

НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА И ОБЪЕМЫ ПЕРЕЛИВАЕМЫХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Шатохин А.В.

*Краевая клиническая больница №1, АРО-3,
Краснодар*

Поддержание нормального трофического статуса пациента при тяжелой черепно-мозговой травме имеет первостепенное значение для профилактики ранних и поздних осложнений. Одним из показателей контроля эффективности нутриционной поддержки (НП) является состояние висцерального пула белка.

Целью нашего исследования был анализ коррекции висцерального пула белка при проведении интенсивной терапии (ИТ) до и после выхода приказа МЗ РФ № 330 от 05 августа 2003г.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов по картам ИТ за 2001 год и проспективное исследование по применению нутриционной поддержки (НП) пациентов в 2004 году, анализировался объем инфузии препаратов крови (свежезамороженная плазма, альбумин, эритроцитарная масса). Все пациенты схожи по исходному состоянию (ТЧМТ, по Глазго ≤ 8 баллов), проводимой интенсивной терапии (ИБЛ, поддержание АДср > 70 мм.рт.ст.). В проспективной группе введение свежезамороженной плазмы проводили только при дефиците факторов свертывания крови, введение альбумина при его уровне < 25 г/л, введение эритроцитарной массы при Hb < 80 г/л.

Основные результаты. Введение адекватной и метаболически обусловленной НП в 2004 году позволило сократить количество переливаемой свежезамороженной плазмы в 5,6 раза по сравнению с 2001 годом (99,7 л. и 17,8 л. соответственно), инфузии раствора альбумина не потребовалось вовсе. Объемы инфузии эритроцитарной массы снизились на 15 %. При этом показатели висцерального пула белка в проспективной группе составили: абсолютное число лимфоцитов = $2,1 \pm 1,1$, общий белок = $71 \pm 2,3$ г/л, альбумин = $38 \pm 2,8$ г/л.

Заключение. Применение нутриционной поддержки, как обязательной составляющей комплекса интенсивной терапии ТЧМТ, позволило сократить объемы переливания потенциально опасных препаратов крови при сохранении нормального трофического статуса пациента.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Шатохин А.В.

*Краевая клиническая больница №1,
Краснодар*

Несмотря на определенные достижения по проблемам обеспечения нутриционной поддержки в российской федерации: издание приказа №330 МЗ РФ от 05.08.03г., с инструкциями по методологии применения энтерального и парентерального питания, остается

много множество дискуссионных вопросов, в частности, вопрос об оптимальном доступе для обеспечения нутриционной поддержки (НП) при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ).

Целью настоящей работы было сравнение эффективности, доступности, количества осложнений при проведении нутриционной поддержки (НП) с применением эндоскопической оро- или назоинтестинальной интубации кишечника и наложения стомы (гастро- или еюно-).

Материал и методы исследования: 16 больных которым НП проводилась через оро- или назоинтестинальный зонд, установленный эндоскопически и 2 больных которым НП проводилась через стому (один с еюностомой, один с гастростомой). Все больные схожи по тяжести состояния при поступлении (изолированная ТЧМТ, кома I-II, по шкале Глазго ≤ 8 баллов) и протоколу ведения.

В АРО-3 (нейрореанимация) ККБ № 1 введена и успешно применяется схема проведения энтеральной НП: при поступлении больного проводится промывание желудка через назогастральный зонд, затем, (через 4-6ч.) проводится эндоскопическая интубация кишечника и начинается введение электролитных растворов, с целью лаважа и оценки всасывающей способности кишки, затем, проведение собственно НП сбалансированными смесями в возрастающих дозировках и концентрации (от 20 до 200 мл/час; от 0,5 до 2,0 ккал/мл). Интестинальное введение смеси, по мере восстановления функции желудка, постепенно заменяется на желудочное. Одновременно проводится комплекс мероприятий, направленных на профилактику вторичных осложнений: придание полусидячего положения (аспирация), уход за полостью носа (синуситы), профилактическая замена зондов через каждые 10 дней кормления (пролежни, поломка зонда). Выполнение нашей схемы энтеральной НП при изолированной ТЧМТ посредством эндоскопической интубации кишечника и начала ранней НП позволило избежать возникновения стресс-язв и кровотечений ЖКТ при полном отказе от профилактического назначения антацидов.

Проведение НП через стомы потребовало большей дозировки седативных препаратов, т.к. при выходе из седации начинались произвольные движения руками (которые иногда заканчивались удалением зонда из гастростомы), что требовало или продолжения седации пациента, или более жесткой фиксации конечностей, что ограничивает возможности ухода за больным и ведет к дополнительному стрессу для пациента. Следует отметить, что уровень сознания является одним из главных критериев терапии ТЧМТ и углубление седации с целью обеспечения НП малооправданно. Определенные трудности вызвал уход за кожными покровами вокруг стомы: раздражение кожи небольшими количествами содержимого ЖКТ, как следствие зуд и желание пациента удалить зонд.

Выводы: мы считаем эндоскопическую интубацию кишечника методом выбора для проведения НП при тяжелой черепно-мозговой травме, она позволяет относительно безопасно и в ранние сроки начать полноценную энтеральную НП. Наложение стомы в пер-