

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ

Калуцька Н.Г., Снегірьова І.О., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – Пак В.Я.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Проаналізовано результати хірургічного лікування 57 хворих віком 18 – 67 років на гостру спайкову непрохідність тонкої кишки (ГСНТК) у яких діагностовано синдром ентеральної недостатності (СЕН) на різних стадіях.

Згідно застосованої медикаментозної корекції всі хворі розподілені на 2 групи: першу групу склали 25 хворих, результати лікування яких оцінено ретроспективно і яким не проводилось ціленаправленого лікування СЕН, а другу (основну) групу – 32 пацієнти, що лікувались протягом останніх 4–х років і в комплекс їхнього післяопераційного лікування включена корекція СЕН. Критерієм нашого дослідження було: виникнення перитоніту з наявністю фібринозного і геморагічного ексудату і гнійних процесів у черевній порожнині.

Ретроспективний аналіз лікування хворих першої групи показав, що хоча лікувальна тактика у них була патогенетично обґрунтованою, однак у післяопераційному періоді медикаментозна корекція СЕН проводилася не у повному обсязі. У 5 (20,0%) хворих це призвело до прогресування хвороби і виникнення перитоніту з наявністю абсцесів у черевній порожнині.

Основним у заходах лікування СЕН у другій групі був критерій вибору антибіотиків. Призначали карбопенеми, цефалоспорини III-IV і аміноглікозиди III покоління та фторхінолони, враховуючи те, що найбільш часто збудниками гнійно-септичних ускладнень були чутливі до них *E. Coli*, *Enterobacteriaceae*, *Bacteroides* spp., *Enterococcus* spp., *Streptococcus* spp. Обов'язковим вважаємо поєднання цих антибіотиків з препаратами групи метронідазолу.

Декомпресію кишечника проводили через назогастрально заведений зонд і тільки у хворих старше 60 років із бронхо-легеневою і серцево-судинною патологією проводили ретроградну інтубацію через апендикомі- і цекостому. По закінченню інтубації і щоденно проводили череззондовий лаваж кишки антисептиками. За нашими даними введення антибіотиків з цією метою не оправдане, оскільки у кишці дуже швидко знижується їхня ефективність через зменшення концентрації, а це призводить до швидкого привикання, що не зупиняє контамінацію і транслокацію мікроорганізмів. В комплекс лікування СЕН вводили препарати, що регулюють продукцію цитокінів, знижують вироблення низькомолекулярних медіаторів запалення, попереджають агрегацію формених елементів крові, стимулюють властивості ендотелію реагувати на високі концентрації продуктів бактеріального походження. Один із важливих заходів вважали ентеросорбцію. Тому в схему лікування включали ентеросорбенти, що було патогенетично обґрунтовано і доцільно. Обов'язково призначали еубіотики. Раннє ентеральне зондове харчування починали зразу після відновлення свідомості, ковтального і кашльового рефлексів після наркозу. Зі швидкістю 20-30 мл/год вводили глюкозо-сольові суміші, а з 2-3 дня – збалансовані харчові суміші. Стимуляцію моторно-евакуаторної функції кишечника і корекцію гомеостазу проводили за загально прийнятими схемами комплексної терапії з урахуванням клініко-лабораторних даних у динаміці.

Такий підхід до лікування хворих другої (контрольної) групи забезпечив зниження гнійно-септичних ускладнень, тобто релапаротомії з приводу міжпетлевних абсцесів потребували тільки 2 хворих (6,2%).

Отже, СЕН є одним із основних патогенетичних механізмів появи гнійно-септичних ускладнень та СПОН у хворих на ГСНТК. Здійснення комплексних лікувально-профілактичних заходів даного синдрому сприяє зниженню післяопераційних ускладнень.