



Особенности использования раннего энтерального зондового питания у онкологических больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта

С.З. Танатаров

Государственный медицинский университет г.Семей, Казахстан

С целью оценки эффективности раннего энтерального питания, проанализированы данные у 75 оперированных больных со злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта.

Выявлено, что при применении разработанной методики энтерального питания наблюдалось снижение степени потери массы тела в послеоперационном периоде, а также уменьшение числа случаев гипотрофии значительной и предельной степени в 2-3 раза относительно группы сравнения. Также отмечалось превышение содержания общего белка в крови у больных основной группы до 10,7% и альбуминов до 27,4% относительно группы сравнения. Это свидетельствует, что использованная методика раннего энтерального питания улучшает показатели нутриционного статуса у оперированных больных раком желудка.

Ключевые слова: рак желудка, раннее энтеральное зондовое питание

Актуальность. Злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) относятся к числу наиболее распространённых в общей структуре, в том числе и в структуре оперативных вмешательств, связанных с онкологической патологией [1].

Хорошая разработанность техники оперативных вмешательств не всегда обеспечивает адекватные непосредственные и отдалённые результаты лечения. Одной из причин является истощение больного, связанное с нарушениями пищеварения и воздействием опухолевой интоксикации.

Высокая частота запущенных форм онкологических заболеваний приводит к необходимости осуществления обширных, травматичных, продолжительных оперативных вмешательств. Не является исключением и рак желудка. Большинство случаев злокачественных новообразований данной локализации, а также опухолей дистальных отделов ЖКТ приходится на формы хотя и операбельные, но требующие обширных и травматичных вмешательств [2,3].

Важными аспектами проблемы послеоперационного ведения больных со злокачественными новообразованиями желудка являются: высокая вероятность выраженных нарушений нутриционного статуса в преоперационном периоде; необходимость проведения обширного оперативного вмешательства; проведение операции на органах верхних отделов

ЖКТ; отсутствие адекватного энтерального питания в послеоперационном периоде [4].

Заменой последнему служит парентеральное питание, зачастую довольно длительное. Но, даже учитывая разработанный научный подход к парентеральному питанию, обеспечение основных потребностей организма в условиях онкологического процесса таким способом может быть недостаточным. Напротив, имеются сведения о том, что раннее энтеральное питание способствует повышению адаптации органов ЖКТ в послеоперационном периоде, повышению всасывания питательных веществ, нормализации микрорегуляторной регуляции перистальтики и т.д. [5,6].

Цель исследования – определение эффективности применения разработанного способа раннего энтерального питания у оперированных больных со злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведено обследование 75 больных, в том числе 61 – оперированный по поводу рака желудка, 14 – рака толстой кишки. В группу сравнения входили 40 пациентов (32 – с раком желудка и 8 – с раком толстой кишки), подвергавшиеся стандартному послеоперационному ведению. Основную группу составили 35 больных (29 и 6, соответственно), ведение которых осуществлялось с использованием разработанной системы раннего

энтерального питания. Мужчин среди обследованных было 50, женщин – 25, в том числе по группам: 27 и 23; 13 и 12, соответственно. Средний возраст по всем группам обследованных составил $59,7 \pm 2,2$ года, по выделенным группам – $58,9 \pm 2,2$ и $60,3 \pm 2,0$ года, соответственно.

Таким образом, значимых различий между группами по возрастно-половому составу не было. Также не различались характеристики групп по гистологической структуре и стадии новообразования, объёму проведённых оперативных вмешательств, показателям операционного и анестезиологического риска, проведённому операционному анестезиологическому пособию и послеоперационной анальгезии.

В первый день после операции осуществлялся лаваж кишечника через зонд посредством введения мономерно-солевого раствора. Для осуществления энтерального питания использован универсальный зонд собственной конструкции [7].

Оценивали динамику массы тела (в процентах от исходной) – обследования проведены до, после операции, через 7 суток, 14 суток, 1 месяц; динамику морфометрических показателей питания (окружности конечностей, толщина жировой складки – до операции, через 14 суток и 1 месяц после операции).

Кроме того, до, после операции, и далее в динамике на протяжении первых 7 суток исследовались био-

химические показатели: содержание общего белка и белковых фракций в крови, содержание глюкозы в крови.

Статистический анализ результатов исследования осуществлялся с использованием непараметрических методов (сравнение вариационных рядов по критерию χ^2 Пирсона). Нулевая гипотеза об отсутствии статистической значимости различий отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средние значения показателей нутриционного статуса в начале исследования находились на уровне легкой гипотрофии. Однако в числе больных были лица с более тяжёлыми степенями нутриционных нарушений. Число больных с гипотрофией лёгкой степени составило 28, со значительной – 11 (12,5% от всех обследованных).

Динамика массы тела больных в послеоперационном периоде характеризовалась снижением до 7-14 суток и развитием тенденции к росту в последующем периоде (рисунок).

У больных основной группы, получавших раннее энтеральное питание, динамика массы тела к снижению прослеживалась до 7 суток, в то время как в группе сравнения – до 14 суток после операции. При обследованиях через 14 суток и 1 месяц имелись существенные различия между группами, не достигающие уровня статистической значимости.

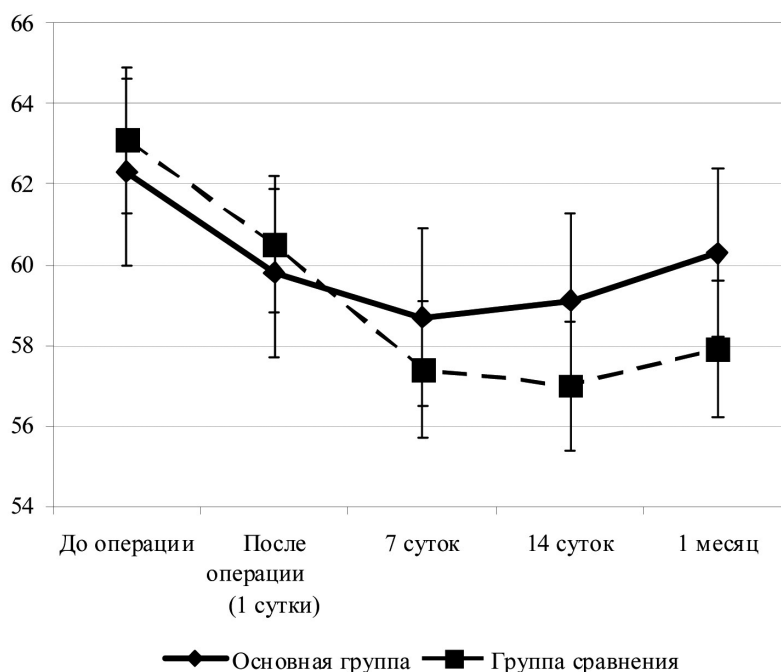


РИС. ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (кг)



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТЕПЕНИ ГИПОТРОФИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Группа обследованных	В пределах нормативных значений		Гипотрофия лёгкая		Гипотрофия значительная и предельная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>До операции</i>						
Основная (n=35)	20	57,1	10	28,6	5	14,3
Сравнения (n=40)	23	57,5	12	30,0	5	12,5
<i>На 14 сутки после операции</i>						
Основная	13	37,1	13	37,1	9	25,7
Сравнения	6	15,0	14	35,0	20	50,0
<i>Через 1 месяц после операции</i>						
Основная	17	48,6	14	40,0	4	11,4
Сравнения	9	22,5	19	47,5	12	30,0

Снижение толщины жировой складки, как показателя нутриционного статуса оперированных больных, в основной группе было менее значительным и быстрее переходящим, чем в группе сравнения, при традиционном способе ведения больных. Статистически значимые различия между группами были зафиксированы как через 14 суток, так и через 1 месяц. Аналогичная динамика характеризовала и окружность плеча, хотя по данному показателю различия не были значимыми.

Распределение больных в зависимости от степени гипотрофии представлено в таблице 1.

Таким образом, если в исходном периоде различий между группами по процентному соотношению больных с нормативными показателями нутриционного статуса и различными степенями гипотрофии не было, то через 14 суток и 1 месяц после операции доля пациентов со значительной и предельной гипотрофией в группе сравнения была соответственно в 2 и 3 раза выше, чем в основной, также было более высоким процентное соотношение больных с лёгкой гипотрофией через 1 месяц при традиционном способе ведения.

Проведён сравнительный анализ содержания общего белка и белковых фракций в крови у обследованных больных в динамике послеоперационного ведения (табл. 2).

Непосредственно после операции (1 сутки) отмечалось значительное снижение содержания в крови общего белка, аналогичное в обеих группах. Однако уже на 3 сутки между основной группой и группой сравнения отмечалась разница. При осуществлении традиционной терапии сохранялась тенденция к снижению общего белка, в то время как в основной группе наметилось повышение показателя.

Аналогично, на 4 сутки после операции средний уровень общего белка в группе сравнения снижался, а в основной – повышался. На 7 сутки, к завершению периода ежедневной оценки содержания белка и белковых фракций, среднее содержание общего белка в крови было на 10,7% выше в основной группе.

Динамика содержания в крови альбуминов ещё более чётко подтверждает преимущества разработанного способа лечения. Начиная с 3 суток послеоперационного периода, были зарегистрированы статистически значимые ($p < 0,05$) различия между группами обследованных, достигающие максимума (27,4%) на 4 сутки и сохраняющиеся до конца периода наблюдения.

Имелась определённая зависимость между применявшимся методом питания и содержанием глюкозы в крови.

Статистически значимые различия между основной группой и группой сравнения нами были зарегистрированы с 3 по 7 сутки послеоперационного периода, когда отмечался рост содержания глюкозы в крови в основной группе на фоне раннего энтерального питания, в то время как на 3 сутки в группе сравнения было зарегистрировано самое низкое значение показателя.

Энтеральное питание у больных, перенёвших оперативные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, в особенности верхнего его этажа, остаётся спорным вопросом в современной медицине. Следует вспомнить, что старые подходы, характерные для 50-80-х годов прошлого века, постулировали очень высокий риск раннего энтерального питания в плане возможности вторичных нарушений целостности пищеварительного тракта.

**ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО БЕЛКА И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ
В КРОВИ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Группа больных	До операции	Срок обследования						
		1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки	5 сутки	6 сутки	7 сутки
<i>Общий белок, мг/дл (N – 6,0-8,3)</i>								
Основная (n=35)	6,3±0,2	5,6±0,2	5,5±0,3	5,6±0,2	5,8±0,3	5,9±0,3	6,1±0,3	6,1±0,3
Сравнения (n=40)	6,4±0,2	5,7±0,3	5,4±0,2	5,3±0,1	5,1±0,2	5,3±0,2	5,4±0,3	5,6±0,1
<i>Альбумины, мг/дл (N – 3,5-5,3)</i>								
Основная	3,7±0,2	3,2±0,1	3,2±0,2	3,3±0,1	3,5±0,2	3,5±0,2	3,6±0,2	3,7±0,2
Сравнения	3,9±0,1	3,3±0,1	3,1±0,1	2,7±0,1*	2,6±0,1*	2,7±0,1*	2,7±0,1*	2,9±0,1*

Примечание: * - различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$)

Развитие хирургических технологий, в том числе способов адекватной и надёжной герметизации кишечной трубки, позволило значительно снизить риск осложнений [8]. В настоящее время считается, что перистальтические движения кишечника не могут привести к нарушению целостности швов и состоятельности анастомоза.

Есть экспериментальные данные, что использование энтерального питания способствует более выраженному улучшению нутриционных показателей и адекватному росту и развитию животных, оперированных в раннем возрасте [9,10]. И если раннее энтеральное питание позволяет добиться адекватного роста у юных организмов, то у взрослых лиц оно заведомо обеспечит основные нутриционные потребности.

Таким образом, видно, что использованная нами методика раннего энтерального питания значительно улучшила показатели нутриционного статуса у оперированных больных раком желудка, что может способствовать улучшению качества жизни пациентов [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2011. – С.4
2. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в Москве и Санкт-Петербурге / Е.М.Аксель, И.А.Горбачёва // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2008. – Т.19. – №2 (прил.1). – С.120-134
3. Hartgrink H.H. Extended Lymph Node Dissection for Gastric Cancer: Who May Benefit? Final Results of the Randomized Dutch Gastric Cancer Group Trial / H.H.Hartgrink [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2004. – Vol.22, №11. – P. 2069-2077
4. Мергенов М.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения рака желудка у больных старших возрастных групп: дис. ... канд. мед. наук / М.М.Мергенов. – Великий Новгород, 2007. – 116 с.
5. Макеева Т.К. Методы коррекции трофологического статуса у больных раком желудка в послеоперационном периоде / Т.К.Макеева, А.А.Галкин // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Вып.2. – С.143-149
6. Наралиев У.Т. Раннее энтеральное питание у больных после гастрэктомии: дисс. канд. мед. наук / У.Т.Наралиев. – Бишкек. - 2009. – 86 с.
7. Универсальный желудочно-кишечный зонд / Д.Р. Мусинов, М.К. Телеуов, С.З. Танатаров, М.Н. Сандыбаев // Предварительный патент Комитета по правам интеллектуальной собственности РК. – Астана, №44420, 05.01.2004
8. Ельчибаев Б.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения заболеваний желудка: дисс. д-ра мед. наук / Б.М.Ельчибаев. – Семей. - 2010. – 197 с.
9. Наурызов Н.Н. Оптимизация условий адаптации тонкой кишки при синдроме короткого кишечника (экспериментальное исследование): дис. ... канд. мед. наук / Н.Н.Наурызов. – Семей. - 2009. – 82 с.
10. Strategies for parenteral nutrition weaning in adult patients with short bowel syndrome / J.K.DiBaise, L.E.Matarese, B.Messing, E.Steiger // J Clin Gastroenterol. – 2006. – Vol.40 (5 Suppl 2). – P.S94-S98
11. Shang E. The influence of early supplementation of parenteral nutrition on quality of life and body composition in patients with advanced cancer / E.Shang, C.Weiss, S.Post, G.Kaehler // JPEN J. Parenter Enteral Nutr. – 2006. – Vol.30. – P.222-230



Summary

Peculiarities of early enteral tube feeding in cancer patients operated on gastrointestinal organs

S.Z. Tanatarov

State Medical University, Semei, Kazakhstan

The findings of 75 operated patients with cancer of gastrointestinal tract. In order to evaluate the effectiveness of early enteral nutrition were analyzed.

Application of proposed enteral feeding method contributed to decreasing of weight loss in postoperative time, as well as to reducing the number of cases with hypotrophy of significant and marginal degrees in 2-3 times in comparison to control group. Also is noted the increasing of total protein to 10.7% and albumin to 27.4% in blood of main group patients compared to the control group. This indicates that proposed method of early enteral nutrition improves the nutritional status of operated patients with gastric cancer.

Key words: gastric cancer, early enteral tube feeding

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Танатаров Саят Замамбекович – ассистент кафедры онкологии ГМУ; Республика Казахстан, г.Семей, ул.Глинки, д.33а, кв.7
E-mail: sayat68@mail.ru