

Intensivmed 2011 · 48:86–86  
 DOI 10.1007/s00390-011-0261-2  
 Online publiziert: 23. Februar 2011  
 © Springer-Verlag 2011

A. Weimann

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

# Enterale Ernährung beim kritisch Kranken

Die Bedeutung einer adäquaten Kalorien- und Proteinzufuhr für das „Outcome“ des Intensivpatienten wurde von aktuellen Daten einer internationalen Beobachtungsstudie noch einmal sehr eindrucksvoll bestätigt [1]. Wie eine aktuelle Umfrage ergab, besteht selbst auf ernährungsmedizinisch erfahrenen Intensivstationen häufig eine erhebliche Lücke zwischen der vorgesehenen und der tatsächlich verabreichten Kalorienzufuhr [2].

## Die pathophysiologischen Konzepte und klinischen Daten sprechen eindeutig für eine frühzeitige Nahrungszufuhr.

Ebenso ist heute unbestritten, dass der enteralen Ernährung – wann immer möglich – der Vorzug zu geben ist. Dies gilt auch für Patienten mit Sepsis und Multiorgan-dysfunktion und findet sich in allen aktuellen Leitlinien [3, 4, 5]. Gerade beim kritisch Kranken muss ggf. mit *minimal-enteraler Ernährung* der Fokus auf den Erhalt der intestinalen Barriere gerichtet sein. Eine aktuelle Metaanalyse weist nach, dass bei früher enteraler Ernährung die Letalität von Traumatpatienten auf der Intensivstation signifikant sinkt [6]. Beim kritisch Kranken steht jedoch auch die Machbarkeit in Frage; enterale Ernährung kann bei gestörter gastrointestinaler Motilität und Katecholaminbedarf zur Kreislaufstützung problematisch und auch riskant sein.

Eine seltene und unbedingt zu vermeidende Komplikation einer enteralen Ernährung kann die ischämische Darmnekrose sein, die in einer eigenen Literaturzusammenstellung eine Letalität von 60% aufweist. Andererseits steigt mit einem auf der Intensivstation etablierten Algorithmus, Ernährungsprotokoll oder SOP die enterale Ernährbarkeit auch unter schwierigeren Bedingungen signifikant an [7]. So empfehlen

die Leitlinien im Falle einer schweren hämodynamischen Instabilität den vorübergehenden Stopp einer enteralen Zufuhr [3, 4, 5]. Ist die Entscheidung „wann enteral und wie viel“ beim wirklich kritisch Kranken v. a. eine Frage der persönlichen klinischen Erfahrung und Einschätzung des Arztes [8]? Zur Diskussion steht auch weiterhin der Zeitpunkt für den Start einer supplementierenden parenteralen Substratzufuhr [3, 4, 9].

Im vorliegenden Themenheft haben *Andrea Schneider* und *Michael Momma* (Hannover) die aktuellen Konzepte zur Durchführung der enteralen Ernährung mit einer Übersicht über Nährlösungen und Sonden zusammengestellt. *Thomas Felbinger* (München) diskutiert die verfügbaren Daten zur Indikation einer kombinierten enteralen-parenteralen Ernährung, vor allem da, wo die enterale Zufuhr den Kalorienbedarf nicht zu decken vermag. *Wolfgang Hartl* und *David Kuppinger* (München) besprechen das geeignete metabolische Monitoring des Intensivpatienten. *Michael Herbert* (Würzburg) zeigt die medikamentösen Optionen zur Behandlung der gastrointestinalen Motilitätsstörung. Schließlich stellen *Mette Berger* (Lausanne) und *Wilfried Druml* (Wien) ihre persönlichen Vorgehensweisen zur enteralen Ernährung bei hämodynamischer Instabilität vor.

Mit dem Themenheft verbindet sich die Hoffnung, über Unsicherheiten bei Indikationsstellung und Durchführung der enteralen Ernährung beim kritisch Kranken hinwegzuhelfen und die Implementierung der verfügbaren Leitlinien im klinischen Alltag zu verbessern.



Arved Weimann

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Weimann



Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH  
 Delitzscher Str. 141,  
 04129 Leipzig  
 Arved.Weimann@  
 sanktgeorg.de

## Literatur

1. Alberda C, Gramlich L, Jones N et al (2009) The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med* 35:1728–1737
2. Cahill NE, Narasimhan S, Dhaliwal R, Heyland DK (2010) Attitudes and beliefs related to the canadian critical care nutrition practice guidelines: an international survey of critical care physicians and dietitians. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 34:685–696
3. Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE et al (2006) ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: *Intensive Care*. *Clin Nutr* 25:210–223
4. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW et al (2009) Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 33:277–316
5. Reinhart K, Brunkhorst FM, Bone HG et al (2010) Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis – erste Revision der S2k-Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). *Intensivmed* 47:185–207
6. Doig GS, Heighes PT, Simpson F, Sweetman EA (2010) Early enteral nutrition reduces mortality in trauma patients requiring intensive care. A meta-analysis of randomised controlled trials. *Injury Jul 7* [Epub ahead of print]
7. Heyland DK, Cahill NE, Dhaliwal R et al (2010) Impact of enteral feeding protocols on enteral nutrition delivery: results of a multicenter observational study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 34: 675–684
8. Weimann A, Adolph M, Kreymann G (2007) Wieviel Ernährung braucht der Intensivpatient? *Intensivmed* 44:31–36
9. Singer P, Berger MM, Van den Berghe G et al (2009) ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: *Intensive Care*. *Clin Nutr* 28:387–400