

МІКРОЄЮНОСТОМІЯ У РАННЬОМУ ЕНТЕРАЛЬНОМУ ХАРЧУВАННІ В АБДОМИНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*Каценко Л.Г. доцент, Столяренко В.С., Глуценко В.В. лікар-інтерн
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології
Тростянецька центральна районна лікарня Сумської області*

На сьогоднішній день проблема нутритивної підтримки у ранньому післяопераційному періоді є досить актуальною. Недостатність харчування у оперованих хворих призводить до виникнення різних післяопераційних ускладнень, зростання медикаментозного навантаження на пацієнта. Крім того, нутритивна недостатність призводить до подовження термінів перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії та реанімації, формування синдрому поліорганної дисфункції, а також до суттєвого збільшення витрат на лікування. Одним з методів ентерального забезпечення повноцінного харчування після абдомінальних операцій є мікроєюностомія.

У Тростянецькій ЦРЛ за період з 1990 по 2012 рік для проведення зондового ентерального харчування було виконано 127 мікроєюностомій у тяжких хворих на гострий деструктивний панкреатит, гострий холецистит, ЖКХ (холедохолітіаз), та постраждалих з пошкодженнями шлунка, печінки, підшлункової залози.

Мікроєюностомію накладали після закінчення основного етапу операції. В голодній кишці на відстані 25-35 см дистальніше зв'язки Трейца, або шлунково-кишкового анастомозу (якщо такий накладався) виконували ентеротомію, в просвіт кишки вводили полівінілхлоридну трубку від одноразової системи в абсорбальному напрямку на відстань 10-15 см, фіксували одним швом до стінки кишки та занурювали в серозно-м'язовий тунель за Вітцелем. Через прокол черевної стінки у лівому підребер'ї трубку виводили назовні. Стінку голодної кишки фіксували 3-4 швами до парієтальної очеревини, а катетер - до шкіри двома швами. Перед початком використання зонда вимірювали залишковий гідростатичний тиск у кишці, якщо він був вище 100 мм водного стовпа, харчування не проводили, а зонд переводили в дренажне положення. Раннє ентеральне харчування (РЕХ) починали після зменшення тиску в кишці (в основному з наступної доби). Використовували ізотонічний розчин натрію хлориду – 400,0, розчин Рінгера – 400,0. На третю добу – ГІК - 400,0, відвар шипшини 250,0, курячий бульйон 500,0, пастеризоване молоко 250,0, Берламін модуляр 200,0 крапельно по 100-120 мл за годину. Критерієм ефективності використання зондового харчування через мікроєюностому вважали видужування пацієнтів.

Таким чином, ентеральне харчування через мікроєюностому, порівняно з парентеральним, є більш фізіологічним, безпечним, менш коштовним. РЕХ у значній мірі сприяє скороченню термінів лікування хворих, запобігає розвитку багатьох післяопераційних ускладнень та знижує летальність.