

*Демко А.Е., Юдин А.Б., Чуприс В.Г., Пелипась Ю.В.*

## **МЕТОДИКА РАННЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

Основным методом лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) на сегодня остаётся оперативное вмешательство. Однако, несмотря на прогресс в диагностике и лечении, послеоперационная летальность при этой патологии остаётся стабильно высокой. Причиной тому служит развивающийся и прогрессирующий синдром острой энтеральной недостаточности (СЭН), включающий в себя проявления сочетанных нарушений двигательной, секреторной, переваривающей и всасывательной функций тонкой кишки, приводящих к выключению её из обменных процессов. На сегодня СЭН считается ключевым звеном патогенеза ранних послеоперационных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью. Ранняя энтеральная терапия, как комплекс мероприятий, направленных на обеспечение структурной целостности и оптимизации полифункциональной деятельности пищеварительной системы и, прежде всего, тонкой кишки, как центрального гомеостазирующего органа является одним из основных, патогенетических методов коррекции СЭН.

Предлагается методика ранней энтеральной терапии у больных прооперированных по поводу ОКН.

Энтеральную терапию начинали на операционном столе после завершения назогастроинтестинальной интубации и декомпрессии перераздутых петель тонкой кишки. На этом этапе производилось промывание просвета тонкой кишки (энтеральный лаваж) через зонд раствором следующего состава: на 1 литр физиологического 0,9% раствора натрия хлорида 18,9 грамм препарата «Регидрон» (Orion Corporation), 1 грамм аскорбиновой кислоты (витамин С), 800 Ед токоферола ацетата (витамин Е), 30 мл. льняного масла.

В течение первых суток послеоперационного периода, сразу после поступления больного в отделение хирургической реанимации, выполнялись мероприятия энтерального лаважа и энтеросорбции. Энтеральный лаваж проводился каждые 4 часа, глюкозо-электролитной смесью (ГЭС) указанной рецептуры в объёме 800 мл., фракционно. Введение сорбентов в интестинальный зонд мы проводили по окончании лаважа, с экспозицией 1 час. В качестве энтеросорбента нами использовался 6% водно-солевой раствор поливинилпирролидона «Неогемодез» (ОАО «Синтез», г.Курган).

В послеоперационном периоде энтеральное питание начинали с появлением кишечной перистальтики посредством введения в интестинальный зонд ГЭС.

На вторые сутки послеоперационного периода для обеспечения внутрипросветной регенеративной трофики кишки и сохранения кишечного барьера к ГЭС добавляли минимальное количество (200 – 300 мл/сутки) энтеральной полисубстратной изокалорической питательной смеси «Нутризон стандарт»

(Nutricia). С момента подачи ГЭС проводился строгий контроль её усвоения, что в клинической практике выполнялось путём определения остаточного, неусвоенного объёма. В случае если объём сброса составлял более 50% введенной ГЭС, подача препаратов прекращалась, интестинальный зонд использовался для аспирации кишечного содержимого и энтерального лаважа.

При наличии на 3-е сутки послеоперационного периода минимального сброса (менее 50% введенной за сутки в кишку жидкости), количество вводимой изокаларической полисубстратной питательной смеси увеличивали до 500 – 600 мл/сутки капельно (со скоростью инфузии 50 – 60 мл/час). В случае удовлетворительного усвоения полисубстратной смеси её количество постепенно увеличивали (по 300 – 500 мл/сутки) до достижения 1,5 л\сутки (1500 ккал, 60 грамм белка). При плохом усвоении (вздутие живота, диарея) вводилась полуэлементная питательная смесь в указанных выше количествах «Нутриен-Элементаль» (Nutritec).

Извлечение назогастроинтестинального дренирующего зонда осуществляли после восстановления устойчивой перистальтики и самостоятельного стула на 3-4 сутки. Зонд, введённый в кишку с каркасной целью при выраженном спаечном процессе брюшной полости, удалялся на 7-8 сутки.

Использование методики ранней энтеральной терапии следует рассматривать как один из основных, патогенетических методов коррекции синдрома энтеральной недостаточности у больных оперированных по поводу ОКН, позволяющий улучшить результаты их лечения.

Министерство обороны Российской Федерации  
Военно-медицинская академия

**УДОСТОВЕРЕНИЕ**  
НА РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

№ 10560/4

17.09.2007 г.

В соответствии со ст. 37 Временного положения о рационализаторских предложениях в Вооруженных Силах Российской Федерации настоящее удостоверение выдано

**Юдину А.Б.**

(с соавтор.)

на предложение, признанное рационализаторским и принятое Военно-медицинской академией к использованию, под наименованием: **"Способ ранней энтеральной терапии больных, прооперированных по поводу острой кишечной непроходимости"**.

Профессор  Лобзин Ю.В.

24.09.2007 г.