

## ВІДНОВЛЕННЯ ТРОФІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПІКОВИМИ СТРИКТУРАМИ СТРАВОХОДУ

С.О.Савві

*ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії  
АМН України (Харків)*

### Вступ

Під час лікування хворих зі стриктурами стравоходу, перед лікарями виникає низька питань, пов'язаних з порушеннями нормального транзиту їжі. Основним завданням лікування є відновлення прохідності стравоходу, однак, нерідко загальний стан хворого не дозволяє в повній мірі застосовувати всі необхідні заходи. Особливо це стосується хворих з повною облітерацією стравоходу, невдалих спробах дилатативної терапії, при наявності стравохідно-респіраторних норниць та інших ускладненнях, що супроводжуються порушеннями трофічного статусу та іншими порушеннями гомеостазу [1, 2, 6]. Тому відновлення трофічного статусу у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу має велике значення у комплексі лікування.

**Метою** дослідження було вивчення трофічного статусу у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу та вдосконалення методів його відновлення.

### Матеріал та методи дослідження

Дослідження виконане на базі відділення хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України (Харків). Виконано обстеження 248 хворих з хімічними опіками стравоходу, що надійшли через 2 та більше місяців з моменту опіку. Окрім загальноприйнятих методів обстеження у всіх хворих оцінено трофічний статус. Для його оцінки визначали дефіцит маси тіла (ДМТ): відповідність фактичної маси тіла (ФМТ) ідеальній масі тіла (ІМТ). ІМТ визначали за формулою Брока. Крім цього, для

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

характеристики трофічного статусу використовували найбільш доступні лабораторні критерії: концентрацію загального білка та альбуміну в крові; вміст лімфоцитів. За сукупністю цих критеріїв визначали ступінь аліментарного виснаження.

### Отримані результати та їх обговорення

У хворих, що надійшли до 2-х місяців після опіку, порушення харчування виявлені в 67,86% випадків. У міру збільшення давнини травми стан харчування хворих погіршується - у строки від 2-х до 6-ти міс. дефіцит маси тіла виявлено в 85,15% хворих, причому значне виснаження (дефіцит маси тіла 21-30%) виявлено в 31,68% випадків, важке виснаження - в 12,87% випадків. У пацієнтів, що надійшли через 6 і більше міс. після опіку, порушення харчування виявлено практично у всіх хворих (97,80% випадків), у тому числі значні - в 38,46% і важкі в 17,58% випадків (табл. 1.)

Таблиця 1

**Ступінь непрохідності стравоходу та аліментарного виснаження у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу**

Післяопікові ускладнення	Давність травми		
	від 22 днів до 2-х міс. (n=56)	від 2-х до 6-ти міс. (n=101)	більш 6 міс. (n=91)
<i>Ступінь непрохідності стравоходу</i>			
I ступінь	2 (3,57%) <sup>1</sup>	3 (2,97%)	1 (1,10%)
II ступінь	32 (57,14%)	32 (31,68%)	14 (15,38%)
III ступінь	19 (33,93%)	45 (44,55%)	45 (49,45%)
IV ступінь	3 (5,36%)	21 (20,79%)	31 (34,07%)
Аліментарне виснаження	38 (67,86%)	86 (85,15%)	89 (97,80%)
- Помірне	27 (48,21%)	41 (40,59%)	38 (41,76%)
- Значне	9 (16,07%)	32 (31,68%)	35 (38,46%)
- Тяжке	2 (3,57%)	13 (12,87%)	16 (17,58%)

Виразність даних порушень залежала від ступеня непрохідності стравоходу та відповідного ступеня дисфагії. Значних порушень обміну та водно-електролітних розладів не спостерігалося тільки при стриктурах I ступеня. Для II ступеня характерні розлади всіх видів обміну, однак, зберігалися нор-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

мальні показники водно-електролітного обміну та співвідношення водних секторів. При III та IV ступені дисфагії розвивається практично абсолютне екзогенне голодування і до наявних порушень приєднуються водно-електролітні розлади з порушеннями кислотно-основного стану.

У зв'язку з наявністю ознак аліментарного виснаження всім хворим, що надійшли з вираженими стриктурами стравоходу, відразу після госпіталізації забезпечувався постійний внутрішньовенний доступ. Обсяг інфузійної терапії, парентерального та/або ентерального харчування для корекції гіповолемії, водно-електролітних порушень і метаболічних розладів визначався індивідуально в кожного хворого на підставі антропометричних і клініко-лабораторних даних і проводився за загальноприйнятими правилами з урахуванням ступеня виснаження й характеру патології.

Штучне харчування в пацієнтів з післяопіковими стриктурами стравоходу здійснювалося одним з наступних варіантів:

1. Пероральне харчування - при дисфагії I - II ступеня.
2. Змішане харчування (ентеральне + парентеральне) при дисфагії II - III ступеня, при IV ступені - зондове (через гастростому) ентеральне + парентеральне харчування.
3. Повне парентеральне харчування.

Пероральне харчування проводилося пацієнтам, що перебувають у свідомості, які здатні приймати хоча б рідку їжу. Склад їжі повинен забезпечувати добові потреби в основних харчових інгредієнтах з урахуванням підвищеної потреби в них. Зондове харчування в пацієнтів з важким виснаженням здійснювалося через назогастральний зонд або через сформовану гастростому. Повне парентеральне харчування використовувалося тільки як передопераційна підготовка в пацієнтів з вираженим дефіцитом ваги, які не могли приймати їжу природним шляхом, а також у післяопераційному періоді до відновлення функції кишечнику, після чого можливо ентеральне зондове харчування.

В 82 хворих (33,1%) з невираженими стриктурами стравоходу (діаметр стриктури не менш 6 мм) було організоване харчування рідкими живильними сумішами з натуральних про-

дуктів пероральним шляхом. Такий же шлях харчування був можливий після відновлення необхідного просвіту стравоходу після його первинної дилатації в 39 (15,7%).

В інших випадках використовувалося зондове харчування й рідше зондове харчування через гастростому. Зондове харчування у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу має певні особливості, зв'язані як зі складністю проведення живильного зонда через звужений стриктурою стравохід у шлунок, так і з наявністю або високим ризиком розвитку гострого езофагіту. Сама по собі дилатаційна терапія є основним чинником ризику гострого езофагіту, а при наявності хронічного езофагіту в стадії ремісії ризик загострення значно підвищується як при дилатаційних заходах, так і при проведенні й при тривалому знаходженні в просвіті стравоходу живильного зонда.

Стандартна методика проведення назогастрального зонду використана в 47 (19,0%) хворого. При цьому було відзначено, що практично всі хворі при постійному знаходженні зонда відзначали неприємні відчуття за грудиною, і в ряді випадків зонд доводилося тимчасово видаляти. Крім цього, в 19 (38,3%) із цих пацієнтів через 1-3 доби використання назогастрального зонда відзначені явища гострого езофагіту, для усунення якого зонд віддалявся, і штучне харчування здійснювалося парентеральним шляхом.

З метою оптимізації ентерального череззондового харчування нами були запропоновані декілька удосконалень. Для виключення багаторазової травматизації слизової стравоходу при повторному введенні направників і бужів запропоновано пристрій з тонкостінною трубкою, стінка якої має ділянки різної напруженості. Використання цього пристрою дозволило здійснювати процедури бужування та ентеральне зондове харчування без повторних введень зонда, що краще переносилося хворими. З аналогічною метою використовувалася тонкостінна захисна гумова трубка-протектор, яка не тільки захищала слизову стравоходу від травматизації під час процедури вібраційного бужування, але і служила як зонд для ентерального харчування. Аналогічні принципи були закладені і при розробці комплексного пристрою, що забезпечує вібрац-

ійний вплив, балонну дилатацію, електростимуляцію та реографічний контроль за станом мікроциркуляції в зоні лікувального впливу, а також ентеральне череззондове харчування, протез для інтубації стравоходу і протез для дренажу стравоходу. Дані пристрої використані при лікуванні 41 (16,5%) хворих. Загострення езофагіту відзначено в 5 (12,2%) із цих хворих, при використанні стандартної методики - загострення езофагіту в 19 з 47 випадку (38,3%) - розходження статистично достовірні -  $P=0,041$  у відповідності із критерієм  $\chi^2$ .

Крім цього, розповсюдженим методом забезпечення череззондового ентерального харчування є гастростомія. Даний метод був використаний в 39 (15,7%) хворих при невдалій спробі антеградної дилатаційної терапії та введення назогастрального зонду. У хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу даний метод застосовується не тільки для забезпечення штучного харчування, але й для здійснення ретроградного бужування стравоходу і для ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при неможливості проведення ендоскопу через стриктуру.

При формуванні гастростоми методом вибору вважаємо гастростомію за Штамом-Сенном-Кадером. Гастростомія належить до малотравматичних втручань і добре переносилася хворими навіть у важкому стані. З ускладнень в одному випадку (3,8%) відзначено нагноєння підшкірно-жирової клітковини в парастомічній області, пов'язане з дефектом післяопераційного відходу. В одному випадку (3,8%) спостерігалася негерметичність стоми з витіканням вмісту шлунку в черевну порожнину, що спричинило розвиток перитоніту. Дане ускладнення було обумовлено важким аліментарним виснаженням у результаті довгостроково існуючої стриктури стравоходу IV ступеня.

В 8 (20,5%) із цих хворих при ретроградному бужуванні також використана трубка протектор, що відрізняється від вищеописаної наявністю щільної ділянки, яка служить для фіксації протектора в гастростомі, введення бужів і ентерального трансгастрального харчування. При використанні даної методики загострення хронічного езофагіту відбулося в одному випадку

(12,5%). В 27 (69,2%) хворих після курсу ефективного ретроградного бужування з відновленням прохідності стравоходу гастростомічна трубка віддалялася, а гастростомний отвір закривався самостійно протягом 7-10 днів. В 11 (30,8) випадках у зв'язку з недостатнім відновленням прохідності стравоходу після відповідного інструктажу з харчування і догляду за стоною хворі виписувалися з функціонуючою гастростоєю на амбулаторне лікування з рекомендацією повторної госпіталізації для оперативного лікування після відновлення живильного статусу.

### Висновки

1. Забезпечення повноцінного штучного харчування є найважливішою складовою комплексного лікування хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу.

2. Рациональний підбір живильних сумішей і використання пристроїв мінімізуючих травму слизової оболонки стравоходу сприяє швидкій нормалізації трофічного статусу, оптимізації процесів регенерації в стравоході та, що сприяє поліпшенню результатів комплексного лікування хворих.

### Література

1. Костюченко А.Л. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине / А.Л.Костюченко, Э.Д.Костин, А.А.Курыгин. - СПб: Специальная литература, 1996. - 330 с.
2. Лечение рубцовых стриктур пищевода с использованием малоинвазивных технологий / И.Н.Зятков, В.Г.Лобанов, В.Л.Полужков [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Том X, №1. - С.1-10.
3. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский, Ф.С.Курбанов. - М.: Медицина, 2000. - 352 с.
4. Ferguson D.D. Evaluation and management of benign esophageal strictures / D.D.Ferguson // Dis. Esophagus. - 2005. - Vol.18, № 6. - P.359-364.
5. Ingestion of caustic substances: a 15-year experience / C.Arevalo-Silva, R.Eliashar, J.Wohlgeleitner [et al.] // Laryngoscope. - 2006 Vol. 116, № 8. -P.1422-1426.

6. Siersema P.D. Treatment options for esophageal strictures / P.D. Siersema // Nat.Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. - 2008. - Vol. 5, № 3. - P.142-152.

#### Резюме

**Савві С.О.** Відновлення трофічного статусу у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу.

У статті наведено результати дослідження трофічного статусу у хворі з післяопіковими стриктурами стравоходу, що надійшли через 2 та більш міс. після опіку. Визначено основні методи відновлення трофічного статусу, показано їх поліпшення у результаті впровадження нових та удосконалених пристроїв для ентерального харчування.

**Ключові слова:** післяопікові стриктури стравоходу, аліментарне виснаження, ентеральне харчування.

#### Резюме

**Савві С.А.** Восстановление трофического статуса у больных с послеожоговыми стриктурами пищевода.

В статье приведены результаты исследования трофического статуса у больных с послеожоговыми стриктурами пищевода, которые поступили через 2 та более мес. после ожога. Определены основные методы восстановления трофического статуса, показано их улучшение в результате внедрения новых и усовершенствованных устройств для энтерального питания.

**Ключевые слова:** послеожоговые стриктуры пищевода, алиментарное истощение, энтеральное питание.

#### Summary

**Savvi S.A.** Restoration of alimentary status of patients with post-burn esophageal strictures.

Author presents the results of studies of alimentary status of patients with post-burn esophageal strictures two and more months after the corrosive lesion. The main methods of alimentary status improvement are suggested. New enteral feeding devices are used and known ones are improved.

**Key words:** post-burn esophageal strictures, alimentary cachexia, enteral feeding.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Ю.М.Вовк

УДК 616.831.9-002-091-079.4

## МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ВАЖКОГО МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТУ У ДОРОСЛИХ ЯК ДОПОМІЖНИЙ ЧИННИК ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВІРУСНИХ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТІВ

**І.І. Торяник, Г.С. Федорович, Т.В. Федорович,  
О.В. Огнева, М.І. Мартинчук-Кісельова**  
Харківський національний медичний університет  
ДУ "Інститут мікробіології і імунології  
ім. І.І. Мечникова АМН України" (Харків)

#### Вступ

Проблема своєчасної клінічної діагностики менінгоенцефалітів на цей час привертає увагу все більшого числа фахівців з різних галузей медицини [1, 6, 7]. Складність питання полягає не стільки в недостатній розробці терапевтичних стратегій ургентних госпіталізацій, скільки в труднощах первинної клінічної та етіологічної діагностики, характері і швидкості розвитку симптомів, що вкладаються в картину блискавичних маніфестацій процесу [5]. На цьому фоні актуальною стає роль диференційного діагнозу, що враховує результати комплексних обстежень хворих, ретроспективного аналізу лабораторних досліджень. Ігнорування цих правил приводить до важких післягоспітальних ускладнень у пацієнтів з менінгоенцефалітом і нерідко до летальних випадків [3, 6]. У зв'язку з цим проблема вивчення структурних змін в клітинах тканин головного мозку, схильних до дії вірусу герпесу людини, представляє безперечний клінічний інтерес.

#### Матеріали і методи дослідження

Матеріалом дослідження були некропсії від трупів пацієнтів обох статей (n=11) померлих в результаті гострих маніфестацій захворювань, що супроводжувалися клінічними ознаками менінгоенцефаліту. Гістологічні препарати головного мозку