

УДК 617-089.168.1-083.2-032:611.33:615.477.85

© Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.И. Деев, М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев, 2010

Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.И. Деев, М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии

с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии

(Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москвы)

В статье описывается значение энтерального питания у больных в послеоперационном периоде с целью коррекции метаболических процессов. Описаны и проведена оценка основных путей проведения энтерального питания. Указаны преимущества чрескожной эндоскопической гастростомии в обеспечении энтеральным питанием; описана техника ее выполнения.

Ключевые слова: энтеральное питание, метаболические нарушения, чрескожная эндоскопическая гастростомия.

R.B. Mumladze, U.S. Rozikov, A.I. Deev, M.V. Chernov, R.I. Butabaev

THE ENTERAL NUTRITION BY PATIENTS IN POSTOPERATION PERIOD

The article deals with enteral nutrition by reanimation patients to correct the metabolic process. The main methods of enteral nutrition in postoperation period were evaluated. Advantages of percutaneous endoscopic gastrostomy in realizing of enteral nutrition were also analysed. Describes the technique of percutaneous endoscopic gastrostomy.

Key words: enteral nutrition, metabolic violations, percutaneous endoscopic gastrostomy.

Обеспечение энтерального питания у больных, перенесших оперативное вмешательство, и реанимационных больных является одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии.

Сложность проблемы заключается в выборе оптимального пути введения энтерального питания.

Отдельные попытки зондового внутрижелудочного питания предпринимались еще в XVII – XVIII вв. В 1793г. в английский хирург Дж. Хантер (Hunter J.) применил в качестве желудочного зонда китовый ус, обернутый кожей утря. Больному с бульбарными нарушениями он вводил в желудок зондовое питание, состоящее из молока, яиц, сахара, студня.

Но настоящее развитие энтеральное зондовое питание получило лишь в XX в., после разработки состава искусственных питательных смесей и специальных зондов. Первой искусственной питательной смесью, полностью заменяющей питание грудных детей, был Нутрамиген, произведенный в США в 1942г. компанией «Mid Johnson». И только в 1974г. эта же компания, выпустила первую смесь для взрослых пациентов – Изокал.

Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтеральным питанием, когда отсутствует возможность ус-

тановки назогастрального зонда, например при опухолевом поражении пищевода. Идея операции гастростомии и ее теоретическое обоснование принадлежит норвежскому хирургу Egeberg (1837г.) и профессору Московского университета В.А. Басову (1842г.). Первое успешное наложение гастростомы для питания выполнено французским хирургом Вернеем в 1876г. О проведении энтерального питания через фистулу тощей кишки впервые упоминается в 1858г. (W. Bush). На протяжении последующих десятилетий такими известными хирургами как Витцель, Топровер, Кадер, Фолей, Юдин и др. разрабатывались различные способы наложения гастростомы. К настоящему времени в литературе опубликовано свыше 100 модификаций гастростомии, которая может быть наложена временно или постоянно, в зависимости от показаний к операции, а также около 30 методов еюностомий - подвесных, трубчатых, губовидных, инвагинационных и инвагинационно-клапанных (Т.И. Шраер, 1989; Г.С.Васильев с соавт., 1993; G.D.Burtch 1987; Q.Y. Duh et al., 1995).

В результате к гастростоме сформировались следующие требования:

Гастростомический канал должен быть прямым и достаточно широким для прохождения пищи, должен занимать минимальную

площадь желудка, в большинстве случаев не должен самостоятельно облитерироваться при временном извлечении трубки должен обеспечивать герметичность полости желудка для предупреждения обратного излияния желудочного содержимого на переднюю брюшную стенку.

С развитием медицинских технологий и эндоскопии, появились менее инвазивные способы для проведения энтерального питания: это, в первую очередь, эндоскопически устанавливаемые назогастральный и назоинтестинальный зонды, а из оперативных способов - лапароскопическая гастростомия (И.М. Прудков, 1978 г.).

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) впервые была использована на практике в 1980 г. (M. Gauderer, J. Ponsky) [6].

Предложенная ими методика ЧЭГ получила название pull-метода, т.е. вытягивания гастростомической трубки по проводнику из полости желудка на себя. Впоследствии были предложены различные модификации методики ЧЭГ, такие как push-метод – метод выталкивания (Sacks-Vine) и установка гастростомической трубки с помощью интродьюсера пункционным методом извне (аналогично методике Сельдингера) под контролем эндоскопа (Russell).

Наш опыт показывает, что все способы проведения энтерального питания имеют индивидуальные показания и противопоказания в зависимости от характера патологического процесса.

Энтеральное питание играет важную роль в нормализации гомеостаза у больных перенесших хирургические вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в раннем послеоперационном периоде. Известно, что ранний послеоперационный период у данной категории больных обеспечивается в условиях реанимационного отделения. Одним из основных компонентов раннего послеоперационного периода является лечение, направленное на нормализацию гомеостаза, который разрушается в результате «хирургической агрессии».

Сегодня общепризнанным фактором является главенствующая роль реакции системного воспалительного ответа в формировании критического состояния любой этиологии. Метаболические характеристики синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) сегодня объединяют в единый синдром гиперметаболизма, который представляет собой суммарный метаболический ответ на воспалительную реакцию. В этот период уро-

вень фактического обмена, определенного по потреблению кислорода, составляет от 117% до 150% от исходного. Следствием прогрессирующего течения гиперметаболизма является не только органная дисфункция, но и белково-энергетическая недостаточность с последующим истощением организма. Для поддержания гомеостаза и функции жизненно важных органов в послеоперационном периоде включается нервно-рефлекторный и эндокринно-вегетативный компоненты, которые обеспечивают нормализацию данного комплекса. В условиях отсутствия поступления энергетических экзогенных питательных веществ в ЖКТ очень быстро приводит к истощению эндогенных резервов организма. Известно, что затрата этих энергетических ресурсов приводит, как правило, к резкому снижению резервных возможностей организма, и как результат – к катастрофе. Одним из такой угрожающей ситуации в раннем послеоперационном периоде является белково-энергетическая недостаточность с последующим истощением организма, а локально может привести к несостоятельности швов анастомозов органов ЖКТ [4,7].

Изменения метаболизма при синдроме системного воспалительного ответа:

Метаболизм углеводов

- Толерантность клеток к глюкозе.
- Возрастает скорость продукции глюкозы гепатоцитами.
- Мобилизация аминокислот из миоцитов и висцеральных клеток для глюконеогенеза.
- Сочетание толерантности периферических тканей к глюкозе и активного глюконеогенеза.

Метаболизм белков

- Перераспределение протеинов для глюконеогенеза, синтез острофазовых белков, цитокинов.
- Несмотря на повышенный синтез белка, преобладает распад белковых субстанций.
- Отрицательный азотистый баланс.

Метаболизм липидов

- Активация липолиза.
- Снижение утилизации жирных кислот и триацилглицеролов тканями.
- Снижение активности липопротеинлипазы.

При гиперметаболизме происходит мобилизация энергии и субстратов для поддержания воспаления, иммунных реакций и регенерации тканей. Увеличение потребления кислорода и выработки углекислоты является следствием возрастающей почти в два раза энергопотребности покоя. В то время как

имеет место суммарное увеличение количества потребляемых нутриентов, включая глюкозу, отмечается абсолютное снижение калорий, получаемых при окислении глюкозы, и увеличение количества калорий, выделяющихся при окислении аминокислот. Для обмена липидов характерно усиление липолиза и торможение липогенеза. Увеличивается оборот жирных кислот с длинной и средней цепью. Изменяется плазменный профиль жирных кислот: концентрация олеиновой кислоты увеличивается, а линолевой и арахидоновой снижается. В значительной степени возрастает катаболизм белков. Несмотря на ускоренный синтез протеинов, реакции распада и потребления белков создают отрицательный азотистый баланс. Аминокислоты мобилизируются из скелетной мускулатуры, соединительной ткани, нефункционирующего кишечника и поддерживают раневой процесс, синтез острофазовых молекул.

Повреждение ткани стимулирует продукцию цитокинов макрофагами, которые в свою очередь увеличивают выработку острофазовых молекул, при этом снижается или даже прекращается синтез других ("спокойных") органических белков. Из-за короткой жизни острофазовые белки увеличивают белковый профиль плазмы, однако, содержание висцеральных белков снижается. По мере выздоровления или при адекватной нутритивной поддержке соотношение сменяется в обратную сторону. Суточная экскреция аминокислот с мочой достигает 25-30 г. и не подвергается полной коррекции парентеральным введением донаторов азота и энергии.

Данные биохимические характеристики гиперметаболизма создают множество порочных кругов, результатом взаимодействия которых является потеря структуры и несостоятельность продукции энергии клеткой [5].

По данным ряда авторов доказано, что кишечник играет важную роль в патогенезе метаболических сдвигов при критических состояниях и в значительной степени способствует развитию полиорганной недостаточности (ПОН). Впервые американские исследователи J. Meakins и S. Marshall выдвинули гипотезу, что одним из компонентов развития полиорганной недостаточности является резкое изменение проницаемости слизистой оболочки кишечника, что в свою очередь приводит к транслокации бактерий и токсинов из просвета кишечника в систему циркуляции. Следует отметить, что этот процесс по мнению этих авторов является одной из причин септических состояний, коррекция которых чрезвычай-

но сложна. Доказано, что полный покой кишечника вызывает атрофию его слизистой оболочки. Дегенеративные изменения в кишечной стенке возникают уже через несколько дней покоя, причём они прогрессируют, несмотря на проведение полного парентерального питания. Слизистая оболочка кишечника служит защитным барьером, изолирующим патогенные микроорганизмы, находящиеся в его просвете, от циркулирующей крови. Если этот барьер разрушен, то бактерии могут инвазировать слизистую, получая доступ в сосуды. Этот процесс носит название транслокации. Транслокация может быть наиболее важной причиной скрытого сепсиса у тяжелобольных, её расценивают как первый шаг к синдрому полиорганной недостаточности. Энтеральное питание способно участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Вот поэтому проблема адекватного нутритивного обеспечения в раннем послеоперационном периоде у больных в отделении реанимации и интенсивной терапии чрезвычайно важна [2,8].

Применение энтерального питания обеспечивает введение фармаконутриентов, что оказывает влияние на воспалительный ответ, иммунный статус, сохранение кишечного барьера, улучшение белкового обмена, разрешение синдрома гиперметаболизма и гиперкатаболизма [1,6].

Раннее энтеральное питание является основным методом нутритивной поддержки у больных в критических состояниях.

Правильное применение данного вида нутритивной поддержки позволяет:

- предотвратить атрофию слизистой желудочно-кишечного тракта;
- снизить выраженность стрессовой реакции;
- увеличить мезентериальный и печеночный кровоток;
- снизить частоту желудочно-кишечных кровотечений из острых язв;
- снизить риск инфекционных осложнений и развития синдрома полиорганной недостаточности.

Доказано, что адекватно подобранное нутритивное обеспечение у данных больных в послеоперационном периоде способствует профилактике грозных послеоперационных осложнений, включая перитонит и полиорганную недостаточность, что, в конечном счёте, является причиной летальных исходов.

Исследованиями многих авторов доказано, что нутритивная поддержка должна начинаться через 8-12ч. после «хирургической агрессии» - в данном случае, хирургического вмешательства на органах ЖКТ.

Однако, реализация энтерального питания у больных в раннем послеоперационном периоде чрезвычайно сложна. Известно, что любое хирургическое вмешательство на органах ЖКТ, включая и операции по поводу онкологических заболеваний, следует завершать установкой назогастрального или назоинтестинального зонда - устройства, позволяющим в послеоперационном периоде осуществлять энтеральное питание. Следует отметить, что у целого ряда больных при сохраненной функции ЖКТ (перистальтика кишечника) не удается даже в процессе операции установить такой зонд. Особенно это относится к тем больным, у которых послеоперационные травмы носят комбинированный характер и достаточно обширны. Поэтому достаточно часто возникает вопрос о формировании искусственных стом ЖКТ для обеспечения энтерального питания [10]. В свою очередь, формирование этих стом сопряжено с дополнительной «травмой» и «хирургической агрессией».

В связи с вышеизложенным, чрезвычайно актуальным является выбор типа питания для каждого конкретного больного индивидуально, в зависимости от необходимости нутритивного обеспечения.

Учитывая все вышеизложенное, мы считаем, что приоритет в обеспечении нутритивного баланса должен быть отдан энтеральному питанию, поскольку всасывательная функция слизистой ЖКТ способствует сохранению защитного барьера, отделяя патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции.

Многолетний опыт клиники показал, что введение энтерального питания у больных в раннем послеоперационном периоде может быть обеспечено как носо-желудочно-тонкокишечным зондом, так и искусственным свищом желудка (гастростомой). Преимуществами проведения эндоскопического неинвазивного назоэнтерального капиллярного способа является общедоступность: установить назогастральный или назоинтестинальный зонды под контролем гастроскопа можно в любом хирургическом, эндоскопическом или реанимационном отделениях, под местной анестезией. Необходимое условие эндоскопического способа - проходимость просвета пищевода и желудка. Многолетний опыт пока-

зывает, что зондовое питание имеет такие значительные недостатки, как расположение зонда на перекрестке дыхательных и пищеводных путей, способность вызывать пролежни и эрозии пищевода при длительном стоянии. Следует учитывать, что этот зонд располагается на перекрестке дыхательных и пищеводных путей, что приводит к нарушению функции внешнего дыхания (А.Ж. Вемян). Понятно, что нарушение функции внешнего дыхания влечет за собой либо интубацию трахеи, либо наложение трахеостомы для обеспечения адекватного дыхания.

Наложение гастростомы лапаротомным или лапароскопическим методом отличается травматичностью и необходимостью общего обезболивания, что может быть неприменимо у тяжелых больных. Кроме того, за хирургическими гастростомами, в дальнейшем, последуют выраженная деформация стенки желудка.

За последние годы с развитием малоинвазивных хирургических технологий идет поиск формирования гастростом (у реанимационных больных) наименее травматичным способом, но в то же время, обеспечивающих полноценное энтеральное питание. Причем при этом учитывается возможность питания больных не только жидкими смесями, но и полужидкими – более высококачественными, калорийными и максимально приближенными к естественному химу.

Учитывая все вышеизложенное, совершенно очевидно, что в раннем послеоперационном периоде должно быть обеспечено адекватное энтеральное питание, особенно у больных, находящихся в условиях реанимационного отделения.

Материал и методы

В нашей клинике практикуется метод чрескожной эндоскопической гастростомии.

Показания

Энтеральное питание через ЧЭГ показано, если ожидается, что введение питательных смесей пациенту будет проводиться в течение периода, превышающего 4 недели при условии отсутствия реального положительного прогноза восстановления сознания и функции глотания [10]. Основным условием выполнения данной методики является отсутствие нарушений проходимости ротоглотки и пищевода. Энтеральное питание через ЧЭГ нужно рассматривать как можно раньше у пациентов при прогрессирующих болезнях, чтобы остановить снижение трофического статуса и последовательно стабилизировать и улучшить индивидуальное качество жизни.

Диапазон заболеваний, при которых используется ЧЭГ для энтерального питания, широк:

1. Неврологические нарушения с дисфагией: инсульт, ЧМТ, у больных с опухолями и метастазами головного мозга, БАС, ПНС и т.д.

2. Онкологические заболевания: стенозирующие опухоли (ротоглотки, шеи и пищевода) и кахексия, т.е. ЧЭГ может использоваться паллиативно в неоперабельных случаях или устанавливаться до оперативного лечения, лучевой терапии или химиотерапии и удаляется, когда пациенту обеспечат надежное и адекватное пероральное питание.

3. Ранения и повреждения пищевода, лицевая травма и хирургические вмешательства на челюстно-лицевой области, затрудняющие питание естественным путем.

4. Другие клинические ситуации: истощение при синдроме приобретенного иммунодефицита, синдроме короткой кишки, болезни Крона, муковисцерозе, хронической почечной недостаточности.

Противопоказания

Основным и главным противопоказанием к ЧЭГ является непродолжительное проведение ЭП, т.е. в сроки менее 4 недель. Другие противопоказания для выполнения ЧЭГ:

1. Общие: агональное состояние и ограниченная продолжительность жизни у пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания; серьезные нарушения коагуляции (коагулопатия потребления: протромбиновый индекс $<70\%$, тромбоциты $<150 \times 10^9/\text{л}$, фибриноген $<2 \text{ г/л}$); тяжелый психоз.

2. Местные: обструкция глотки или пищевода, которая препятствует введению фиброгастроскопа в желудок; смещение органов (печень, толстая кишка) и гепатомегалия; перитонеальный канцероматоз; асцит; перитонит; обширная инфильтрация опухоли стенки желудка в области участка пункции; эрозивный гастрит или язва желудка в области участка пункции [3,10].

Уделяя особое внимание показаниям и противопоказаниям при выполнении ЧЭГ, мы в 100% случаев успешно выполнили вмешательство. Первые две ЧЭГ были выполнены в операционной, в дальнейшем все вмешательства выполнялись в условиях палаты интенсивной терапии.

Способ чрескожной эндоскопической гастростомии применен нами у 40 больных.

Техника чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) состоит из следующих этапов:

ЧЭГ выполняется двумя врачами в условиях перевязочной или операционной, имеющей возможность затемнения. Основным условием возможности выполнения такого вмешательства следует считать надежную диафаноскопию передней брюшной стенки световодом эндоскопа, введенного в желудок.

ЧЭГ выполняется на операционном столе в положение Фовлера. После проведения эндоскопа в желудок, достаточной инсuffляции воздуха, диафаноскопией выбирается подходящее место для пункции брюшной стенки, вне белой линии живота и на мало-васкуляризованном участке стенки желудка. Правильности выбора места пункции проверяется при помощи надавливания пальцем снаружи и контролем через эндоскоп. После обработки передней брюшной стенки и проведения местной инфильтрационной анестезии в выбранном месте производится надрез кожи, длина соответствует диаметру гастростомической трубки. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок. Пункционная игла удаляется из канюли. Петля-проводник вводится через канюлю в желудок, захватывается при помощи щипцов и под контролем эндоскопа извлекается через рот. Петля-проводник стыкуется с металлической нитью на конусе гастростомической трубки. С помощью петли-проводника гастростомическую трубку проводят через стенку желудка и переднюю брюшную стенку наружу. Фиксируется гастростомическая трубка монтажом внешних принадлежностей данного набора.

Для наложения ЧЭГ нами были использованы стандартные наборы фирмы "Wilson Cook medical inc.": PEG-24, PEG-18. Операция проводилась с помощью фиброгастродуоденоскопов "Olympus" по методике Кеймлинга.

Результаты

С начала 2008 года по март 2010 года нами проведено 40 операций по наложению ЧЭГ. Энтеральное питание проводилось достаточно длительно, в среднем 110 суток (максимум – 350 сут.). Последняя операция выполнена по поводу последствий тяжелой черепно-мозговой травмы в марте 2010г. Пациент находится на гастростомическом питании по настоящее время. Осложнения ЧЭГ в наших наблюдениях отмечены у 6 больных: нагноение операционной раны ($n=2$), дислокация гастростомической трубки ($n=1$) и легочная аспирация – у 3 пациентов, в одном случае закончившаяся возникновением аспирационной пневмонии. Для выявления аспира-

ции нами применялась лечебно-диагностическая бронхоскопия.

Введение лекарственных препаратов в измельченном состоянии через ЧЭГ проводилось у всех пациентов.

Таким образом, как показали результаты нашего исследования, широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных эндоскопических методов для осуществления длительного энтерального питания способствует более качественному и надежному проведению питательной поддержки пациентов, в результате чего улучшаются результаты лечения и качество жизни больных.

Выводы

1. Использование для длительного (свыше 4 недель) энтерального питания у больных с дисфагией консервативных методов доступа к пищеварительному тракту нецелесообразно, так как они приводят к развитию серьезных осложнений, угрожающих жизни пациента, к отказу от проведения энтерального питания и запоздалому применению хирургических методов, которые, в свою очередь, травматичны, несут в себе опасность развития осложнений и требуют закрытия гастростомы.

2. Операция чрескожной эндоскопической гастростомии является малотравматичным, технически простым и непродолжительным (15-20 мин.) вмешательством, сопровождается минимальными непосредственными операционными осложнениями и смертно-

стью, редко требует общей анестезии и не требует повторной операции для закрытия гастростомы, что определяет ее преимущества перед другими хирургическими методами доступа для проведения энтерального питания.

3. Операция чрескожной эндоскопической гастростомии показана пациентам с дисфагией различного генеза, требующим проведения длительного энтерального питания. Противопоказаниями к ее применению являются общие и местные анатомические и функциональные изменения организма, при которых вмешательство нецелесообразно и технически невозможно.

4. Общая частота осложнений при проведении чрескожной эндоскопической гастростомии ниже (около 10%), чем при консервативных методах (40-50%). Возможным осложнением, угрожающим жизни пациентов, является кровотечение из эрозии слизистой оболочки желудка в области гастростомы (около 2%). Наиболее часты инфекционные осложнения передней брюшной стенки в области гастростомы, которые устраняются, как правило, консервативными мероприятиями.

5. Профилактика осложнений операции чрескожной эндоскопической гастростомии заключается в обоснованном ее применении, тщательном соблюдении технических приемов вмешательства и правильном ведении послеоперационного периода.

Сведения об авторах статьи

Мумладзе Роберт Борисович.

Зав. кафедрой общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии, д.м.н., профессор. Тел. (499) 762-61-73. Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284. e-mail: info@maposurgery.ru

Розиков Юлдаш Шакирович

Д.м.н., профессор кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии РМАПО. Заведующий отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина. Тел. 8(499)762-62-58, e-mail: rozikov@mail.ru.

Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284

Деев Артем Игоревич

Аспирант кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии РМАПО. e-mail: webdoctor@rambler.ru

Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284

Чернов Михаил Владимирович

Врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина. 8(499)762-62-57

Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284

Бутабаев Рустам Ильярович

Врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина. 8(499)762-62-57

Адрес: 2-й Боткинский проезд, д.5, Москва, 125284

ЛИТЕРАТУРА

1. Возлюбленный С.И. Синдром энтеральной недостаточности и раннее энтеральное зондовое питание в абдоминальной хирургии: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. Омск; 1995.
2. Звягин А.А., Свиридов С.В., Энтеральное питание в интенсивной терапии хирургического сепсиса. Альманах анестезиологии и реаниматологии 2005; №5: с. 19.
3. Козин С.М., Вахонин А.Ю., Добродеев С.А. Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии в интенсивной терапии по коррекции трофического статуса больных. Клин. анестезиол. и реаниматол. 2008; Т. 5; №1; с. 33-39.
4. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. СПб: Медицина; 1996; с. 330.

5. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности. Метаболические основы. Анестезиология и реаниматология 2000; 3: 24 – 28.
6. Лященко Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. Часть 1. История энтерального питания. Клиническое питание 2004; 3: 38 – 40.
7. Македонская Т.П., Пахомова Г.В., Попова Т.С., Селина И.Е. и др. Лечение синдрома кишечной недостаточности у больных с перитонитом. Хирургия 2004; №10: 31 – 33.
8. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях М.: ООО Издат. дом «М-Вести» 2002; с. 319-320.
9. Dabrowski G.P., Rombeau J.L. /Practical nutritional management in the trauma intensive care unit // Surg. Clin. North Am.- 2000. Jun; -№ 80 (3). - P. 921-932.
10. Schurink C.A., Tuynman H., Scholten P. et al: /Percutaneous endoscopic gastrostomy: complications and suggestion to avoid them // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 13:819, 2001.

УДК 616.12-008

© Е.Р. Багаутдинова, Р.М. Муратов, Ш.З. Загидуллин, Н.Ш. Загидуллин, 2010

Е.Р. Багаутдинова, Р.М. Муратов, Ш.З. Загидуллин, Н.Ш. Загидуллин
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ,
 ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР
 С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**
 ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Ретроспективно изучены истории болезни 636 больных, прошедших лечение в отделении кардиологии ГКБ №21 с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). Установлена значительная гипердиагностика заболевания на догоспитальном этапе: в 51,8% случаев в стационаре в процессе дальнейшей диагностики и лечения диагноз был изменен, а в 9,2% случаев патология сердечно-сосудистой системы вообще была исключена. В 14,3% наблюдалось развитие острого инфаркта миокарда. Наиболее частыми уточненными диагнозами после первичного заключения ОКС явились: артериальная гипертензия, некоронарогенные поражения миокарда, остеохондроз и расстройство вегетативной нервной системы.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, гипердиагностика.

E.R. Bagautdinova, R.M. Muratov, Sh.Z. Zagidullin, N.Sh. Zagidullin
**DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ANGINA PECTORIS IN THE HOSPITALIZED
 PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME**

To study the 636 histories of diseases of patients, hospitalized in the municipal clinic № 21 with the diagnosis acute coronary syndrome (ACS). The significant hyperdiagnostics of ACS was determined: in 51,8% in the following period the diagnosis was changed and in 9,2% of the cases the cardiovascular diseases were excluded at all. In 14,3% ACS resulted in myocardial infarction.

Key words: acute coronary syndrome, myocardial infarction, hyperdiagnostics.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была выделена ВОЗ как самостоятельное заболевание лишь в 1965 г. В настоящее время ИБС широко распространена во всем мире, особенно в экономически развитых странах, и занимает ведущее место в структуре летальности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). ИБС – фактор риска внезапной сердечной смерти, на ее долю приходится 2/3 случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. В развивающихся странах увеличивается распространенность таких факторов сердечно-сосудистого риска как сахарный диабет, дислипидемия, гипертония, а также курение [1,2]. В Российской Федерации эта нозология прочно занимает первое место среди причин смерти, и поэтому ранняя диагностика заболевания является весьма важной задачей.

Термин «острый коронарный синдром» (ОКС) используется для обозначения обострения коронарной (ишемической) болезни сердца. Эксперты Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) приняли следующее определение ОКС и нестабильной стенокардии (2001 г.): «Острый коронарный синдром – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый ИМ или нестабильную стенокардию». ОКС включает в себя понятия острый ИМ, ИМ с подъемом сегмента ST, ИМ без подъема сегмента ST, ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, другим биомаркерам, поздним ЭКГ-признакам, и нестабильную стенокардию»[3].