

Обоснование сроков назначения энтерального зондового питания при хирургическом лечении язвенной болезни

В работе изучены возможности проведения энтерального зондового питания в различные сроки после операции у 37 больных. Установлено, что оптимальным для начала проведения энтерального питания является снижение интракишечного давления до 120 мм вод. ст., и назначение его необходимо начинать с проведения пробных нагрузок и контроля остаточного интракишечного давления.

Ключевые слова: энтеральное зондовое питание, интракишечное давление, послеоперационный период, язвенная болезнь.

I.D. Semenchuk

Explanation of administration terms of enteral probe feeding in surgical treatment of ulcer. The opportunities of making of enteral, probe feeding among 37 patients in different post-operative periods were studied in this research. It has been determined that optimal beginning of making enteral feeding is decrease of interintestinal pressure to 120 mm and its administration is necessary to start with making initial exertions and control of the less interintestinal pressure.

Key words: enteral probe feeding, interintestinal pressure, postoperative period, ulcer.

Проведение энтерального зондового питания (ЭЗП) в раннем послеоперационном периоде сопряжено с возникновением определенных трудностей [2,3,5]. Это обусловлено тем, что энтеральное питание начинают проводить в условиях послеоперационной атонии или пареза кишечника, а оперативному лечению подвергаются пациенты с различным исходным состоянием, характером патологии и способом оперативного вмешательства, и восстановление функции ЖКТ в послеоперационном периоде у них протекает, как правило, по-разному [1,4]. Поэтому несвоевременное назначение ЭЗП, использование неоптимальной питательной смеси, скорости и способа ее введения, отсутствия контроля, может привести к развитию нежелательных последствий [3,5,7,8]. Целью настоящего исследования явилось изучение возможности проведения раннего энтерального зондового питания в различные сроки после операции.

Материалы и методы

Нами изучены результаты энтерального кормления в различные сроки после операции у 37 пациентов после хирургического лечения язвенной болезни (ЯБ) с неосложненным послеоперационным периодом. В наблюдаемой группе мужчин было 31 (83,8%), а женщин – 6 (16,2%). Средний возраст составлял $42 \pm 7,1$ года. В 28 (75,7%) случаях пациентам выполнялась СПВ с дуоденопластикой (21) или без нее (7), а 9 (24,3%) была выполнена резекция желудка по Бильрот-I (7) или Бильрот-II (2). 18 (48,7%) больных оперировано по поводу пилородуоденального стеноза, 10 (27%) – перфоративной язвы, а 9 (24,3%) – каллезной язвы желудка.

Доступ для ЭЗП обеспечивался выполнением при хирургическом вмешательстве поэтажного ниппельного зондирования желудка и начального отдела тонкой кишки (ПНЗ) [6]. Методика предусматривала интраоперационное ретроградное проведение через носовой ход и пищевод двух полимерных зондов. Один проводился в тощую кишку на 15 – 25 см дистальнее связки Трейца при органосохраняющих операциях и резекции желудка по Бильрот-I и, и на такое же расстояние от гастроэнтероанастомоза в отводящую петлю тощей кишки при резекции желудка по Бильрот-II. Второй зонд

располагали в желудке или его культе. Кишечный зонд служил для проведения ЭЗП и декомпрессии, а желудочный для декомпрессии и проведения лечебно-диагностических мероприятий.

В качестве нагрузочной питательной смеси (ПС) использовали мясной бульон, в количестве 400 мл. Скорость введения ПС составляла около 80-100 мл в час (30-35 капель/мин).

При проведении пробного кормления ориентировались не на время после операции, а на показатели ИКД, которое объективнее отображает восстановление функционального состояния ЖКТ, протекающее у различных больных с неодинаковой скоростью [1,3]. Учитывая высокие цифры ИКД в первые сутки после операции, проведение ЭЗП считали не оправданным, из-за риска развития осложнений. Питательную смесь начинали вводить со 2-х послеоперационных суток, когда ИКД снижалось до 170 мм вод. ст., и продолжали пробное кормление при ИКД равном 145, 120 и 90 мм вод. ст. После введения питательной смеси через час регистрировали остаточное ИКД, а кишечный зонд переводили в положение декомпрессии. До этого времени просвет его перекрывали. Если при проведении исследования у больных появлялись жалобы (боли, усиление вздутия, тошнота, позывы на рвоту, резкая слабость), кормление прекращали и ниппельный кишечный зонд переводили в положение декомпрессии, а остаточные ИКД через час не регистрировали. В таких случаях результат на пробное кормление считали отрицательным (отрицательная проба), а сроки – преждевременными.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных нами исследований показаны в таблице. Введение ПС при ИКД равном 170 мм вод. ст. у 19 пациентов (51,4%) было закончено преждевременно из-за получения отрицательной пробы.

Таблица

Результаты проведения нагрузочной пробы

ИКД до кормления (мм. вод. ст.)	Количество отрицательных проб на кормление n=37(%)	ИКД сразу после кормления (мм вод. ст.)	ИКД через час после кормления (мм вод. ст.)
170	19 (51,4)	210 ± 30	200 ± 25
145	10 (27)	180 ± 25	160 ± 30
120	3 (8,1)	140 ± 25	115 ± 15
90	-	130 ± 15	95 ± 15

Энтеральная инфузия приводила к повышению ИКД до 210 ± 30 мм вод. ст., причем это увеличение носило стойкий характер, о чем свидетельствовало сохранение высоких цифр остаточного ИКД через час - в среднем до 200 ± 25 мм вод. ст. (P < 0,05).

Проведение пробного кормления при ИКД равном 145 мм вод. ст. вызвало отрицательную пробу у 10 пациентов (27%), ИКД при этом возрастало в среднем до 180 ± 25 мм вод. ст., незначительно снижалось через час до 160 ± 30 мм вод. ст., оставаясь выше исходного (P < 0,05).

При ИКД в 120 мм вод. ст. отрицательная проба на энтеральное введение ПС отмечена только в 3 случаях (8,1%), а ИКД повышалось сразу после кормления до 140

± 25 мм вод. ст., но уже через час снижалось до 115 ± 15 мм вод. ст., то есть практически становилось исходным и, даже, имело тенденцию к снижению ($P < 0,05$).

При ИКД, равном 90 мм вод. ст., энтеральное зондовое питание ни в одном случае не вызвало отрицательных клинических проявлений, сразу после кормления ИКД увеличивалось до 130 ± 15 мм вод. ст. и нормализовалось до 95 ± 15 мм вод. ст. через час после кормления. Несмотря на то, что ЭЗП при ИКД в 90 мм вод. ст. не вело к стойкому увеличению внутрипросветного давления и не сопровождалось клиническими проявлениями, сроки его назначения считаем запоздавшими, так как у 92% больных ЭЗП можно применить на сутки раньше.

Выводы

1. Проведение энтерального зондового питания до нормализации ИКД приводит к прогрессированию послеоперационного пареза, на что указывает стойкое увеличение ИКД и клинические проявления этих нарушений. При нормализации ИКД энтеральная инфузия приводит к его увеличению, но в меньшей степени, и это увеличение носит не стойкий характер.

2. ИКД равное 120 мм вод. ст. является оптимальным для начала проведения ЭЗП. Так как у ряда оперированных (8,1%) назначение ЭЗП в эти сроки может приводить к клиническим проявлениям, считаем обязательным начинать ЭЗП с проведения пробных нагрузок и контроля остаточного ИКД.

3. Регистрация ИКД в динамике позволяет объективно наблюдать за восстановлением функционального состояния ЖКТ, оптимизировать сроки назначения ЭЗП для конкретного больного, а также предотвратить его преждевременное назначение в случаях, когда ЭЗП может вызвать прогрессирование развивающихся послеоперационных осложнений.

Литература

1. Бондаренко В.А., Гуденко В.Ю., Вандер К.А. Изменения гидростатического давления в тонкой кишке в послеоперационном периоде // Клин. хир. – 1987. - № 2. – С. 62-65.
2. Кабанов А.Н., Возлюбленный С.И., Томашев А.Г. Раннее энтерально-зондовое питание у хирургических больных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости // Актуальные проблемы искусственного питания в хирургии / Под ред. В. Д. Федорова и др.- М., 1990.- С. 145-147.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. - СПб.: Специальная литература, 1996.- 330 с.
4. Попова Т.С, Тамазашвили Т.Ш., Шестопапов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии.- М.: Медицина.- 1991.- 240 с.
5. Пугаев А. В., Тимин Л. Я., Абдуллаев Э. Г. Применение энтерального зондового питания у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Актуальные проблемы искусственного питания в хирургии / Под ред. В. Д. Федорова и др.- М., 1990.- С. 203-205.
6. Семенчук И.Д. Значение и условия проведения раннего энтерального питания в хирургии язвенной болезни / Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. науч. тр. // Под ред. проф. Шороха Г.П. – Минск, 1996. – Т.2. - С.225-228.
7. Цацаниди К.Н., Федорко Н.А., Манукян Г.В. Энтеральное зондовое питание у хирургических больных // Хирургия.- 1988.-№ 11.-С. 124-131.
8. Marotta R.B., Floch M.H. Diet and nutrition in ulcer disease // Med. Clin. North Am. - 1991. - Vol. 75, № 4. - P. 967-979

Репозиторий БГМУ