

няться, обуславливая необходимость индивидуального подбора компонентов вводимых энтерально растворов.

Показания к энтеральному питанию устанавливаются на основе динамического контроля и количественной оценки моторной, эвакуаторной, секреторной, переваривающей и всасывательной функций тонкой кишки в ранние сроки послеоперационного периода, а также могут определяться тяжестью алиментарной недостаточности, оперативного вмешательства и изменениями показателей гомеостаза.

Цель исследования: разработать способ раннего энтерального зондового кормления больных при операциях на желудке, что позволит достичь коррекции метаболических расстройств, устранения нарушений гомеостаза, адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма, улучшения результатов хирургического лечения, предотвратить развитие послеоперационных осложнений, уменьшить продолжительность пребывания больных в стационарах.

Основными причинами высокой летальности при хирургических вмешательствах на желудке являются недостаточность швов гастроэнтеро- и эзофагоэуноанастомоза, а также нарастание явлений гипопроотеинемии, азотемии, дегидратации и, как следствие, прогрессирующее истощение.

Методы. С целью устранения нарушений обмена веществ и восполнения энергетических и пластических потребностей организма мы использовали предоперационное питание сбалансированными смесями, впоследствии интраоперационное и раннее послеоперационное энтеральное введение питательных смесей через трансназальный зонд, проведенный на 40 сантиметров за анастомоз.

По зонду капельно или порционно суточную калорийность смеси (3200 ккал) обеспечивали введением питательных смесей типа «Нутризон-энергия», Кембриджское питание, «Пикногенол», «Глютамин», «Берламин-модуляр», «Протеин-модуль».

Результаты.

Энтеральное зондовое питание, как способ коррекции метаболических расстройств, было применено нами у 62 больных (гастрэктомия – 29, субтотальная резекция желудка – 20, гастроэнтеростомия – 11, пластическое ушивание перфоративной язвы – 2). В сравнении с контрольной группой (99 больных) отмечены ранняя коррекция метаболических нарушений, что выразилось в быстрейшем устранении гипопроотеинемии, уменьшении потерь азота и нормализации водно-электролитного баланса. В условиях интраоперационного и раннего зондового питания мы не

наблюдали пареза кишечника, несостоятельности анастомозов, в том числе при выраженных нарушениях гомеостаза у онкологических больных.

Выводы.

Таким образом, можно констатировать, что энтеральное зондовое питание при операциях на желудке является эффективным методом выведения больных из тяжелого состояния и дает возможность сохранить расход дорогостоящих белковых и других препаратов.

Хорошая коррекция метаболических расстройств, устранение нарушений гомеостаза, адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма в итоге ведет к улучшению ранних результатов хирургического лечения, предотвращает послеоперационные осложнения.

ИНТРА- И РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

В.В. Кутуков, А.В. Служко, В.В. Севостьянов

Астраханская ГМА
Областной онкологический диспансер, г. Астрахань

Энтеральное питание является важнейшей и неотъемлемой частью комплексного лечения онкологических больных. Адекватное питание способствует оптимальному течению процессов адаптации и компенсации нарушенных функций, коррекции патологически измененных звеньев метаболизма, достижению иммуномодулирующего и антиоксидантного эффектов. Исходные нарушения питания и неадекватная коррекция метаболических нарушений создают неблагоприятные условия для предстоящего хирургического вмешательства и снижают эффективность лечебных мероприятий. Характер основной патологии, сопутствующие заболевания определяют не только фон, на котором протекает операция и наркоз, но и влияют на динамику изменений обмена веществ в послеоперационном периоде. Все вышеуказанные причины вызывают нарушения показателей белкового обмена и гуморального иммунитета, что приводит к росту гнойно-воспалительных осложнений, увеличению послеоперационной летальности, длительности пребывания пациентов в стационаре.

Цель исследования: разработать схему периоперационного энтерального питания у пациентов с местнораспространенными формами рака толстого кишечника.

Материалы и методы.

Нами проведено исследование результатов применения периоперационного энтерального питания у больных, которым были выполнены комбинированные резекции по поводу местного распространения рака толстого кишечника в период с 2007 по 2008 гг. В основной группе 18 больным (22,8%) произведено интра- и раннее послеоперационное энтеральное питание смесью "Нутризон-Энергия". Группу сравнения составил 61 пациент (77,2%), которым периоперационная нутритивная поддержка не проводилась. Питание осуществляли интраоперационно на завершающем этапе хирургического вмешательства (дренирование брюшной полости) и в первые 5 суток послеоперационного периода ежедневно через назогастральный зонд. Объем интраоперационно вводимой смеси составлял 150-200 мл однократно. Объем и скорость вводимой питательной смеси в послеоперационном периоде составили 1,5 мл/кг/час. Перед началом и после каждого введения питательной смеси для предупреждения закупорки зонд промывали 0,9% раствором NaCl в объеме от 30 до 50 мл. Эффективность энтерального питания прослеживали путем определения уровня общего белка плазмы крови, концентрации мочевины и креатинина на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение.

В группе пациентов, которым проведена периоперационная нутритивная поддержка, до операции уровень общего белка плазмы крови составил $72,1 \pm 3,32$ г/л; на 1-е сутки показатель снизился до $58,3 \pm 2,24$ г/л, на 3-и сутки повышение его было до $68,7 \pm 3,56$ г/л, а на 5-е сутки - $71,4 \pm 2,42$ г/л. В группе пациентов, которым не проводилось зондовое питание, до операции уровень общего белка составил $70,5 \pm 2,64$ г/л, на 1-е сутки уровень снизился до $56,3 \pm 2,18$ г/л, на 3-и сутки происходило некоторое увеличение показателя до $62,4 \pm 2,45$ г/л, на 5-е сутки - до $65,2 \pm 2,05$ г/л, что, по-прежнему, ниже исходного. В группе больных, получавших периоперационное энтеральное питание, уровень мочевины до операции составил $7,8 \pm 0,32$ ммоль/л, на 1-е сутки было снижение показателя до $6,2 \pm 0,25$ ммоль/л, на 3-и сутки послеоперационного периода показатель снизился до $5,88 \pm 0,26$ ммоль/л, на 5-е сутки составил $5,2 \pm 0,3$ ммоль/л. У больных, не получавших периоперационную нутритивную поддержку, до операции уровень мочевины составил $7,5 \pm 0,27$ ммоль/л, на 1-е сутки он увеличился до $7,7 \pm 0,36$ ммоль/л, на 3-и сутки наблюдалось его снижение до $6,9 \pm 0,21$ ммоль/л, а к 5-и суткам данный показатель снизился до $6,1 \pm 0,24$ ммоль/л. Показатель креатинина в группе пациентов, которым проведено периоперационное зондовое питание, составил $1,07 \pm 0,08$ мг/дл, на 1-е сутки уровень повы-

шался до $1,14 \pm 0,08$ мг/дл, на 3-и сутки послеоперационного периода показатель снижался до $0,88 \pm 0,07$ мг/дл, на 5-е сутки составил $0,85 \pm 0,06$ мг/дл. В группе больных, не получавших нутритивную поддержку в периоперационном периоде, уровень креатинина до операции составил $1,02 \pm 0,07$ мг/дл, на 1-е сутки показатель повысился до $1,18 \pm 0,05$ мг/дл, на 3-и сутки было его снижение до $0,96 \pm 0,04$ мг/дл, к 5-м суткам - до $0,92 \pm 0,06$ мг/дл.

Выводы.

У больных, получавших периоперационную нутритивную поддержку в комплексе послеоперационной терапии, отмечалась стимуляция белковосинтетической функции печени, что сопровождалось положительной динамикой показателей белкового обмена - повышение уровня общего белка крови на 3-и и 5-е сутки после операции происходит на 17,8% и 22,5% соответственно по сравнению с исходными показателями. В группе пациентов, которые не получали энтеральное питание в периоперационном периоде, показатели повышения концентрации общего белка составляют 10,8% и 15,8% в аналогичные сроки послеоперационного периода ($p < 0,05$). На фоне нутритивной поддержки нами отмечено понижение показателя мочевины на 33%, креатинина - на 20,6%. В группе пациентов, не получавших периоперационное энтеральное питание, также отмечается их снижение, но на 18,6% и 9,8% ниже предоперационного уровня ($p < 0,05$).

Таким образом, при интраоперационной нутритивной поддержке переход катаболической направленности метаболизма на анаболический, который способствует сохранению защитных сил и энергетических ресурсов организма, происходит раньше, чем без проведения энтерального питания.