

УДК 616.329:616.333—009.12]—089

КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия*

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия*

Гончар Ольга Яковлевна
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Рябчун Вадим Валерьевич – к.м.н.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Результаты оценки показателей трофического статуса больных с компенсированными и субкомпенсированными формами ахалазии пищевода свидетельствуют о наличии нутритивной недостаточности легкой степени тяжести, что требует включения в предоперационную подготовку сипинговой терапии.

Ключевые слова: АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА, НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС

UDC 616.329:616.333—009.12]—089

NUTRITIVE STATUS CORRECTION IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL ACHALASIA

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, prof.

*City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Durleshter Vladimir Moiseevich, MD, prof.

*City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Gonchar Olga Yakovlevna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Ryabchun Vadim Valerievich, MD
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

The assessment of trophic status in patients with compensated and sub-compensated esophageal achalasia has revealed a slight nutritive insufficiency. The symptoms required pre-operative enteral tube nutrition.

Key words: ESOPHAGEAL ACHALASIA, NUTRITIONAL STATUS, ENTERAL TUBE NUTRITION.

Коррекция нутритивного статуса является актуальной проблемой у больных с ахалазией пищевода (АП). Пациенты с недостаточностью питания, подвергающиеся хирургическим операциям, имеют больший риск летальности, осложнений, увеличения срока госпитализации, замедления реабилитации и выздоровления. За последние 20 лет с помощью ряда исследований начали определять те группы пациентов, которым полезна нутритивная поддержка, особенно если у них была предшествовавшая операции недостаточность питания [1].

С точки зрения хирургического стресс-ответа (эндокринного, метаболического и воспалительного), пластика пищевода относится к наиболее травматичному виду оперативного вмешательства, что является наиболее важным индуктором дисфункции различных органов и систем (боль, катаболизм, легочная дисфункция, увеличение потребности миокарда в кислороде, парез ЖКТ, дисбаланс коагуляции и фибринолиза) [1]. Нарушение питания у пациентов с заболеваниями пищевода приводит к снижению гликогена печени, истощению тканевого пула белка и в итоге к белково-энергетической, иммунной, витаминной недостаточности. Дефицит массы тела и белковая недостаточность (общий белок 55 г/л, альбумин ниже 30 г/л) требуют включения в предоперационную подготовку нутритивной терапии. Способ доставки нутриентов: энтеральный (сиппинг, зондовое введение, питание через стомы ЖКТ), парентеральный, сочетание обоих методов. Предпочтительным способом доставки нутриентов должен быть физиологичный энтеральный путь [2 - 5]. Целесообразно добавление сбалансированных питательных смесей к основному столу или все энергетические и пластические потребности обеспечиваются целиком за счет последних. Существуют работы [1], показывающие, что при проведении предоперационной нутритивной поддержки пациентам с АП и нутритивной недостаточностью легкой и среднетяжелой степеней в течении 5-7 суток снизилось количество

осложнений в послеоперационном периоде с 39% до 28% (сравнимо с центральными клиниками РФ, по данным А.Ф. Черноусова – 33-37,5%), сократились сроки послеоперационной ИВЛ, длительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии до 5 суток (ранее 7-9 суток). Проведение предоперационной нутритивной поддержки положительно влияет на переносимость хирургического стресса, снижает опасность возможных послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомозов, послеоперационных пневмоний), которые могут развиваться на фоне питательной недостаточности. В данном случае имеет значение не набор веса, а наличие положительного азотистого баланса с приростом уровня сывороточного белка и альбумина. Длительное проведение предоперационной энтеральной нутритивной поддержки нецелесообразно, если пациент находится в стационаре, поскольку пролонгированное нахождение в стационаре способствует развитию госпитальной инфекции [1]. Перечисленные положения диктуют правильный выбор предоперационной подготовки с целью достижения максимальной компенсации функций всех органов и систем для создания условий более гладкого протекания анестезиологического пособия и успешного послеоперационного восстановления и реабилитации пациентов. Поэтому все пациенты этой группы должны быть обследованы с точки зрения оценки их нутритивного статуса.

Основные способы доставки нутриентов: энтеральный (сиппинг, зондовое введение, питание через стомы ЖКТ), парентеральный, сочетание обоих методов. Предпочтительным способом доставки нутриентов является физиологичный энтеральный путь. При проведении нутритивной поддержки целесообразно использовать добавление сбалансированных питательных смесей к основному столу или все энергетические и пластические потребности обеспечиваются целиком за счет последних [1, 5].

Цель работы – повысить эффективность хирургического лечения у пациентов с компенсированными и субкомпенсированными формами ахалазии пищевода путем оптимизации алгоритмов предоперационной нутритивной поддержки.

Материалы и методы. Обобщены результаты обследования 109 пациентов с ранними формами АП, находящихся на динамическом диспансерном наблюдении, из них 45 мужчин, 64 женщин, средний возраст составил $42,8 \pm 13,3$ года (от 16 до 79). Все больные получали медикаментозную терапию и курсы кардиодилатаций до оперативного лечения, которые не привели к положительному результату, либо способствовали временной клинической ремиссии, что явилось показанием для выполнения хирургического вмешательства. Предоперационное обследование включало опрос, осмотр, эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию и рентгенографию желудочно-кишечного тракта, манометрию, 24-часовую рН-метрию пищевода и оценку нутритивного статуса пациентов. Аналогичные параметры мониторировались в динамике после операции.

В зависимости от степени органических и функциональных изменений пищевода и его прекардиального сегмента пациенты были разделены на две группы.

1 группа — компенсированная форма (n=36), в которой выявляли расширение пищевода до 4 см в диаметре по данным рентгенологического исследования, умеренное нарушение моторной и эвакуаторной функций органа. Рубцовые изменения в прекардиальном сегменте отсутствовали.

2 группа — субкомпенсированная форма (n=73), характеризовалась значительной дилатацией пищевода (от 4 до 7 см) с прогрессирующим нарушением моторной и эвакуаторной функций последнего, но без рубцовых изменений в прекардиальном сегменте пищевода.

Данные группы соответствуют II стадии по классификации Б.В. Петровского [6, 7].

Все больные в качестве предоперационной подготовки получали консервативное лечение, включающее курсовое применение пролонгированных нитратов с приемом быстродействующего нитроглицерина сублингвально в дозировке по 1-2 таблетке (по 0,5 мг) непосредственно перед или во время еды. В качестве пролонгированных нитратов использовали нитросорбид 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды. Исследование нутритивного статуса было проведено 27 больным из 1-ой группы и 32 больным из 2-ой группы. Для определения наличия и степени выраженности белково-энергетической недостаточности использовали следующие методы: 1) клинические – индекс Кетле (масса/рост), измерение окружности плеча (ОП), кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ), окружности мышц плеча (ОМП); 2) лабораторные – концентрация общего белка, уровень альбумина и абсолютное число лимфоцитов (АЧЛ) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Анализ показателей нутритивного статуса больных с ахалазией пищевода 1-ой группы показал, что все оцениваемые показатели находятся в пределах нормы, в то время как у больных 2-ой группы медиана ИМТ тела снижена и соответствует легкой степени недостаточности питания (норма ИМТ 19-25), причём выявлены достоверные отличия от показателей 1-ой группы ($p < 0,05$). Показатели ОП и КЖСТ у пациентов 1-ой группы находятся в пределах нормы и практически не отличаются от показателей 2-ой группы пациентов.

У всех пациентов 2-ой группы уровень общего белка, альбумина и АЧЛ были ниже нормы (норма 64-83 г/л, 35-50 г/л и АЧЛ $> 1,8 \cdot 10^6$ /л), при этом выявлены достоверные отличия от аналогичных показателей 1-ой группы больных ($p < 0,05$). Показатели нутритивного статуса у больных с ахалазией пищевода представлены в таблице 1.

Коррекция нутритивного статуса проводилась 32 пациентам 2-ой группы следующими образом: на фоне основного питания по щадящей диете (ЩД) проводилось дополнительное введение сипинговой смеси Нутридринк по 1 пакету 2-3 раза в день после еды, в течение 14 дней, пакет объёмом 200 мл выпивался медленно в течение 7-10 минут. Остальные 41 пациент с АП 2 группы питались самостоятельно по диете ЩД в течение 2 недель. У пациентов 1-ой группы коррекция нутритивного статуса не проводилась, они питались самостоятельно по диете ЩД.

Таблица 1 - Показатели нутритивного статуса у больных с ахалазией пищевода

Параметры	1-я группа, (n=27)					2-я группа, (n=32)				
	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max
ИМТ, кг/м ²	20	21,5	24,6	27,3	29,4	17	17,6	18,2*	18,8	19,4
ОП, см	26	26,5	27,1	27,7	28,3	25	25,6	26,2	26,8	27,4
ОМП, см	22,8	23,2	23,6	24,0	24,4	22,0	22,4	22,8	23,2	23,7
КЖСТ, см	10,1	10,6	11,2	11,8	12,4	9,5	10,1	10,7	11,3	11,9
Общий белок, г/л	60	63,5	65,5	68	75	55	57	60*	63	65
Альбумин, г/л	35	35,6	36,2	37	39	30	30,4	31*	32,7	35
АЧЛ, 10 ⁶ /л	1,8	1,8	1,9	1,9	2	1,5	1,6	1,6*	1,7	1,7

Примечание: ИМТ-индекс массы тела; ОП-окружность плеча; КЖСТ- кожно-жировая складка трицепса; ОМП - окружность мышц плеча; КЖСТ - кожно-жировой складки трицепса; АЧЛ-абсолютное число лимфоцитов; * представлены достоверные отличия ($p < 0,05$) от 1-ой группы больных.

Эффективность смешанного питания оценивали по лабораторным показателям нутритивного статуса (содержанию в крови общего белка и белковых фракций, АЧЛ). Оценку проводили через 2 недели после начала лечения.

Показатели нутритивного статуса больных с АП 2-ой группы представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели нутритивного статуса больных с ахалазией пищевода 2-ой группы в зависимости от нутритивной коррекции

Параметры	Группа, не получавшая Нутридринк, (n=41)					Группа, получавшая Нутридринк, (n=32)				
	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max
Общий белок, г/л	55	57	60	63	65	60	63	65*	68	72
Альбумин, г/л	30	30,4	31	32,7	35	35	36	37*	37,4	39
АЧЛ, 106/л	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,92*	1,95	2

*Примечание: АЧЛ-абсолютное число лимфоцитов; * представлены достоверные отличия ($p < 0,05$) от показателей до лечения.*

Из таблицы 2 следует, что в группе, где проводилась нутритивная поддержка достоверно увеличились показатели общего белка до 65 г/л (норма 64-83 г/л), альбумина до 37 г/л (норма 35-50 г/л), АЧЛ до 1,92 106/л (норма АЧЛ $> 1,8$ 106/л) по сравнению с группой, где нутритивная поддержка не проводилась ($p < 0,05$).

Заключение. На основании оценки нутритивного статуса пациентов с ахалазией пищевода можно сделать заключение, что у больных 2-ой группы выявлены нарушения нутритивного статуса легкой степени тяжести, требующие проведения нутритивной поддержки в предоперационном периоде сипинговыми смесями.

Литература

1. *Беркасова И.В.* Особенности предоперационной нутритивной поддержки у пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода / Беркасова И.В., Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В. // Материалы третьего съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока.- 2009. – С.144.
2. *Попова Т. С.* Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Попова Т. С., Шестопапов А. Е. Лейдерман И. Н. - М. : Бином, 2002. - 456 с.
3. *Лейдерман И. Н.* Современная нутриционная поддержка в хирургии и интенсивной терапии : рук. для врачей / Лейдерман И. Н. [и др.]. - Екатеринбург, 2004. - 37 с.
4. *Лейдерман И. Н.* Современная нутриционная поддержка в коррекции комплекса метаболических расстройств при синдроме системного воспалительного ответа у больных в критических состояниях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Екатеринбург, 2003. - 31 с.
5. *Лейдерман И. Н.* Протоколы и алгоритмы нутритивной поддержки в хирургической клинике / Лейдерман И. Н., О. Г. Малкова, А. Л. Левит, Д. А. Левит, М. И. Прудков. // Материалы научно-практической конференции Неотложные состояния в практике многопрофильного стационара. – Тольятти, 2009. – С. 89-93.
6. *Василенко В.Х.* Ахалазия кардии / Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребенев А.Л., Медицина, 1976. - 280 с.
7. *Черноусов А. Ф.* Хирургия пищевода : рук. для врачей / Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. – М. : Медицина, 2000. – 74с.