

обеих ВПА, производили пункцию и установку катетеров с обеих сторон контра- или ипсилатеральным методом. Из 12 больных повторную процедуру провели 13 больным.

Результаты и их обсуждение.

Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у всех 22 больных (100%). У 8 женщин было отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 9 больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц у всех пациенток была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40-60%. 10 человек успешно прооперированы (радикальная расширенная гистерэктомия), остальным пациентам проведен курс лучевой терапии по радикальной программе. Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 15 больных отмечена тошнота и рвота, у 3 лейкопения 2-3 степени, у 2 анемия 2 степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

Выводы.

В настоящее время большинством исследователей доказана целесообразность широкого практического применения регионарной химиоинфузии с эмболизацией маточных артерий в лечении больных раком шейки матки. В связи с этим вопрос о ее применении следует рассматривать как один из эффективных методов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает дополнительную ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

*Р.Б. Иванов, В.В. Кутуков,
А.В. Служко, Ю.В. Оганесян*

Астраханская ГМА
ООД, Астрахань

Актуальным является вопрос внедрения в практическое здравоохранение качественного

искусственного лечебного питания (так называемая нутриционная поддержка). Нутриционная поддержка представляет собой научно обоснованную систему диагностических и лечебных мероприятий, направленных на поддержание необходимых метаболических и структурно функциональных процессов в организме, обеспечивающих последнему должные гомеостаз и адаптационные резервы.

Нутриционная поддержка обеспечивается применением дополнительного орального питания, препаратов для парентерального питания и использованием специальных смесей для энтерального питания.

Парентеральное питание, до настоящего времени наиболее широко применяемое в интенсивной терапии хирургических больных, далеко не во всех случаях позволяет обеспечить потребности пациента.

Мировой опыт свидетельствует о строгих показаниях к использованию парентерального питания с расширением объема энтерального питания как наиболее физиологичного и экономически выгодного, так как коррекция метаболических нарушений парентеральным питанием несовершенна и имеет ограниченные возможности.

В связи с чем одним из перспективных направлений искусственного лечебного питания больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта, является энтеральное питание, которое в настоящее время получает широкое распространение. Кроме того, несомненная польза и необходимость использования энтерального зондового питания доказана многими исследователями. Однако возможности его полностью не раскрыты, практикующим врачам приходится сталкиваться с отсутствием специальных знаний в области нутрициологии и недостаточным внедрением опыта в области лечебного питания в стационары.

Последние достижения метаболического лечения хирургических больных свидетельствуют о том, что энтеральное питание следует считать методом выбора во всех случаях, когда функции желудочно-кишечного тракта сохранены. Наибольшие трудности возникают, если в ранние сроки после операции развиваются выраженные явления функциональной непроходимости.

В этих условиях главным критерием назначения состава и объема вводимых внутрикишечно питательных смесей, становится не их сбалансированность, а сохранность переваривающей и всасывательной способности тонкой кишки по отношению к вводимым нутриентам. Не вызывает сомнений и тот факт, что на разных этапах послеоперационного периода степень выраженности кишечной недостаточности будет изме-

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 эзофагоэюноанастомоза, 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.