

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ ВИРАЖЕНОЮ ДИСФАГІЄЮ

Проф. В. В. БОЙКО^{1,2}, д-р мед. наук С. О. САВВИ^{1,2}, А. Ю. КОРОЛЕВСЬКА², В. В. ЖИДЕЦЬКИЙ¹

¹ ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України», Харків,
² Харківський національний медичний університет, Україна

Проаналізовано результати обстеження і лікування хворих із протяжними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу. Показано особливості післяопераційного перебігу у всіх пацієнтів залежно від виду харчування. Обґрунтовано переваги одночасного застосування ентерального та парентерального харчування на всіх етапах лікування хворих із дисфагією, що дає змогу отримати кращі показники порівняно з пацієнтами, які перебували тільки на ентеральному чи тільки на парентеральному харчуванні.

Ключові слова: ентеральне харчування, парентеральне харчування, дисфагія, хірургічне лікування.

На цей час виражена дисфагія та стенозуючі захворювання стравоходу і шлунково-кишкового тракту, зумовлені різними причинами, що призводять до аліментарного виснаження, кахексії, а іноді й летального наслідку пацієнтів, залишаються однією з актуальних проблем хірургічного стаціонару [1–3].

Непрохідність стравоходу і шлунка може бути спричинена стенозуванням унаслідок злоякісних та доброякісних новоутворень або післяопікових рубцевих стриктур, післяопераційних ускладнень в оперованих пацієнтів.

Сьогодні основним методом лікування таких хворих, як і раніше, залишається хірургічний, але водночас наявність аліментарного виснаження, кахексії не дає змогу проводити оперативні радикальні втручання. Такий підхід в ослаблених хворих не завжди дає очікувані результати, тому вони потребують відновлення нутритивного статусу.

З огляду на досвід зарубіжних лікарів і фахівців нашої клініки кінцевою метою лікування таких хворих є повернення можливості аліментарного харчування природним шляхом, що досягається реконструктивними операціями, які можливі лише після відновлення трофологічного статусу, або проведенням дилатаційних процедур чи бужування (тільки у компенсованих хворих).

Для відновлення трофологічного статусу пацієнтів у стаціонарах застосовується як парентеральне харчування, так і ентеральне за можливості його здійснення. Штучне ентеральне харчування природним шляхом, а іноді й зондове або через стому є найкращим методом годування хворих у критичному стані, а також важливим засобом протидії стану катаболізму, спричиненого тяжкими захворюваннями. Зазвичай його необхідно проводити усім пацієнтам, які протягом трьох або більше днів не можуть отримувати повноцінне харчування перорально, а розпочати в перші 24 год, використовуючи стандартну високобілкову суміш.

Ентеральне харчування забезпечує: підтримку імунної функції, збереження стабільної маси тіла, задовільної репарації тканин, профілактику атрофії слизової оболонки кишківника за рахунок пристінкового травлення, підтримку бар'єрної функції кишечника, поліпшення його перфузії, стимуляцію перистальтики, зниження колонізації патогенними мікроорганізмами та зменшення патологічного бактеріального росту, стимуляцію гастроінтестинальних гормонів, профілактику стресових виразок [4]. Завдяки цьому проведений зарубіжними дослідниками [4, 5] мета-аналіз результатів хірургічного лікування хворих показав переваги раннього ентерального харчування порівняно з відтермінованим. До речі, раннє ентеральне харчування в оперованих осіб покращує одужання за рахунок зниження таких показників, як тривалість перебування на штучній вентиляції легень, ризик розвитку інфекції, середня тривалість стаціонарного лікування, рівень летальності [4–6].

Пацієнтам, яким упродовж трьох діб не вдається забезпечити адекватне ентеральне харчування, за наявності протипоказань або при незадовільному його перенесенні слід починати парентеральне харчування. У разі коли ентеральне харчування покриває менш ніж 60% енергетичних потреб, пацієнта переводять на додаткове парентеральне. За наявності протипоказань до проведення ентерального харчування слід відразу починати парентеральне. Скандинавське дослідження [7] показало, що летальність хворих, які отримували лише глюкозу (250–300 г) протягом 14 дн, у 10 разів перевищувала цей показник у пацієнтів, які постійно отримували повне збалансоване парентеральне харчування.

В основу дослідження лягли результати обстеження і лікування 156 хворих, які перебували з приводу протяжних післяопікових рубцевих стриктур стравоходу (ППОРСС) у відділенні захворювань стравоходу і шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної

хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України» у період із 2013 до 2016 р.

Критерієм включення до дослідження була наявність ППОРСС (за даними рентгеноскопії і езофагогастроскопії), що супроводжувалась недостатністю харчування легкого, середнього і важкого ступенів тяжкості, гіпотрофією I–III ступенів за В. М. Луфтом [8, 9]. Критеріями виключення були такі: супровідна патологія, яка перешкоджає проведенню радикального хірургічного лікування, вік понад 80 років, відмова пацієнта.

Усіх хворих було обстежено за стандартною схемою. При виконанні роботи, яка має проспективний характер, було використано статистичні методи обробки результатів.

З метою раціоналізації дослідження та забезпечення однорідності обстежених, їх було розподілено на три кластери: I – 50 пацієнтів, яким було виконано одномоментну езофагогастропластику за класичними методиками або за методикою клініки інституту [10]; II – 54 хворих, яким було сформовано контактну гастростому за Кадером або за методикою клініки інституту [11]; III – 52 хворих зі сформованою раніше гастростою, яким була проведена езофагопластика за класичними методиками або за методикою клініки інституту [12].

Усі хворі на момент госпіталізації були у працездатному віці – від 32 до 60 років (середній вік – 37,8 року). Розподіл пацієнтів за віком проводився згідно з класифікацією ВООЗ (1980): 18–35 років – особи молодого віку (25 (24,5%) хворих; 36–59 років – середнього віку (77 (75,5%)) [14]. Чоловіків було 74 (72,5%), жінок – 28 (27,5%).

Усім пацієнтам на до- і післяопераційному етапах було обгрунтовано і запропоновано як ентеральне, так і парентеральне харчування для забезпечення задовільних результатів лікування. Для проведення ентерального харчування, відновлення нутритивного статусу та підготовки до радикальної операції у значно ослаблених хворих було сформувано контактну гастростому, але й таке хірургічне втручання потребувало парентеральної підтримки.

Усі обстежені хворі мали нутритивну недостатність, тому вимагали її корекції, яка дає змогу попередити такі наслідки: ранні та пізні післяопераційні ускладнення, в тому числі гнійно-септичні, вторинний імунodefіцит; зростання ризику розвитку нозокоміальної інфекції (пневмонії, уроінфекції, сепсису); вторинну поліорганну недостатність; збільшення тривалості проведення штучної вентиляції легень; зростання витрат на лікування; подовження терміну лікування у палаті інтенсивної терапії та стаціонарного лікування в цілому [15–19].

На сучасному фармацевтичному ринку є велика кількість препаратів для ентерального та парентерального харчування. Для забезпечення адекватного парентерального харчування та, відповідно, якісного хірургічного лікування з метою

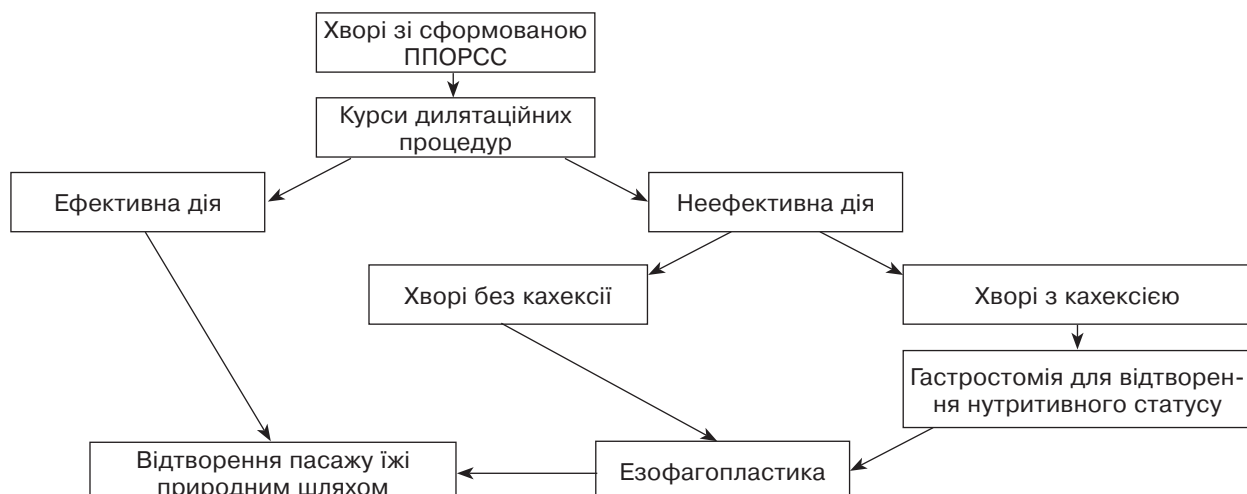
попередження післяопераційних ускладнень (а при їх виникненні – зменшення тяжкості на всіх етапах стаціонарного лікування) ми застосовували препарат жирових емульсій третього покоління «Нутрифлекс Омега». Він є донатором енергії за рахунок вмісту розчину вуглеводів та жирових емульсій та пластичного матеріалу для синтезу білка – розчинних кристалічних амінокислот. Згідно з міжнародними стандартами ESPEN в інтенсивній терапії для парентерального харчування мають використовуватися системи «все в одному» – трикамерні мішки з переважним умістом омега-3 жирних кислот [20].

У пацієнтів, які отримували ентеральне харчування зондовим (у тому числі через сформовану гастростому) та природним шляхами, перед оперативним втручанням та в післяопераційному періоді для збалансованого харчування застосовували «Нутрикомп». Особлива увага приділялась хворим із супровідною патологією, завдяки збалансованому складу харчових сумішей у них було досягнуто позитивний результат лікувального харчування без додаткового навантаження на організм. Отже, при використанні ентерального харчування перевагу варто віддавати збалансованим сумішам, що містять цільний білок з урахуванням їх профілю («Нутрикомп Стандарт», «Нутрикомп НР – високий протеїн», «Нутрикомп Д») [21].

Як було зазначено, головною метою лікування хворих із ППОРСС є відтворення пасажу їжі природним шляхом. Із урахуванням тяжкості перебігу цього захворювання, загального стану пацієнтів із вираженою недостатністю нутритивного статусу завдяки можливості забезпечувати їх адекватною ентеральною та парентеральною підтримкою ми розробили таку тактику (алгоритм) лікування (рисунок).

Усі хворі при порушеннях нутритивного статусу підлягають дилатаційним процедурам. При відновленні прохідності стравоходу курсами дилатаційних процедур на певний проміжок часу у хворого відтворюється пасаж їжі природним шляхом. Але в подальшому ці пацієнти потребують повторних курсів бужування чи балонної дилатації, що знижує якість життя, тому рано чи пізно виникає необхідність проведення реконструктивно-відновного оперативного лікування, і після передопераційної підготовки в плановому порядку їм виконується езофагопластика, що забезпечує відтворення пасажу їжі природним шляхом.

При неефективності курсів дилатаційних процедур та неможливості їх проведення у хворих розвивається виснаження з вираженими метаболічними розладами, а іноді навіть кахексія. Такі хворі підлягають двоетапному хірургічному лікуванню: на першому етапі у них формується гастростома з метою налагодження ентерального харчування та поліпшення трофологічного статусу, на другому – після відновлення трофологічного статусу проводиться оперативне втручання в об'ємі резекції стравоходу, езофагопластики та



Хірургічна тактика лікування хворих із протяжними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу

закриття гастростомного отвору, що також забезпечує відтворення пасажу їжі природним шляхом.

У нашому дослідженні сприятливий післяопераційний перебіг відзначався у 37 (74,0%) пацієнтів I кластеру, у 49 (90,8%) – II та у 48 (90,4%) – III. Особливості післяопераційного перебігу у хворих залежно від виду харчування відображено у табл. 1.

Після реконструктивно-відновних операцій ускладнення виникли у 13 (26,0%) пацієнтів I кластеру. У підгрупі хворих, які перебували лише на ентеральному харчуванні ($n = 16$), у 4 (25,0%) випадках у післяопераційному періоді розвинулись ускладнення у вигляді гострої серцево-судинної недостатності, плевриту та пневмонії, часткової неспроможності сформованого на шії езофагогастроанастомозу. У підгрупі хворих, які

перебували лише на парентеральному харчуванні ($n = 17$), післяопераційні ускладнення виникли у 7 (41,2%) пацієнтів у вигляді гострої серцево-судинної недостатності, медіастиніту, поліорганної недостатності, плевриту, пневмонії та часткової неспроможності сформованого на шії анастомозу. У підгрупі хворих, які отримували як ентеральне, так і парентеральне харчування ($n = 17$), ускладнення зафіксовано у 2 (11,8%) пацієнтів: плеврит і часткова неспроможність сформованого на шії езофагогастроанастомозу.

Летальність у I кластері після проведення одномоментної езофагогастропластики становила 4 (8,0%) випадки. У підгрупі хворих, які перебували лише на ентеральному харчуванні, в 1 (6,25%) пацієнта в ранньому післяопераційному періоді розвинулася гостра серцево-судинна недостатність;

Таблиця 1

Показники післяопераційних ускладнень та летальності в обстежених хворих

Кластери	Післяопераційний перебіг	Хворі з ентеральним харчуванням		Хворі з парентеральним харчуванням		Хворі з ентеральним та парентеральним харчуванням	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
I	Кількість пацієнтів	$n = 16$		$n = 17$		$n = 17$	
	Ускладнення	4	25,0	7	41,2	2	11,8
	Летальність	1	6,25	3	17,6	—	0
II	Кількість пацієнтів	$n = 13$		$n = 27$		$n = 14$	
	Ускладнення	1	7,7	4	14,8	—	0
	Летальність	—	0	—	0	—	0
III	Кількість пацієнтів	$n = 12$		$n = 0$		$n = 40$	
	Ускладнення	4	33,3	—	0	1	2,5
	Летальність	2	16,6	—	0	—	0

Таблиця 2

Результати хірургічного лікування з різними видами харчування хворих

Результати хірургічного лікування	Хворі з ентеральним харчуванням, $n = 41$		Хворі з парентеральним харчуванням, $n = 44$		Хворі з ентеральним та парентеральним харчуванням, $n = 71$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ускладнення	9	21,9	11	25	3	4,2
Летальність	3	7,3	3	6,8	—	0

у підгрупі хворих, які перебували лише на парентеральному харчуванні, — у 3 (17,6%) хворих — гостра серцево-судинна недостатність, медіастиніт, поліорганна недостатність; у підгрупі хворих, які отримували як ентеральне, так і парентеральне харчування, летальних випадків не було.

Після накладання контактної гастростоми хворих II кластеру ускладнення розвинулись у 5 (9,2%) осіб, що виявлялось у вигляді прорізування кисетного шва з підтіканням шлункового вмісту і збільшенням діаметру гастростомного отвору з мацерацією шкіри навколо нього, що в подальшому ускладнювало процес догляду і вимагало частих перев'язок (іноді до 5 разів на день). У них відзначалося також випадання гастростомної трубки, що створювало додатковий дискомфорт для хворого й обмежувало його перебування в соціумі (наявність неприємного запаху тощо). Зазначимо, що таке ускладнення виникло у пацієнтів, які отримували лише ентеральне (у 1 (7,7%) пацієнта) чи парентеральне (у 4 (14,8%) хворих) харчування. Серед хворих, які отримували одночасно як ентеральне, так і парентеральне харчування, ускладнень не відзначалося.

Летальності у II кластері не було.

Оскільки усі 52 хворих III кластеру мали змогу завдяки наявності раніше сформованої гастростоми отримувати ентеральне харчування, «ізолювано» парентеральне харчування їм не проводилося. Після реконструктивно-відновних операцій ускладнення виникли у 5 (9,6%) пацієнтів. На 6–7-му добу після оперативного втручання у 3 (5,7%) випадках спостерігалася часткова неспроможність езофагоколоанастомозу на шії: в одного пацієнта (2,5%), який перебував одночасно на ентеральному та парентеральному харчуванні, та у двох, які отримували лише ентеральне харчування. При цьому у них інтраопераційно заведений назогастральний зонд не видалявся, надалі забезпечуючи функцію годування та декомпресію. Цим хворим проводилися регулярні перев'язки й санаційні заходи зони неспроможності розчинами антисептиків. Закриття зони анастомотичної неспроможності сталось на 10–12-у добу після її виникнення, що підтверджувалося даними рентгенологічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з використанням рентгенконтрастної речовини, після цього трансназально заведений зонд видалявся.

У 2 (7,5%) пацієнтів зазначеного кластеру, які отримували лише ентеральне харчування,

у ранньому післяопераційному періоді виник некроз проксимального відділу переміщеного в позицію стравоходу товстокишкового інтерпонату з повною неспроможністю езофагоколоанастомозу, що було підтверджено даними рентгенологічного дослідження. У зв'язку з цим пацієнтам було виконано релапаротомію та додатковий шийний доступ з екстирпацією товстокишкового інтерпонату з наступним формуванням езофагостоми на шії зліва та гастростоми для подальшого годування. Один пацієнт виписався з езофагостомою на шії та гастростомою. В післяопераційному періоді на 3-ю добу після хірургічного втручання інший пацієнт помер.

Післяопераційна летальність у III кластері становила 16,6%. Двоє пацієнтів померли після езофагоколопластики з комбінованим торакоабдомінальним доступом: причиною смерті одного була гостра серцево-судинна недостатність, другий помер після релапаротомії та додаткового шийного доступу з екстирпацією товстокишкового інтерпонату з наступним формуванням езофагостоми на шії зліва та гастростоми для подальшого годування; причиною смерті виявилася поліорганна недостатність.

Результати хірургічного лікування усіх 156 хворих з урахуванням виду харчування, яке вони отримували як до, так і після операційного втручання, подано у табл. 2.

Таким чином, на період лікування з хірургічним втручанням у хворих з ППОРСС ускладнення виникали у всіх підгрупах. Але у пацієнтів, які водночас отримували парентеральне й ентеральне харчування, цей показник становив 4,2% випадків на відміну від тих, хто отримував лише ентеральне харчування ($n = 41$) (21,9%) або лише парентеральне (25,0%). Летальності серед пацієнтів, які водночас отримували парентеральне й ентеральне харчування, не було, тоді як у двох інших групах вона становила 7,3% — при лише ентеральному харчуванні та 6,8% — при лише парентеральному.

Ураховуючи результати дослідження щодо хірургічного лікування хворих із ППОРСС незалежно від тактики та методу оперативного втручання, слід зазначити, що застосування водночас ентерального і парентерального харчування на всіх етапах є підставою для отримання кращих показників та післяопераційних результатів порівняно з окремим застосуванням ентерального чи парентерального харчування.

Список літератури

1. *Авдосьев Ю. В.* Ангиография и рентгенэндова-скулярная хирургия абдоминальных кровотечений / Ю. В. Авдосьев, В. В. Бойко.— Харьков: Савчук О. О., 2011.— 648 с.
2. *Ганжий В. В.* Особенности эзофагогастропластики при выполнении органосохраняющих оперативных вмешательств у пациентов с язвой кардиального отдела желудка, осложненной кровотечением / В. В. Ганжий, С. А. Новак // Клінічна хірургія.— 2008.— № 4–5.— С. 9–10.
3. *Стариков В. И.* Актуальные вопросы хирургии рака пищевода и гастроэзофагеального рака / В. И. Стариков // Харківська хірургічна школа.— 2011.— № 4.— С. 76–82.
4. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A. S. P. E. N.) / S. A. McClave, R. G. Martindale, V. W. Vanek [et al.] // J. of Parenteral and Enteral Nutrition.— 2009.— № 3.— P. 277–316.
5. *Marik P. E.* Early enteral nutrition in acutely ill patients: A systematic review / P. E. Marik, G. P. Zaloga // Critical Care Medicine.— 2001.— № 29.— P. 2264–2270.
6. *Artinian V.* Effects of Early Enteral Feeding on the Outcome of Critically Ill Mechanically Ventilated Medical Patients / V. Artinian, H. Krayem, B. DiGiovine // Chest.— 2006.— № 4.— P. 960–967.
7. The effect of postoperative intravenous feeding (TPN) on outcome following major surgery evaluated in a randomized study / R. Sandstrom, C. Drott, A. Hylander [et al.] // Annals of surgery.— 1993.— № 217.— P. 185–195.
8. *Луфт В. М.* Клиническое питание в интенсивной медицине / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко.— СПб.: Диля, 2002.— 174 с.
9. *Луфт В. М.* Клинические аспекты нутритивной поддержки больных в медицине: идеология, возможности, стандарты / В. М. Луфт, А. В. Луфт // Рос. медицинский журн.— 2009.— № 5.— С. 8–14.
10. Патент України, МПК (2014,01), А61В 17/00 Спосіб одномоментної езофагопластики / В. В. Бойко, С. О. Савві, В. В. Жидецький, А. Ю. Бодрова, заявник і патентовласник Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України».— № 92357, заявл. 21.03.2014, опубл. 11.08.2014, Бюл. № 15.— 2014.— 6 с.
11. Патент України, МПК (2014,01), А61В 17/00 Спосіб контактної гастростомії / В. В. Бойко, С. О. Савві, В. В. Жидецький, А. Ю. Бодрова, Є. А. Новіков, заявник і патентовласник Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України».— № 92441, заявл. 11.04.2014, опубл. 11.08.2014, Бюл. № 15.— 2014.— 6 с.
12. Патент України, МПК (2015,01), А61В 17/00 Спосіб пластики стравоходу шлунком / В. В. Бойко, С. О. Савві, А. Ю. Бодрова, В. В. Жидецький, Є. А. Новіков, заявник і патентовласник Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України».— № 96215, заявл. 14.07.2014, опубл. 26.01.2015, Бюл. № 2.— 2015.— 6 с.
13. Розробити хірургічну тактику при рубцевих стриктурах стравоходу з використанням трансхіатальної езофагопластики шлунком / С. О. Савві, А. Б. Старикова, В. В. Жидецький [та ін.]— Харків: ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України», 2016.— 247 с.
14. *Новик А. А.* Оценка качества жизни в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. Н. Ионова // Клиническая медицина.— 2000.— № 2.— С. 10–13.
15. *Barton R. G.* Nutrition support in critical illness / R. G. Barton // Nutrition in clinical practice.— 1994.— № 9.— С. 127–139.
16. *Cerra F. B.* Role of nutrition in the management of malnutrition and immune dysfunction of trauma / F. B. Cerra // J. of the American College of Nutrition.— 1992.— № 11.— P. 512–518.
17. *Kirvelä O.* Postoperative parenteral nutrition with high supply of branched-chain amino acids: effects on nitrogen balance and liver protein synthesis / O. Kirvelä, J. Takala. // J. of parenteral and enteral nutrition.— 1986.— № 10.— P. 574–577.
18. *Костюченко А. Л.* Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине / А. Л. Костюченко, Э. Л. Костин, А. А. Курыгин.— СПб.: Специальная литература, 1996.— 332 с.
19. Практика нутритивной поддержки в отделениях реанимации и интенсивной терапии Российской Федерации / Т. С. Попова, А. Е. Шестопалов, Д. Н. Проценко [и др.] // Вестн. анестезиологии и реаниматологии.— 2011.— № 5.— С. 7–10.
20. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care / P. Singer, M. Berger, G. Berghe [et al.] // Clinical Nutrition.— 2009.— № 28.— P. 387–400.
21. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care / K. G. Kreyman, M. M. Berger, N. E. Deutz [et al.] // Clinical Nutrition.— 2006.— № 25.— P. 210–223.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ ДИСФАГИЕЙ

В. В. БОЙКО, С. А. САВВИ, А. Ю. КОРОЛЕВСКАЯ, В. В. ЖИДЕЦКИЙ

Проанализированы результаты обследования и лечения больных с протяженными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Показаны особенности послеоперационного течения у всех пациентов в зависимости от вида питания. Обоснованы преимущества одновременного применения энтерального и парентерального питания на всех этапах лечения больных с дисфагией, что позволяет получить лучшие показатели по сравнению с пациентами, находившимися только на энтеральном или только на парентеральном питании.

Ключевые слова: энтеральное питание, парентеральное питание, дисфагия, хирургическое лечение.

FEATURES OF FEEDING IN SURGICAL PATIENTS WITH SEVERE DYSPHAGIA

V. V. BOIKO, S. O. SAVVI, A. Yu. KOROLEVSKA, V. V. ZHYDETSKYI

The results of examination and treatment of patients with extended postburn esophageal strictures were analyzed. The features of postoperative course in all cases depending on the type of nutrition are presented. The advantages of the enteral and parenteral nutrition at all steps of treatment of patients with dysphagia were substantiated, which allowed obtaining better indicators compared to separate application of enteral or parenteral nutrition.

Key words: enteral nutrition, parenteral nutrition, dysphagia, surgical treatment.

Надійшла 23.10.2017