

**НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ И АБСЦЕССОМ**

Бабков О.В., Рудаков Д.А., Луфт В.М., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Тен
О.А., Лапицкий А.В.

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени
И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская дом 3;*

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.
И.П.Павлова, г. [Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8](#)*

*Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской и госпитальной
хирургии, г. Санкт-Петербург, ул. Ак. Лебедева, дом 6*

8-911-281-31-97, oleg.babckov@yandex.ru

Резюме: в статье рассмотрены вопросы нутриционной поддержки больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом. Установлено, что применение описанного протокола нутриционной поддержки позволяет нормализовать трофологический статус пациента и улучшить непосредственные результаты лечения: количество послеоперационных осложнений и летальность.

Abstract: in the article the questions of nutrition support of patients with colorectal cancer complicated by perifocal infiltration and abscess. Found that the use of the described protocol of nutritional support helps to normalize the patient's nutritional status and improve the immediate results of the treatment: the number of postoperative complications and mortality.

Ключевые слова: колоректальный рак, перифокальный инфильтрат, абсцесс, нутриционная поддержка.

**NUTRITION SUPPORT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER,
COMPLICATED PERIFOCAL INFLAMMATION AND ABSCESS FORMATION**

Babckov O.V., Rudakov D.A., Luft V.M., Zakharenko A.A., Bezmozgin B. G., Surov D.A., Ten
O. A., Lapitsky A.V.

GBU "St. Petersburg Research Institute of Emergency Care named after II Dzhanelidze "

The first St. Petersburg State Medical University. Acad. Pavlov

Military Medical Academy. SM Kirov

Keywords: colorectal cancer, perifocal inflammation, abscess formation, nutrition support.

Введение.

Колоректальный рак (КРР) объединяет различные по форме, локализации и гистологической структуре злокачественные эпителиальные опухоли ободочной и прямой кишок. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России колоректальный рак занимает третье место у женщин (11,9%) и второе место у мужчин (10,9%). Ежегодно в мире регистрируется более 600 тыс. случаев КРР, в России более 50 тысяч случаев впервые выявленного КРР и более 35 тысячи смертей от него [7].

По оценке разных авторов [5] до 89% больных КРР поступает в хирургические стационары с различными осложнениями. К осложненным формам КРР относят обтурационную непроходимость (до 85,0% всех осложнений), перфорацию опухоли с развитием перитонита (2,1–27,0%), перифокальный воспалительный инфильтрат и абсцесс (12,0–35,0%), кишечное кровотечение (4,0–15,3%) [1]. Осложнения КРР обуславливают различную степень выраженности метаболических и иммунологических нарушений, оказывающих неблагоприятное влияние на течение заболевания, в том числе протекание послеоперационного периода.

Прогрессирование опухоли приводит к снижению иммунореактивности больных, развитию различных, в том числе гнойно-воспалительных осложнений КРР. Гнойная инфекция при КРР является конкурирующим с опухолевым процессом фактором, негативно влияющим на состояние больного и приводящим к смерти пациента нередко раньше, чем успевают развиться метастазы [4].

Хирургическое вмешательство также является мощным стрессорным воздействием на организм больного, влияя на показатели гуморального и клеточного иммунитета, на частоту послеоперационных осложнений воспалительной природы, ухудшая непосредственные результаты лечения [3]. В то же время, у больных с подобными осложнениями КРР наблюдается трофическая недостаточность различной степени выраженности, которая прогрессирует в послеоперационном периоде [8].

Все эти причины обуславливают необходимость проведения нутриционной поддержки (НП) больных КРР, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом.

Материалы и методы.

Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 124 больных (контрольная группа), оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 годах. Из них у 81 больного (65,3%) был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 43 больных (34,7%) перифокальный абсцесс. В контрольной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного анализа лечения 108 больных (основная группа), оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2009-2013 годах. Из них у 67 больных (62,0%) был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 41 больного (38,0%) перифокальный абсцесс. Данным больным помимо стандартной терапии проводились мероприятия НП. Контрольная и основная группы больных были идентичны по полу, возрасту, длительности заболевания, распространенности онкологического процесса, характеру выполненных операций.

Методика проведения НП учитывала особенности данной категории больных, наличие у них исходной кишечной недостаточности и иммуносупрессии. НП больных КРР, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и абсцессом, включала в себя применение смесей для энтерального питания методом сипинга в периоперационном (пред- и послеоперационном) периоде, использование антигипоксантов, специальной иммунной смеси. Особенность НП данной категории больных заключалась в

последовательной смене различных питательных смесей: мономерная смесь – полимерная изокалорическая изонитрогенная смесь – гиперкалорическая иммунная смесь.

Нутриционная поддержка начиналась в предоперационном периоде и включала применение больным перорально 12,0% раствора глюкозы в объеме 400,0 мл за 2 часа до операции, что позволяло уменьшить предоперационную жажду, голод и послеоперационную резистентность к инсулину, а также снизить потери азота и белка [8].

В 1 сутки послеоперационного периода НП включала в себя пероральное применение больным 400,0 мл глюкозо-электролитной смеси (ГЭС) следующего состава: 1,0 л дистиллированной воды, 1 пакет (18,9 г) препарата «регидрон», 1,0 г аскорбиновой кислоты, 10,0 мл препарата «цитофлавин». Для обеспечения внутрипросветной регенеративной трофики кишки и сохранения кишечного барьера применялось

минимальное количество (200,0 мл) изокалорической изонитрогенной смеси «нутризон-стандарт». В качестве энтеросорбента использовали пероральное применение препарата «энтеросгель» двукратно по 30 г (как препарат, обладающий адсорбирующим и дезинтоксикационным действием).

На вторые сутки послеоперационного периода переходили на использование специальной гиперкалорической иммунной смеси «нутриэн-иммун» в объеме 600,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента при этом оставалось прежним.

При хорошей переносимости больным питательной смеси на третьи сутки количество используемой смеси «нутриэн-иммун» увеличивали до объема 1000,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента оставалось прежним.

На четвертые сутки послеоперационного периода назначался лечебный рацион (диета №1 по Певзнеру) с дополнительным пероральным приемом смеси «нутриэн-иммун» по 200,0 мл 3 раза в день.

Таблица 1

Схема нутриционной поддержки больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом

Сутки	Мероприятия нутриционной поддержки*	Продолжительность
2 часа до операции	Раствор глюкозы 12% - 400 мл	15 минут
1 сутки 200,0 ккал 8 г белка	ГЭС** – 200,0 мл + Нутризон-Стандарт – 100,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП
	ГЭС – 200,0 мл + Нутризон-Стандарт – 100,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП
2 сутки 750,0 ккал 42 г белка	ГЭС – 200,0 мл + Нутриэн-Иммун – 300,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП
	ГЭС – 200,0 мл + Нутриэн-Иммун – 300,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП
3 сутки Нутриэн-Иммун 1250,0 ккал 70 г белка	ГЭС – 200,0 мл + Нутриэн-Иммун – 500,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП
	ГЭС – 200,0 мл + Нутриэн-Иммун – 500,0 мл	5 часов
	Энтеросгель – 30 г	После НП

4 сутки Стол № 1 Нутриэн-Иммун 2000 ккал	Стол № 1 с дополнительным приемом Нутриэн-Иммун по 200,0 мл 3 раза в сутки методом сипинга	
---	--	--

* - прием всех препаратов осуществляется перорально

**ГЭС – 1,0 л дистиллированной воды, 1 пакет регидрона, 1,0 г аскорбиновой кислоты, 10,0 мл «цитофлавин».

Эффективность предложенной методики оценивалась на основании сравнения показателей непосредственных результатов лечения: количества послеоперационных осложнений и летальности .

Математическая обработка фактического материала выполнялась с помощью программы IBM SPSS Statistics. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимался равным 0,05.

Результаты.

Результаты лечения больных основной и контрольной групп представлены в таблице №2.

Таблица 2

Осложнения хирургического лечения больных основной и контрольной групп

Виды осложнений	Частота осложнений	
	Основная группа (n=13)	Контрольная группа (n=25)
Нагноение раны	12 (11,1%)	22 (17,7%)
Пневмония	12 (11,1%)	13 (10,5%)
Перитонит, внутрибрюшной абсцесс	5 (4,6%)	10 (8,1%)
Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы	10 (9,3%)	9 (8,3%)
Несостоятельность анастомоза	3 (2,8%)	7 (5,6%)
ТЭЛА	3 (2,8%)	4 (3,2%)

* Примечание: у ряда больных наблюдалось 2 и более осложнений.

Выводы.

У больных, получавших НП, отмечено снижение частоты таких осложнений, как нагноение послеоперационной раны (с 17,7% до 11,1%), послеоперационный перитонит, внутрибрюшной абсцесс (с 8,1% до 4,6%). Проведение нутриционной поддержки также благоприятно сказалось на заживлении кишечного анастомоза – частота несостоятельности анастомозов уменьшилась с 5,6% до 2,8%. Существенных отличий в частоте возникновения послеоперационных пневмоний, осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в группах сравнения выявлено не было.

В целом, проведение нутриционной поддержки позволило снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,7 раза (с 20,2% до 12,0%), что привело к закономерному снижению летальности (с 11,3% до 7,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова С.В., Калинин Е.В., Шляхтин В.В. Алгоритм и методы хирургического лечения осложненных форм колоректального рака // Онкология. — 2009. — Т. 11, N 4. — С. 293-297.
2. Луфт В.М., Лапицкий А.В., Захарова Е.В. Протоколы нутриционной поддержки больных в интенсивной медицине // СПб: Геликонплюс, 2007. - 70 с.
3. Митрохин С.Д., Миронов А.Ю., Киямов А.Р. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства у онкологических больных // Человек и его здоровье. – 2012. - №2. - С. – 127-132.
4. Обухова О.А., Кашия Ш.Р., Курмуков И.А. Оптимальные сроки и режимы проведения искусственного питания в интенсивной терапии // Consilium medicum Ukraina. – 2012. – Т. 6, № 7. – С. 19-22.
5. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия рака ободочной кишки // М.: Миклош, 2009. – 95 с.
6. Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2009. - Т. 10, № 1. – С. 49-57.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2010.- 256.
8. Lassen K., Soop M., Nygren J. et.al. 2009. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Group recommendations Archives of Surgery. – 144 (10) – 961-969.