом 2005 – 2007 рр. Клінічна картина перебігу гострої тонкокишкової непрохідності суттєво не відрізнялась від описаних в літературних джерелах. Усі хворі були поділені на чотири клінічні групи спостереження. Перший період спостережень: першу клінічну групу склали хворі, яким під час операції було виконано роз'єднання злук + інтубація кишечнику (50 хворих). В другу групу включили (17 хворих), яким виконано роз'єднання злук, резекція некротизованої ділянки кишки, інтубація кишечнику. Другий період спостережень (70 хворих) включав такий же розподіл, крім того хворі отримували запропоновану нами ранню ентеральну терапію. Всім пацієнтам виконували передопераційну підготовку за допомогою запропонованого нами "Способу передопераційної підготовки хворих на гостру кишкову непрохідність" [Патент України № 62507 А].

Лікувальна тактика включала декілька розроблених та запатентованих оригінальних лікувально-профілактичних заходів, які використовуються в процесі ведення хворих на передопераційному етапі, в процесі проведення оперативного втручання та на етапах реабілітації.

Результати та обговорення

Отримані в експерименті результати доводять, що первинною ланкою інфікування черевної порожнини при розвитку гострої тонкокишкової непрохідності є транслокація мікроорганізмів з товстої кишки у черевну порожнину, яка відбувається на шосту годину від початку моделювання захворювання. Процес колонізації тонкої кишки патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами до моменту транслокації їх у черевну порожнину відбувається протягом більш тривалого терміну – 9 годин з моменту відтворення моделі гострої тонкокишкової непрохідності [5, 7].

Запропонований спосіб передопераційної підготовки хворих з гострою тонкокишковою

непрохідністю з використанням води з рН-5,5 і пробіотика лінекса [Патент України № 62507 А] забезпечив зниження бактеріальної забрудненості умовно-патогенними мікроорганізмами *Clostridium* spp. з 10^5 до 10^3 , *Escherichia* з 10^8 до 10^3 , *Klebsiella* spp. з 10^5 до 10^2 , *Enterococcus* spp. з 10^6 до 10^3 , і підвищення кількості *Bifidobacterium* spp. з 10^3 до 10^9 , *Lactobacillium* spp. з 10^3 до 10^7 . Це суттєво зменшило ризик інфікування черевної порожнини шляхом транслокації мікроорганізмів з товстої кишки.

Розроблений, апробований в експерименті та впроваджений в клініку спосіб інтраопераційної діагностики порушень бар'єрної функції кишечника [Патент України № 21677 А] дозволив виявляти місця найбільш інтенсивного бактеріального забруднення черевної порожнини для адекватного її дренивання, а спосіб інтраопераційного визначення герметичності швів міжкишкових анастомозів дозволив запобігти розвитку перитоніту.

Спосіб ранньої біологічної ентеральної терапії [Патент України № 23899] в клініці при гострій тонкокишкової непрохідності дозволяє знизити бактеріальну забрудненість тонкої кишки на 12-ту годину після оперативного втручання *Clostridium* spp. з 10^3 до 10^2 , *Escherichia* spp. з 10^4 до 10^2 , *Klebsiella* spp. з 10^4 до 10^2 , *Staphylococcus* spp. з 10^5 до 10^2 , *Enterococcus* spp. з 10^3 до 10^2 , і підвищити кількість *Bifidobacterium* spp. з 10^2 до 10^3 , *Lactobacillium* spp. з 10^2 до 10^3 .

Летальність після операцій з приводу гострої тонкокишкової непрохідності за загальноприйнятою схемою лікування при роз'єднанні злук + інтубація кишечника становила 4%, при роз'єднанні злук + інтубація кишечника + виконання резекції кишки 23,5%. Використання в комплексному лікуванні запропонованих способів передопераційної підготовки, інтраопераційної діагностики порушень бар'єрної функції кишечника та ранньої біологічної ентеральної терапії як стандарт ведення хворих на до-, інтра- та післяопераційному етапах дозволило уникнути післяопераційної летальності при веденні хворих без виконання резекції кишки, і знизити летальність при виконання резекції кишки в 4,4 рази до 5,5%.

За період з 1993 по 2007 роки в х/в №1 та х/в №2 КУ "Сумська клінічна лікарня №5" проведено лікування 253 хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК) за загальноприйнятими методиками. З 2005 року хворим в якості складової комплексного післяопераційного лікування призначали препарат "Лінекс" поряд із раннім ентеральним харчуванням з метою корекції біоценозу киш-

ки, конкурентного пригнічення патогенної мікрофлори в просвіті киши та її транслокації крізь кишковий бар'єр в умовах порушеної мікроциркуляції. Використання пробіотиків особливо показане хворим на ГПМК для зменшення проявів ентеральної недостатності після вимушених резекцій великих нежиттєздатних ділянок тонкої кишки з правою половиною товстої кишки [1, 3, 8, 9].

7 пацієнтам, яким виконана поширена правобічна геміколонектомія з субтотальною резекцією тонкої кишки, проведено вищевказану післяопераційну терапію. У 4 пацієнтів, що одужали, зменшувалась тривалість післяопераційного парезу та прояви ентеральної недостатності, тобто була більш ефективною післяопераційна реабілітація.

Висновки

1. Використання пробіотиків дало можливість знизити післяопераційну летальність при ГТКН до 5,5 % .

2. Використання пробіотиків сприяло більш якісному корегуванню проявів ентеральної недостатності після резекцій великих ділянок тонкої кишки у хворих на ГПМК.

ПРОБИОТИКИ В РАННЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

С. Н. Жданов, И. А. Даниленко

Реферат. Приведены сравнительные результаты лечения 137 пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью и 253 пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения с применением ранней энтеральной терапии и без неё. Снижение показателей летальности достигнуто благодаря патогенетической направленности предложенной терапии.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, острое нарушение мезентериального кровообращения, ранняя энтеральная терапия.

PROBIOTICS IN EARLY ENTERAL THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION AND ACUTE DISORDERS OF MESENTERICAL CIRCULATIONS

S.N. Zhdanov, I.A. Danilenko

Abstract. The results of treatment of 137 patients with acute small bowel obstruction and 253 patients with acute disorders of mesenteric circulations were analyzed. Diminishing of the mortality rates are achieved by means of pathogenetic direction of suggested therapy. Lethal outcomes of the operations for acute small bowel obstruction performed in accordance to the conventional scheme of adhesion removal+bowel intubation averaged out 4%. The applying of proposed preoperative preparation, intraoperative diagnostics of barrier bowel dysfunction, and early biological entreat therapy as a standard of patients management at pre-, intra-, and post-operative periods allowed to avoid post-operative lethal outcomes

when managing patients who had been not subjected to bowel resection, and to reduce lethality when the procedure of bowel resection had been performed in 4.4 times up to 5.5%.

Key words: acute small bowel obstruction, acute disorders of mesenteric circulations, complex early enteral therapy.

ЛІТЕРАТУРА

1. Давыдов Ю.А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. - М.: Медицина. - 1997. - С. 205.
2. Захараш М.П., Заверний Л.Г., Пехенько С.І. Вибір методу інтубації та декомпресії кишечника при гострій кишковій непрохідності // Науковий вісник Ужгородського університету. - 2001. - Вип.14. - С. 10-11.
3. Кланца А. І. Оптимізація лікування гострої мезентеріальної ішемії, ускладненої інфарктом кишки (клініко-експериментальне дослідження): Автореферат дис. ...канд. мед. наук. Вінниця- 2007.-24 с.
4. Лігоненко О.В., Іванов Р.П. Причини летальності при гострій тонкокишковій непрохідності // «Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії»: Зб. матеріалів. - Львів, 2004. - С. 100-101.
5. Лігоненко О.В., Іванов Р.П., Аеш Рабіа Ахмад. Спосіб інтраопераційної діагностики межі життєздатності кишки при кишковій непрохідності// Харківська хірургічна школа. - 2004. - №1-2. - С. 118.
6. Лігоненко О.В., Чорна І.О., Жданов С.М. Використання пробіотиків в ранній ентеральній терапії при гострій тонкокишковій непрохідності//Матеріали Всеукраїнської хірургічної науково-практичної та навчально-методичної конференції «Фундаментальні науки – хірургії» (III Скліфосовські читання), 5-6 квітня 2007 р. – Актуальні проблеми сучасної медицини. – Полтава. – 2007. - С. 135-136.
7. Baig, M. K., S. D. Wexner. «Postoperative Ileus: A Review.» // Diseases of the Colon and Rectum. - 2004. Vol.47, №3.- P. 516-526.
8. Lock G. Acute intestinal ischemia // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenter. 2001. - Vol.15. -P. 83-98.
9. Oldenburg A., Lau L., Rodenberg T., Edmonds H., Burger C. Acute mesenteric ischemia//Arch. Intern. Med. - 2004. -Vol. 164. - № 5. - P. 1054–1062.