

УДК: 616-001.37-089.844

*Шапринський Є. В., Гомон М. Л.,
Шапринська Л. А.*

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ТА НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА У ХВОРИХ ІЗ РУБЦЕВИМИ СТРИКТУРАМИ СТРАВОХОДУ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
м. Вінниця, Україна*

Абстракт надруковано в рамках II науково-практичної конференції «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НУТРИТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ», присвяченої 40-річчю курсу анестезіології та інтенсивної терапії Вінницького Національного медичного університету ім.М.І.Пирогова", 13–14 жовтня 2016 року, м. Вінниця

Проведення інтенсивної терапії з метою передопераційної підготовки хворих з рубцевими стриктурами стравоходу є серйозною задачею для хірурга, оскільки більшість таких хворих госпіталізується у занедбаному стані, з 4 та 5 ступенями непрохідності стравоходу [1]. Це обумовлює високі цифри післяопераційної летальності, яка при різних видах езофагопластик сягає 15%.

Метою нашої роботи є покращення результатів хірургічного лікування хворих з рубцевими стриктурами стравоходу на основі правильно обраної лікувальної тактики та адекватної передопераційної інтенсивної терапії та нутритивної підтримки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати хірургічного лікування 177 хворих з рубцевими стриктурами стравоходу. Післяопікові рубцеві стриктури стравоходу спостерігались у 64, післяопераційні рубцеві стриктури – у 32, стриктури внаслідок рефлюкс-

езофагіта – у 16, рак стравоходу – у 65. Групу порівняння склали 100 пацієнтів, яким проводився стандартний комплекс обстеження та лікування рубцевих стриктур стравоходу. У хворих основної групи – 77 пацієнтів, на базі логістичної регресії були відібрані найбільш вагомі фактори ризику виникнення післяопераційних ускладнень, а саме: наявність технічних труднощів під час операцій, коефіцієнт моделі = 4,1399 з $p=0,0083$; наявність цукрового діабету, коефіцієнт моделі = 3,2766 з $p=0,0693$, рівень альбумінів плазми крові менше 25 г/л, коефіцієнт моделі = 3,2932 з $p=0,0224$; повна непрохідність стравоходу, коефіцієнт моделі = 0,8492. На основі врахування обраних прогностичних критеріїв нами була розроблена лікувальна тактика. Вона полягала в корекції трофологічного статусу, інтенсивній підготовці до подальшої езофагопластики у відділенні реанімації та інтенсивної терапії хворих з високим та середнім ступенем ризику розвитку ускладнень з подальшою езофагопластикою та

корекції трофологічного статусу перед оперативним втручанням в умовах хірургічного відділення у хворих з низьким ступенем ризику розвитку ускладнень [2, 3]. У хворих з тяжким ступенем виснаження для корекції метаболічних порушень використовували систему парентерального харчування «все в одному» (all in one) з використанням трисекційного мішка для змішування інгредієнтів загальним об'ємом 2000 мл. Також на даному етапі, перед операцією, з метою покращення живлення товстокишкового трансплантату і попередження післяопераційних ускладнень проводили запропоновану інфузійну терапію за 1 добу до операції, що включала: внутрішньовенне введення 4 мл 5% розчину мексідолу 2 рази на добу, 100 мл тівортину 1 раз на добу, 1 мл 1% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно 2 рази на добу (патент України на корисну модель № 78205 від 11.03.2013 «Спосіб профілактики ішемії товстокишкового трансплантата при езофагопластиці»). Інтраопераційно, протягом виконання реконструктивно-відновного оперативного втручання, також проводили запропоновану інфузійну терапію. У післяопераційному періоді курс запропонованої інфузійної терапії складав 7 діб. При наявності назогастрального зонду або гастростоми ентєральне харчування проводили сумішами підвищеної калорійності.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Застосування запропонованої лікувальної тактики, передопераційної інтенсивної терапії і нутритивної підтримки свідчили про більш швидку стабілізацію лабораторних,

біохімічних показників в післяопераційному періоді у хворих основної групи. Їх використання при рубцевих стриктурах стравоходу дозволило знизити рівень неспроможності швів анастомозів з 14,00% до 5,19% ($p < 0,05$), виникнення стриктур стравохідно-органних анастомозів з 20,00% до 10,39% ($p < 0,01$), скоротити тривалість перебування хворих на лікарняному ліжку з $26,1 \pm 1,1$ до $22,0 \pm 0,5$ ліжко-дня ($p < 0,001$), тривалість післяопераційного періоду – з $19,5 \pm 1,1$ до $15,2 \pm 0,7$ ліжко-дня ($p < 0,01$) та знизити рівень післяопераційної летальності з 6,00% до 2,60%.

ВИСНОВКИ

В результаті застосування розробленої нами лікувальної тактики, передопераційної інтенсивної терапії і нутритивної підтримки у хворих з рубцевими стриктурами стравоходу встановлено, що перебіг післяопераційного періоду є більш сприятливим, ніж у хворих, яким під час лікування не використовували запропоновані методики. Їх використання дозволило достовірно знизити рівень післяопераційних ускладнень, скоротити тривалість перебування хворих в стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Багіров М. М. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцевого стеноза пищевода / М. М. Багіров, Р. И. Верещако // *Клінічна хірургія*. – 2008. – № 8. – С. 11-15.
2. Зингеренко В. Б. «Все в одном» – инновационная технология полного парентерального питания / В. Б. Зингеренко, А. Е. Шестопапов // *Медицина неотложных состояний*. – 2010. – № 4(29). – С. 21-27.
3. Опыт организации парентерального питания в условиях отделения интенсивной терапии / С. А. Крейдич, А. А. Кузьменко, Н. В. Степанова [и др.] // *Медицина неотложных состояний*. – 2010. – № 5(30). – С. 41-46.