

Значение энтерального питания больных в хирургической гастроэнтерологии

В.М. Луфт

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Региональная Северо-Западная ассоциация парентерального и энтерального питания

Многочисленными исследованиями установлено, что нарушения питания могут приводить к различным структурно-функциональным изменениям в организме и, как следствие этого к нарушениям метаболизма, гомеостаза и его адаптационных резервов. Имеется прямая корреляционная взаимосвязь между трофической обеспеченностью тяжелобольных пациентов и их летальностью - чем выше энергетический дефицит, тем чаще наблюдается у них тяжелая полиорганная дисфункция и летальный исход. Еще в 1936 году Н.О. Studley отмечал, что при потерях больных до операции более 20% от исходной массы тела послеоперационная летальность достигала у них 33%, тогда как при эйтрофическом состоянии она была почти в 10 раз меньше и составляла всего 3,5%. По данным G.P. Buzby, J.L. Mullen (1980), недостаточность питания у хирургических больных приводит к увеличению послеоперационных осложнений в 6, а летальности в 11 раз. В то же время, своевременное назначение истощенным пациентам полноценной нутриционной поддержки способствовало снижению количества послеоперационных осложнений в 2 - 3, а летальности - в 7 раз. Наряду с этим, необходимо отметить, что у лиц с гипотрофией наиболее часто имеет место не только ранняя хронизация и атипичное течение различных заболеваний внутренних органов, но и маломанифестное клиническое течение послеоперационных осложнений.

Явные признаки недостаточности питания в той или иной форме довольно часто наблюдаются в клинической практике среди больных как хирургического, так и терапевтического профиля, составляя по данным различных авторов от 18 до 56%. По нашим данным, среди

больных гастроэнтерологического профиля явления гипотрофии отмечаются у 25-57% пациентов. При этом ее выраженность существенным образом зависит не только от вида и особенностей клинического течения имеющейся патологии, а также длительности заболевания, но и возраста больных - в настоящее время в молодом возрасте гипотрофия наблюдается в 2 раза чаще.

Сегодня мы можем констатировать, что недостаточность питания пациентов - это более медленное выздоровление, угроза развития различных осложнений, более длительное пребывание в стационаре, более высокие расходы на их лечение и более высокая летальность больных.

Своевременное назначение хирургическим больным в ранний послеоперационный период энтеральной поддержки обусловлено, прежде всего, необходимостью сохранения структурной целостности и полифункциональной деятельности желудочно-кишечного тракта, как начального этапа оптимальной ассимиляции пищевых веществ и потенциального источника эндогенного инфицирования пациента (в кишечнике содержится до 2,5-3 кг микробной массы).

Не менее важно и раннее купирование явлений гиперметаболизма и гиперкатаболизма, которые наблюдаются практически у всех больных после выполнения объемных операций. Метаболическая дезорганизация, возникающая при этом, проявляется повышенным распадом белков, активным глюконеогенезом, относительно быстрым истощением соматического и висцерального пулов белка, снижением толерантности к глюкозе, активным липолизом и избыточным образованием свободных жирных кислот, а также кетоновых тел. Сохраняющиеся относительно длительное время (более 5 суток) явления гиперметаболического гиперкатаболизма, особенно у больных с исходной гипотрофией, могут приводить к быстропрогрессирующему их истощению, что существенно снижает эффективность проводимых лечебных ме-

Луфт Валерий Матвеевич - ведущий научный сотрудник СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, президент Региональной Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания.

роприятий, а нередко, при отсутствии соответствующей коррекции этих метаболических нарушений, вообще приводить к их полной нейтрализации со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Так, например, если у здоровых людей в условиях их обычной деятельности энергетические потребности основного обмена, как правило, составляют в среднем 20-25 ккал/кг в сутки, то при плановой хирургии они возрастают до 30-35 ккал/кг в сутки, а при радикальных абдоминальных операциях по поводу рака до 40-50 ккал/кг в сутки. Одновременно существенно возрастают суточные потери азота, которые в обычных условиях составляют 10-12 г (60-75 г белка) в сутки. По нашим данным, при лапаротомии с ревизией органов брюшной полости потери азота составляют 20-22 г, при проксимальной или дистальной резекции желудка 25-30 г, а при экстирпации пищевода, гастрэктомии или панкреатодуоденальной резекции достигают 33-35 г в сутки, что эквивалентно потере 130-220 г белка. Это в 2-4 раза превышает среднесуточные потери азота у здорового человека.

В то же время, следует отметить, что в случаях невосполнения 1 г азота (6,25 г белка) организм больного для поддержания белкового гомеостаза и, прежде всего, висцерального пула белка расплачивается 25 г собственной мышечной массы. По сути дела в подобных условиях развивается активный процесс аутоканнибализма, невмешательство в который и приводит к быстрому истощению пациентов. Это, как правило, сопровождается развитием у них иммунодефицита и снижением устойчивости к инфекции, замедленной консолидацией анастомозов и заживлением послеоперационных ран, анемией, истощением висцерального пула белка, нарушениями транспортной функции крови, пищеварения, а также полиорганной дисфункцией.

В хирургической гастроэнтерологии и интенсивной медицине нередко возникают ситуации, когда пациенты по тем или иным причинам не хотят, не могут или не должны получать питание естественным оральным путем, что является показанием для назначения им искусственного лечебного питания (ИЛП). К этой же категории лиц следует относить и больных с резко возросшими нутриентными потребностями (перитонит, деструктивный панкреатит, сепсис), когда обычное естественное питание, даже если оно возможно, не обеспечивает потребности организма в питательных веществах.

Абсолютными показаниями для назначения больным активной нутриционной поддержки (НП) являются:

1. Быстрая и прогрессирующая потеря массы тела вследствие имеющегося заболевания, составляющая: 10% и более за 1 месяц или 20% и более за 3 месяца;

2. Наличие у пациента исходных признаков гипотрофии:

- индекс массы тела (ИМТ) $< 19 \text{ кг/м}^2$ роста,

- окружность плеча (ОП) $< 90\%$ от стандарта (м - $< 26 \text{ см.}$, ж - $< 25 \text{ см.}$),

- гипопроотеинемия $< 60 \text{ г/л}$ и (или) гипоальбуминемия $< 30 \text{ г/л}$,

- абсолютная лимфопения < 1200 ;

3. Угроза развития прогрессирующей недостаточности питания:

- отсутствие возможности оптимального естественного питания (не могут, не хотят, не должны принимать пищу естественным путем),

- возросшие потребности в нутриентах вследствие имеющихся явлений гиперметаболизма и гиперкатаболизма.

При этом следует учитывать, что проведение активной НП должно по возможности проводиться на всех этапах хирургического лечения данной категории больных: предоперационный, ранний и поздний послеоперационный периоды. Активная предоперационная алиментация больных при проведении им планового хирургического лечения позволяет в относительно короткие сроки (7-10 дней) восполнить имеющиеся у них нутриентные дефициты и тем самым повысить иммунную реактивность организма и его функциональные резервы. Назначение оптимальной НП, особенно энтерального питания, в ранний послеоперационный период способствует не только быстрому восстановлению структурно-функциональной деятельности ЖКТ, но и быстрому купированию катаболической направленности обмена, а также активации репаративных процессов, что, в конечном итоге, приводит к сокращению (в 2-3 раза) использования препаратов крови и кровезаменителей, снижению риска послеоперационных осложнений и более ранней реабилитации больных.

Алгоритм выбора метода НП больного представлен на схеме 1.

При выборе метода активной НП приоритет следует отдавать естественному оральному варианту алиментации больных (лечебный рацион) с использованием в качестве наиболее оптимального источника их дополнительного питания жидких высокобиологически ценных хорошо сбалансированных полимерных питательных смесей (сиппинг). В тех случаях, когда пациенты не могут, не должны или не хотят принимать пищу, а также не могут достаточно питаться естественным путем, показано назна-

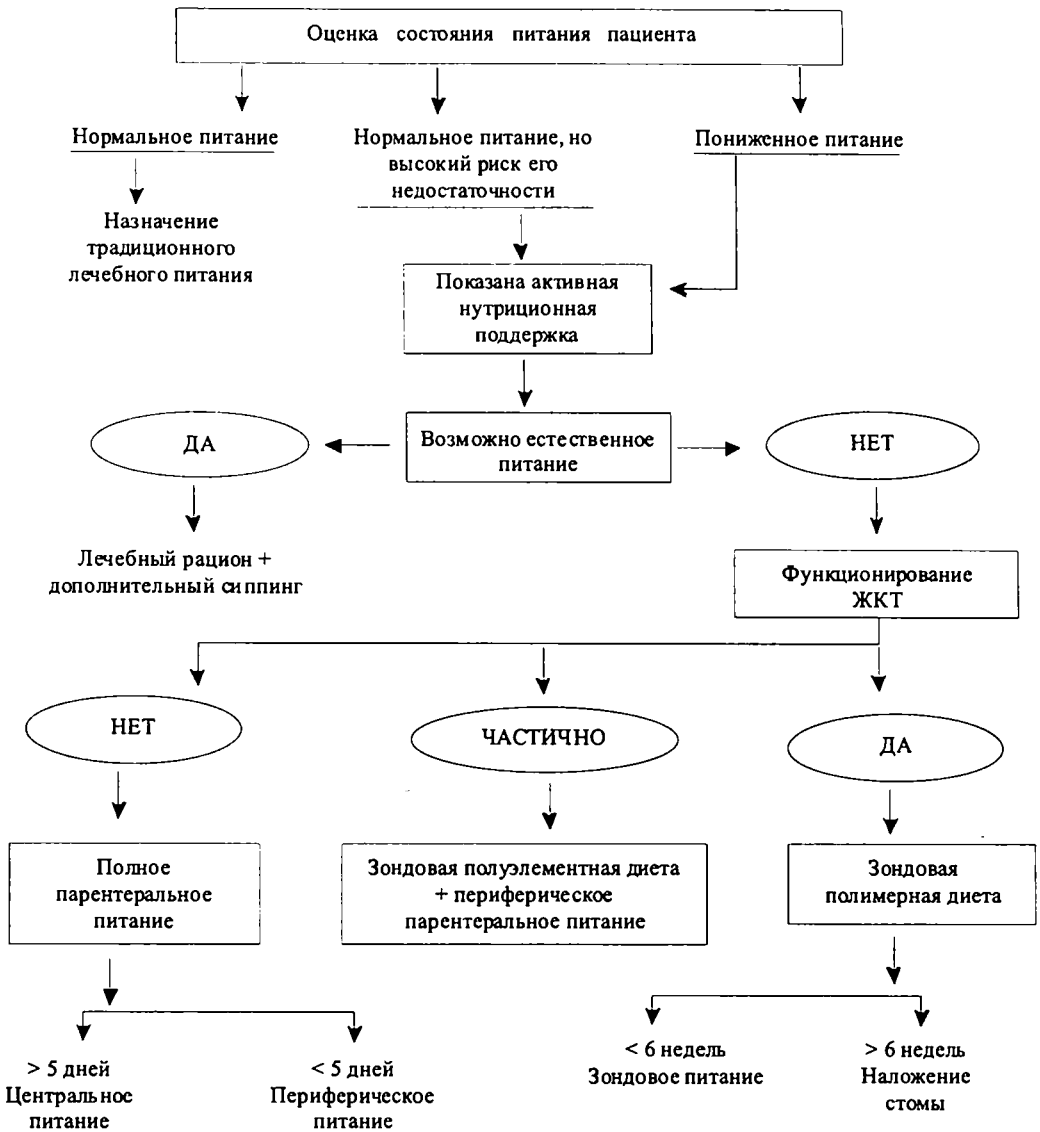


Схема 1. Алгоритм выбора метода нутриционной поддержки

чение ИЛП, основными принципами которого являются:

1. Своевременность назначения - как можно легче предупредить, чем лечить;
2. Адекватность - назначение суточного рациона питания, соотносясь с реальными потребностями больного;
3. Оптимальность - проведение ИЛП до стабилизации основных показателей трофологического статуса и восстановления возможности адекватного питания естественным путем.

ИЛП больных может осуществляться в форме парентерального (ИП) или (и) энтерального питания (ЭП). Необходимо отметить, что если

парентеральное питание отработано методически вполне удовлетворительно и относительно неплохо знакомо клиницистам (хотя и оно зачастую осуществляется неправильно), то применение ЭП в отечественной клинической медицине заметно отстает в своей практической реализации. А между тем хорошо известно, что ЭП, в отличие от парентерального, более физиологично, не требует строго стерильных условий, не вызывает опасных для жизни осложнений и существенно (в 4-6 раз) дешевле.

Необходимость назначения больным в постагрессивный период, в т.ч. и после объемных операций на органах брюшной полости, в мак-

симально ранние сроки энтерального питания обусловлено следующими обстоятельствами:

- наличие питательного субстрата в кишке являются мощным стимулом для роста и регенерации клеточных элементов слизистой оболочки, т.к. тонкая кишка на 50%, а толстая кишка на 80% обеспечивают свою регенераторную трофику за счет внутрипросветного субстрата, что предупреждает дистрофию и атрофию слизистой оболочки (кишечный эпителий полностью обновляется каждые 3 суток);

- вводимые в кишку питательные субстраты способствуют более ранней и эффективной стимуляции ее моторно-эвакуаторной функции;

- пищевой химус способствует поддержанию, активации и раннему восстановлению ферментативной активности пищеварительных соков, а также увеличению мезентериального и печеночного кровотока;

- кишечный химус является своеобразным физиологическим регулятором процессов секреции, экскреции и всасывания, восстанавливая тем самым уникальную гомеостазирующую функцию тонкой кишки;

- питательные субстраты стимулируют выработку интестинальных гормонов двенадцатиперстной кишки, действие которых направлено на поддержание энтеро-энтеральных и энтеро-висцеральных взаимосвязей и активацию ассимиляционных процессов на уровне различных клеток и тканей организма;

- ранняя энтеральная поддержка, включающая энтеральное питание, является весьма эффективным методом профилактики у тяжелобольных пациентов, особенно находящихся в критических ситуациях, острого эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной слизистой оболочки;

- сохранение пропульсивной моторики ЖКТ препятствует избыточной контаминации микрофлоры из дистальных в проксимальные отделы кишечника, что уменьшает риск развития тонкокишечного дисбиоза, дисбиотической энтеропатии и транслокации микробов и их токсинов через гликокаликсную мембрану в кровь;

- назначение раннего ЭП снижает выраженность стрессовой реакции организма и позволяет относительно быстро купировать кatabолическую направленность метаболизма.

При этом следует помнить, что кардинальной концепцией необходимости раннего назначения орального или зондового питания больным в постагрессивный период, в том числе и после абдоминальных операций, являются нижеследующие факты:

- всасывающая и переваривающая способ-

ность тонкой кишки у таких больных сохраняется в течение первых 3-х суток;

- ранняя энтеральная поддержка, включающая энтеральное питание, способствует быстрому восстановлению желудочной и кишечной моторики;

- купирование гиперсимпатикотонии, как ответа на хирургическое вмешательство или повреждение органов брюшной полости предупреждает переход кишечного стаза в парез.

Таким образом, длительное отсутствие пищевого химуса в кишке приводит к дистрофии и атрофии ее слизистой оболочки, а также угасанию моторно-эвакуаторной функции и ферментативной активности пищеварительных соков, нарушению выработки кишечной слизи и секреторного иммуноглобулина А, что может сопровождаться не только прогрессирующей энтеральной недостаточностью, но и активной контаминацией толстокишечной условно-патогенной микрофлоры из дистальных в проксимальные отделы тонкой кишки. Развитие тонкокишечного дисбиоза и дистрофизация гликокаликсной мембраны кишки становятся благоприятными условиями для транслокации микробов через порталную или лимфатическую систему в кровь, что приводит к истощению моноцитарно-макрофагальной системы и существенно повышает риск септических осложнений. Наряду с этим, в подобных условиях имеет место чрезмерная активация выработки провоспалительных цитокинов, что приводит к развитию системной воспалительной реакции организма, лежащей в основе полиорганной несостоятельности.

Вместе с тем, следует отметить, что реализация ЭП в постагрессивный период может иметь определенные трудности. Это обусловлено тем, что ЖКТ является одной из главных мишеней постагрессивной реакции организма любого происхождения (ранение, травма, операция и т.д.) за счет воздействия на него целого ряда как первичных, так и вторичных неблагоприятных факторов. Это может приводить к развитию острой кишечной недостаточности (ОКН), которая проявляется сочетанными нарушениями двигательной, секреторной, переваривающей и всасывательной функций, что сопровождается выключением тонкой кишки из обменных процессов.

Именно в этой связи следует помнить, что основными методами профилактики ОКН являются:

- оптимальная и постоянная декомпрессия желудка и тонкой кишки;
- настойчивое проведение кишечного лаважа и активной энтеросорбции;
- применение регуляторных (амтизол,

цитохром - С) и субстратных (сукцинат, фумарат, глутамин, янтарная кислота) антигипоксантов;

- раннее назначение энтерального питания.

ЭП может быть полным или частичным, может осуществляться через зонд (назогастральный, назоинтестинальный) или через стому (свищ).

В настоящее время существует достаточно большое количество разнообразных питательных смесей (ПС), предназначенных как для орального приема, так и для энтерального питания. В зависимости от химического состава и своего предназначения они подразделяются на:

- глюкозо-электролитные (мономерные) смеси, обеспечивающие раннее восстановление гомеостазирующей функции тонкой кишки и поддержание водно-электролитного баланса организма (Глюкосалан, Регидрон, Гастролит и др.);

- полуэлементные сбалансированные ПС, содержащие частично гидролизованные и легко усваивающиеся макронутриенты (Пептизол, Нутрилон Пепти, Альфаре, Пептамен и др.);

- полимерные сбалансированные ПС, позволяющие обеспечивать физиологические потребности организма по всем направлениям (Нутризон, Нутризон Энергия, Нутридринк, Изокал, Нутризон Стандарт, Берламин Модуляр, Клинутрен, Нутрикомп и др.);

- органоспецифические ПС, предназначенные для ЭП больных с явлениями той или иной органной недостаточности (Нутризы Пульмо, Нефро, Гепат, Диабет; Нутрикомпы Ренал, Диабет и др.). Химический состав указанных смесей модифицируется с учетом имеющихся при этом основных метаболических нарушений;

- элементные химически точные ПС, обеспечивающие питание больного в условиях выраженных метаболических нарушений (печеночная и почечная недостаточность, панкреатит, сахарный диабет) - Травасорб, Лофеналак, Флексикал и др.;

- модульные ПС, представляющие собой обогащенный концентрат одного или нескольких макро- или микронутриентов (белковый ЭНПИТ, Фортоген, АтланТЭН, Супро 760, Берламин МЦТ модуль и др.). При этом необходимо сразу отметить, что модульные ПС не являются сбалансированными и не могут применяться для зондового питания в качестве самостоятельного продукта. Они могут использоваться в качестве определенного модификатора рациона питания.

Наряду с этим, в зависимости от исходного физического состояния имеющиеся питательные смеси подразделяются на сухие (Нутризон, Нут-

ризон, Берламин, Клинутрен, Пептамен, Нутрикомп, Изокал) и жидкие (Нутризон Стандарт, Нутризон Энергия, Нутридринк). При этом следует отметить определенные преимущества применения в клинической практике жидких готовых к употреблению ПС, к которым относятся:

- стерильность и низкий риск их микробной контаминации (отсутствие прямого контакта медицинского персонала с ПС, т.к. они находятся в герметических бутылках или пакетах);

- возможность их более длительного применения (бутылки до 8 часов, пакеты до 24 часов - ПС, приготовленные из порошка должны быть использованы в течение 4 часов);

- низкая вязкость и хорошая их текучесть (могут проходить через обычные капельницы и не требуют столь частого промывания зонда, как это имеет место при использовании сухих смесей - каждые 3-4 часа);

- наличие строго стандартизированного химического состава и осмолярности (при приготовлении сухих смесей нередко не соблюдаются рекомендуемые соотношения порошка и воды, а также требования к применяемой воде);

- снижение трудозатрат и занятости медицинского персонала при проведении энтерального питания.

Необходимо отметить, что жидкая ПС Нутридринк не должна использоваться для зондового питания, т.к. она имеет несколько повышенную осмолярность (440 МОсмоль/л). В тоже время данная ПС широко используется для орального употребления (сиппинг) в качестве как дополнительного, так и самостоятельного источника полноценного питания у ослабленных больных (предоперационная подготовка, послеоперационная реабилитация, химиотерапия, осложненная мукозитами и др.)

Вместе с тем важно помнить, что ни одна из питательных смесей при проведении полного ЭП не обеспечивает больному достаточного количества свободной воды. Потребность в последней составляет 1 мл/ккал (при отсутствии заболеваний сердца, печени и почек). Большинство смесей с энергетической плотностью 1 ккал/мл содержит около 75% необходимой воды. Поэтому при отсутствии противопоказаний к ограничению жидкости количество свободной воды должно составлять не менее 25% от общего объема питательной смеси. Так, например, при введении в течение суток 2 л изосмолярной (1 мл - 1 ккал) питательной смеси дополнительно должно назначаться 500 мл воды, которая вводится в 2-3 приема. В этот объем включается вода, используемая для промывания зонда. Как правило, используют обычную питьевую не дистиллированную воду.

Наряду с этим, следует еще раз отметить, что главным фактором, лимитирующим быструю реализацию необходимого объема ЭП, может являться неразрешившийся синдром ОКН. Именно в этой связи, кишечник рассматривается не только как орган переваривания и всасывания питательных веществ, но и как орган, который сам по себе нуждается в соответствующей метаболической поддержке. Последняя направлена, прежде всего, на обеспечение должной регенерации эпителиоцитов слизистой оболочки и повышение их устойчивости энтероцитов к гипоксии, элиминация различных токсинов, поддержание и восстановление моторики, а также поддержание должного микробиоценоза и барьерной функции кишки. Для этих целей, наряду с фармакологическими препаратами (сукцинат, цитохром-С, фумарат, олифен, янтарная кислота и др.), стали широко применяться различные биологически активные добавки к пище в виде как нутрицевтиков, так и парафармацевтиков. Наиболее значимыми из них являются: аргинин, глутамин, нуклеотиды, омега-3 жирные кислоты, убихинон, биофлавоноиды, пре- и пробиотики. Данные нутриенты за свою лечебную направленность получили название фармаконутриентов. Следует отметить, что многие из указанных нутриентов входят в состав современных ПС, однако, в случаях выраженных явлений гиперметаболизма и гиперкатаболизма или при развитии ОКН, может иметь место их относительная недостаточность, что требует дополнительного их введения.

Так, например, глутамин является важнейшим энергосубстратом для эпителиоцитов тонкой кишки, предотвращая тем самым ее стрессовую атрофию, снижает частоту и тяжесть бактериальной транслокации, является мощным антиоксидантом и обладает цитопротективным действием. Наряду с этим он оказывает азотсберегающий эффект и повышает активность иммунокомпетентных клеток.

Аргинин - стимулирует секрецию гормона роста, инсулина и глюкагона, а также Т-клеточный иммунитет, повышает рецепторную чувствительность лимфоцитов, снижает катаболизм белка.

Омега -3 жирные кислоты - обладают цитопротективным и противовоспалительным действием, способствуют улучшению микроциркуляции (антиагрегационный эффект), а также усвоению клетками кальция и магния.

Л-карнитин - улучшает транспорт через мембраны клеток и усвоение ими длинноцепочечных триглицеридов, способствует выведению из цитоплазмы клеток продуктов жизнедеятельности клетки.

Убихинон (Co Q10) - усиливает синтез АТФ в клетках, является универсальным антиоксидантом, оказывая тем самым цитопротекторное действие.

Хорошо известно антиоксидантное действие аскорбиновой кислоты, токоферолов, β -каротина, ретинола и селена; иммуномодулирующее, цитопротективное и ранозаживляющее действие цинка, меди и железа, нормализующий кишечную микрофлору эффект пре- и пробиотиков. Вводятся они непосредственно через зонд в виде водных растворов или добавляются в ПС.

Таким образом, проведение поэтапного введения ПС позволяет в относительно короткие сроки (2-3 суток) в большинстве случаев восстановить гомеостазирующую функцию тонкой кишки и процесс пищеварения в целом. Наряду с этим, следует учитывать, что в раннем послеоперационном периоде, а также при травмах живота, черепа, спинного мозга и мозговых инсультах, часто наблюдают явления гастро- и дуоденостаза, что создает угрозу рвоты и аспирации рвотных масс больным при введении ПС в желудок и двенадцатиперстную кишку. В этой связи целесообразно, чтобы кончик питательного зонда устанавливался в начальном отделе тощей кишки (30-40 см от Тройцовой связки) и при этом осуществлялась активная декомпрессия желудка. По мере восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки зонд подтягивается в проксимальном направлении с установкой его в желудке до момента адекватного усвоения ПС при макроболусном ее введении (150-200 мл).

Объем и скорость ЭП определяются индивидуально. Различают несколько вариантов зондового питания.

1. Круглосуточное питание с нарастающей или постоянной скоростью. Назначается при наличии сомнений относительно сохранности пищеварительной и всасывательной функции ЖКТ, т. к. быстрое начало кормления (особенно через тощую кишку) может спровоцировать диарею и судороги.

2. Периодическое (сеансовое) питание. Проводится по 4-6 часов с перерывами на 2-3 часа. Может назначаться при отсутствии диареи, синдрома мальабсорбции и операций на ЖКТ.

3. Болусное питание. Осуществляется 4-6 раз в день. Более приближено к естественному ритму приема пищи. Обычно проводится через гастростому (через тощую кишку нельзя). Смесь вводят капельно или шприцем со скоростью не более 250 мл за 30 мин. Первоначальный болус не должен превышать 100 мл. При хорошей переносимости его ежедневно увеличивают на

Таблица 2. Осложнения энтерального питания, их профилактика и лечение

№ п/п	Осложнения	Профилактика и лечение
1	Отказ больного от зонда	психологическая коррекция медикаментозный сон
2	Тошнота, рвота	общая дезинтоксикация уменьшение объема и скорости вводимой ПС применение прокинетики
3	Регургитация, легочная аспирация	контроль восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка контроль скорости введения ПС возвышенное положение больного назначение в острой ситуации изначально питания через назоинтестинальный зонд применение прокинетики
4	Смещение и миграция зонда	фиксация зонда
5	Образование пролежней, некроза и перфорация органа	использование специальных полиуретановых или силиконовых зондов периодическое смещение зонда
6	Диарея	обязательное соблюдение сан.-гиг. мероприятий проверить осмолярность ПС уменьшить темп введения ПС провести активную энтеросорбцию добавить полиферменты (вводить отдельно от ПС) перейти на некоторое время на полужелезные ПС при отсутствии эффекта вернуться к введению ГЭР
7	Непроходимость питательной трубки	тщательное приготвление ПС периодическое промывание зонда
8	Перистомальные инфекции	соблюдение соответствующей хирургической техники соблюдение асептики и антисептики назначение антибиотиков удаление питательной трубки
9	Метаболические	выбор ПС с учетом имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний соблюдение адекватности суточного рациона потребностям больного мониторинг фармакологическое воздействие

50 мл. Учитывая, что на фоне болюсного кормления чаще наблюдается диарея, объем и состав вводимой питательной смеси подбирается индивидуально.

4. Циклическое питание. Проводится в течение 10-12 часового ночного периода с целью дополнительной алиментации пациента, не получающего в дневное время необходимого рациона питания (синдром короткой кишки, болезнь Крона, НЯК и др.). Данный вариант ЭП может быть использован в домашних условиях.

В большинстве случаев на начальных этапах зондового питания, особенно у больных с высоким риском развития ОКН, лучше начинать с непрерывного (круглосуточного) капельного микроболюсного введения ПС с нарастающей скоростью и контролем их усвоения (по остатку) с последующим переходом к сеансовому макроболюсному (прерывистому) их введению каждые 2 - 3 часа. При переходе больных на естественное питание (лечебный рацион) целесообразно в качестве дополнительного источника питания использовать методом сиппинга на протяжении еще 5-7 дней полимерные высокобиологически ценные ПС.

В зависимости от временного интервала начального проведения зондового питания в послеоперационный период мы выделяем раннее ЭП (начало в первые 8 час.), отсроченное (от 8 до 24 час) и позднее ЭП (начинается в сроки

более 24 час).

Осложнения энтерального питания, методы их профилактики и лечения представлены в табл. 2

Противопоказаниями для энтерального питания являются:

- анурия (при отсутствии острого замещения почечных функций)
- органическая или паралитическая кишечная непроходимость
- продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение, шок
- высокопродуктивный проксимальный кишечно-кожный свищ (если не удастся провести зонд на 20-30 см дистальнее места свища)
- наличие пищевой аллергии на компоненты данной питательной смеси
- неукротимая рвота, неподдающаяся купированию
- ферментативная стадия острого деструктивного панкреатита
- выраженные нарушения функции кишечного пищеварения.

Первые пять из них являются абсолютными до разрешения патологической ситуации. Три последние имеют относительный характер, так как могут быть преодолимы при соответствующем терапевтическом воздействии и проведении оптимальной энтеральной поддержки

Таким образом, ЭП может быть назначено

больным в ранние сроки (1-ые сутки) после выполнения операции на органах ЖКТ. Методика раннего ЭП достаточно хорошо отработана и нет никаких разумных причин, чтобы не

использовать его в интересах улучшения результатов хирургического лечения больных и более ранней их реабилитации.

Литература:

1. Ефименко Н.А., Шестопалов А.Е., Пасько В.Г. и др. Искусственное лечебное питание в интенсивной медицине и реанимации / Методические рекомендации. - М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2000. - 66 с.
2. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии/под ред. Ермолова А.С. и Абакумова М.М. - М.: НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, 2001. - 388 с.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. -СПб.: Спецлитература, 1996.-304 с.
4. Луфт В.М., Костюченко А.Л. Клиническое питание в интенсивной медицине/ Практическое руководство. - СПб.: РСЗ АсПЭП, 2002. - 175 с.
5. Луфт В.М., Костюченко А.Л., Лейдерман И.Н. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине.- СПб - Екатеринбург, 2003. - 325 с.
6. Основы клинического питания/Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального питания/под ред. Л.Соботки. - Петрозаводск:ИнтелТек, 2003. - 412 с.
7. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. - М.: М-Вести, 2002. - 319 с.
8. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию/под ред. Хорошилова И.Е.-СПб.: Нордмедиздат. 2000.-376 с.