

алғашқы 24-48 сағатта энтеральды тамақтандыруды бастап кетудің маңызы үлкен. Интенсивті терапия бөлімінде энтеральды тамақтандырылған (ЭП) пациенттер аспирация мен тамақ көтере алмаушылықтың жоғары тәуекелділігін ескере отырып, монитормониторизирленуге тиіс. Тамақтандыруда перmissive шектеу пациенттердің белгілі бір топтары үшін ғана рұқсат етілген. Науқастардың көпшілігіне стандарт полимерлі формалары бар энтеральды тамақтандыруды, ал хирургиялық науқастар үшін аргинин мен омега-3 ЖК иммуномоделирлеуші формулаларды пайдалану ұсынылған.

Қорытынды. Нутритивті терапия сапасы ЭП бойынша хаттамаларды пайдаланғанда, мөлшерлеу қағидаларына сүйенген адекватты тамақтандыру қамтамасыз етілгенде, тамақтандыруда үзілістер минималды болғанда және асқазандағы қалдық объективті критерий ретінде назарға алынбаған жағдайда жақсарады.

Негізгі сөздер: нутритивті статус, энтеральды тамақтандыру, энтеральды тамақтандыру жөніндегі хаттамалар.

SUMMARY

S. SHANDRU

Nicolae Testemitanu State Medical University, Kishinev c., Republic of Moldova

MODERN APPROACH IN ENTERAL NUTRITION OF CRITICALLY ILL PATIENT

The importance of nutrition therapy for the adult hospitalized patient is obtained from the outcome benefits achieved by the delivery of early enteral feeding.

Nutritional evaluation should identify those patients at high nutritional risk, determined by both disease severity and nutritional status. For such patients if they are unable to maintain volitional intake, enteral access should be attained and enteral nutrition initiated within 24-48 h of admission. Patients receiving enteral nutrition should be monitored for risk of aspiration, tolerance, and adequacy of feeding. Intentional permissive underfeeding is appropriate temporarily for certain subsets of hospitalized patients. Although a standard polymeric formula should be used routinely in most patients, an immune-modulating formula (with arginine and fish oil) should be reserved for patients who have had major surgery in a surgical ICU setting.

Conclusions. Adequacy of nutrition therapy is enhanced by establishing nurse-driven enteral feeding protocols, increasing delivery by volume-based or top-down feeding strategies, minimizing interruptions, and eliminating the practice of gastric residual volumes.

Key words: nutritional evaluation, enteral nutrition, enteral feeding protocols.

Для ссылки: Шандру С.И. Актуальные вопросы энтерального питания критического больного // Medicine (Almaty). - 2017. - № 4 (178). - P. 18-23

Статья поступила в редакцию 03.04.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.

УДК 616.366-089.87-072.1:616.146.4-008.341.1-073

Р.Р. БОГДАНОВ¹, П.М. СТАРОКОНЬ²

¹Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа,

²Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Москва

БЕЗОПАСНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ



Богданов Р.Р.

Исследования последних лет показали, что, казалось бы, щадящие операции, при наличии карбокси-перитонеума (КП), интраоперационно создают высокую нагрузку на адаптационные системы организма. Хирургическая патология практически всегда сопровождается сопутствующей патологией как сосудистого, так и нейроэндокринного характера. Поэтому проблема обеспечения безопасности хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста при выполнении оперативных вмешательств малоинвазивными методами с высоким риском анестезии является актуальной.

Цель исследования – разработать систему периоперационного обеспечения безопасности хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста при выполнении оперативных вмешательств малоинвазивными методами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 228 пациентов, которые разделены на три группы. В первой группе больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), во второй минилапаротомическая холецистэктомия (МЛХЭ), в третьей операция традиционным доступом (ТХЭ). Пациен-

Контакты: Богданов Ринат Радикович, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», МЗ РФ, г. Уфа. Республика Башкортостан. Тел.: + 79053571702, e-mail: rinat_bogdanov@mail.ru

Contacts: Rinat Radikovich Bogdanov, MD, Associate Professor, Professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology with the course of IAVE of the Bashkir State Medical University, MH RF, Ufa c., Republic of Bashkortostan. Ph.: + 79053571702, e-mail: rinat_bogdanov@mail.ru

ты во всех группах сопоставимы по возрасту, полу и риску оперативного вмешательства. По шкале ASA относились ко 2-3 классу. В каждой группе пациенты были старше 60 лет. Интраоперационно проводили измерение АД, ЧСС, пульсоксиметрию, капнографию, регистрацию давления в брюшной полости (ВБД). С помощью гемодинамической мониторинговой системы NemoSonikTM100 (Agrow, USA) методом транспищеводной эхо- и доплерографии в реальном времени определяли ударный и сердечный выбросы, общее периферическое сопротивление (TSVR). Для оценки параметров газообмена и КОС использовали определение значений pO_2 , SpO_2 , pCO_2 , pH, BE, SB аппаратами «AVL-2» (Дания) и «Statprofile-9» (США). Расчетными методом вычисляли показатели доставки, потребления и утилизации кислорода. Основными этапами исследования были: исходный (после интубации трахеи и стабилизации анестезии) перед кожным разрезом, через 2-3 минуты после создания карбоксиперитонеума (КП), конец операции. До и в послеоперационном периоде исследовали показатели печеночного кровотока, функции внешнего дыхания, баланса в системе гемостаза, уровень про- и противовоспалительных интерлейкинов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования показали, что при сравнимых исходных данных имеются достоверные изменения в параметрах функционирования основных систем в различных группах. Интраоперационные изменения гемодинамики были более выражены при эндоскопических вмешательствах с использованием карбоксиперитонеума, но имели тенденцию к более быстрой стабилизации, чем в других группах. Артериовенозная разница по кислороду и pH была наименьшей при использовании карбоксиперитонеума, что может свидетельствовать о снижении перфузии тканей. Проведенные нами исследования при ЛХЭ свидетельствуют о том, что величины потребления и коэффициент утилизации

кислорода тканями ниже нормальных при практически неизменном показателе доставки кислорода (DO_2), что указывает на неадекватное поглощение кислорода тканями при изменении положения больного на столе (положение Фовлера) и связанных с ним сдвигов центрального кровообращения. Свою роль в этом играет гипоперфузия тканей вследствие высокой степени централизации кровообращения и периферического вазоспазма, сопряженного с увеличением внутригрудного и внутрибрюшного давления, сопровождаемого компрессией нижней полой вены в ответ на наложение пневмоперитонеума.

Печеночный кровоток в послеоперационном периоде при лапароскопических операциях был более редуцирован, чем при минилапароскопических вмешательствах. Функция внешнего дыхания по данным спирографического обследования больше страдала при традиционных операциях и меньше при минилапаротомных. При малоинвазивных операциях изменения гемостаза в виде синдрома гиперкоагуляции наиболее выражены при традиционных абдоминальных операциях, но сохраняется высокий риск тромбоэмболических осложнений при карбоксиперитонеуме. Использование низкомолекулярных гепаринов стабилизирует систему гемостаза на третьи сутки после лапароскопических операций, на пятые сутки после традиционных, вместо седьмых без их использования. Имелись различия в распределении клеток по объему при различных видах операций, менее выраженные при лапароскопических операциях.

ВЫВОДЫ

Необходимо учитывать степень исходных изменений гемодинамики, дыхания и гемостаза и других показателей гомеостазиса с целью обеспечения безопасности хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста при выполнении оперативных вмешательств малоинвазивными методами с высоким риском анестезии.

УДК 616-72

Е.А. МЕРЕНКОВ, В.В. ЗЕМЛЯНСКИЙ, Е.Ш. МУСИН, Е.У. УМБЕТЖАНОВ

Корпоративный фонд «University Medical Center» Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана, Республика Казахстан

ОПЫТ УСТАНОВКИ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ЗОНДА ПОД РЕНТГЕН КОНТРОЛЕМ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПИТАНИЯ И РАЗГРУЗКИ КИШЕЧНИКА



Меренков Е.А.

Зондовое питание является одной из разновидностей пассивной доставки пищевых компонентов в организм. По сути - это энтеральное питание. Но в отличие от обычного, затраты энергии необходимы только на стадии непосредственного пищеварения. Доставка пищи осуществляется через специальный зонд.

Цель исследования. Оценка простоты и частоты удачных попыток при выполнении методики постановки назоинтестинального зонда под рентген контролем.

Материал и методы. Мы провели ретроспективный анализ 20 пациентов при размещении назоинтестинального зонда под рентген контролем в рентгенхирургической операционной ангиохирургом. Показания к назоинтестинальной интубации были аспирационный риск, панкреатит, парез желудка, непроходимость кишечника динамическая, энтеральное питание и другие.

Результаты и обсуждение. Технический успех был достигнут в 100%. Размещение назоинтестинального под контролем методом рентгеноскопии технически успешном в 100% от попыток в этом исследовании, и успех связан с простотой выполнения а также опытом рентгенхирурга.