

К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Частота развития рубцовых осложнений при химических ожогах верхних отделов пищеварительного тракта в различных сообщениях колеблется в пределах 3,0–73,3 % (Волков С.В., 2002). Тактика лечения постожоговых стриктур пищевода (ПОСП) за последние 20 лет существенно изменилась. Большое распространение в нашей стране и за рубежом получила одномоментная эзофагопластика, при которой пораженный пищевод замещается трансплантатом, сформированным из желудка. Частота осложнений после одноступенчатой субтотальной резекции пищевода с эзофагогастропластикой, по сводной статистике достигает 60 %, а летальность — 39 % (Клещевникова В.П., 1994). Высокие показатели летальности, частоты осложнений лечения и постоянные поиски новых путей хирургического лечения больных с ПОСП говорят о неудовлетворенности хирургов результатами этих операций. Не секрет, что одним из главных залогов успеха лечения таких пациентов является поддержание питательного статуса на должном уровне.

Доброкачественный характер заболевания предоставляет хирургу ценнейший фактор — время, необходимое для тщательной подготовки больного к радикальной операции. Одним из эффективных способов восстановления питательного статуса пациента как в качестве предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде, является формирование на длительный срок еюностомы. Разработанная нами антирефлюксная методика формирования еюностомы не несет в себе негативных явлений и позволяет в течение длительного времени ее успешно использовать.

Метод осуществляется следующим образом: выполняется верхне-срединная лапаротомия. Дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12–15 см, накладывается межкишечный анастомоз «конец-в-бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3–4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозномышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15–20 мм производят еще два эллипсовидных разреза. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. Накладываются узловые швы на верхний и нижний края серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образуется клапан. В левой мезогастральной области через дополнительный разрез выводится участок кишки и формируется губовидный свищ.

В клинике было пролечено 30 больных с декомпенсированными постожоговыми стриктурами пищевода (13 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Всем пациентам выполнена экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой, причем у 27 больных пищевод был замещен изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка, у 3-х — толстой кишкой, проведенной также заднемедиастинально. У всех больных отмечались выраженные нарушения питательного статуса — дефицит массы тела более 20 %, повышение катаболического индекса более +1. Контрольную группу составили 10 пациентов (4 женщины и 6 мужчин в возрасте от 20 до 63 лет), которые в пред- и послеоперационном (до тех пор, пока больной не начинал питаться через рот) периодах находились только на полном парентеральном питании.

Для энтерального питания использовали специализированную изокалорическую смесь «Нутризон» (фирма Нутриция, Голландия). В качестве препаратов для парентерального питания использовали аминокислоты Е, липофундин МСТ/АСТ, гипертонические растворы глюкозы. Всем больным проводилась идентичная симптоматическая терапия. Продолжительность предоперационной подготовки в среднем составляла 1 мес.

Из лабораторных показателей определяли содержание общего белка сыворотки крови, альбумина, уровень электролитов и ферментов крови, уровень лимфоцитов. Измеряли индекс Кетле, оценивали отклонение фактической массы тела от рекомендуемой. Для определения эффективности искусственного питания выясняли динамику таких показателей, как толщина кожной складки над трехглавой мышцей плеча (ТКЖСТ), окружность плеча, окружность мышц плеча (ОМП) в той же области, окружность живота (ОЖ), окружность шеи (ОШ), окружность бедра на уровне ягодичной складки (Обед.), окружность бицепса напряженной руки (ОБиц.), процент содержания жира в организме (ПСЖО). Измерения проводили с помощью калипера «Адиометр МТ» и измерительной ленты.

$$\text{ОМП} = \text{ОП} - 0,314 \times \text{ТКЖСТ}.$$

$$\text{ПСЖО (муж.)} = (0,74 \times \text{ОЖ}) - (1,249 \times \text{ОШ}) + 0,528.$$

$$\text{ПСЖО (жен.)} = (1,051 \times \text{ОБиц.}) - (1,522 \times \text{ОП}) - (0,879 \times \text{ОШ}) + (0,326 \times \text{ОЖ}) + (0,597 \times \text{Обед.}) + 0,707.$$

Азотистый баланс (АБ) у больных, получавших зондовое и парентеральное питание, рассчитывали по формуле:

$$\text{АБ} = \text{введенный белок} / 6,25 - \text{азот мочевины} - 4.$$

Алиментарный статус больных оценивали при поступлении, в течение предоперационной подготовки, в 1–3-и сутки после радикальной операции и на 6–8 сутки после нее. После предоперационной подготовки у всех больных улучшились показатели питательного статуса, причем в значительной степени — у 75 % больных.

В группе больных, находившихся на энтеральном питании, по сравнению с контрольной группой быстрее восстанавливался уровень общего белка сыворотки крови и альбуминов. Азотистый баланс исследован у всех пациентов в первые сутки после операции, на 3-и и 6–8-е сутки после операции к моменту завершения искусственного питания. К окончанию курса энтерального питания через арефлюксную клапанную еюностому, положительный азотистый баланс отметили у 13, отрицательный, приближающийся к нулю — у 6 человек. У всех больных, находившихся на полном парентеральном питании, на 6–8 сутки наблюдался близкий к нулю азотистый баланс. По сравнению с контрольной группой у больных, получавших энтеральное питание, быстрее восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция кишечника, повышалась двигательная активность, быстрее восстанавливалась масса тела.

Кроме того, энтеральное питание сопровождалось значительно меньшим числом осложнений. Одним из наиболее частых осложнений энтерального питания были диспепсические расстройства в виде диареи, которые купировались уменьшением скорости введения смеси. В группе пациентов, получавших парентеральное питание, частота и тяжесть осложнений были более чем в 2 раза выше и обусловлены как общими (метаболические расстройства и пирогенные реакции), так и местными (флебит, тромбоз, флебит подключичной вены) факторами.

Из 20 больных основной группы у 4 (20 %) послеоперационный период осложнился несостоятельностью пищевода-желудочного анастомоза на шее. Всем этим больным продолжено полное энтеральное питание до заживления анастомоза на шее, длительность которого составила от 12 до 25 суток, в среднем 20 суток. Причиной смерти одного пациента явилась острая пневмония. Из 10 пациентов, находившихся на полном парентеральном питании, несостоятельность анастомоза на шее наблюдали у 3 (33,3 %). Одному пациенту было проведено полное парентеральное питание, двум — наложена арефлюксная клапанная еюностома. Срок энтерального питания варьировал от 15 до 48 суток, составляя в среднем 24 суток. У всех пациентов, кроме одного (из основной группы), лечение завершилось полным устранением несостоятельности.

Таким образом, проведение энтерального питания через арефлюксную клапанную еюностому у пациентов с доброкачественной непроходимостью пищевода может служить методом выбора в предоперационной подготовке к радикальной операции. Исследования показали, что энтеральное питание посредством арефлюксной еюностомы обладает всеми преимуществами парентерального, имеет меньшую стоимость и меньшее количество осложнений.

Н.П. Мунгалов, В.К. Вершинский, А.Н. Мунгалов, И.И. Мясникова

ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И БАКТЕРИОЛОГИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В последние десятилетия в клинической медицине, в частности, в урологии, наблюдается неуклонный рост внутрибольничной инфекции (ВБИ), вызываемой условно патогенными микроорганизмами. По данным зарубежных и отечественных исследований (Гарибальди Р.А., 1990; Котлярова Г.А. с соавт., 1994; Сидоренко С.В. с соавт., 1999), инфекция мочевой системы занимает первое место. Исследования показали, что у каждого третьего больного, поступающего в урологический стационар, была инфицирована мочевая система, а у каждого четвертого из инфицированных, была выделена культура *ps. aeruginosa*. Важно отметить, что сложность антибактериального лечения ВБИ, вызванных условно патогенными микробами, обусловлена всевозрастающей их резистентностью к целому ряду антибиотиков. Так, например, произошло снижение чувствительности культур *ps. aeruginosa* с 80 % до практически нулевых показателей (Котлярова Г.А. с соавт., 1999).