

УДК 616.37-002-036.11

# РОЛЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Каракурсаков Н.Э., Баснаев У.И., Горелов И.И.

ГУ "Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского",  
г. Симферополь

**Ключевые слова:** раннее энтеральное питание, острый деструктивный холецистит

## Введение

Адекватный уход за хирургическими больными в послеоперационном периоде является одним из решающих факторов успешного выздоровления и реабилитации пациентов [1,4]. Но этому этапу лечения часто не уделяют должного внимания. К примеру, как правило, не учитывается тот факт, что в результате хирургического вмешательства резко возрастают потребности в нутриентах и энергии. На сегодняшний день отсутствуют четкие показания к выбору энтерального или парентерального питания в качестве вида алиментарной поддержки. Доказано, что парентеральное питание не решает всех проблем из-за большого количества осложнений и высокой стоимости препаратов [2].

Филогенетически детерминированный путь получения энергии и белков - энтеральный, что обуславливает состояние напряжения для системы пищеварения оперированных 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, энергоемкость клеток уменьшена [3].

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 напрашивается вывод, что для профилактики самопереваривания слизистой оболочки желудка в раннем 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:	
атрофии слизистой	Доказано в экспериментах на животных.
избыточной колонизации тонкой кишки	Энтеральное питание предотвращает это в эксперименте.
транслокации бактерий и эндотоксинов в портальный кровоток.	У людей имеется нарушение проницаемости слизистой при ожогах, травме и в критических состояниях.

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 [2].

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

## Материал 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 дополнительной 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 1-е, 3-е, 7-е, 10-е сутки послеоперационного периода.

По данным лейкоцитарной формулы производился подсчет ЛИИ по Кальф-Калифу в день операции, а также на 1-е, 3-е, 7-е, 10-е 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 послеоперационном периоде мы применяли питательную смесь, содержащую пищевые волокна и инулин, что способствовало нормализации кишечной микрофлоры больных, улучшению функции кишечника и повышению иммунитета. Также смесь содержит легкоусваиваемые углеводы. Используемая смесь изотонична плазме крови (260–340 мосм/л). Это позволяет избежать возникновения осмотической диареи.

Методика раннего энтерального питания заключалась в чреззондовом введении питательной смеси. 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 30–50 мл/час. По мере восстановления функциональной активности пищеварительного тракта и при хорошей переносимости питательной смеси (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 3 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 ди-

намики 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 раза 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 способствует более раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника.

3. Применение раннего энтерального питания в раннем послеоперационном периоде способствует нормализации белкового обмена у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита.

4. Раннее энтеральное питание позволяет добиться скорейшего снижения проявлений системной интоксикации.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. *Острый панкреатит. Патофизиология и лечение.* / В.В. Бойко, И.А. Кришоручко, Р.С. Шевченко [и др.] — Харьков, Торнадо. — 2002. — 288 с.
2. *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.
3. *Костюченко А.Л. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине* / А.Л. Костюченко, Э.Д. Костин, А.А. Курыгин // *"Специальная литература" Санкт-Петербург*, 1996.
4. *Kummerle L. Hemorrhagic- nekrotisierende pancreatitis and bildgebene Verfahren* / L. Kummerle, G.P. Dzieniszewski // *Deutsch. Med. Wochenschr.* — 1985. — № 14. — P. 534–539.

## РОЛЬ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

*Н.Е. Каракурсаков, У.І. Баснаєв, І.І. Горєлов*

*ДУ "Кримський державний медичний університет  
імені С. І. Георгієвського", м. Сімферополь*

**Резюме:** Проведені дослідження підкреслюють важливість аліментарної підтримки в післяопераційному періоді і дозволяють рекомендувати раннє ентеральне харчування як ефективний метод, що дозволяє досягти швидкішого одужання хірургічних хворих.

**Ключові слова:** раннє ентеральне харчування, гострий деструктивний холецистит

## THE ROLE OF EARLY ENTERAL NUTRITION IN THE TREATMENT OF SURGICAL PATIENTS

*N. Karakursakov, U. Basnaev, I.Goryelov*

*SI "Crimea State Medical University named after  
S. I. Georgievsky", Simferopol*

**Summary:** Results of conducted research underlines the importance of nutritional supply in the postoperative period, and allows us to recommend early parenteral nutrition as an effective method to achieve a faster recovery of surgical patients.

**Key words:** early enteral nutrition, acute destructive cholecystitis