

УДК 617.55-089-089.87

DOI: 10.22141/2224-0586.6.77.2016.82180

ПАВЛОВ О.О., МИРОНОВА Н.В., ЩУР О.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

ПРОБЛЕМИ ХАРЧУВАННЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ (постановка проблеми)

Резюме. В огляді літератури подано сучасне уявлення про проблеми нутритивної підтримки в ранньому післяопераційному періоді в абдомінальній хірургії. На сьогодні після численних досліджень, проведених у цій галузі, ставити питання про виправданість застосування харчування як окремого напрямку в інтенсивній терапії в даній групі пацієнтів не варто. Унаслідок недостатньої вивченості даної теми виникають закономірні запитання про терміни початку й калорійність нутритивної підтримки. Пацієнти з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту розрізняються за передопераційним трофічним та метаболічним статусом. Відповідно, рекомендації щодо періопераційної нутритивної підтримки в таких пацієнтів не можуть бути універсальними. Індивідуальний підхід та характер нутритивної підтримки повинні визначатися з огляду на особливості клінічного перебігу захворювання та вихідний стан пацієнта.

Ключові слова: нутритивна підтримка, онкологічні захворювання шлунково-кишкового тракту, метаболічний статус.

На частку злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту (ШКТ) припадає понад 20 % усіх злоякісних новоутворень людини. При цьому рак шлунка продовжує посідати провідне місце в структурі онкологічної патології в Україні, будучи причиною смерті 10,5–12 тис. осіб на рік [4].

Однак при операціях великого обсягу, що виконуються при раку шлунка, неминучий високий ризик ранніх післяопераційних ускладнень. Частота останніх, за даними різних авторів, значно варіює, проте, безумовно, переважають післяопераційний панкреатит і панкреонекроз (до 27 %), неспроможність швів анастомозу й перитоніт (до 52 %), пневмонія (до 21 %) [2].

Відаючи належне хірургічній техніці, слід зазначити, що істотну роль у зниженні частоти післяопераційних ускладнень відіграє адекватна періопераційна інтенсивна терапія. Основними напрямками періопераційної інтенсивної терапії є підтримка адекватного транспортування кисню (дихання, системна гемодинаміка, тканинна перфузія), корекція водно-електролітного й кислотно-основного дисбалансу, антикоагулянтна, антибактеріальна й антипротеолітична профілактика, а також профілактика й лікування післяопераційного парезу кишечника та гнійно-септичних ускладнень [1]. Ці позиції вже давно сформувалися як загальноновизнані стандарти післяопераційного ведення хворих в абдомінальній онкохірургії, і їх доцільність не ставиться під сумнів. Однак існує ще один напрям інтенсивної терапії,

який поки не знайшов широкого застосування в онкохірургічній клініці. Йдеться про періопераційну нутритивну підтримку.

Актуальним дотепер залишається застосування нутритивної підтримки як компонента інтенсивної терапії раннього післяопераційного періоду в даній групі хворих. За даними ESOG 2003 року, частота нутритивної недостатності, тобто дефіциту білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів, при пухлинному ураженні органів ШКТ коливається від 70 до 83 % [3, 5]. При цьому необхідно враховувати зростаючі на 60 % енергетичні потреби й вторинну (ятрогенну) нутритивну недостатність, що розвивається під час оперативного або комбінованого лікування. Нутритивна недостатність в онкологічних хворих підвищує ризик різних післяопераційних ускладнень: нозокоміальних пневмоній, нагноєнь післяопераційних ран, нориць, ерозивних ушкоджень слизової ШКТ тощо [11]. У рандомізованому дослідженні 2005 року було показано, що в групі хворих, яким проводили нутритивну терапію, летальність після планових операцій з приводу пухлин ШКТ

Адреса для листування з авторами:

Павлов О.О.

E-mail: redact@i.ua

© Павлов О.О., Миронова Н.В., Щур О.І., 2016

© «Медицина невідкладних станів», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

була в 6 разів нижчою, а відсоток ускладнень — у 2,5 раза меншим порівняно з хворими контрольної групи, яким не проводили адекватну нутриційну терапію. Численні дослідження чітко підтвердили наявність взаємозв'язку між нутритивним статусом пацієнта й частотою післяопераційних ускладнень. Отже, на сьогодні ставити питання про виправданість застосування харчування як окремого напрямку в інтенсивній терапії у даної групи пацієнтів уже не варто. Однак через недостатню вивченість даної теми в анестезіологів виникають закономірні питання про терміни початку і калорійність нутритивної підтримки.

Встановлено, що при голодуванні або повному парентеральному харчуванні відзначається гіпоплазія шлунка, кишечника та підшлункової залози, відбувається виражене зниження рівня секреції шлунково-кишкових гормонів. Зміни, що розвиваються під час оперативного втручання, — як місцеві (травма органів ШКТ), так і системні (гіповолемія, зниження серцевого викиду, вазоконстрикція, ішемія-реперфузія кишечника) — призводять до зниження гепатоінтестинальної перфузії, високого ризику мікробно-ендотоксинової транслокації, генерації септичного каскаду [5]. Разом з тим встановлено, що харчові субстрати в тонкому кишечнику є потужним стимулом для репарації та регенерації ентероцитів, а ентеральне харчування розглядається як засіб профілактики дистрофічних і атрофічних змін у слизовій тонкій кишці [10]. Проведення ентерального харчування сприяє більш ранньому відновленню печінкового та мезентеріального кровотоку (а тим самим — більш активному загоєнню анастомозів), запобіганню ерозивно-виразковим процесам, транслокаційному синдрому, ентерогенній бактеріємії, сепсису, а також сприяє ранній та ефективній стимуляції моторно-евакуаторної функції кишечника, процесам секреції, екскреції, травлення та всмоктування [6].

Відзначена патогенетична близькість обмінних порушень, що розвиваються при критичних станах, і вихідних порушень метаболізму в онкологічних хворих, а також подібність гіперметаболізму критичних станів і гіперметаболічного синдрому, що розвивається після великих операцій; основними ж рисами цієї методології є прагнення починати нутритивну підтримку якомога раніше й здійснювати відшкодування енергетичних і пластичних потреб у максимально можливому обсязі. Така тактика, безумовно, довела свою ефективність у медицині критичних станів, але далеко не завжди виправдана у хворих після онкохірургічних операцій на шлунку [7].

Неможливо заперечити порушення метаболізму в усіх онкологічних хворих, зумовлене системним впливом ракової пухлини, незалежно від її розмірів, на метаболічні процеси в організмі хворого. Проте численні дослідження, проведені серед даної групи пацієнтів, свідчать про те, що очевидні клінічні прояви цього впливу (значне зниження маси тіла та ін.) реєструються не більше ніж у 30–35 % хворих на рак шлунка, яким передбачається виконання радикаль-

них операцій. Серед цих 30–35 % у багатьох хворих є порушення трофічного статусу, близькі до критичних (обумовлені в основному повною або частковою обструкцією пухлиною верхніх відділів ШКТ і тривалою гіпоаліmentaцією). Решта ж 65–70 % хворих займають проміжне положення між цими двома групами [9]. Отже, група хворих з раком шлунка представлена пацієнтами, які розрізняються за передопераційним трофічним та метаболічним статусом. Рекомендації щодо періопераційної нутритивної підтримки в пацієнтів із раком шлунка не можуть бути універсальними в принципі. Їх характер повинен визначатися з огляду на особливості клінічного перебігу захворювання та вихідний стан пацієнта.

Також, незважаючи на загальну патогенетичну платформу, жодною мірою не можна ставити знак рівності між стабільним тривалим гіперметаболізмом критичних станів і гіперметаболізмом нормального післяопераційного періоду через відмінності в інтенсивності та тривалості гіперметаболічного синдрому. Інтенсивність «критичного» гіперметаболізму вкрай висока — швидкість обміну речовин зростає в 2 рази і більше, а тривалість значно перевищує таку, що розвивається внаслідок виконання оперативного втручання (навіть великого обсягу), і може становити кілька тижнів і навіть місяців [3]. Зрозуміло, що підтримання життєздатності організму в таких обставинах вимагає вкрай високих рівнів білково-енергетичного забезпечення. Тривалість же гіперметаболічного катаболізму у хворих після оперативного лікування раку шлунка не перевищує 3–7 діб, після чого організм природним чином вступає в анаболічну фазу постагресивних реакцій (у разі комбінованого лікування — через 7–14 діб). Слід враховувати, що гіперметаболічний катаболізм (і це властиво як гіперметаболізму критичних станів, так і післяопераційному гіперметаболізму) характеризується не тільки підвищеною потребою організму в енергетичних і пластичних субстратах, а й толерантністю тканин до цих субстратів, що ставить під сумнів доцільність спроби повного відшкодування енергетичних і пластичних дефіцитів у ранньому післяопераційному періоді [1].

Необхідно враховувати й те, що екзогенні поживні субстрати є не тільки не єдиним, але навіть і не головним джерелом енергії та пластичних матеріалів. Основним джерелом матеріалу для метаболізму (як у нормі, так і при патології) є не їжа, а власні структурні елементи організму — білки, нуклеїнові кислоти, мембрани, клітинні органели, клітини тощо [8]. Сучасні фармакологічні можливості дозволяють проводити точну та індивідуальну корекцію дефіциту нутрієнтів. Зокрема, застосування ентерального харчування, наприклад препаратів нутрикомп, стандарт фایбер, енергія нейтральний, нутрифлекс ліпід спеціальний, або парентерального харчування, наприклад препаратів ліпофундин МСТ/ЛСТ або ліпоплюс, дозволяють уникнути необоротних і неминучих витрат внутрішньої реутилізації.

Отже, метою ранньої післяопераційної нутритивної підтримки у хворих з відсутністю клінічних

проявів нутритивної недостатності повинно бути не прагнення до максимально повного забезпечення пластичних і енергетичних потреб, а якнайшвидше відновлення анатомічної цілісності та повного спектра функціональної активності органів травного тракту [12].

Отже, стратегія раннього післяопераційного харчування не прагне до максимального білково-енергетичного забезпечення, а скоріше спрямована на заміщення дефіциту нутрієнтів та калорій, не передбачає перевантаження анастомозу й тонкої кишки великими обсягами поживних сумішей і забезпечує фізіологічний і комфортний перехід до ентерального харчування для хворого. Природно, що можливість здійснення раннього перорального харчування після гастректомії розглядається хірургом як фактор додаткового ризику розвитку неспроможності анастомозу. Тому визначення швидкісних та об'ємних характеристик зондового харчування є актуальною проблемою й потребує подальшого вирішення.

Список літератури

1. Бойко В.В. Хирургическая тактика у больных при высоком риске возникновения несостоятельности швов кишечных анастомозов / В.В. Бойко, Ю.В. Иванова, И.А. Криворучко, С.А. Савви, А.И. Рылов, И.С. Кравец, В.Н. Лыхман // *Клінічна хірургія*. — 2011. — № 10. — С. 5-11.
2. Бойко В.В. Особенности неотложных хирургических вмешательств у больных с осложнениями местнораспространенного рака желудка / В.В. Бойко, В.А. Лазирский // *Международный медицинский журнал*. — 2011. — № 3. — С. 9-10.
3. Петухов А.Б. Искусственное питание в современной клинической практике: современное состояние проблемы / А.Б. Пе-

тухов, И.Г. Бакулин // *Вопросы питания*. — 2012. — № 6. — С. 27-31.

4. Попович А.Ю. Рак желудка сегодня: профилактика, диагностика, лечение / А.Ю. Попович, В.Г. Бондарь, А.Н. Заика // *Международный медицинский журнал*. — 2012. — № 4. — С. 118-123.

5. Сосновская Т.Б. Применение различных программ парентерального питания в послеоперационный период у онкологических больных / Т.Б. Сосновская, А.А. Соколов // *Вестник интенсивной терапии*. — 2010. — № 2. — С. 43-44.

6. Усенко Л.В. Терапевтические аспекты внутриспросветного энтерального введения перфторана больным с сепсисом с гепатоспланхнитической ишемией и полиорганной недостаточностью / Л.В. Усенко, Л.А. Мальцева, Н.Ф. Мосенцев, А.Н. Панин // *Український медичний часопис*. — 2011. — № 3(23). — С. 116-121.

7. Gianotti L. A randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer / L. Gianotti // *Gastroenterology*. — 2012. — P. 17-23.

8. Heys S.D. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials / S.D. Heys // *Annual Surgery*. — 2010. — V. 229. — P. 67-77.

9. Keele A.M. Two phase randomised controlled clinical trial of postoperative oral dietary supplements in surgical patients / Keele A.M. // *Gut*. — 2012. — V. 40. — P. 93-97.

10. Lewis S.J. Early enteral feeding versus «nil by mouth» after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials / Lewis S.J. // *BMJ*. — 2001. — V. 323. — P. 73-76.

11. MacFie J. Oral dietary supplements in pre- and postoperative surgical patients: a prospective and randomized clinical trial / MacFie J. // *Nutrition*. — 2000. — V. 16. — P. 23-28.

12. Windsor J.A. Risk factors for postoperative pneumonia. The importance of protein depletion / J.A. Windsor // *Annual Surgery*. — 2013. — V. 208. — P. 9-14.

Отримано 25.09.16 ■

Павлов А.А., Миронова Н.В., Щур О.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (постановка проблемы)

Резюме. В обзоре литературы дано современное представление о проблемах нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде в абдоминальной хирургии. На сегодняшний день после многочисленных исследований, проведенных в этой области, ставит вопрос об оправданности применения питания как отдельного направления в интенсивной терапии у данной группы пациентов не стоит. Однако из-за недостаточной изученности данной темы возникают закономерные вопросы о сроках начала и калорийности нутритивной поддержки. Группа больных с онкозаболеваниями желудочно-кишечного

тракта представлена пациентами, различающимися по предоперационному трофическому и метаболическому статусу. Соответственно, рекомендации по периоперационной нутритивной поддержке в этой группе не могут быть универсальными. Индивидуальный подход и характер нутритивной поддержки должны определяться с учетом особенностей клинического течения заболевания и исходного состояния пациента.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта, метаболический статус.

Pavlov A.A., Mironova N.V., Schur O.I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

NUTRITIONAL PROBLEMS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN THE ABDOMINAL SURGERY (Problem Statement)

Summary. The literature review presents the current understanding of the problems of nutritional support in the early postoperative period in abdominal surgery. To date, after numerous studies in this area, there is no point to raise the question of justification for the use of food as a separate direction in the intensive care of this group of patients. Due to lack of knowledge of the subject, legitimate questions appear about the timing of the start and caloric value of nutritional support. Pa-

tients with cancer of the gastrointestinal tract differ by preoperative trophic and metabolic status. Thereafter, recommendations for perioperative nutritional support in these patients can not be universal. Individual approach and nature of nutritional support should be based on the clinical course of the disease and the initial status of the patient.

Key words: nutritional support, cancer of the gastrointestinal tract, metabolic status.