

РОЛЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ "FAST TRACK" ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Д. В. Дмитриев, О. В. Катилев, О. В. Калинин

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

THE ROLE OF EARLY ENTERAL NUTRITION IN MULTIMODAL PROGRAM "FAST TRACK" SURGERY IN CHILDREN

D. V. Dmitriyev, O. V. Katilov, O. V. Kalinchuk

В результате поиска эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском возникло новое понятие — "fast track" хирургия ("хирургия быстрого пути"), или ERAS (early rehabilitation after surgery) — ранняя реабилитация после операции. Подбор методов анестезии, минимально инвазивных способов оперативного лечения, оптимального контроля интенсивности боли и активного восстановления после операции (в том числе ранняя иммобилизация) в "fast track" хирургии способствовало уменьшению стрессовых реакций и дисфункции органов, продолжительности периода полного восстановления организма. Программу используют в абдоминальной хирургии, онкологии, гинекологии, урологии, детской хирургии [1 — 4].

Основателем мультимодальной программы "fast track" в Европе, включающей все фазы периоперационной терапии, является профессор Н. Rehlet. Суммированы и идентифицированы факторы, входящие в состав мультимодальной программы "fast track" в рандомизированных исследованиях и данных мета-анализа [3, 4].

Отказ от подготовки кишечника перед операцией.

Отказ от премедикации в сочетании с изменением схемы интраоперационной анестезии.

Применение пробиотиков перед операцией.

Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством.

Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции в соче-

Реферат

Раннее энтеральное питание (ЭП) — в сроки до 6 ч после операции обеспечивает успех программы "fast track" хирургии ("хирургия быстрого пути") как после небольших, так и объемных операций. Применение ЭП после операции способствовало быстрому устранению пареза кишечника, ранней активации его моторной функции, улучшению регенерации слизистой оболочки, ранней активации всасывательной функции нижележащих отделов кишечника, уменьшению частоты инфекционных осложнений, продолжительности лечения больных в стационаре.

Ключевые слова: послеоперационный период; "fast track" хирургия; раннее энтеральное питание; дети.

Abstract

Early enteral nutrition — in terms up to 6 h after operation — secures success of the program "fast track" surgery, together for small and large operations. Application of enteral nutrition after operation have promoted rapid elimination of intestinal paresis, early activation of its motor function, the mucosal regeneration improvement, early activation of absorptive function of underlying intestinal parts, reduction of the infection complications rate as well as the patients hospital stay duration.

Key words: postoperative period; "fast track" surgery; early enteral nutrition; children.

тении с адекватной водной и электролитной нагрузкой.

Регионарная анестезия или применение короткодействующих анестетиков.

Адекватный объем инфузии в периоперационном периоде.

Короткие разрезы (лапароскопия, миниинвазивный доступ, поперечные разрезы).

Профилактика дооперационной гипотермии.

Неопиоидная анальгезия.

Отказ от использования дренажей и назогастральных зондов.

Раннее начало ЭП после операции.

В мультимодальной стратегии быстрого восстановления одну из ведущих ролей играет раннее ЭП. Применение раннего ЭП (в сроки до 6 ч после операции) обеспечивает успех программы "fast track" хирургии как после небольших, так и объемных операций.

Применение ЭП после операции способствует быстрому устранению пареза кишечника, ранней активации его моторной функции, улучшению регенерации слизистой оболочки, ранней активации всасывательной функции нижележащих отделов кишечника.

Отмечены также возможность предупреждения избыточной контаминации микроорганизмами пищеварительного канала, профилактическое действие в отношении острого эрозивно-язвенного повреждения, устранение катаболической направленности метаболизма, нормализация иммунного статуса, уменьшение частоты инфекционных осложнений и длительности лечения больных в стационаре [3 — 8].

В рандомизированных исследованиях сравнивали эффективность применения ЭП и парентерального питания после панкреатодуоденаль-

ной резекции. Оперированы 643 пациента, у 372 из них проведено ЭП. Применение ЭП способствовало достоверному уменьшению частоты инфекционных осложнений и продолжительности лечения пациентов в стационаре, не влияло на частоту общих осложнений и послеоперационную летальность. По результатам анализа установлены преимущества применения ЭП по сравнению с полным парентеральным питанием [7, 9].

По данным 5 рандомизированных исследований сравнивали эффективность ЭП и парентерального питания у пациентов при онкологических заболеваниях органов пищеварительной системы. В исследование включены 217 пациентов, которым произведена панкреатодуоденальная резекция. Использование ЭП способствовало достоверному уменьшению частоты инфекционных осложнений и длительности лечения больных в стационаре, не влияя на частоту общих осложнений и послеоперационную летальность [10].

Нам хотелось показать влияние раннего ЭП на течение послеоперационного периода и непосредственные результаты лечения детей при применении мультимодальной программы "fast track" хирургии.

1. Ребенок Ш., 2 лет. Увеличение живота родители заметили 14 сут назад, обратились в поликлинику по месту жительства. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) обнаружено объемное образование размерами 200 × 170 мм, с мелкодисперсной взвесью и перепонками. Результат компьютерной томографии (КТ) ОБП: кистозное многокамерное образование брюшной полости размерами 180 × 146 × 78 мм.

Выполнено оперативное вмешательство. Поперечная лапаротомия (длина разреза до 5 см), резекция тонкого кишечника с опухолевым образованием, клиноподобная резекция брыжейки тонкой кишки (около 1 м от связки Трейтца), наложен тонко— тонкокишечный анастомоз конец в конец. Заключение гистологического исследования: ки-

шечная форма удвоения тонкой кишки.

Кормление начато через 2 ч после оперативного вмешательства через зонд смесью "Фрезубин" в объеме 2 мл/(кг × ч) (трофическое питание).

Пить разрешено через 24 ч после операции. Отхождение газов отмечено через 36 ч. Вставание с постели через 36 ч. Стул через 36 ч.

Обезболивание в течение 24 ч после операции с применением фентанила, эпидуральный блок, в последующем — парацетамол внутривенно с 24—го по 72—й час после операции.

Пациент выписан через 96 ч после операции.

2. Больная К., 10 лет. Увеличение живота отмечено в течение 1 мес, периодически беспокоит нелокализованная боль в животе. По месту жительства проведено УЗИ ОБП, консультирована детским гинекологом, обнаружена опухоль брюшной полости, осложненная левосторонним гидронефрозом. Ребенок направлен в детскую областную больницу. Данные лабораторных исследований без изменений. По результатам УЗИ ОБП: кистозное образование в брюшной полости размерами 200 × 170 × 150 мм, гидронефротическая трансформация левой почки.

По данным КТ ОБП: кистозное образование размерами 237 × 174 × 95 мм, вероятно, выходит из правых придатков.

Выполнено оперативное вмешательство: поперечная минилапаротомия, удаление кистозного образования широкой связки матки справа. Заключение гистологического исследования: киста с выстилкой из кубического эпителия.

После оперативного вмешательства больная переведена в онкогематологическое отделение.

Пить разрешено сразу после окончания оперативного вмешательства.

Кормление через 2 ч после операции смесью "Фрезубин" в возрастных дозах.

Вставать с постели разрешено через 4 ч.

Отхождение газов через 10 ч, стул через 24 ч.

Обезболивание: эпидуральный блок в течение 24 ч, парацетамол внутривенно в течение 48 ч после операции, наркотические анальгетики не применяли.

Пациентка выписана через 48 ч после операции.

3. Ребенок Д., 9 мес. В возрасте 5 мес по данным УЗИ и КТ диагностирована опухоль забрюшинного пространства справа размерами 12 × 8 × 6 см со смещением правой почки в полость таза, компримацией печени и распространением за срединную линию, без отдаленных метастазов. Проведена пункционная биопсия опухоли забрюшинного пространства под контролем УЗИ, заключение гистологического исследования: нейробластома N—тус—отрицательная. Проведены 4 курса неoadъювантной химиотерапии, опухоль уменьшилась до размеров 5 × 4 × 3 см.

Произведена правосторонняя поперечная лапаротомия (длина разреза до 8 см), туморадреналэктомия справа. По данным гистологического исследования: нейробластома.

Кормление через 2 ч после операции через зонд смесью "Фрезубин" 2 мл/(кг × ч) (трофическое питание).

Отхождение газов через 24 ч.

Грудное кормление начато через 24 ч после операции.

Стул через 36 ч.

Обезболивание в течение 24 ч после операции: фентанил, эпидуральный блок, далее парацетамол внутривенно с 24—го по 72—й час после оперативного вмешательства.

Пациентка выписана через 96 ч после операции.

Приведенные клинические наблюдения продемонстрировали важную роль начала раннего ЭП детей после операции. Применение раннего ЭП способствовало уменьшению частоты осложнений, продолжительности лечения в отделении интенсивной терапии, что полностью соответствует принципам мультимодальной программы "fast track" в хирургии у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хубутія М. Ш. Парентеральное и энтеральное питание: нац. руководство / М. Ш. Хубутія. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2014. — 800 с.
2. Лечебное питание в гастроэнтерологии; под ред. В. Б. Гриневича. — Петрозаводск, 2003. — 140 с.
3. A prospective clinical study for multimodal "fast track" rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery / M. W. Wichmann, M. Roth, K. W. Jauch, C. J. Bruns // *Rozhl. Chir.* — 2006. — Vol. 85, N 4. — P. 169 — 175.
4. Grigoras I. Fast-track surgery — a new concept — the perioperative anesthetic management / I. Grigoras // *J. Chirurg. Iasi.* — 2007. — Vol. 3, N 2. — P. 89 — 91.
5. Костюченко А. Л. Энтеральное искусственное питание в клинической медицине / А. Л. Костюченко, О. Г. Железный, А. К. Шведов. — Петрозаводск, 2001. — 202 с.
6. Основы клинического питания; под ред. Л. Сobotки; пер. с англ. — Петрозаводск, 2003. — 412 с.
7. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Т. С. Попова, А. Е. Шестопапов, Т. Ш. Тамазашвили [и др.]. — М., 2002. — 319 с.
8. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию; под ред. И. Е. Хорошилова. — СПб., 2000. — 376 с.
9. The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy / A. Spiro, C. Baldwin, A. Patterson [et al.] // *Br. J. Cancer.* — 2006. — Vol. 95. — P. 431 — 434.
10. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomized multicenter trial / F. Bozzetti, M. Braga, L. Gianotti [et al.] // *Lancet.* — 2001. — Vol. 358. — P. 1487 — 1492.

