

ЕНТЕРАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УШКОДЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ПОТЕРПІЛИХ З ТЯЖКОЮ ПОЛІТРАВМОЮ

І.П.Хоменко

**Українська військово-медична академія
Київ, Україна**

Ентеральне харчування тяжкохворих і потерпілих є однією з актуальних і важливих задач сучасної хірургії та інтенсивної терапії. Проведені в останнє десятиліття дослідження показали, що терапія, спрямована на відновлення основних гомеостатичних механізмів, включаючи необхідне енергетичне і пластичне забезпечення, значно поліпшує результати інтенсивної терапії у тяжкохворих і постраждалих. Роботами D.E.Fry показано, що ентеральне харчування дозволяє попередити порушення імунної системи, знизити частоту септичних ускладнень шляхом відновлення порушеної цілісності кишкової стінки.

Ключові слова: політравма, лікування.

Вступ

Сьогодні встановлений той факт, що у тяжкотравмованих ушкодження слизової оболонки гастроінтестинального тракту (еритми, ерозії, гострі виразки) розвиваються в 70-73% випадків. При цьому частота кровотеч з гострих виразок розвивається в 15-22% випадків [3, 6]. На наш погляд, проблема ушкодження слизової шлунково-кишкового тракту не вичерпується кровотечею із стресорних виразок та їх перфорацією, не меншу небезпеку для потерпілих несе в собі транслокація ендотоксинів й ентерогенної флори через ушкоджену слизову оболонку гастроінтестинального тракту і наступні за ними ушкодження імунної системи, розвиток синдрому систем-

ної запальної відповіді, синдрому ранньої і пізньої мультиорганної дисфункції [2, 8, 9]. Вважаємо, що одним з ефективних способів попередження стресорного утворення гострих виразок є стратегії інтенсивної терапії, що враховують основні патогенетичні механізми розвитку стресорного ушкодження стінки гастроінтестинального тракту [1, 5], до яких повною мірою можна віднести проведення раннього ентерального харчування. Проведення мультицентрових, рандомізованих, контрольованих клінічних досліджень показало, що ентеральне харчування є ефективним і безпечним у тяжких і вкрай тяжких пацієнтів [4, 7, 10].

Потреба в живильних речовинах у пацієнтів, що перебувають у тяжкому стані, особливо висока, і в першу чергу це відноситься до хворих хірургічного профілю і тяжкотравмованих. Щоб забезпечити ці високі нестатки компонента харчування в практиці інтенсивної терапії живильні речовини вводяться декількома шляхами. Парентеральне харчування дозволяє ефективно забезпечити збалансовану нутритивну підтримку шляхом корекції азотистого балансу й обмеження катаболізму, однак навіть сучасне повне парентеральне харчування не заміщає багатьох, вкрай важливих функцій кишечника [1, 7, 9]. Сучасне розуміння ролі ендокринної й імунної системи в розвитку критичного стану показало, що кишечник несе значно більш складні функції, ніж просте переварювання та всмоктування їжі.

У своєму дослідженні ми спробували з'ясувати, чи впливає ентеральне харчування сучасними модифікованими сумішами, а також проведення підготовки гастроінтестинального тракту і раннє ентеральне харчування на частоту розвитку стресорних ушкоджень слизової оболонки гастроінтестинального тракту у потерпілих з тяжкою політравмою.

Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовано лікування 88 постраждалих з тяжкою політравмою, які знаходились у відділенні реанімації Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги і у яких було виявлено гострі ерозивно-виразкові ушкодження верхніх відділів гастроінтестинального тракту. Усі постраждалі були розподілені на три групи: у 1 групі були 30 хворих, яким проводилась інтенсивна терапія, що доповнювалась лише парентеральним харчуванням; у 2 групі був 31 хворий, де, крім парентерального харчування, застосовувалось і раннє ентеральне харчування; 3 групу склали 27 хворих,

яким, крім парентерального і раннього ентерального харчування, також проводилась підготовка шлунково-кишкового тракту. Ентеральне харчування проводилось наступними сумішами: PEPTAMEN (Clintec Nutrition), PERATIVE (Ross Labs), FRESUBIN HP 750 MCT (Fresenius Kabi).

Усім потерпілим 2 та 3 груп у 1-4 добу посттравматичного періоду була проведена лікувально-діагностична фіброгастроуденоскопія та заведений зонд за зв'язку Трейця для ентерального харчування. Контрольна фіброгастроскопія проводилась на 7-10 добу. Виявлені при цьому стресорні ушкодження верхніх відділів гастроінтестинального тракту були охарактеризовані як еритематозна гастродуоденопатія, ерозивна гастродуоденопатія, виразкова гастродуоденопатія і виразкова гастродуоденопатія, ускладнена кровотечею.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи дані, отримані при проведенні фіброгастроуденоскопії у травмованих, слід зазначити, що вже в перші три доби посттравматичного періоду у постраждалих трьох груп відзначаються стресорні ушкодження слизової гастроінтестинального тракту. Еритематозна гастродуоденопатія з'являється вже на 1-4 добу після травми в усіх групах хворих. На 7-10 добу посттравматичного періоду еритематозна гастродуоденопатія зустрічається у потерпілих 1 і 2 груп не настільки часто (у порівнянні з першим етапом дослідження), оскільки розвиваються більш важкі форми ушкодження слизової оболонки гастроінтестинального тракту, а саме ерозивна гастродуоденопатія і виразкова гастродуоденопатія, яка, в свою чергу, ще й ускладнюється кровотечею. У потерпілих 3 групи до 7-ї доби посттравматичного періоду відзначається тенденція до зниження частоти виявлення еритематозної гастродуоденопатії, ймовірно, внаслідок регресування даної патології за рахунок протективного впливу на слизову оболонку гастроінтестинального тракту раннього ентерального харчування.

Ерозивна гастродуоденопатія є тяжким ушкодженням слизової гастроінтестинального тракту. У 1 і в 2 групах потерпілих частота її виявлення склала 23,5% і 22,8% відповідно на 1-4 добу посттравматичного періоду. Більш того, протягом травматичної хвороби відзначається тенденція ($p > 0,05$) до збільшення частоти розвитку даного виду ушкодження слизової гастроінтестинального тракту у потерпілих 1 групи. У травмованих 3 групи ерозивна гастродуоденопатія була

діагностована в 16% випадків на 1-4 добу посттравматичного періоду. Крім того, відзначена тенденція ($p > 0,05$) до зниження частоти її виявлення більш ніж в 2 рази на 7-10 добу посттравматичного періоду.

За даними фіброгастродуоденоскопії, виразкова гастродуоденопатія виявляється у тяжких і вкрай тяжких потерпілих 1 і 2 груп вже на 1-4 добу посттравматичного періоду в 25-26% випадків. У травмованих 3 групи даної патології на цьому етапі дослідження не виявлено. На 7-10 добу посттравматичного періоду у потерпілих 1- групи відзначається тенденція ($p > 0,05$) до збільшення частоти розвитку виразкової гастродуоденопатії, у той час як у травмованих 2 групи спостерігається тенденція ($p > 0,05$) до її зниження.

У травмованих 3 групи на 7-10 добу посттравматичного періоду виразкова гастродуоденопатія була виявлена лише в 3,1% випадків, що вірогідно нижче, ніж у потерпілих 1 групи.

Така небезпечна патологія, як виразкова гастродуоденопатія, ускладнена кровотечею, розвивалася на 7-му добу посттравматичного періоду в 13,4% випадків у потерпілих 1 групи та у 7,4% випадків у потерпілих 2 групи. Вважаємо особливо важливим той факт, що у травмованих 3 групи дане ускладнення не розвивалося.

Аналізуючи сумарну частоту розвитку ушкоджень слизової оболонки гастроінтестинального тракту, необхідно відзначити, що найбільш часто ушкодження слизової оболонки виявляються у потерпілих 1 групи на 7-10 добу посттравматичного періоду, і при цьому виявляються в основному тяжкі форми ушкодження слизової оболонки, а саме ерозивна гастродуоденопатія і виразкова гастродуоденопатія. У 2 групі потерпілих на 7-му добу травматичного періоду стресорні ушкодження слизової оболонки гастроінтестинального тракту виявляються приблизно в 1,7 разу рідше, ніж у травмованих 1 групи. Це пояснюється тим, що сучасні модифіковані суміші для ентерального харчування, які містять глютамін, антиоксиданти (селен, цинк, вітаміни А та Е), володіють протективними властивостями для слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

У потерпілих 3 групи частота виявлення стресорних ушкоджень слизової оболонки виявилася найнижча, при цьому превалюють легкі форми ушкоджень. Усе це стає зрозумілим, якщо врахувати, що проведення підготовки гастроінтестинального тракту з наступним раннім ентеральним харчуванням у значній мірі поліпшує мезентеріальний кровоток, нормалізує рН усередині просвіту кишечника, у ранній термін сприяє репарації та регенерації ентероцитів.

Таким чином, проведення підготовки гастроінтестинального тракту і раннє ентеральне харчування сучасними модифікованими формулами дозволяє вірогідно знизити частоту розвитку стресорних ушкоджень гастро-інтестинального тракту, попередити розвиток тяжких форм стресорного пошкодження слизуватої оболонки шлунково-кишкового тракту, а також знизити ризик розвитку кровотечі із стресорних ушкоджень гастроінтестинального тракту.

Література

1. Замятін П.М. Энтеральна недостатність як ланка синдрому поліорганної недостатності у постраждалих з політравмою // Проблеми медичної науки та освіти. — 2004. — №2. — С. 68-70.
2. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. — М.: Медицина, 1990. — 250 с.
3. Кобиашвили М.Г., Ерюхин И.А., Шанин В.Ю., Немченко Н.С. Нарушения функций органов желудочно-кишечного тракта у пострадавших с тяжелой травмой // Воен.-мед. журнал. — 2003. — Т. 324, №1. — С.66-70.
4. Костюченко А.Л. Энтеральное искусственное питание в клинической медицине. — Петрозаводск: Интелтек, 2001. — 208 с.
5. Никонов В.В. Системный ответ организма на агрессию и варианты его коррекции // Неотложная медицинская помощь: Сб. статей Харьков. гор. клин. больницы скорой мед. помощи. — Х.: Основа, 2004. — Вып. 7. — С. 19-24.
6. Тверитнєва Л.Ф. Вопросы этиопатогенеза острых изъязвлений желудка и двенадцатиперстной кишки при неотложных состояниях / Л.Ф.Тверитнева // Хирургия. Журнал им. Пирогова. — 2008. — Т. 3. — С. 74-76.
7. Daly J.M., Lieberman M.D., Goldfine J. Enteral nutrition with supplemental arginine, RNA, and omega-3 fatty acids in patients after operation: Immunologic, metabolic, and clinical outcome // Surgery. — 1999. — Vol. 112, №4. — P. 56-67.
8. Fry D.E. Multiple system organ failure // Surg. Clin. North Am. — 1998. — Vol. 68, №4. — P. 107-122.
9. Heslin M.J., Latkany L., Leung D. A prospective, randomized trial of early enteral feeding after resection of upper gastrointestinal malignancy // Ann. Surg. — 1997. — Vol. 226, №6. — P. 567-577.
10. Kompan L., Kremzar B., Gadzijev E. Effects of early enteral nutrition on intestinal permeability and the development of multiple organ failure after multiple injury // Intensive Care Med. — 1999. — Vol. 25, №4. — P. 157-161.

И.П.Хоменко. Этеральное питание как профилактика острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у пострадавших с тяжелой политравмой. Киев, Украина.

Ключевые слова: политравма, лечение.

Энтеральное питание тяжелобольных и потерпевших является одной из актуальных и важных задач современной хирургии и интенсивной терапии. Проведенные в последнее десятилетие исследования показали, что терапия, направленная на восстановление основных гомеостатических механизмов, включающих в себя необходимое энергетическое и пластическое обеспечение, значительно улучшает результаты интенсивной терапии у тяжелобольных и пострадавших. Работами D.E.Fry показано, что энтеральное питание позволяет предупредить нарушения иммунной системы, снизить частоту септических осложнений путем восстановления нарушенной целостности кишечной стенки.

I.P.Homenko. Enteral nutrition at prevention of acute erosive ulcer injuries of gastrointestinal tract at severe polytrauma patients. Kyiv, Ukraine.

Key words: polytrauma, treatment.

An enteral feeding of seriously ill and injured patients is one of the actual and important problems of modern surgery and intensive care. The researches conducted in last decade have shown that therapy aimed at restoring the basic homeostatic mechanisms, including the necessary energetic and plastic supply considerably improves the results in seriously ill and injured patients. The works of D.E.Fry shown that enteral feeding prevents impairment of the immune system, reduce the incidence of septic complications by restoring the impaired integrity of the intestinal wall.