

Предложенный способ применен у 16 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Данный метод может быть методом выбора лечения больных с ПОРСПЖ.

#### Литература:

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Бужирование пищевода при рубцовых стриктурах // Хирургия. – 1998. - № 10. – С. 25 - 29.
2. Павлюк А.Д., Бабляк Д.Е., Дубчук В.М. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка // Груд-

ная и сердечно - сосудистая хирургия. – 1994. – № 2. – С. 50 - 53.

3. Мирошников Б.М., Федотов П.Е., Павелец К.В. Лечение сочетанных ожоговых поражений пищевода и желудка // Вестник хирургии. – 1995. – Т. 154:1. – С. 20 - 23.

4. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. – 2001. - № 5. – С. 19 - 23.

УДК 616-097-089.168.1

## ИММУННЫЙ СТАТУС У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Х. Ф. Якупова

Государственный медицинский университет города Семей

#### Резюме

Применение методики ранней нутриционной поддержки у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте, позволило: снизить частоту послеоперационных осложнений.

Раннее энтеральное зондовое питание смесью «Унипит», сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета.

#### Тұжырым

Шек жолдарына операция жасалған онкологиялық науқастарда нутрициялық қорғау әдісін қолдану операциядан кейінгі асқынуларды төмендетуге әкелді.

Ерте энтеральды зондпен «Унипит» қоспасымен қоректендіру иммунитеттің тіндік звеносының жоғарлауымен көрінеді.

#### Summary

Early nutritive support in oncology patients undergone to surgery of gastro-intestinal tract allowed to decrease amount of Complications after surgery.

Early enteral nutrition with solution "Unipit" via nasogastric tube promoted increase of cellular chain of immunity.

Лечение послеоперационных осложнений у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) остается одной из ведущих проблем современной онкологии. Актуальность ее обусловлена высоким уровнем заболеваемости, расширением обширности оперативных вмешательств на органах ЖКТ, увеличением тяжелых послеоперационных осложнений, при которых прогноз и лечение значительно хуже [1].

Послеоперационные осложнения возникают на фоне иммунологической недостаточности, нарушения питания и раковой интоксикации [2].

Под влиянием экстремальных факторов (обширные хирургические вмешательства, гипоксия, интоксикация и др.) развивается комплекс неспецифических и специфических реакций у больных в послеоперационном периоде находящихся в палатах отделения интенсивной терапии (ОИТ).

К неспецифическим реакциям на стресс, относят изменения со стороны иммунной системы, проявляющиеся ее депрессией, как известно на этом фоне, чаще развиваются гнойно-воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде [2,3,5].

Интерес к энтеральному зондовому питанию (ЭЗП) больных после операции связано с представлениями о кишечнике как метаболическом, эндокринном, иммунном органе, барьере перед микробной инвазией, органе, обеспечивающем постоянство внутренней среды организма. Соответственно поражение органов желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) различной этиологии сопровождается изменением состояния иммунной системы [4], поэтому восстановление их функций приводит к нормализации иммунного ответа. Исходя из этого, раннее начало ЭЗП может способствовать восстановлению иммунного статуса и снижению числа послеоперационных осложнений [6].

#### Цель исследования:

Изучение влияния нутритивной поддержки на иммунную систему в раннем послеоперационном периоде у больных, со злокачественными новообразованиями ЖКТ, подвергнутых радикальному оперативному вмешательству.

#### Материалы и методы исследования:

Проведен анализ послеоперационного раннего зондового питания 50 больным, из них раком желудка - 38, раком пищевода - 7, раком поджелудочной железы - 3, язвенной болезнью - 2, (33 мужчин, 17 женщин), средний возраст которых составил 35-65±5,5 лет. Контрольную группу составили 39 человек. Больным контрольной группы первые 3-4 сутки ЭЗП не проводилось, в этот период их нутриционная поддержка осуществлялась полным парентеральным питанием (ППП).

С первых же часов после операционного периода одновременно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии через назогастроинтестинальный зонд осуществлялась декомпрессия полых органов и лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью. Как правило, уже через 6-8 часов после проведе-

ния кишечного лаважа начинает восстанавливаться всасывательная способность тонкой кишки, и концу первых суток усваивается до 1000 мл глюкозо-электролитного раствора. Недостаточный объем инфузионной терапии восполняли внутривенно. На вторые сутки после нормализации ОЦК и стабилизации гемодинамики начинали введение готовой к употреблению полимерную сбалансированную питательную смесь «Унипит». При анализе результатов ЭЗП в еще небольшой группе больных мы поставили лишь задачу объективной клинической оценки накопленного опыта, что позволило сделать некоторые выводы:

ЭЗП, проводимое через 6 часов после операции, в большинстве случаев протекало гладко. В отдельных случаях больные отмечали дискомфорт, отрыжку, неприятные ощущения в животе, что вынуждало отсрочить ЭЗП на 12-24 часа.

В динамике исследовали:

- Показатели общего белка, альбумина, глобулинов в сыворотке крови.
- Показатели клеточного звена системы иммунитета (Т-лимфоциты и их субпопуляции, В-лимфоциты), которые определяли методом розеткообразования.

Показатели иммунного ответа ввиду низкой лабильности изучаемых параметров, используемые методики исследовались поэтапно: 1-й этап- исходное состояние перед операцией; 2-й этап- лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью (1-е сутки после операции); 3-й этап- использование смеси «Унипит» в сочетании с парентеральным питанием в соотношении 50 : 50 (3-и сутки после операции); 4-й этап- полное энтеральное питание смесью «Унипит» (6-е сутки после операции).

#### Результаты исследований и их обсуждение:

Во время проведения исследования у всех больных, включенных в него не отмечалось осложнений, которые могли быть связаны с ранним энтеральным питанием (несостоятельность анастомозов, тяжелый парез ЖКТ). Среднее пребывание больных, оперированных на органах ЖКТ, в отделении интенсивной терапии составило в основной группе от 4,3±1,5 сут. (от 4 до 7 сут), а в контрольной группе - 5,7±1,5 сут. (от 5 до 9 суток). Течение раннего послеоперационного периода сопровождалось катаболической направленностью метаболизма, эффективным обеспечением пластическими и энергетическими субстратами при нутритивной поддержке.

В контрольной группе к 4-м суткам произошло снижение уровня общего белка и альбумина на 11% и 25% соответственно, в то время как аналогичные показатели в основной группе уменьшились лишь на 9% и 8% соответственно, когда показатель глобулина первые сутки повысился на 4,1% в основной группе, и на четвертые сутки на 7,9% соответственно.

Исследование иммунного статуса больных до операции выявило исходные нарушения в клеточном звене системы иммунитета, которые выражались в снижении абсолютного содержания В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов и их субпопуляций.

При односторонности изменений, отсутствие достоверных различий между группами больных, указывало на неспецифический характер иммунного ответа на операционный стресс и было обусловлено исходным состоянием больного, а не видом нутритивной поддержки.

Вывод:

Раннее энтеральное зондовое питание сбалансированными смесями к концу третьих суток послеоперационного периода, сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета по отношению с контрольной группой.

Применение методики ранней нутритивной поддержки позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,3-1,5 раза, реабилитировать оперированных больных в более ранние сроки.

#### Литература:

1. Арзыкулов Ж.А., Ижанов Е.Б. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №3, 2003. С.90-95.
2. Цай Е.Г., Баишева С.А. Иммунотерапия рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №2, 2002. С.83-89.
3. Chen da W, Wei Fei Z, Zhang YC, et al. Role of enteral immunonutrition in patients with gastric carcinoma undergoing major surgery // Asian J Surg. 2005 Apr; 28(2):121-124.
4. Логинов А.С., Царегородцева Т.М., Зотина М.М. Иммунная система и болезни органов пищеварения. - М., Медицина, 1986. - 256 с.
5. Крыжановский Г.Н. Стресс и иммунитет // Вестн. АМН СССР. - 1985. - №8. - с.3.
6. Шарманов Т.Ш., Вигдорович Д.И., Айдарханов Б.Б., Шарманов А.Т. Изучение возможности коррекции иммунной системы с помощью пищевых продуктов // Вopr.питания. -1986. - N4. - С.39-41.

УДК 616.33-022.44-005.1

## ЯЗВА ЖЕЛУДКА С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В 1-Е СУТКИ

И. А. Эм

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

#### Summary

The analysis of the immediate results of the various tactical approaches allowed to argue the choice of optimal variant of treatment for patients of all age groups in favor of differentiated strategic approach, including a complex of measures on the prediction of relapse haemorrhages, the application of an optimal program of conservative hemostasis, and taking into account objectively substantiated indications and contra-indications, held in the first day-operative treatment for Bilrot - 1.

#### Тұжырым

Асқазан жарасынан қан кету кезінде әр түрлі емдеу жолдарын нәтижелеріне сүйене отырып және науқастардың барлық жас мөлшеріне сай консервативті гемостазбен қатар көрсеткіштер мен қарама-қарсы көрсеткіштерді еске ала отырып сырқаттың алғашқы тәуліктерінде Бильрот-1 әдісімен операция жасау жөн.