

ИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кенарская М.В., Иванов С.А., Корымасов Е.А.

ГБУЗ СО Самарская областная больница им. В.Д.Серedaвина, Самара, Россия

Введение. Одним из ведущих синдромов, определяющих тяжесть состояния пациентов с распространённым перитонитом (РП), выступает синдром энтеральной недостаточности (ЭН). В условиях нарушенной микроциркуляции и гипоксии стенки кишки, первым страдает энтерогематический барьер, что приводит к прогрессии эндотоксикоза и развитию полиорганной недостаточности. Важным компонентом в коррекции энтеральной недостаточности при РП является интестинальная оксигенотерапия. Цель работы. Повышение эффективности коррекции синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым перитонитом путём применения интестинальной оксигенотерапии.

Материалы и методы. С 2018 по 2020 гг. на базе СОКБ им. В.Д.Серedaвина г.Самары проходили лечение 19 пациентов с РП и ЭН. Исследование носило проспективный характер. У всех пациентов был вторичный распространённый перитонит, при этом у 9 (47,4%) РП был осложнением ранее выполненных плановых операций. Клинические признаки ЭН были следующими: тахикардия, вздутие живота, рвота, застойное отделяемое по назогастральному зонду в объёме более 1000 мл, отсутствие отхождения газов и стула в течение 12 часов, у 8(44%) пациентов отмечали многократный жидкий стул при отсутствии перистальтики. Все пациенты получали комплексное лечение РП, включавшее предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, интубацию тонкой кишки. Интраоперационно и после операции проводили энтеральный лаваж и энтеросорбцию. В послеоперационном периоде пациентам измеряли уровень внутрибрюшного давления (ВБД), степень энтеральной недостаточности определяли при помощи разработанной шкалы (патент РФ № 2019612419) интраоперационно, а также на 2, 4, 6 и 12 сутки после операции. Интраоперационно II степень ЭН диагностировали у 12(63,2%) пациентов, III степень энтеральной недостаточности была у 7(36,8%) больных. Средний уровень ВБД через 12 часов после операции составил 9.4 ± 1.3 мм.рт.ст. Интестинальную оксигенотерапию проводили при помощи портативного устройства для введения газов в полости, через интестинальный зонд со средней скоростью 80 мл/мин, в объёме от 0.7 ± 0.3 л до 2.5 ± 0.4 л, 3 раза в сутки. Среднее значение ВБД после процедуры варьировало в пределах 10.1 ± 0.8 мм.рт.ст. При повышении ВБД до 12 мм.рт.ст. введение кислорода прекращали. Сеансы оксигенотерапии продолжали до момента удаления интестинального зонда.

Результаты. Осложнений, связанных с выполнением интестинальной оксигенотерапии, не было. У всех больных после 2 сеансов интестинальной оксигенотерапии отмечали нормализацию лабораторных показателей (снижение лейкоцитоза и уровня С-реактивного белка). Кроме этого, наблюдали появление перистальтики, самостоятельного стула, усвоение более 50% объема вводимых энтеральных смесей. Динамика ЭН через 24 часа после начала интестинальной оксигенотерапии была следующей: III степень ЭН диагностирована у 2(10,5%) пациентов, II степень у 15(73,7%), I степень у 3(15,8%) больных. У 16 (57,9%) больных отмечали появление перистальтических шумов. На 4 сутки после операции II степень определяли у 9(47,4%) больных, I была у 10(52,6%) пациентов. К этому времени отмечено снижение лейкоцитоза (с $23.1 \pm 4.3 \times 10^9/L$ при поступлении до $14.0 \pm 2.5 \times 10^9/L$ к 4 суткам, $p=0.009$), уменьшение уровня С-реактивного белка: с 226.52 ± 61.86 мг/л в день операции до 58 ± 29.05 мг/л к 4 суткам после операции, $p=0.003$. На 6 сутки послеоперационного периода у 12(63,2%) пациентов была I степень ЭН, при этом появлялась перистальтика и самостоятельный стул, что являлось показанием к удалению интестинального зонда.

Заключение. Введение кислорода в тонкую кишку при синдроме энтеральной недостаточности уменьшает проявления эндотоксикоза и полиорганной недостаточности, что сопровождается нормализацией системной и местной гемодинамики и клинико-лабораторных показателей, отмечается появление перистальтики и самостоятельного стула в ранние сроки послеоперационного периода.

