

УДК 616.94+617.55-089+613.2-032:611.34

© В. І. ДЕСЯТЕРИК, В. В. ШАПОВАЛЮК

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

## Відносно раннього ентерального харчування у хворих на абдомінальний сепсис

V. I. DESIATERYK, V. V. SHAPOVALIUK

SI "Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine"

### CONCERNING EARLY ENTERAL NUTRITION IN PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS

Проаналізовано результати хірургічного лікування 1638 хворих на гострий панкреатит, проведеного у хірургічному відділенні 8-ї міської клінічної лікарні м. Кривий Ріг за останні 6 років. Метою роботи було поліпшити результати лікування тяжких форм гострого панкреатиту шляхом обґрунтування ентерального харчування через єюностому. Результати використання єюностоми у комплексному лікуванні абдомінального сепсису свідчать про його позитивний вплив на організм пацієнта в цілому.

There were analyzed the results of surgical treatment of 1638 patients with an acute pancreatitis conducted in the Surgical Department of Kryvyi Rih Town Clinical Hospital № 8 for the last 6 years. The aim of the study was to improve the results of treatment of severe forms of an acute pancreatitis by the grounding of enteral nutrition with eunostoma. Results of eunostoma application in complex treatment of abdominal sepsis testify to its positive influence on the organism of a patient in a whole.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** У третини хворих на панкреатит середнього ступеня тяжкості та у більшості оперованих із приводу гострого панкреатиту виникають порушення в системі харчування, зумовлені перистальтичними розладами, абсорбційними та дигестивними порушеннями шлунково-кишкового тракту. До групи ризику входять також хворі, які тривалий час перебувають на штучній вентиляції легень, хворі, у яких мають місце інфільтративні зміни в головці підшлункової залози, прояви верхніх та бокових парапанкреатитів і можливі інші органічні зміни в черевній порожнині, які зумовлюють функціональну або механічну непрохідність верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Згідно з сучасними положеннями лікування гострого панкреатиту, ентеральне харчування суттєво полегшує перебіг хвороби, зменшує ризик бактерійної транслокації та інфікування панкреатичних некротів. За даними Weimann A. (2004), визначення ролі кишечника відносно розвитку синтетичних ускладнень та їх вплив на результати лікування дають підстави віддавати перевагу ентеральному харчуванню. Своєю чергою, O. Ioannidis, A. Lavrentieva and D. Botsios (2008) також наголошують, що ентеральне харчування порівняно з парентеральним, більш ефективно пригнічує імунізапальну відповідь, сприяє зменшенню септичних

ускладнень, зменшує потребу в хірургічних втручаннях та скорочує термін госпіталізації.

Деякі автори (Souheil Abou-Assi et al., 2002) повідомляють, що харчування через єюностому більш безпечно з точки зору ускладнень, термінів лікування та менш затратне порівняно з виключно парентеральним харчуванням. Тим більше, останнє може бути причиною таких ускладнень, як катетеро-асоційований сепсис, гіперглікемія та ін. За їхніми даними, при ентеральному харчуванні термін нутритивної підтримки в середньому сягав 6,7 дня, порівняно з 10,7 дня в групі парентерального харчування, також у цій групі були вищими показники глюкози крові. Пряме ентеральне введення нутрієнтів дає більше переваг відносно збереження функціонального спокою підшлункової залози, тоді як оро- та назогастральний шляхи стимулюють секрецію ушкодженої підшлункової залози та підтримують процеси аутолізу.

D. Venskutonis та співавт. (2007) повідомляють про те, що ентеральне харчування через єюностому дозволяє скоротити строки одужання та знизити частоту післяопераційних ускладнень. Ці ж автори підкреслюють переваги єюностомії відносно назоінтестинальної інтубації, яка супроводжується дискомфортом пацієнта, є ризиком розвитку синуситу, випадкового видалення або переміщення зонда та можливої наступної обтурації кишечника.

Заслуговують на увагу результати досліджень G. Pupelis et al., 2001. У групі з єюностомією було 3,3 % релапаротомій, а в контрольній – 26,7 %. Смертність складала 3,3 та 23,3 % відповідно. Також переконливим був термін пасажу по кишечнику: 54,6 і 76,8 год відповідно.

**Мета роботи:** покращити результати лікування тяжких форм гострого панкреатиту шляхом обґрунтування ентерального харчування через єюностому.

**Матеріали і методи.** За останні 6 років у хірургічному відділенні 8-ї міської клінічної лікарні м. Кривий Ріг було проліковано 1638 хворих на гострий панкреатит. Із них 245 хворих потребували хірургічного лікування (14,9 %). Загальна летальність сягала 2,9 % післяопераційна – 18,7 %. Пацієнтам, які тривалий час, більше 14 діб, не могли приймати їжу per os, ми наклали єюностому для проведення ентерального харчування.

Втручання виконували таким чином: виводили петлю тонкої кишки на 50–60 см від зв'язки Трейца, впродовж 5 см поліхлорвінілову трубку занурювали в стінку кишки серо-серозними швами, наклали кісетний шов. Після розкриття стінки кишки до 0,5 см трубку заводили в порожнину кишки в дистальному напрямку на 15–20 см. Кісетний шов затягували та закривали дворядними серо-серозними швами. Через окрему контрапертуру єюностому виводили назовні. Петлю кишки фіксували до парієтальної очеревини серо-серозними швами.

Всього єюностомія була виконана у 21 пацієнта. Показаннями для її виконання були: інфільтративно-некротичний верхній та нижній парапанкреатит, який викликав дуоденостаз у 7 хворих; головчастий панкреатит у 6 хворих, продовжена штучна вентиляція легень у 5 пацієнтів, поліорганна недостатність у 3-х хворих. Сепсис серед цих хворих було діагностовано в 16 випадках (71,8 %), в 11 хворих без бактеремії.

Ентеральне харчування розпочинали через 12–18 год після хірургічного втручання. Для харчування використовували: берламін, пентамен, дитячі

суміші, бульйони, кефір. Початкова швидкість складала 25 мл/год, перфузію проводили під контролем толерантності пацієнта. Якщо харчування пацієнт переносив адекватно – поступово швидкість довели до 60–150 мл/год. Болюсне введення сумішей ми не використовували.

Середня тривалість перебування мікроеюностами в кишечнику була від 12 до 30 днів (у середньому 19 діб). Після відновлення хворим самостійного харчування єюностому ліквідували. Ускладнень при виконанні та видаленні єюностами ми не спостерігали.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Отримані нами результати використання єюностами у комплексному лікуванні абдомінального сепсису свідчать про його позитивний вплив на організм пацієнта в цілому. Нормалізацію показників протеїнового балансу спостерігали вже на 8–9-ту добу. Нормалізацію лабораторних показників, зниження проявів інтоксикації спостерігали на 3–4-ту добу, а на 5–7-му добу ці показники досягали контрольного рівня. Час перебування у відділенні інтенсивної терапії скорочувався на 2–3 доби.

**Висновки.** 1. Використання ентерального харчування у комплексному лікуванні хворих на абдомінальний сепсис дозволило ліквідувати прояви сепсису у 8 хворих, ймовірно попередити інфікування панкреатичних некротів у 18 хворих, досягнути анаболізму в харчовому статусі пацієнтів, майже в 4 рази скоротити фінансові затрати порівняно з використанням парентерального харчування.

2. Використання єюностами для харчування хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту переконливо дозволило спостерігати позитивний ефект: раннє відновлення перистальтики кишечника, стабілізацію імунного статусу, попередження бактеріальної транслокації, поліпшення дигістивної функції кишечника, запобігти ускладненням, пов'язаним із пролонгованою катетеризацією центральних вен, орото- та назогастральною інтубацією.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Enteral Nutrition and Acute Pancreatitis / A. Review, B. W. M. Spanier, M. J. Bruno, E. M. H. Mathus-Vliegen // *Gastroenterology Research and Practice* Volume. – 2011. – Article ID 857949. – 9 p.
2. Jejunal feeding, even when instituted late, improves outcomes in patients with severe pancreatitis and peritonitis // G. Pupelis, G. Selga, E. Austrums, A. Kaminski // *Nutrition*. – 2011. – Vol. 17, № 2. – P. 91–94.

3. Ioannidis O. Nutrition support in acute pancreatitis / O. Ioannidis, A. Lavrentieva, D. Botsios // *Journal of the Pancreas*. – Vol. 9, № 4. – P. 375–390.
4. Abou-Assi S. Hypocaloric jejunal feeding is better than total parenteral nutrition in acute pancreatitis: results of a randomized comparative study // S. Abou-Assi, K. Craig, S. J. D. O'Keefe // *American Journal of Gastroenterology*. – 2002. – Vol. 97, № 9. – P. 2255–2262.

Отримано 25.01.13