

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯРЕЗЕКЦІЙНОЇ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

*Кононенко М. Г., Кащенко Л. Г., Даниленко І. А., Топіха Н.С., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

Причиною післярезекційної ентеральної недостатності є зменшення поверхні пристінкового перетравлення та всмоктування поживних речовин, дисбаланс продукції інтестинальних гормонів, транслокація токсинів та мікроорганізмів в систему лімфогемоциркуляції. Незадовільні результати лікування пацієнтів з гострим порушенням мезентеріального кровообігу (ГПМК) після видалення значних за обсягом ділянок кишки, особливо тонкої, значною мірою залежать від складності корекції вищезазначених порушень.

Мета. Запропонувати комплексне лікування післярезекційної ентеральної недостатності у хворих на ГПМК.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням в х/в №1 та х/в №2 Сумської міської клінічної лікарні №5 з листопада 2007 по серпень 2010 років з діагнозом ГПМК пролікований 41 пацієнт. Для зменшення гіпоксії, метаболічних порушень та ендогенної інтоксикації вирішальне значення мала декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту перед програмованою релапаротомією. З цією метою ми використовували «Спосіб декомпресії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту після великих резекцій тонкої кишки у хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу» (Патент України № 54686). Ішемія слизової оболонки в післяопераційному періоді вимагала попередньої корекції, яку додатково проводили введенням 200 мл розчину Рінгера або Рінгера-Локка в просвіт кишки 3-4 рази за добу, обов'язково після аспірації внутрішньокишкового вмісту. Введення харчової суміші (Берламін-Модуляр) розпочинали з другої доби: після аспірації внутрішньокишкового вмісту повільно вводили по зонду 150 – 200 мл кожні 6 годин. Ентеральне харчування тривало до ліквідації єюностоми під час релапаротомії. В післяопераційному періоді проводили масивну інфузійну терапію загальним об'ємом рідини до 80 мл/кг. Невід'ємною частиною післяопераційного лікування було парентеральне харчування. З метою корекції мікроциркуляторних порушень призначали пентоксифілін 2% - 20 мл/добу, тівортін 200 мл/добу, реосорбілакт 200 – 400 мл/добу. Антибіотикотерапію проводили емпірично цефтріаксоном 1-2 гр з сульбактамом 0,5-1 гр в/в двічі на добу + метронідазол 0,5 в/в тричі на добу. В якості метаболічної терапії призначали рібоксин 2% - 10 мл в/в, мілдронат 10% - 10 мл в/в, тіотріозолін 2% - 4 мл в/м. Квамател призначали по 20 мг двічі на добу в/в протягом 5 діб при резекції здухвинної кишки та по 40 мг двічі на добу до 14 доби включно. Холестираміном (по 4 – 8 гр) зв'язували жовчні кислоти. «Лінекс» призначали по 2 капсули 3 рази на добу протягом всього періоду лікування з метою корекції мікрофлори, стимуляції місцевого та гуморального імунітету, зниження рН кишкового вмісту. Лоперамідом корегували післярезекційну діарею середнього та тяжкого ступіня тяжкості при субтотальних резекціях тонкої кишки, особливо при поєднанні з резекцією ілеоцекального сегменту кишки. Призначали перорально у початковій дозі 4 мг (2 капсули), надалі по 1 капсулі 4 рази на добу.

Результати. З 27 пацієнтів з проксимальними артеріальними тромбоемболіями радикальні оперативні втручання проведено у 16 (59%), з них у 6 (37%) – субтотальна резекція тонкої кишки з декомпресією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту перед програмованою релапаротомією. В результаті застосування обраної тактики комплексного лікування післярезекційної ентеральної недостатності виписані 3 (50%) з 6 пацієнтів. Загальна летальність в групі пацієнтів з проксимальними артеріальними тромбоемболіями склала 70,3% (з 27 померло 19).

Висновки. Використання комплексного лікування післярезекційної ентеральної недостатності дозволило знизити летальність у пацієнтів з проксимальними артеріальними тромбоемболіями до 50%.