

РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ¹

*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного
факультета, г. Москва, doctor_ba@mail.ru*

Введение. В последние годы данные литературы свидетельствуют об увеличении количества операций по поводу острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости (ОСТН)[1].

По данным разных авторов послеоперационная летальность колеблется от 4,6% до 40%. Такая высокая летальность связана с развитием синдрома энтеральной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, несостоятельности швов анастомозов после резекции тонкой кишки [2].

Помимо этого в послеоперационном периоде неблагоприятное воздействие на организм пациентов оказывают метаболические нарушения различной степени выраженности, в результате преобладания катаболических процессов, способствующие нарушению внутрисстеночного, пристеночного и мембранного пищеварения[3].

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с ОСТН.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с ОСТН, находившихся на лечении в ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова с 2009 по 2012гг. В данное исследование включены 142 (100%) пациента с ОСТН, которые перенесли резекцию нежизнеспособного участка тонкой кишки. Из исследования были исключены пациенты с опухолевой кишечной непроходимостью и мезентеральным тромбозом. Для удобства оценки результатов хирургического лечения были выделены две клинические группы: основная 68 (47,8%) и контрольная 74 (52,2%). Обе группы репрезентативны по полу, возрасту, этиологии ОСТН. Причиной непроходимости в 52 (%) случаях была ущемленная грыжа, в 86 (60,6%) спайки, в 4 (2,8%) заворот тонкой кишки.

¹Negrebov MG, Aleksandrov LV, Ba M.R. The role of nutritional support in the treatment of patients with acute intestinal strangulation obstruction.

Пациентам основной группы после интраоперационной декомпрессии устанавливали назоюнональный зонд (НЕЗ) за зону анастомоза. В 1-е сутки после операции в НЕЗ вводили охлажденный до 14-16 °С 0,9% физиологический раствор. Контроль за разрешением динамической кишечной непроходимости осуществляли по следующим критериям: физикальные данные, суточные потери по желудочному зонду, данные УЗИ брюшной полости, измерение внутрибрюшного давления, обзорная рентгенограмма брюшной полости. С 2-3-х суток пациенты основной группы получали энтеральное питание через НЕЗ, с последующим переходом на сипинг и оральное питание. Пациентам контрольной группы в 1-е сутки проводили парентеральную коррекцию водно-электролитных нарушений и на 4-5-е сутки их переводили на оральное питание.

Результаты. Осложнений в послеоперационном периоде и умерших среди пациентов основной группы не было. В контрольной группе у пациентов наблюдалась длительная динамическая кишечная непроходимость, в связи с чем у 5-ти пациентов развилась очаговая пневмония, у 1 развилось ОНМК, у 4-х послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза. 22 пациентам понадобилась длительная ИВЛ. Летальный исход имел место в двух случаях. Причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

Выводы.

1. Пациентам с ОСТН необходимо контролировать трофический статус и проводить коррекцию белково-энергетических нарушений в ранние сроки после операции.
2. Раннее отмывание кишечника способствует скорейшему разрешению динамической кишечной непроходимости и переводу пациента на энтеральное питание, что способствует: снижению риска развития осложнений, летальности в послеоперационном периоде и сокращению сроков госпитализации.

Литература:

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. СПб.: Питер, 1999. 443 с.
2. Станчиц И.В. и др. Оценка риска летального исхода у больных с острой кишечной непроходимостью. СПб., 1999. С.58-59.
3. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Оценка состояния питания и определение потребности в нутритивной поддержке. М.: Профиль, 2007. 86с.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, нутритивная поддержка, энтеральное питание.

Key words: ileus, nutritional support, enteral nutrition.

УДК616.24-005.1

Д.С. Новиков, В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов, М.А. Лагун

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ¹

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И.Разумовского, Саратов, pppfsurg@yandex.ru*

Легочное кровотечение является тяжелым осложнением многих заболеваний. Его развитие связано с многими механизмами, в том числе и с нарушениями в свертывающей системе крови [1]. Это проявляется в гипокоагуляции с последующим длительным повышением активности фибринолитических факторов, что расценивается как проявление местного ДВС-синдрома. Он препятствует образованию полноценного тромба в месте дефекта сосудистой стенки и способствует продолжению кровотечения [2].

Цель работы: определить изменения гемостаза, приводящие к развитию легочного кровотечения.

Материал и методы. Для выявления изменений гемостаза в процессе лечения и с целью диагностики ДВС-синдрома использован экспресс-метод при помощи электрокоагулографа Н-334. Определялись характерные критерии ДВС: укорочение I и II фаз свертывания крови, уменьшение плотности сгустка, снижение уровня фибриногена в крови и усиление фибринолиза. Исследованы параметры электрокоагулограммы у 66 больных, поступивших в торакальное отделение с кровохарканьем и кровотечением I степени, и у 41 больного с кровотечением II и III степени.

Результаты. Установлено, что у больных с кровохарканьем и кровотечением I степени показатели электрокоагулограммы достоверно не отличались от таковых у больных без кровотечения. В последующем у 42 из этих больных

¹Novikov D.S., Fedorov V.E., Kharitonov B.S., Lagoon, M.A. Prediction of bleeding in thoracic patients.