

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ОСЛОЖНЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Выполнена оценка влияния раннего послеоперационного энтерального питания у онкологических больных со злокачественными новообразованиями гортани на осложнения и клинические исходы. Выявлено, что использование в программе лечения у таких больных раннего энтерального питания способствует снижению числа послеоперационных осложнений и уменьшению количества койко-дней.

Ключевые слова: энтеральное питание, онкология.

Хирургическое вмешательство и химиотерапия являются основными на сегодняшний день методами лечения онкологических больных [1, 2]. Однако достижение адекватного эффекта от этих методик невозможно без осуществления целого ряда мероприятий, получивших название терапии сопровождения. К ним относятся анальгезия, психотерапия, нутритивная (метаболическая) поддержка, антибиотикотерапия и иммунотерапия [3, 4]. Нутритивная недостаточность является одной из основных причин смерти у больных со злокачественными новообразованиями [5]. К подобным последствиям приводит как само наличие опухолевого субстрата, так и побочные эффекты хирургического вмешательства [6, 7]. Именно поэтому у онкологических больных необходимо использовать в программе лечения современные полисубстратные энтеральные смеси для нивелирования не только нутритивной недостаточности, но и побочных эффектов, обусловленных оперативным лечением [8]. Такой подход обуславливает снижение сроков пребывания пациентов в стационаре и числа осложнений [9].

Цель исследования — оценка влияния энтерального питания на сроки пребывания пациентов в стационаре и осложнения у больных со злокачественными новообразованиями гортани после оперативного лечения.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 48 больных со злокачественными новообразованиями гортани 3-й стадии (Т3N0M0) после плановой экстирпации гортани. Все больные были разделены на три группы в зависимости от вида проводимой нутритивной поддержки. Больные I группы (n = 16, средний возраст 61,2 ± 3,4 года) на фоне стандартной (антибактериальная и симптома-

тическая) терапии получали начиная со вторых суток больничное зондовое питание в объеме 1500 мл (1000 ккал). На фоне базовой терапии больным II группы (n = 16, средний возраст 60,7 ± 2,5 года) вводили через назогастральный зонд капельно энтеральную полисубстратную изокалорическую смесь нутрикомп стандарт в объеме 1500 мл (1500 ккал), а пациентам III группы (n = 16, средний возраст 59,6 ± 4,2 года) — энтеральную полисубстратную изокалорическую смесь нутрикомп фибер в объеме 1500 мл (1500 ккал). Все пациенты получали зондовое питание на фоне базовой терапии до положительной динамики хирургической раны и восстановления акта глотания. Больные I группы после восстановления акта глотания были переведены на больничную диету, а пациенты II и III групп помимо больничной диеты продолжали получать прежний вариант энтеральной полисубстратной смеси методом сиппинга (орально мелкими глотками через соломинку в объеме 1000 мл).

Все больные имели сопутствующую патологию — ишемическую болезнь сердца, стенокардию и артериальную гипертензию в стадии компенсации.

Истинные потребности белка и энергии у больных всех групп рассчитывали по экскреции азота с мочой на 1-е, 5-е, 10-е, 15-е и 20-е сутки по следующим формулам:

- 1) общий азот суточной мочи = мочевина суточной мочи \cdot суточный объем мочи \cdot 0,033;
- 2) потребность в белке (г) = общий азот суточной мочи (г) + 4 г (внепочечные потери) + 2–4 г (на анаболические процессы) \cdot 6,25;
- 3) потребность в энергии (ккал/сутки) = (потребность в белке (г) : 6,25) \cdot 130;
- 4) азотистый баланс (г) = общее поступление азота в организм (г) — потери азота (общий азот суточной мочи (г) [1].

Таблица 1
Осложнения у больных со злокачественными новообразованиями гортани после проведенного оперативного лечения

Осложнения (n, %)	Группы больных		
	I (n = 16)	II (n = 16)	III (n = 16)
Пневмония	2 (15,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Гнойный трахеобронхит	4 (30,8 %)	1 (7 %)	0 (0 %)
Нагноение послеоперационных ран	3 (23,1 %)	1 (7 %)	1 (7 %)
Диарея	5 (38,5 %)	1 (7 %)	0 (0 %)
Запор	7 (53,9 %)	1 (7 %)	2 (15,4 %)
Эрозии и стресс-язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки	2 (15,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Таблица 2
Сроки заживления ран и количество койко-дней у больных со злокачественными новообразованиями гортани после проведенного оперативного лечения

Группы больных	Сроки заживления ран (сутки)	Количество койко-дней (сутки)
I (n = 16)	23,2±1,2	25,4±1,1
II (n = 16)	15,5±1,2*	17,6±1,3*
III (n = 16)	14,1±1,5*	16,6±1,2*

Примечание. * — достоверные ($p < 0,05$) различия между исследуемыми группами.

Кроме того, определяли количество эритроцитов, лейкоцитов и показатель гематокрита на аппарате Digicell (Швейцария), содержание общего белка, альбумина, глюкозы на автоматическом биохимическом анализаторе Express Plus (Великобритания). Концентрацию трансферрина в сыворотке крови исследовали иммунотурбидиметрическим методом реактивами фирмы Sentinel (Италия). Контрольные гематологические и биохимические параметры оценивали у 20 доноров. Статистическую обработку осуществляли с использованием программы Statistica 6.0 с обязательным определением достоверности установленной связи по величине p .

Результаты и их обсуждение. Использование в раннем послеоперационном периоде в программе лечения больных II и III групп энтеральных изокалорических полисубстратных смесей способствовало снижению у них осложнений, по сравнению с пациентами I группы, в течение всего периода терапии в профильном хирургическом отделении (табл. 1). Данный факт объяснялся превосходством калорической плотности энтеральных смесей над энергетической ценностью зондового питания, что, в свою очередь, позволяло более эффективно корригировать синдром гиперметаболизма [2]. Более того, использование энтеральных полисубстратных смесей имеет ряд преимуществ перед обычным зондовым питанием у пациентов в послеоперационном периоде [4]. Это связано прежде всего с тем, что специализированные энтеральные смеси, в отличие от обычного питания, лучше всасываются и утилизируются в желудочно-кишечном тракте [5]. Кроме того, они способствуют более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки у хирургических больных даже с некомпрометированным желудочно-кишечным трактом [6]. Важно и то, что, благодаря специализированным энтеральным смесям, происходят активация и раннее восстановление ферментативной активности пищеварительных соков. Помимо этого, наблюдается увеличение мезентериального и печеночного кровотока, ко-

торый восстанавливает гомеостазизирующую функцию тонкой кишки за счет предупреждения избыточной контаминации микрофлоры из дистальных в проксимальные отделы кишечника и снижения риска бактериальной транслокации через гликокаликсую мембрану в кровь [7].

Действительно, как следует из табл. 1, у больных II и III групп, по сравнению с пациентами I группы, было зарегистрировано меньшее количество дисфункций желудочно-кишечного тракта, а также меньшее количество нагноений послеоперационных ран. Кроме того, у больных, получавших специализированное энтеральное питание, практически отсутствовали легочные осложнения. Данное обстоятельство объясняется тем, что применение энтеральных полисубстратных смесей в программе лечения у онкологических больных позволяет улучшать иммунореактивность макроорганизма и уменьшать выраженность системного воспалительного ответа [8].

Такой эффект имеет место особенно при использовании энтеральных смесей с пищевыми волокнами, которые способны тормозить бактериальную транслокацию из просвета кишечника в мезентериальные лимфоузлы и порталный кровоток [9]. Действительно, у больных III группы, получавших энтеральную смесь нутрикомп файбер, не было зарегистрировано в течение всего периода лечения легочных осложнений (табл. 1).

Помимо этого, в продолжение всего периода наблюдения у больных II и III групп, в отличие от пациентов I группы, не отмечали послеоперационных эрозий и стресс-язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 1). Это объясняется тем, что специализированное энтеральное питание, за счет терапевтического влияния на структуру и функцию желудочно-кишечного тракта, профилаксирует развитие острых эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной слизистой оболочки [8].

Таким образом, все вышеперечисленные лечебные эффекты нутритивной поддержки обусловили

статистически значимое снижение сроков заживления ран и уменьшение количества койко-дней у больных II и III групп (табл. 2).

Выводы.

1. Использование в раннем послеоперационном периоде в программе лечения больных со злокачественными новообразованиями гортани специализированных энтеральных полисубстратных смесей позволяет значительно снизить процент послеоперационных осложнений.

2. Снижение послеоперационных осложнений способствует снижению срока заживления ран и уменьшению количества койко-дней в хирургическом отделении.

Библиографический список

1. Лейдерман, И. Н. Нутритивная поддержка – важнейший компонент терапии сопровождения при лечении онкологических больных / И. Н. Лейдерман. – Екатеринбург, 2004. – 32 с.
2. Нутритивная поддержка в онкохирургии / О. А. Мальков [и др.] // Общая реаниматология. – 2008. – Т. IV, № 2. – С. 94–97.
3. Мальков, О. А. Возможные пути оптимизации и совершенствования нутритивной поддержки в онкохирургии / О. А. Мальков, А. О. Гирш, Е. Ю. Хорова // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. – № 3 (40). – С. 20–24.
4. Обухова, О. А. Стратегия периоперационной питательной поддержки у больных хирургического профиля / О. А. Обухова, Ш. Р. Кашия, С. П. Свиридова // Consilium-medicum. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 97–103.

5. Основы клинического питания : материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания ; пер. с англ. / гл. ред. Л. Сobotка. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2004. – 416 с.

6. Основные принципы и технологии клинического питания в онкологии : методическое руководство для врачей / И. Н. Лейдерман [и др.]. – М., 2006. – 36 с.

7. Santarpia, L. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients / L. Santarpia, F. Contaldo, F. Pisanisi // J Cachexia Sarcopenia Muscle. – 2011. – Vol. 2. – P. 27–35.

8. Marian, A. E. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients / A. E. Marian // Eur. J. Oncol. Nurs. – 2005. – Vol. 9. – P. 74–83.

9. Bozzetti, F. Efficacy of enteral and parenteral nutrition in cancer patients / F. Bozzetti, V. Bozzetti // Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme. – 2005. – Vol. 10. – P. 127–139.

ГИРШ Андрей Оттович, доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Омской государственной медицинской академии.

ХОРОВА Екатерина Юрьевна, клинический фармаколог Клинического онкологического диспансера.

ВЬЮШКОВ Дмитрий Михайлович, кандидат медицинских наук, главный врач Клинического онкологического диспансера.

Адрес для переписки: agirsh@mail.ru

Статья поступила в редакцию 09.04.2014 г.

© А. О. Гирш, Е. Ю. Хорова, Д. М. Вьюшков

УДК 616.8-00:616.34-002-022-07-08

**И. А. ГРИЩЕЧКИНА
С. Н. КАСИЙ
С. С. КОНУРКИН**

Омская государственная
медицинская академия

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Проведено исследование распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, диагностированной с помощью вопросника GERD-Q. Опрошено 150 студентов 3–5 курсов медицинского вуза, включены в анализ данные 143 анкет. Заболевание было выявлено в 16,8 % случаев. Из изученных факторов риска статистически достоверно чаще в группе респондентов с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни встречались пристрастие к жирной пище, привычка ложиться спать сразу же после еды и принадлежность к мужскому полу.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эпидемиологическое исследование, GERD-Q.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся забросами (рефлюксом) в пищевод желудочного или дуоденального содержимого. Такие забросы возникают вследствие нарушенной моторно-эвакуаторной функции эзофагогастро-

дуоденальной зоны и проявляются беспокоящими больного симптомами и (или) развитием осложнений [1]. Наиболее характерные симптомы ГЭРБ — изжога и регургитация [2]. Специфичность изжоги как диагностического критерия составляет 70–78 %. По ее распространенности можно косвенно судить