

А. В. СУДЖЯН, Г. Г. КНЫРОВ, Р. А. ШЕКОЯН

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ СО
СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

У больных со стенозирующим раком желудка отмечено наличие клинических и метаболических нарушений. Показаны пути коррекции указанных нарушений в процессе комплексной предоперационной терапии с применением дополнительного или полного парентерального питания.

Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным и субкомпенсированным раковым стенозом входного и выходного отдела желудка остается сложной и актуальной проблемой. В зависимости от степени сужения просвета входного и выходного отделов желудка в организме больного наступают метаболические нарушения и прогрессирующее истощение, которые в послеоперационном периоде приводят к серьезным осложнениям—недостаточности швов анастомоза, перитониту, нагноению раны, печеночно-почечной недостаточности, пневмонии. Прежде чем произвести оперативное вмешательство таким больным, необходимо откорректировать метаболические нарушения. Из-за невозможности питания естественным путем вследствие стеноза различной степени больные переводятся на дополнительное или полное парентеральное питание.

Во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР проведено изучение метаболических нарушений и разработаны пути их коррекции у 99 больных стенозирующим раком тела и антрального отдела желудка (56 больных с субкомпенсированным и 43 с декомпенсированным стенозом). Изучались анамнез, клиническая картина, антропометрические данные, белковый и водно-электролитный обмен. Во всех случаях наличие субкомпенсированного и декомпенсированного стеноза подтверждено рентгенологически и эндоскопически.

Жалобы больных при поступлении сводились в основном к следующим: ощущение тяжести, чувство переполнения желудка после приема небольшого количества пищи, боли тупого характера, отрыжка и срыгивание, рвота, анорексия, отвращение к мясной и жирной пище, жажда, похудание, нарастающая слабость. В результате дискомфорта больные вынуждены были ограничивать прием пищи, а с развитием почти полного стеноза выходного отдела желудка и прием жидкости.

У 56 больных субкомпенсированный стеноз проявлялся в срыгиваниях и рвотах (за 2—3 недели до поступления в клинику). За этот период больные теряли до 5% массы тела и вынуждены были принимать жидкую и легкоусвояемую пищу. Клинический анализ крови выявил увеличение СОЭ, картина красной и белой крови—без изменений (только у 13 больных имела место гипохромная анемия), белки крови—на нижней границе нормы, изменений со стороны электролитов не отмечено, хотя осмотическое давление сыворотки крови было на верхней границе нормы (280—300 мосм/кг). Изменений со стороны тургора кожи, тонуса мышц, подкожной клетчатки не отмечалось.

У 26 из 43 больных декомпенсированный стеноз клинически проявлялся в срыгиваниях, рвотах в течение 2 месяцев, а у 17—в течение 1 месяца до поступления в клинику. Из-за ограничения приема пищи и жидкости, частой рвоты больные теряли за этот период до 23% массы тела. При полном стенозе потеря в массе тела в течение одной недели составляла в среднем 6,6%. При поступлении в клинику у больных с декомпенсированным стенозом отмечались бледность и сухость кожных покровов со склонностью к шелушению, снижение тургора кожи и тонуса мышц, истощение подкожно-жировой клетчатки. Количество суточной мочи уменьшалось, а концентрация ее повышалась. Клинический анализ крови выявил гипохромную анемию, эритроцитопению, ускорение СОЭ, уменьшение показателей гематокрита. Биохимические показатели свидетельствовали о выраженной диспротеинемии (снижение уровня общего белка, альбуминов, резкое снижение А/Г коэффициентов); содержание электролитов (натрия и калия) находилось на нижней границе нормы; отмечалось уменьшение содержания хлора. Повышение осмотического давления сыворотки крови ($300,2 \pm 0,08$ мосм/кг) указывало на нарушение водно-электролитного обмена (таблица).

Установлено, что переливание больным до операции только жидкостей (гемодез, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) тактически неправильно, т. к. это приводит к потере массы тела (за 1,5—2 недели—до 5%). Отмечено, что чем длительнее протекает процесс стенозирования, тем медленнее снижается масса тела.

Лабораторно-биохимические показатели крови у больных с декомпенсированным раковым стенозом желудка ($M \pm m$)

Показатели	Число наблюдений	До коррекции	После коррекции	P
Гемоглобин	43	$8,15 \pm 0,24$	$9,77 \pm 0,37$	0,001
Эритроциты	41	3112800 ± 92433	4067215 ± 92164	0,001
Гематокрит	40	$27,1 \pm 0,50$	$36,25 \pm 1,06$	0,01
Общий белок	43	$64,62 \pm 1,05$	$70,8 \pm 1,05$	0,001
Альбумины	43	$32,4 \pm 0,79$	$37,6 \pm 0,60$	0,001
Глобулины	43	$31,8 \pm 0,62$	$32,01 \pm 0,74$	0,001
А/Г	43	$0,98 \pm 0,02$	$1,18 \pm 0,03$	0,001
Натрий	43	$136,7 \pm 0,77$	$138,96 \pm 0,55$	0,05
Калий	43	$4,43 \pm 0,06$	$4,75 \pm 0,08$	0,01
Хлор	43	$95,7 \pm 0,63$	$104,5 \pm 1,43$	0,001
Железо	43	$14,96 \pm 0,07$	$16,3 \pm 0,39$	0,01
Осмолярн. сыворотки	39	$306,2 \pm 0,08$	$283,4 \pm 0,06$	0,001

В плане предоперационной подготовки использовалось парентеральное питание с применением аминокислотных смесей (альвезин, аминон, аминазол, морнамин), растворов углеводов (10—30—40% раствор глюкозы с инсулином), жировых эмульсий (интралипид, липо-

фундин «С»), витаминов (B_1 —5% 1 мл; B_6 —2,5% 1 мл; С—5% 10 мл), анаболических гормонов (ретаболил 50 мг в/м 1 раз в неделю). В качестве источника электролитов ежедневно, в зависимости от биохимических показателей крови и мочи на электролиты, производилось переливание панангина до 60—80 мл, раствора Рингера—500 мл, 1—10% раствора хлористого калия. Для нормализации картины красной крови 2—3 раза в неделю больным переливалась свежая кровь по 200—250 мл. С целью восполнения белка вводился 10—20% раствор альбумина, 250 мл протейна.

Больным с субкомпенсированным стенозом назначался дробный (5—6 раз в сутки) прием протертой и легкоусвояемой пищи (стол trituratilis или протертый). Ежедневно проводилось промывание желудка слабым раствором марганцевокислого калия или соляной кислоты. Во время приема пищи больным назначалась 1 столовая ложка желудочного сока. Наряду с естественным приемом пищи больным проводилось дополнительное парентеральное питание с использованием вышеуказанных растворов. Таким образом, больной ежедневно дополнительно получал 28—30 ккал/кг, аминокислот—0,7—1,0 г/кг должной массы тела.

Больным с декомпенсированным стенозом желудка запрещался естественный прием пищи. Они полностью переводились на адекватное парентеральное питание через подключичную вену. Для сохранения энергетического баланса использовалась жировая эмульсия, а в случае непереносимости применялись концентрированные растворы глюкозы. Расчет питательных ингредиентов проводился на кг должной массы тела больного (аминокислоты—1 г, глюкоза—2,0—2,8 г, жиры—1,5—2,0 г, вода 40—45 мл, снабжение энергией—35—40 ккал). Таким образом, больной ежедневно получал 2000—2500 ккал. Парентеральное питание проводилось до нормализации метаболических и клинических показателей.

В результате проводимой предоперационной подготовки у больных с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом желудка улучшалось общее состояние, исчезали слабость и чувство жажды, предотвращалось похудание (масса тела стабилизировалась или увеличивалась в среднем на 3%).

По антропометрическим данным (использовался «Adipometr» фирмы Ross Laboratories, США), увеличивалась окружность средней трети плеча на 2—3 см и толщина подкожной складки указанной области на 4 мм. Показатели крови свидетельствовали об увеличении содержания гемоглобина, эритроцитов, общего белка и альбуминов; исчезали или уменьшались явления диспротеинемии (увеличение альбумино-глобулинового коэффициента). Водно-электролитный обмен нормализовался, увеличивалось содержание электролитов и особенно хлора, нормализовались гематокрит и осмотическое давление сыворотки крови.

При условии нормализации метаболических нарушений больным выполнялась гастрэктомия или субтотальная резекция желудка.

ՀԱՐԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՆՈՒՑՈՒՄԸ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՍՏԵՆՈԶ
ԱՌԱՋԱՑՆՈՂ ՔԱՂՅԿԵՂՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Պարզվել է, որ դեկոմպենսացված և սուբկոմպենսացված ստենոզով հիվանդների մոտ առկա են մետաբոլիզմի խանգարման տարբեր աստիճաններ սպիտակուցային և շրջելեկտրոլիտային փոխանակության կողմից: Այդ պատճառով տարբեր տեսակի մոտեցում է ցուցաբերվում նախափրկահատական շրջանում կոմպլեքսային թերապիա նշանակելու ժամանակ: Առաջարկվում է լրացուցիչ կամ լրիվ հարադիքային սնուցում: Արհեստական սնուցման հաշտողությունը կախված է նրա ադեկվատությունից և հակվում է արյան և մեզիկլինիկական և բիոքիմիական ցուցանիշների միջոցով:

A. V. SUDJIAN, G. G. KNYROV, R. A. SHEKOYAN

PARENTERAL NUTRITION IN PATIENTS WITH STENOSIS
CARCINOMA OF STOMACH

The clinical and metabolic lesions have been studied in patients with stenosis carcinoma of the body and antral part of the stomach. It is established that the patients with decompensated and subcompensated stenosis have different degrees of metabolic lesions from the side of albuminal water-electrolytical exchange. Thus the authors suggest supplementary or full parenteral nutrition of such patients in preoperative period. The success of the artificial nutrition depends on the adequacy and must be controlled by the clinical and biochemical indicators of the blood and urine.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вретлинд А., Суджян А. В. Внутривенное питание. М.—Стокгольм, 1984.
2. Гланц Р. М., Усиков Ф. Ф. Парентеральное питание больных. М., 1979.
3. Гланц Р. М. Парентеральное питание при тяжелых травмах. М., 1985.
4. Суджян А. В. Парентеральное питание в онкохирургии. М., 1973.
5. Терехов Н. Т., Лилкан Г. Н., Повстаной Н. Е., Грибовод А. Ф. Парентеральное питание в хирургии. Киев. 1984.

УДК 616.892—021—08

О. Х. АКОПЯН, К. Г. ДАНИЕЛЯН

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МАНИАКАЛЬНО-
ДЕПРЕССИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНО-
ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

На основании большого клинического материала приведено подробное описание дифференциально-диагностических особенностей и закономерностей течения неосложненных и осложненных форм маниакально-депрессивного психоза. Разработанные дифференциально-диагностические критерии будут способствовать точной и своевременной диагностике и адекватной терапии.

Дифференциация типично протекающих неосложненных форм маниакально-депрессивного психоза (МДП) от внешне сходных неосложненных психозов резидуально-органической природы не представляет