

5. Биологическая терапия в ревматологии / Я.А. Сигидин, Г.В. Лукина. – М., 2007. – С. 7-17.
 6. Опыт лечения ревматоидного артрита препаратом Ремикейд (инфликсимаб) / Имаметдинова Г.Р., Лукина Г.В., Насонов Е.Л. [и др.]// РМЖ. - 2008. - С 13-20.

УДК 617-036.882-085:616.33-089.86-031:611.34

© Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.И. Деев, М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев, 2009

Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, А.И. Деев, М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев
ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ
 ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва
 Городская клиническая больница им. С.П. Боткина г. Москвы

В статье говорится о значении энтерального питания у реанимационных больных с целью коррекции метаболических процессов. Проведена оценка основных путей введения 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 REANIMATIONS PATIENTS

The article deals with enteral nutrition by reanimation patients to correct the metabolic process. The main methods of enteral nutrition 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 реанимационных больных является одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии.

Сложность проблемы заключается в выборе оптимального пути ведения энтерального питания.

Известно, что у реанимационных больных имеются достаточно выраженные метаболические нарушения, и в связи с этим возникает крайняя необходимость их устранения путем обеспечения энергопластических потребностей организма. Основной чертой всех совокупностей изменений обмена веществ является сочетание гиперпотребностей организма в различных структурах для адаптации к повышенным затратам энергии с толерантностью тканей к этим же субстратам.

Сегодня общепризнанным фактором является главенствующая роль реакции системного воспалительного ответа на 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 уровень фактического обмена, определенного по потреблению кислорода, составляет от 117 до 150% от исходного [3,6]. Следствием про-

грессирующего течения гиперметаболизма является не только органная дисфункция, но и белково-энергетическая недостаточность с последующим истощением организма. Также необходимо отметить, что кишечник играет центральную роль в патогенезе метаболических сдвигов и в значительной степени способствует развитию полиорганной недостаточности (ПОН) в результате изменения проницаемости слизистой оболочки кишечника, что приводит к транслокации бактерий и токсинов в систему циркуляции [1,7,8].

Применение энтерального питания обеспечивает введение фармаконутриентов, оказывающих влияние на воспалительный ответ, иммунный статус, сохранение кишечного барьера, улучшение белкового обмена, разрешение синдрома гиперметаболизма и гиперкатаболизма [2,5].

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.

Энтеральное питание через назогастральный зонд впервые было применено J. Hunter в 1793г. Первое успешное наложение гастростомы для питания Ch. Sedillot в 1876г. О проведении энтерального питания через фистулу тощей кишки впервые упоминает в W. Bush 1858г. Однако до 1945 г. для этих целей использовались только смеси из натуральных пищевых продуктов (молоко, яйца, мука и др.). В частности, подобная пищевая смесь для введения больному на операционном столе была предложена профессором С.И. Спасокукоцким.

На протяжении последующих десятилетий такими известными хирургами как Витцель, Топровер, Кадер, Фолей, Юдин и другими разрабатывались различные способы наложения гастростомы.

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

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) впервые была использована на практике М. Gauderer, J. Ponsky в 1980 г. [4].

Наш опыт показывает, что все способы проведения энтерального питания имеют ин-

дивидуальные показания и противопоказания в зависимости от характера патологического процесса.

Преимуществами эндоскопического неинвазивного назоэнтерального капиллярного способа ЭП является общедоступность: установить НГ или НИ зонды под контролем гастроскопа можно в любом хирургическом, эндоскопическом или реанимационном отделениях под местной анестезией (n=186). Необходимое условие эндоскопического способа - проходимость просвета пищевода и желудка. Многолетний опыт показывает, что зондовое имеет такие значительные недостатки, как расположение на перекрестке дыхательных и пищеводных путей, способность вызывать пролежни и эрозии пищевода при длительном стоянии. Наложение гастростомы лапаротомным или лапароскопическим методами отличается травматичностью и необходимостью общего обезболивания, что неприменимо у тяжелых больных. Кроме того, хирургические гастростомии в дальнейшем могут вызвать выраженную деформацию стенки желудка.

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

Таблица.

Сравнительная характеристика путей введения энтерального питания

| Способы наложения гастростомы или установка зонда | Условия для выполнения гастростомии или установки зонда | Сроки кормления через гастростому или зонд | Возможные осложнения |
|--|---|--|---|
| Лапаротомные: Гастростомия, Еюностомия, Гастроюностомия | Общее обезболивание или местная анестезия | Более года | Нагноение операционной раны, перитонит, дислокация трубки |
| Лапароскопические: Гастростомия, Еюностомия | Общее обезболивание | Более года | Дислокация гастростомической трубки |
| Эндоскопически устанавливаемые: Назогастральный зонд Назоинтестинальный зонд | Местная анестезия при сохранённой проходимости пищевода | До 2 – 3 недель | Фарингит, ларингит, пневмония, эзофагит, дислокация зонда |
| Чрескожная эндоскопическая гастростомия: Гастростомия, еюностомия. | Местная анестезия при сохранённой проходимости пищевода | Более года | Перфорация органа, дислокация гастростомической трубки |

Материал и методы

В нашей клинике практикуется метод чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ).

Наложение ЧЭГ является методом выбора при длительности (более 3 недель) энтеральном зондовом питании при условии отсутствия реального положительного прогноза

восстановления сознания и функции глотания. Основным условием выполнения данной методики является отсутствие нарушений проходимости ротоглотки и пищевода.

Способ чрескожной эндоскопической гастростомии применен нами у 36 больных.

Техника чрескожной эндоскопической гастростомии состоит из следующих этапов:

Чрескожная эндоскопическая гастростомия выполняется двумя врачами в условиях перевязочной или операционной, имеющих 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 положении Фовлера. После проведения эндоскопа в желудок, достаточной инсuffляции воздуха, диафаноскопией выбирается подходящее место для пункции брюшной стенки вне белой линии живота и на маловаскуляризованном участке стенки желудка. Правильность выбора места пункции проверяется при помощи надавливания пальцем снаружи и под контролем эндоскопа. После обработки передней брюшной стенки и проведения местной инфильтрационной анестезии в выбранном месте производится надрез кожи, длина которого соответствует диаметру гастростомической трубки. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок, затем 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. Гастростомическая трубка фиксируется монтажом внешних принадлежностей данного набора.

Противопоказания к выполнению ЧЭГ:

- Неинформативная диафаноскопия
- Перитонит
- Сепсис
- Язвенная болезнь желудка и ДПК
- Нарушение свертываемости крови

- Выраженный пневматоз кишечника
- Выраженный асцит
- Анатомические дефекты после предшествующей операции или воспаления

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

Результаты

С начала 2008 года по сентябрь 2009 года нами проведено 36 операций по наложению ЧЭГ. Последняя операция выполнена по поводу последствий тяжелой черепно-мозговой травмы в сентябре 2009 г. Пациент находится на гастростомическом питании по настоящее время. Осложнения ЧЭГ в наших наблюдениях отмечены у 6 больных: нагноение операционной раны у 2, дислокация гастростомической трубки у 1 больного и легочная аспирация у 3 пациентов, в одном случае закончившаяся возникновением аспирационной пневмонии. Для выявления аспирации нами применялась лечебно-диагностическая бронхоскопия.

Выводы

1. Методика чрескожной эндоскопической гастростомии позволит усовершенствовать алгоритмы проведения энтерального питания у реанимационных больных.
2. Использование чрескожной эндоскопической гастростомии позволяет обеспечить адекватное долгосрочное энтеральное питание при нейрогенных дисфагиях без риска аспирации, политравме, объемных оперативных вмешательствах в полости рта, раковых обструкциях в верхних отделах ЖКТ, а также желудочную декомпрессию при нарушениях опорожнения.
3. Операции по наложению чрескожной эндоскопической гастростомы просты, практически лишены осложнений, выполнимы в условиях хирургических стационаров любого уровня, имеющих эндоскопические кабинеты.

Сведения об авторах статьи

Роберт Борисович Мумладзе - Заведующий кафедрой общей, лазерной и эндоскопической хирургии, д.м.н., профессор, 2-й боткинский проезд, д.5, Москва, 125284, (495) 9459895, e-mail: info@maposurgery.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Звягин А. А., Свиридов С. В. // *Анналы анестезиол. и реанима-тол.* - 2005. - № 5.
2. Возлюбленный С.И. Синдром энтеральной недостаточности и раннее энтерально-зондовое питание в абдоминальной хирургии: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - Омск, 1995.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. – Сп.б: Специальная литература, 1996. – С. 48-53.

4. Лященко, Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. 1. История энтерального питания // Клиническое питание. - 2004. - № 3. - С. 20-25.
5. Попова Т.С., Шестопапов А.Е., Тамазашвили Т.Ш. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. Т.С.Попова, А.Е.Шестопапов, Т.Ш.Тамазашвили [и др.] М., 2002.
6. Попова, Т.С. Синдром кишечной недостаточности в хирургии / Т.С.Попова, Т.Ш.Тамазашвили, А.Е.Шестопапова. - М.: Медицина, 1991.
7. Cera F. V. //Surgery. - 1987. - Vol. 101, № I. -P. 1-10.

УДК 616.89-008:19-053.2-085.214.31

© Л.Г. Цыпина, Л.Б. Новикова, Е.А. Ванзина, Л.М. Воронцова, 2009

Л.Г. Цыпина¹, Л.Б. Новикова¹, Е.А. Ванзина², Л.М. Воронцова²
**НООТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ АКТИВНОСТИ,
 ВНИМАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа.

²Детский центр психоневрологии и эпилептологии при РКБ №2 г.Уфы

Целью исследования явилось определение клинической активности и переносимости омарона. В исследование были включены 104 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 2 лет. Терапевтическая ремиссия при применении омарона была достигнута у 68,3% больных, уменьшение клинических симптомов у 20,2%. Побочных эффектов не отмечалось.

Ключевые слова: Аффективные симптомы, поведения расстройства, ноотропные средства, дети.

L.G. Tsykina, L.B. Novicova, E.A. Vansina, L.M. Voronzova
**NOOTROPIC THERAPY FOR ATTENTION DEFICIT
 HYPERACTIVITY DISORDER OF CHILDREN**

The study objective was to identify clinical efficacy and tolerability of omaroni administered as mono and polytherapy. A total of 104 patients at the age from 6 to 12 years. The observation period lasted from 6 months to 2 years. Full therapeutic remission at achieved in 68,3% of patients, the number of clinic syndromes decreased by over 20,2%. Side effects were no noted.

Key words: affective symptoms, conduct disorder, nootropic agents, child.

В настоящее время расстройства активности, внимания и поведения, обозначаемые как «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) представляют серьезную социальную проблему, занимают одно из первых мест в детской неврологической заболеваемости [2,4,6]. Согласно исследованиям последних лет [3,4,6], в основе данного синдрома лежит морфологическая или функциональная незрелость префронтальных областей и фронто-стриарных систем головного мозга. Именно уровень внимания характеризует функциональное состояние нервной системы, служит основой для усвоения навыков, формирования высших психических функций, сенсомоторной и аналитической деятельности.

Материал и методы

В исследование участвовало 104 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет, с проявлениями синдрома дефицита внимания, гиперактивностью, поведенческими нарушениями. Среди обследованных прослеживалось преобладание мальчиков 2,8:1,0, что совпадает с литера-

турными данными [2,6]. Всем больным проводилась диагностика неврологического статуса по общепринятым методикам, психологического состояния [1], инструментальное обследование: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ультрозвуковая доплерография (УЗДГ). Для оценки степени гиперактивности использовалась шкала дефицита внимания и гиперактивности Abicoff H., Klein R.G., (Attention deficit hyperactivity disorder, 1992), по которой учитывались 10 основных симптомов с оценкой каждого по 3-х бальной системе (табл.).

Анализ результатов по шкале Abicoff H., Klein R.G., выявил средний балл отклонений: при легкой степени - $8,5 \pm 1,5$ баллов, средней - $16,4 \pm 3,6$, и тяжелой - $27,3 \pm 2,7$. Часто наблюдалось «смешение степеней» выраженности симптомов СДВГ у одного больного, например, «затруднения в спокойных играх, привычка мешать» соответствовали средней степени, а «разрушительный характер действий» был на уровне легкой. Период наблюдения за обследованной группой составил от 6 месяцев до 1,5 лет.