

Л.В. Александров, М.Р. Ба, Е.Е. Ачкасов, М.Г. Негребов

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета. Москва, leon-alexander@yandex.ru

Белково-энергетическая недостаточность у всех пациентов хирургического стационара, в частности у больных с механической тонкокишечной непроходимостью, является одним из факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на течение послеоперационного периода.

Цель исследования: Разработка наиболее оптимального способа нутритивной поддержки больных с механической тонкокишечной непроходимостью с улучшением результатов лечения.

Материалы и методы: С 2007 по 2012 годы на базе Городской клинической больницы №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы оперировали 78 больных по поводу механической тонкокишечной непроходимости различной степени тяжести. В данное исследование включили пациентов без злокачественных новообразований, у которых операция была выполнена без вскрытия просвета кишки или формирования межкишечных анастомозов. Так компенсированную кишечную непроходимость выявили у 22 (28%) пациентов, субкомпенсированную у 35 (44%), а остальных – декомпенсированную кишечную непроходимость. Пациентам с суб- и декомпенсированной кишечной непроходимостью проводили интраоперационную декомпрессию тонкой кишки с последующим её отмыванием охлажденным физиологическим раствором.

Для удобства анализа всех больных разделили на 2 однородные группы. В I группу включили 33 (42%) пациентов, которым интраоперационно или сразу после окончания операции при помощи эзофагогастродуоденоскопии устанавливали назоюнальный зонд (диаметр 2 мм) дистальнее связки Трейца, в который для разрешения динамической кишечной непроходимости, струйно вводили охлажденный до 16-18°C физиологический раствор со скоростью не менее 35-40 мл/мин в объеме не менее 1200 мл. Восстановление всасывательной и моторной функции кишки оценивали клинически, рентгенологически и на основании теста под ультразвуковым контролем на всасывание 50 мл теплого (до 37°C) физиологического раствора. Явления послеоперационной динамической кишечной непроходимости у больных с компенсированной кишечной непроходимостью разрешили в среднем в течение 8-10 часов, с

субкомпенсированной - 20 - 24 часов, а декомпенсированной не более 36 часов. Сразу после восстановления всасывательной функции кишки и разрешения динамической кишечной непроходимости, начиная с первых суток, назоэнтеральный зонд использовали для введения сбалансированных энтеральных питательных смесей в качестве дополнительного энтерального питания на фоне парентерального питания. Для расчета фактической энергопотребности использовали уравнение Харриса-Бенедикта с поправкой на коэффициент активности от 1,2 до 1,4 в зависимости от тяжести состояния больных. В течение 1 - 3 суток использовали гипокалорийные 50 % смеси, чтобы избежать гипералиментации, сопровождающейся гипофосфатемией и приводящей к гиподинамии миокарда, изменению общего сосудистого сопротивления и фатальному расстройству системного кровообращения. Дополнительное энтеральное питание (с постепенным переходом на сипинг) проводили в течение всего послеоперационного периода.

Водно-электролитные и белково-энергетические нарушения 45(57%) больным II группы корректировали в течение первых 2 суток и при необходимости дольше парентеральным путем до разрешения динамической кишечной непроходимости с дальнейшим питанием через рот стандартными диетами. Всем пациентам проводили исследование трофического статуса и азотистого баланса.

Результаты: Осложнений послеоперационного периода и умерших среди больных первой группы не было. Во второй группе (у больных с длительно сохраняющейся послеоперационной динамической кишечной непроходимостью) продленная искусственная вентиляция легких потребовалась у 3\4 больных с декомпенсированной кишечной непроходимостью. В 4 наблюдениях выявили очаговую пневмонию, у 1 пациента развился острый инфаркт миокарда, нагноение операционной раны возникло у 5 больных. Умерло 2 больных. Причиной смерти явилась декомпенсация хронической сердечной и почечной недостаточности.

Выводы: 1. Парентеральное питание и диета по Певзнеру не предотвращает прогрессирования белково-энергетической недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде. 2. Раннее энтеральное зондовое питание после разрешения явлений динамической кишечной непроходимости, а в последствии сиппинг, позволяет добиться поддержания положительного азотистого баланса и предотвратить развитие послеоперационных осложнений и снизить летальность.