

УДК 616.37-002-036.11

© Н.Э.Каракурсаков, 2012.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.Э. Каракурсаков

Кафедра хирургии №1 (зав.кафедрой – проф. А.В. Костырной), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

THE IMPORTANCE OF EARLY ENTERAL NUTRITION IN SURGICAL PATIENTS

N.E. Karakursakov

SUMMARY

The results of treatment of 18 patients operated for acute destructive cholecystitis have been analyzed. In 8 patients, an additional nutritional support has been applied. As a component of early enteral nutrition, the preparation «Osmeral BS Instant» was used. Clinical observations showed shortening of the bowel movement normalization period; laboratory inspection revealed normalization of protein metabolism. The results confirm the efficacy of early enteral nutrition in treatment of acute destructive cholecystitis and prevention of its complications.

ЗНАЧЕННЯ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Н.Е. Каракурсаков

РЕЗЮМЕ

Проаналізовано результати лікування 18 хворих, прооперованих з приводу гострого деструктивного холецистити. У 8 хворих у комплексному лікуванні застосували додаткову нутриційну підтримку. В якості компонента раннього ентерального харчування використовували препарат «Osmeral BS Instant». Клінічні спостереження показали скорочення термінів нормалізації перистальтики кишечника, лабораторно виявлена нормалізація показників білкового обміну. Отримані результати підтверджують ефективність застосування раннього ентерального харчування у комплексному лікуванні гострого деструктивного холецистити і профілактиці його ускладнень.

Ключевые слова: энтеральное питание, острый деструктивный холецистит.

В результате хирургического вмешательства резко возрастают потребности в нутриентах и энергии, поэтому роль лечебного питания резко возрастает после операции, особенно в ранние сроки и после обширных резекций, так как адекватная нутритивная поддержка больного в этот период предотвращает катаболическую направленность метаболизма и риск развития послеоперационных осложнений.

В раннем послеоперационном периоде повышенные энергетические затраты организма больного наслаиваются на имеющийся энергетический дефицит и на вынужденное голодание. Между тем минимум ежедневного потребления белков должен составлять 1 г/кг массы тела, что эквивалентно 11 г азота для человека массой тела 70 кг. При гиперкатаболических состояниях потребность в белках варьирует от 1,5 до 2,0 г аминокислот на 1 кг массы тела в сутки [1,2].

После обширных хирургических вмешательств в организме существует дефицит не только энергетического, но и пластического материала в связи с преобладанием процессов катаболизма. Филогенетически детерминированный путь получения энергии и белков – энтеральный, что обуславливает состояние напряжения для системы пищеварения оперирован-

ных больных. Данное состояние проявляется в увеличении секреции желудочного сока, его кислотности, повышении активности протеолитических ферментов. Однако в условиях раннего послеоперационного периода этот механизм может явиться причиной усиления факторов внутрижелудочной агрессии по отношению к факторам защиты. При отсутствии пищи в желудке воздействию пищеварительных ферментов подвергается слизистая оболочка, защита которой вследствие ишемии значительно ослаблена, энергоёмкость клеток уменьшена [2].

Установлено, что белки, поступающие в желудок, снижают возбудимость железистых клеток, уменьшая продукцию соляной кислоты и пепсина, оказывают нейтрализующее влияние на кислое содержимое, способствуя эвакуации его в двенадцатиперстную кишку. Кроме того, белки как гуморальный фактор воздействуют на нервно-регуляторные механизмы, нормализуя моторно-эвакуаторную функцию в целом. Роль аминокислот в регуляции нервных и гормональных процессов также очевидна. Белки и их компоненты усиливают процессы регенерации, что чрезвычайно важно при острых изъязвлениях и воспалительно-дистрофических изменениях в слизистой оболочке. Следует иметь в виду, что

белки обладают наибольшей буферной способностью, жиры – незначительной, а углеводы этого свойства не имеют совсем.

Отсюда следует вывод, что для профилактики самопереваривания слизистой оболочки желудка в ран-

нем послеоперационном периоде необходимо поступление в желудок пластических веществ, в частности аминокислот и белков. Другими словами, речь идет о необходимости раннего энтерального питания больных после хирургических вмешательств.

Таблица 1

Теоретическое обоснование раннего энтерального питания

Отсутствие энтерального питания ведет к:	
<ul style="list-style-type: none"> • атрофии слизистой 	Доказано в экспериментах на животных.
<ul style="list-style-type: none"> • избыточной колонизации тонкой кишки 	Энтеральное питание предотвращает это в эксперименте.
<ul style="list-style-type: none"> • транслокации бактерий и эндотоксинов в порталный кровоток. 	У людей имеется нарушение проницаемости слизистой при ожогах, травме и в критических состояниях.
Полное парентеральное питание ведет к:	Энтеральное питание поддерживает GALT.
<ul style="list-style-type: none"> • атрофии ассоциированной слизистой кишечника лимфоидной ткани (GALT) 	
Ишемия и реперфузионные поражения кишечника часто встречаются при критических состояниях.	Энтеральное питание усиливает мезентериальный кровоток и может защищать от реперфузионных поражений.

В настоящее время преимущество перед стандартными лечебными диетами получили специализированные продукты питания, достоинства которых выражаются в полном сбалансированном соответствии с потребностями больных, наличием необходимых и важных витаминов и микроэлементов, наличием высококачественных белков жирных кислот, [3].

Цель исследования – изучить эффективность раннего энтерального питания как компонента комплексного лечения больных острым деструктивным холециститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен сравнительный анализ результатов лечения 18 больных с острым деструктивным холециститом, прооперированных в хирургическом отделении ГКБ № 7 г. Симферополь.

Весь контингент обследованных был разделен на две группы. К первой отнесены 8 пациентов, лечение которых включало оперативное вмешательство; общепринятую инфузионную терапию дополняли ранним энтеральным питанием. Вторая группа – 10 больных, лечение которых в послеоперационном периоде проводилось без использования дополни-

тельной нутриционной поддержки.

По возрасту, полу и сопутствующей патологии группы больных не отличались.

Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, моторно-эвакуаторной функции кишечника, частоте осложнений.

Лейкоцитоз подсчитывался по стандартной методике в условиях клинической лаборатории 7-й городской клинической больницы г. Симферополя и оценивался в день операции, на первые, третьи, седьмые, десятые сутки послеоперационного периода.

По данным лейкоцитарной формулы производился подсчет ЛИИ по Кальф-Калифу в день операции, а также на первые, третьи, седьмые, десятые сутки послеоперационного периода.

Моторно-эвакуаторная функция кишечной трубки исследовалась при помощи клинического метода. При этом учитывались: оценка перистальтики кишечника, отхождение газов, наличие рвоты в послеоперационном периоде, применение для стимуляции кишечника медикаментозных средств.

Для нутриционной поддержки больных в после-

операционном мы применяли питательную смесь «Осмераль с пищевыми волокнами» (Osmeral BSInstant). Пищевые волокна и инулин, содержащиеся в смеси, способствуют нормализации кишечной микрофлоры больного, улучшению функции кишечника и по-

вышения иммунитета. Также смесь содержит легкоусваиваемые углеводы.

Используемая смесь изотонична плазме крови (260-340 мосм/л). Это позволяет избежать возникновения осмотической диареи.

Таблица 2

Критерии моторно-эвакуационной функции

Критерии моторно-эвакуаторной функции	Норма	Нарушение
Клинические проявления		
Появление перистальтики	2-е сутки	3-е сутки
Начало отхождения газов	3-е сутки	4-е сутки
Наличие рвоты на 3-й сутки послеоперационного периода или дебит по зонду свыше 500 мл	Нет	Есть
Медикаментозная стимуляция кишечника в послеоперационном периоде	Нет	Да

Методика раннего энтерального питания заключалась в чреззондовом введении питательной смеси «OsmeralBSInstant». Ежедневно вводили до 1500 мл смеси. Энтеральную поддержку начинали через 12 часов после оперативного пособия. Скорость введения в первые сутки от начала нутриционной поддержки составляла 30-50мл/час. По мере восстановления функциональной активности пищеварительного тракта и при хорошей переносимости питательной смеси «OsmeralBSInstant» (отсутствие рвоты, диареи)увеличивали темп введения до 150 мл/ч, а объем питательной смеси доводили до 1000-1500 мл в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика изменений биохимических показателей в первые трое суток после операции имела одинаковую направленность, и полученные результаты достоверно не различались. Нарастающая гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, увеличение уровня лейкоцитоза в обеих группах отражает тяжесть системной воспалительной реакции. Но в дальнейшем в период 4-9 суток направленность динамики меняется. Происходит улучшение биохимических показателей как отражение позитивного сдвига в общем состоянии больных. У больных контрольной группы уровень общего белка, альбумина увеличился на 15 и 18% соответственно, тогда как в основной группе эти показатели возросли в большей степени – на 36% и 42% соответственно. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в контрольной группе к 7 суткам уменьшился в 1,6 раза, а в основной в 2,4 раза.

У больных основной группы раннее энтеральное питание принесло положительный эффект, который прослеживался в количественном уменьшении инфекционных осложнений 28%, напротив 52% в

контрольной группе.

Позднее восстановление перистальтики и отхождение газов отмечалась в контрольной группе в 1,5 раза чаще, чем в основной. Потребность в медикаментозной стимуляции кишечника у больных в группе контроля была в 3,3 раз чаще, чем в основной группе. Рвота на 3-е сутки послеоперационного периода отмечалась в 2 раза реже, чем в контрольной группе пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Применение раннего энтерального питания в комплексном лечении больных острым деструктивным холециститом способствует более быстрому купированию симптомов заболевания.
2. Раннее энтеральное питание питательной смесью «OsmeralBSInstant» способствует более раннему восстановлению перистальтики.
3. Применение питательной смеси «OsmeralBSInstant» в раннем послеоперационном периоде способствует нормализации белкового обмена у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко А.Л. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине / А.Л. Костюченко, Э.Д.Костин, А.А.Курыгин // «Специальная литература», Санкт-Петербург, 1996.
2. Курыгина А. Г. Раннее энтеральное питание как профилактика стресс-язв/ А. Г.Курыгина Ю.В. Стойко, С.М. Багненко. // Consiliummedicum, №3 (12), М., 2010.
3. Верхулецкий И.Е. Раннее энтеральное питание в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко //Український Журнал Хірургії, № 2 (11), Киев, 2011.