

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА. ПОЧЕМУ И КАК МЫ ЭТО ДЕЛАЕМ

^{1,2}Р. Ю. Хлобыстин¹ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Минздрава России

^{1,2}R. Yu. Khlobystin

ENTERAL NUTRITION BEFORE AND AFTER SURGERY FOR STOMACH CANCER. WHY AND HOW WE DO IT

¹Federal Siberian Scientific and Clinical Center of the Federal Medical and Biological Agency²Voino-Yasenskii' Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia

РЕФЕРАТ. Fast track surgery, или enhanced recovery after surgery (ERAS) – программа комплексного лечения, включающая этапы предоперационной подготовки, выполнения оперативного вмешательства, ведения послеоперационного периода. К ключевым факторам относят: адекватную анальгезию, раннюю активизацию и нутритивную поддержку. Проведение энтерального питания у пациентов с раком желудка должно начинаться в предоперационном периоде. Энтеральное питание необходимо проводить в ранние сроки послеоперационного периода. Раннее энтеральное питание не увеличивает частоту послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомозов, гнойно-септические осложнения). Правильное проведение энтерального питания в пред- и послеоперационном периоде способствует более комфортному восстановлению качества жизни после операции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак желудка, энтеральное питание, нутритивная поддержка.

SUMMARY. Fast track surgery, or enhanced recovery after surgery (ERAS) is a comprehensive treatment program that includes the stages of preoperative preparation, surgical intervention, and postoperative management. The key factors include: adequate analgesia, early activation and nutritional support. Enteral nutrition in patients with gastric cancer should begin in the preoperative period. Enteral nutrition should be carried out in the early postoperative period in most cases. Early enteral nutrition does not increase the frequency of postoperative complications (failure of anastomoses, purulent-septic complications). Proper implementation of enteral nutrition in the pre- and postoperative period contributes to a more comfortable restoration of the quality of life after surgery.

KEY WORDS: stomach cancer, enteral nutrition, nutritional support.

Введение

В 1990-х годах Н. Kehlet [11] была предложена программа комплексного лечения, включающая этапы предоперационной подготовки, выполнения оперативного вмешательства, ведения послеоперационного периода, цель которой – уменьшение периода нахождения в стационаре, количества послеоперационных осложнений и материальных затрат на лечение, – «Концепция ведения пациентов, направленная на скорейшее восстановление после операций в колоректальной хирургии (fast track surgery)». Основной целью новой концепции стало уменьшение проявлений послеоперационного стресса и боли, основанное на использовании нескольких подходов: сокращение сроков голодания, иммобилизация, уменьшение травматичности операции, применение эпидуральной анальгезии как основного компонента мультимодального обезболивания, оптимизация сроков пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии и в стационаре. Полученные данные продемонстрировали сокращение сроков

пребывания пациента в стационаре без увеличения частоты осложнений и летальности. Указанные принципы ведения пациентов нашли применение в различных областях хирургии и в последние годы становятся все более популярными.

В 2001 году в рамках созданного ERAS-сообщества было принято решение изменить термин fast track surgery (FTS) на enhanced recovery after surgery (ERAS), подчеркивая важность не сокращения длительности госпитализации, а улучшения качества послеоперационного восстановления пациента, а также его скорейшего возвращения к уровню дооперационной активности. В 2006 году J. Wind [12] суммировал и идентифицировал основные факторы, входящие в состав мультимодальной fast track программы. К таким факторам он стал относить:

1. предоперационное информирование пациента;
2. отказ от использования ортоградной подготовки кишечника перед операцией;

3. отказ от классической премедикации накануне операции;
4. применение пробиотиков;
5. сокращение сроков предоперационного приема пищи;
6. применение раствора глюкозы за 2 часа до операции;
7. регионарная анестезия;
8. препараты для анестезии с быстрым началом и короткой продолжительностью действия;
9. адекватный объем и качество жидкости в предоперационном периоде;
10. миниинвазивный оперативный доступ;
11. профилактика гипотермии;
12. пре- и постоксигенация с высокой концентрацией O_2 ;
13. неопиоидная послеоперационная анальгезия;
14. отказ от рутинного, необоснованного использования дренажей и зондов;
15. раннее удаление уретрального катетера;
16. использование прокинетики;
17. ранняя мобилизация и пероральное питание.

Ключевым факторам, вносящим основной вклад в современный подход послеоперационного ведения практически после любых плановых операций, следует относить: адекватную анальгезию, на фоне которой должна проводиться ранняя активизация пациента, и нутритивную поддержку. Хочется указать, что нутритивная поддержка в послеоперационном периоде при хирургическом лечении рака желудка должна быть продолжением ранее проведенной предоперационной подготовки. Несмотря на большое количество работ, посвященных применению нутритивной терапии в периоперационном периоде у онкологических пациентов [1, 3, 4], все еще остаются сторонники традиционного послеоперационного ведения. Ранее считалось, что больные, поступающие на плановое оперативное вмешательство, в большинстве случаев рассматриваются как компенсированные, и традиционный протокол ведения чаще всего включал:

- желудочный зонд для аспирации на срок до 5–7 суток, «пока не заработает кишечник»;
- голод в течение этого же периода;
- большой объем инфузионной терапии в сочетании со «стимуляцией диуреза»;
- стимуляция работы кишечника из-за «послеоперационного пареза»;
- широкое и длительное использование наркотических анальгетиков;
- ограничение двигательного режима.

В пользу такого ведения противники раннего энтерального питания обычно приводят доводы о том, что:

- нельзя кормить до восстановления работы кишечника;

- кишечник после операции должен «отдохнуть»;
- прием пищи или жидкости через рот в ранние сроки после формирования анастомоза может вызвать несостоятельность швов;
- раннее кормление увеличивает риск панкреатита;
- питание вызывает парез и может стимулировать появление динамической кишечной непроходимости.

Сторонники протокола ERAS аргументируют свою позицию следующими фактами о раннем старте энтерального питания [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]:

- не приводит к увеличению числа осложнений, в том числе несостоятельности анастомозов;
- способствует уменьшению числа осложнений, в том числе несостоятельности анастомозов, парезов ЖКТ, инфекционно-воспалительных осложнений;
- способствует более быстрому восстановлению моторики кишки.

Более того, учитывая, что оперативное вмешательство и связанный с ним операционный стресс вызывают функциональную перестройку всех систем организма и приводят к значительному усилению катаболических процессов, нутритивная поддержка становится одним из ключевых элементов в обеспечении послеоперационного периода.

Что же мы можем начать делать на этапе планирования и подготовки пациента к операции? Прежде всего, оценить нутритивный статус пациента во время первичного осмотра и назначить коррекцию до момента операции. Сократить ограничения питания в предоперационном периоде: отказ от приема твердой пищи – за 6 часов до операции, ограничение приема светлых прозрачных жидкостей – за 2 часа до операции. Назначить введение углеводсодержащих высококалорийных жидкостей до операции, которые позволяют уменьшить послеоперационный катаболизм, инсулинорезистентность и гипергликемию, мышечную слабость в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде рекомендовать начинать энтеральное питание в течение первых 24 часов после операции, предпочтительно с пероральным введением. Рекомендовать употребление жевательной резинки для разрешения пареза. Целесообразно использовать стандартные или высокобелковые смеси. Аргументами к применению питательных смесей вместо обычной пищи являются более высокая биодоступность, точный расчет вводимой энергии и белка, легкое усвоение, снижение риска нежелательных явлений со стороны ЖКТ, удобство для пациента и ухаживающего персонала.

Какой способ нутритивной поддержки выбрать? Основной принцип: необходимо отдавать предпочтение энтеральному питанию. Полное парентеральное питание возможно только в том случае, если имеется выраженное нарушение функции ЖКТ.

В нашем центре имеется протокол ведения пациентов после операций по поводу рака желудка, ключевым элементом которого является энтеральное питание. Весь этап хирургического лечения включает три периода:

1. предоперационный период. На этом этапе мы подробно информируем пациента о диагнозе, планируемом лечении, предстоящей операции, объемах и особенностях предоперационного периода, хирургическом вмешательстве и анестезиологическом обеспечении. Акцентируем внимание на возможных сложностях в послеоперационном периоде. Пациенту рассказывается о необходимости установки желудочного зонда, дренажных трубок, мочевом катетере, особенностей анальгезии и коррекции болевого синдрома. Все это способствует уменьшению страха и тревоги, настраивает пациента на участие в восстановлении, мобилизует и за счет этого облегчает ситуацию в последующем послеоперационном ведении. Проводится оценка нутритивного статуса пациента. Большая часть пациентов с раком желудка отмечает жалобы на потерю веса и/или нарушение работы желудка (связанное со стенозом, микрогастрией и т. п.). Наличие нутритивной недостаточности требует восполнение энергетических потерь и недостаток питательных веществ. Для этой цели используются энтеральные питательные смеси, прием которых пациенты начинают с момента консультации и продолжают до и в послеоперационном периоде. Оценивается сопутствующая патология и рекомендуется проведение ее коррекции. Многие пациенты являются курильщиками. Для снижения риска осложнений со стороны легких рекомендуем прием муколитиков в предоперационном периоде. При наличии хронической анемии назначается терапия для ее устранения. Проводится консультация смежных специалистов (кардиологов, эндокринологов, пульмонологов и т. п.) для коррекции сопутствующей патологии;

2. пери- и интраоперационный период. Мы не проводим в подавляющем большинстве случаев тотальное очищение кишечника. Отказ от приема твердой пищи за 6 часов до операции, прозрачной жидкости – за 2 часа до операции. Пациенты накануне операции получают легкий ужин, в 22.00 (йогурт, шоколад), в день операции в 6.30 пациентам разрешен прием сладкого чая. За 60 минут до подачи пациента в операционную проводится введение 5%-ного раствора глюкозы в объеме 400–500 мл. Из особенностей операционного периода следует отметить прецизионную хирургическую технику оперирования, поддержание нормотермии пациента, отказ от необоснованных гемотрансфузий, отказ от рутинной установки зондов и дренажей. Зонды устанавливаются минимального диаметра (20Fr) для проведения энтерального питания. Отказ от продленной искусственной вентиляции лег-

ких и сокращение сроков пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии;

3. послеоперационный период. Обязательная установка эпидурального блока. Использование регионарной анестезии позволяет практически полностью отказаться от введения опиоидных анальгетиков. На следующие сутки после операции большая часть пациентов переводится из реанимационного отделения в профильное, где купирование болевого синдрома проводится введением НПВС. Назначается раннее энтеральное питание. После выполнения гастрэктомии через 2 часа после перевода из операционной начинается введение 5%-ного раствора глюкозы в зонд со скоростью 20 мл/ч. На следующие сутки после операции осуществляется рентгенологический контроль анастомоза водорастворимым контрастом, после этого пациенту проводится удаление зонда, разрешается пить энтеральные питательные смеси методом «сиппинга». Данная диета проводится до 3 суток послеоперационного периода, затем расширяется до 1А стола. К моменту выписки пациенту назначается диета № 1. После выполнения дистальной резекции желудка, через 2 часа после перевода из операционной и экстубации, пациенту разрешается пить. На следующие сутки после операции даются энтеральные питательные смеси методом «сиппинга». В последующем послеоперационное питание осуществляется так же, как у пациентов после выполненной гастрэктомии. На фоне проводимого энтерального питания объемы инфузионной терапии ограничиваются до 1000–1500 мл/сут. в течение первых трех дней послеоперационного периода. Антибиотикотерапия не проводится при отсутствии дополнительных рисков гнойно-септических осложнений и гладком послеоперационном периоде. Выполняется антибиотикопрофилактика согласно внутреннему приказу по учреждению введением препарата за 30 минут до кожного разреза и при длительности операции более 3 часов осуществляется повторное введение. Пациенту предлагается ранняя активизация. На следующий день после выполненной операции пациенту рекомендуется садиться в кровати (ноги находятся на полу), при адекватном купировании болевого синдрома пациенту стоит вставать у кровати. На вторые сутки по возможности необходимо начать передвижение по палате, на третьи сутки – общий двигательный режим. Проводится раннее удаление дренажей, катетеров, зондов. Зонды удаляются при переводе на питание per os. Удаление дренажей проводится на 2–3-е сутки послеоперационного периода.

Выводы:

– проведение энтерального питания должно начинаться в предоперационном периоде при выявлении нутритивной недостаточности и продолжаться до момента операции;

– у пациентов с раком желудка перед хирургической операцией необходимо максимально сокращать период голодания;

– энтеральное питание нужно проводить в ранние сроки послеоперационного периода;

– питание через рот энтеральными смесями (методом «сиппинга») может быть рекомендовано с первых суток послеоперационного периода;

– раннее энтеральное питание не увеличивает частоту послеоперационных осложнений, несостоятельств анастомозов, гнойно-септических осложнений;

– правильное проведение энтерального питания в пред- и послеоперационном периоде в комплексе с другими элементами fast track хирургии способствует более комфортному восстановлению качества жизни после операции;

– внедрение возможно лишь при тесном командном взаимодействии врачей хирургических специальностей, анестезиологов-реаниматологов, реабилитологов, клинических фармакологов, среднего медицинского персонала. Кроме того, необходимо иметь представление о роли пациента в лечебном процессе, являющемся в данной концепции таким же важным участником, которому отведена большая роль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потапова А. Л. Периоперационная нутритивная поддержка при раке желудка. Комментарии к клиническим рекомендациям Федерации анестезиологов и реаниматологов России «Периоперационная нутритивная поддержка» // Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. – 2019. – № 1. – С. 108–112.
2. Раннее энтеральное питание (сиппинг) после операции по поводу новообразований пищевода и желудка / В. М. Хомяков, А. Д. Сергиенко, В. Э. Хороненко [и др.] // Онкология. Журнал имени П. А. Герцена. – 2021. – Т. 10, № 2. – С. 68–74.
3. Результаты периоперационной нутритивной поддержки у больных раком желудка / А. Д. Сергиенко, В. М. Хомяков, А. Б. Рябов [и др.] // Онкология. Журнал имени П. А. Герцена. – 2021. – Т. 10, № 6. – С. 41–48.
4. Comparison of Early oral feeding with traditional oral feeding after total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score matching analysis / J. Wang, M. Yang, Q. Wang [et al.] // Front. Oncol. – 2019. – Vol. 9. – P. 1194.
5. Early oral feeding as compared with traditional timing of oral feeding after upper gastrointestinal surgery / K. Willcutts, M. Chung, C. Erenberg [et al.] // Ann. Surg. – 2016. – Vol. 264 (1). – P. 54–63.
6. Effect of early oral feeding on short term outcome of patients receiving laparoscopic distal gastrectomy a retrospective cohort study / L. Hong, Y. Han, H. Zhang [et al.] // Int. J. Surg. – 2014. – Vol. 12 (7). – P. 637–649.
7. Effects of early oral feeding after radical total gastrectomy cancer patients / Y. Lu, Y. Wang, T. Xie [et al.] // Wang World J. Gastroenterol. – 2020. – Vol. 26 (36). – P. 5508–5519.
8. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer / M. Sierzega, R. Choruz, S. Pietruszka [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2015. – Vol. 19 (3). – P. 473–479.
9. Is early oral feeding after gastric cancer surgery feasible? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / X. Liu, D. Wang, L. Zheng [et al.] // PLoS One. – 2014. – Vol. 9 (11). – P. 112062.
10. Jang A., Jeong O. Early postoperative oral feeding after total gastrectomy in gastric carcinoma patients: a retrospective before-after study using propensity score matching // J. Parenter. Enteral Nutr. – 2019. – Vol. 43 (5). – P. 649–657.
11. Kehlet H. Organizing postoperative accelerated recovery programs // Reg. Anesth. – 1996. – Vol. 21 (Suppl. 6). – P. 149–151.
12. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery / J. Wind, S. Polle, P. Fung Kon Jin [et al.] // B. Surg. – 2006. – Vol. 93 (7). – P. 800–809.