

В.К. ИСРАИЛОВА, Г.К. АЙТКОЖИН, Ж.А. УТЕГЕНОВА, Ж.А. АБДЫМОЛДАЕВА

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии,
кафедра хирургических болезней №2

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНСУЛЬТЕ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Питание является одним из основных компонентов лечебного процесса у пациентов отделения интенсивной терапии. При невозможности самостоятельного приема пищи энтеральное (зондовое) питание является приоритетным перед парентеральным питанием. Ранее начало энтерального питания всецело влияет на прогноз, уменьшая количество осложнений в частности и летальность в целом у пациентов длительно находящих на постельном режиме, к которым относятся и пациенты нейроинсультных отделений.

Ключевые слова: Острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, энтеральное питание, интенсивная терапия.

Актуальность. Питание является основным компонентом лечебного процесса у пациентов отделения интенсивной терапии. В отделениях интенсивной терапии длительно находятся под наблюдением пациенты с различными видами инсультов. У пациентов с инсультами в зависимости от вида поражения головного мозга имеются поражения, при которых затрудняется прием пищи. При невозможности самостоятельного приема пищи энтеральное (зондовое) питание является приоритетным перед парентеральным питанием. Ранее начало энтерального питания всецело влияет на прогноз, уменьшая количество осложнений в частности и летальность в целом. Назначение парентерального питания при сохраненной дигестивной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не должно осуществляться при отсутствии признаков выраженной мальнутриции - тяжелая кахексия, низкие значения альбумина плазмы. Назначение парентерального питания при функционирующем ЖКТ во всех иных случаях ведет к увеличению количества метаболических и инфекционных осложнений и ведет ко всему прочему к повышению общих затрат на лечение пациента.

Цель исследования: определить наиболее оптимальный метод энтерального питания у пациентов палат интенсивной терапии с нейроинсультами.

Материалы и методы: Нами было проведено исследование в палате интенсивной терапии у 27 пациентов с инсультом за период с 15 марта по 15 июня в БСНП г. Алматы. Среди пациентов было 15 женщин и 12 мужчин с различными видами инсультов длительно находящихся в коматозном состоянии и требующих проведение энтерального питания.

Результаты: Частой причиной избегания клиницистами полнообъемного энтерального питания пациентов отделений интенсивной терапии является неспособность врача корригировать возникающие при этом не столь редкие осложнения: диарея, повышенное количество остаточного объема содержимого желудка, осложнения, вызванные питательным зондом, а также сложности в организации питания: частая невозможность продленного питания из-за отсутствия необходимых устройств, неудобство болюсного введения питательных смесей из-за частого вовлечения медперсонала в процесс кормления. При невозможности самостоятельного питания через рот используется вариант зондового энтерального питания.

В нашей практике мы стараемся придерживаться определенного алгоритма проведения энтерального питания.

«Энтеральное питание способно обеспечивать всасывательную функцию слизистой оболочки тонкой кишки и участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Такие непитательные эффекты могут быть настолько же важны, как и трофическая функция энтерального питания» P.I. Marino. The ICU Book, 1998

Правильное применение нутритивной поддержки позволяет

- предотвратить атрофию слизистой желудочно-кишечного тракта
- снизить выраженность стрессовой реакции
- достоверно увеличить мезентериальный и печеночный кровоток
- снизить частоту желудочно-кишечных кровотечений из острых язв
- снизить риск инфекционных осложнений и развития синдрома полиорганной недостаточности
- Абсолютными противопоказаниями к энтеральному питанию являются:
- механическая острая кишечная непроходимость
- ишемия кишечника
- несостоятельность межкишечного анастомоза
- непереносимость компонентов энтеральной смеси
- Сброс «застоя» по желудочному зонду более 1200 мл/сутки

Выбор точки приложения энтеральной поддержки (желудок, двенадцатиперстная кишка, тощая кишка) определяется возможностью осуществить доступ, риском аспирации желудочного содержимого и предполагаемой продолжительностью энтерального питания.

В качестве стартовой питательной смеси у пациентов мы использовали готовую смесь «Нутрикомп», содержащую 1 ккал/мл смеси. При плохом усвоении препарата используются готовые смеси «Нутрикомп +Диета» или «Нутриен». При наличии мальабсорбции либо после периода длительного голодания питание сразу начинается со специализированных смесей. При повышенных энергетических потребностях пациента используются гиперкалорические смеси, содержащие 1,5 ккал/мл. Объем остаточного содержимого желудка (ООСЖ) проверяется каждые 4 часа в первые 2 суток кормления, затем реже (6-8 часов). Если ООСЖ при болюсном кормлении превышает 250 мл, назначаются прокинетики. Если ООСЖ превышает 500 мл, снижается скорость питания, добавляются

прокинетики либо питание приостанавливается. При продленном питании объем остаточного содержимого желудка не должен превышать двукратный часовой объем. При ожидаемой непереносимости энтерального питания более 1 недели при имеющейся мальнутриции сразу начинается парентеральное питание. При нормальном нутритивном статусе пациента парентеральное питание должно быть отложено на 7 дней. При возникновении диареи оценивается стул. При отсутствии признаков инфекционной природы диареи прекращается болюсное питание пациента и начинается продленное. При возникновении диареи на фоне продленного введения смесей снижается скорость введения смеси и/или проводится разведение смеси в два раза (снижение осмолярности смеси). Методика введения энтеральной смеси при проведении зондового варианта энтерального питания

Введение энтеральной смеси начинают со скорости **50 мл в час** в первые сутки. Каждые последующие сутки скорость введения увеличивают **на 25 мл в час**. При этом максимальный темп подачи смеси не должен составлять более чем **125 мл в час**. Введение нужно осуществлять в течение 18- 20 часов в течение суток. Также очень удобно (но не обязательно) использовать дозаторы для энтерального питания, что значительно облегчает управление скоростью введения смеси.

Преимущества капельного способа введения энтеральной смеси:

Снижается риск аспирации и расширения желудка, снижает потери тепла, лучше переносится больным, снижает риск диареи, питание лучше усваивается, лучше защищает от образования стрессовых язв, снижает риск инфицирования больного.

Для унификации подхода к назначению зондового питания в отделении реанимации и интенсивной терапии крайне желательно иметь готовый протокол проведения энтерального питания. Тем больным, которым мы проводили энтеральное питание по данному алгоритму, быстрее восстанавливали свой неврологический статус и быстрее были переведены в профильное отделение из отделения интенсивной терапии.

Выводы:

1. Энтеральное питание должно являться приоритетным у пациентов отделения интенсивной терапии особенно пациентов длительно находящихся на постельном режиме (пациенты при геморрагическом и ишемическом инсультах)
2. Парентеральное питание не должно назначаться рутинно при работающем ЖКТ.
3. Оптимально проводить продленное энтеральное питание, что уменьшает частоту непереносимости питания и облегчает работу среднего медперсонала.
4. При необходимости проведения длительного зондового питания необходимо постановка чрезкожной гастростомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Боголепов Н.К. Коматозные состояния. - М.: Госуд. Изд. Мед. Лит., 1962. - 273с.
- 2 Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. Компьютерная томография головного мозга. - М.: Медицина, 1986. - 256с.
- 3 Власенко А.В. Острое паренхиматозное поражение легких у больных с черепно-мозговой травмой, после гемотрансфузий и аспирационного синдрома (обзор литературы) // Новости науки и техно Сер. Мед. Вып. Реаниматология. Интенсивная терапия. Анестезиология. - 2003. - № 2. - С. 3-12.
- 4 Власов В.В. Введение в доказательную медицину. - М.: Медиа Сфера, 2001. - 392 с.
- 5 Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999. - 459 с.
- 6 Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А. М. Антидор Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - 1998. - Т.1. - С. 48-52.
- 7 Коновалов А.Н., Самотокин Б.А., Васин Н.Я., Лихтерман Б.Л., Потапов А.А. Клиническая классификация острой черепно-мозговой травмы // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - 1998. - Т.1. - С. 54.
- 8 Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. - М.: Медицина, 1987. - 288 с.
- 9 Кушаковский М.С. Аритмии сердца. - СПб.: Гиппократ, 1992. - 544с.
- 10 Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей. - М.: Медицина. 2000. - 568с.
- 11 Лебедев В.В., Крылов В.В. Оружейные черепно-мозговые ранения мирного времени. - М.: Медицина, 2001.- 328 с.
- 12 Плам Ф., Познер Д.Б. Диагностика ступора и комы. - М.: Медицина, 1986. - 544 с.
- 13 Шахнович А.Р., Шахнович В.А. Диагностика нарушений мозгового кровообращения. Транскраниальная доплерография. - М.: Ассоциация книгоиздателей, 1996. - 446с.
- 14 Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. - СПб.: Невский диалект, 2000. - 391с.
- 15 Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. - СПб.: 1997. - 432с.
- 16 Флетчер Ф., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - М.: Медиа Сфера, 1998. - 352 с.
- 17 Alejandria M.M., Lansang M.A., Dans L.F., Mantaring J.B.V. Intravenous immunoglobulin for treating sepsis and septic shock (Cochrane Review) // The Cochrane Library. - Issue 1. - 2002. - P. 82-89.
- 18 Bergman D., Bonten M., Gaillard C., Paling J. et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia by oral decontamination // Amer. J. Resp. Crit. Care Med.- 2001. - Vol. 164. - P. 382-388.
- 19 Block C.A., Manning H.L. Prevention of acute renal failure in the critically ill // Amer. J. Resp. Care Med. - 2002. - Vol. 165. - P. 320-324.
- 20 Bower R. Nutrition during critical illness and sepsis // New Horizons. - 1993. - Vol. 2. - P. 348-352.
- 21 Braakman R., Scouten H.J.A., van Dishoeck M.B. et al. Megadose steroids in severe head injury: Results of a prospective double-blind clinical trial // J. Neurosurg.- 1983.- Vol. 58. - P. 326-330.
- 22 Bricolo A., Formenton A., Turella G., et al. Clinical and EEG effects of mechanical hyperventilation in acute traumatic coma // Eur. Neurol. - 1972.- Vol. 8.- P. 219-224.

- 23 Cairns C., Grant I.S. Cardiac and pulmonary complications of subarachnoid haemorrhage: pathophysiology, diagnosis and management // Internat.J. Intes. Care . – 2003.- Vol. 10. – p. 109-118.
- 24 Chambers I.R., Mendelow A.D. Receiver operator characteristic (ROC) curve analysis applied to CPP, ICP and outcome in severe head injured patients // Intracranial Pressure IX / Eds H. Nagai et al.- Berlin: Springer-Verlag, 1994.- P. 64-67.
- 25 Chan K.H., Deardon N.M., Miller J. D. Multimodality monitoring as a guide in treatment intracranial hypertension after severe head injury // Neurosurgery. – 1993. – Vol. 32. – P. 547 – 553.
- 26 Chan K.H., Miller D.J., Dearden M. et al. The effect of changes in cerebral perfusion pressure upon middle cerebral artery blood flow velocity and jugular bulb venous oxygen saturation after severe brain trauma // J. Neurosurg. - 1992.-Vol. 77.- P. 55-61.
- 27 Chesnut R.M. Intracranial pressure in 1998 // Eur. J. Anesth.- 1998:- Vol. 15- Suppl. 17.- P. 57-59.
- 28 Chesnut R.M., Marshall L.F. Management of severe head injury // Neurological & Neurosurgical intensive care / Ed A.H. Ropper.- New York: Raven Press, 1993.- P. 203-246.

В.К. ИСРАИЛОВА, Г.К. АЙТКОЖИН, Ж.А. УТЕГЕНОВА, Ж.А. АБДЫМОЛДАЕВА
ҚАРҚЫНДЫ ЕМДЕУ ТЕРАПИЯСЫН ҚАБЫЛДАП ЖАТҚАН ИНСУЛЬТІ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ЭНТЕРАЛДЫ
ТАМАҚТАНДЫРУ

Түйін: Қарқынды емдеу бөлімшесінде науқастарды емдеу үрдісінің бірден бір емдік кешені тамақтандыру болып табылады. Науқас өздігінен тамақтана алмаған жағдайда энтеральды (зонд арқылы) тамақтандыру парентеральды тамақтандыру алдындағы үрдіс. Энтеральды тамақтандыруды ерте бастау ұзақ уақыт төсек режимінде жатқан науқастар үшін әр түрлі асқынулардың алдын алуда маңызы зор.

Түйінді сөздер: Жедел ми қан айналым бұзылысы, инсульт, қарқынды терапия, энтеральды тамақтандыру

V.K. ISRAILOVA, G.K. AITKOZHIN, ZH.A. UTEGENOVA, ZH.A. ABDYMOLDAEVA
ENTERAL NUTRITION IN INTENSIVE CARE STROKE PATIENTS

Resume: Nutrition is one of the main components of the treatment process for patients in intensive care . At impossibility of self- eating enteral (enteral) nutrition is a priority prior to parenteral nutrition. Earlier start of enteral nutrition totally influences the prognosis , reducing the number of complications and mortality in particular, the overall long-term patients are on bedrest , which include patients neyroinsultnyh offices.

Keywords: Acute ischemic attack , stroke , neuromonitoring, intensive care, Enteral nutrition