

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

И. З. Китиашвили, Н. В. Костенко, Р. Р. Мухамеджанов

Астраханская государственная медицинская академия

Исследование произведено методом рандомизации у 67 пациентов с острым панкреатитом. I группа — 33 пациента, которым проводилась нутритивная поддержка через 48 часов после оперативного вмешательства; II группа — 34 пациента, которым введение нутрицевтиков осуществлялось периоперационно. Доказана клиническая эффективность метода с сохранением основных параметров гомеостаза.

Ключевые слова: острый панкреатит, периоперационная нутритивная поддержка, гуморальный иммунитет.

PERIOPERATIVE NUTRITIONAL SUPPORT IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

I. Z. Kitiashvili, N. V. Kostenko, R. R. Mukhamedzhanov

The study of 67 patients with acute pancreatitis was performed by randomization. Group I of 33 patients who received nutritional support within 48 hours after surgery; group II of 34 patients receiving nutrition supplement perioperatively. Clinical efficacy of the method of preserving the main parameters of homeostasis was established.

Key words: acute pancreatitis, perioperative nutritional support, humoral immunity.

В последнее десятилетие острый панкреатит остается одним из наиболее социально значимых заболеваний в структуре ургентной хирургической патологии с высокими показателями заболеваемости и летальности [1, 4, 6]. По мнению большинства авторов, у больных в критических состояниях в основе развития осложнений, приводящих к летальности, лежит стремительное развитие гиперметаболической реакции вплоть до полиорганной недостаточности, с выраженным катаболизмом, перераспределением белкового обмена [2, 3]. По современным литературным данным, при среднетяжелом течении пациентов с острым деструктивным панкреатитом энтеральное питание в раннем послеоперационном периоде начинается со 2—3 суток, иногда без специальной нутритивной поддержки [5, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования произведены методом рандомизации у 67 пациентов в хирургическом отделении клинической больницы «НУЗ Медико-санитарная часть» (г. Астрахань) с диагнозом острый панкреатит с показаниями к хирургическому лечению (неэффективность консервативной терапии, ферментативный перитонит, установленный на основании УЗ и КТ исследования брюшной полости, нарастание симптомов системного воспалительного ответа). Критериями исключения служили осложнения острого панкреатита в виде забрюшинной флегмоны, гнойного перитонита, при невозможности адекватной санации воспалительных очагов лапароскопическим

доступом, панкреатогенный шок. Возраст пациентов составил от 48—72 лет [в среднем (59,3 ± 2,9) лет]. Мужчин было 38, женщин — 29. В экстренном порядке им выполнялась лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, холецистостомия. В зависимости от варианта лечебной тактики пациенты были разделены на II группы: I группа — 33 пациента, которым проводились основные принципы патогенетической терапии с включением нутритивной поддержки в послеоперационном периоде через 2 суток (48 часов) после оперативного вмешательства, и II группа — 34 пациента, которым на фоне основной патогенетической и симптоматической терапии проводилось ранее (периоперационное) введение нутрицевтиков. На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии для энтерального питания в желудок пациента под контролем ФГДС интраэвентально вводили тонкий зонд. Интраоперационное питание осуществляли введением жидкого стерильного клинического питания «Диазон», в том числе «Нутризон Эдвант Диазон», со скоростью 30 мл/ч в количестве 450—500 мл в первые сутки послеоперационного периода, на вторые сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/ч в количестве 450—500 мл., в третьи сутки — 45—60 мл/ч в количестве 700—750 мл, в 4 и 5 сутки — 80—90 мл/ч в количестве 950—1000 мл, с 6 по 9 сутки — 125—150 мл/час в количестве 1500—2000 мл, на 10 день после операции удаляли зонд энтерального питания и переходили на сипинговый тип питания, в процессе которого пациенты принимали «суппортан напиток» либо «нутридринк» в количестве 200 мл 3—4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне осложненного течения острого панкреатита у пациентов I группы постепенно развивались трофологические нарушения в виде изменения соматометрических и данных лабораторного мониторинга. В процессе исследования было установлено, что пациенты исследуемой II группы также имели исходно сниженные клинико-лабораторные данные. На 9-е сутки послеоперационного периода лечения у всех пациентов определяли процент потери массы тела от ее исходной величины.

У всех пациентов I группы в послеоперационном периоде отмечалось снижение ИМТ, а у пациентов II группы снижение ИМТ было менее выражено. Следует отметить, что у пациентов обеих групп с тяжелым течением заболевания в послеоперационном периоде наблюдалось снижение соматометрических показателей. Однако у пациентов, которые, помимо основной комплексной терапии, получали периоперационную нутриционную поддержку, снижение соматометрических показателей было менее значительным, чем у пациентов I группы (табл. 1).

Гематологические показатели. На 9-е сутки у пациентов I группы показатели имели достоверно отрицательную динамику: количество эритроцитов уменьшилось на 7,04 %, уровень гемоглобина — на 5,26 % и показатель гематокрита снизился на 5,58 % ($p < 0,05$).

А на 9-е сутки во II группе наблюдалось достоверное увеличение по сравнению с исходным уровнем количества эритроцитов на 4,73 %, содержания гемоглобина на 6,16 % и показателя гематокрита на 4,72 % ($p < 0,05$). Послеоперационная динамика количества лейкоцитов крови наиболее отчетливо и достоверно различается в группах на 9-е сутки: у пациентов, получивших нутриционную поддержку, на 40,21 % ниже исходного показателя ($p < 0,05$), а во II группе достоверное снижение показателей на 23,33 % ниже исходного уровня ($p < 0,05$).

Во I группе уровень альбумина плазмы на 5-е сутки был на 4,87 % ниже исходного показателя ($p > 0,05$), к 9-м суткам происходило его достоверное снижение на 9,54 % по сравнению с исходным значением ($p < 0,05$). Уровень альбумина в плазме крови у исследуемых больных II группы к 5-е суткам недостоверно снижался на 4,74 % ($p > 0,05$), к 9-м суткам он достоверно увеличился на 11,25 % по сравнению с исходным значением ($p < 0,05$).

В динамике показателей азотистого баланса наблюдались следующие изменения: во I группе уровень мочевины к 5-м суткам недостоверно повышался — на 4,24 %, а во II группе — на 1,87 % ($p > 0,05$). К 9-м суткам послеоперационного периода показатель мочевины во II группе достоверно снижался на 21,39 % по сравнению с исходным значением ($p < 0,05$), во I группе также отмечалось достоверное его уменьшение, но менее выраженное ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 1

Оценка нутритивной недостаточности по соматометрическим показателям

| Показатели | Норма | Степень нутритивной недостаточности | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | I группа | | II группа | |
| | | при поступлении | на 9-е сутки | при поступлении | на 9-е сутки |
| Окружность плеча (ОП), см: | 29—26 | 26,17 ± 0,35 | 22,7 ± 0,64 | 26,84 ± 0,28 | 26,02 ± 0,13 |
| Толщина кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖС), мм | 1,15—9,5 | 1,10 ± 0,03 | 1,05 ± 0,06 | 1,12 ± 0,05 | 1,14 ± 0,07 |
| Окружность мышц плеча (ОМП), см | 25,7—23,0 | 23,81 ± 0,75 | 19,24 ± 0,45 | 22,5 ± 0,81 | 24,0 ± 0,49 |

Таблица 2

Динамика гематологических и биохимических показателей у пациентов

| Показатель | Период исследования | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| | до операции | | 5-е сутки после операции | | 9-е сутки после операции | |
| | I группа | II группа | I группа | II группа | I группа | II группа |
| Эритроциты × 10 ¹² | 4,26 ± 0,11 | 4,22 ± 0,07 | 4,05 ± 0,07 | 4,08 ± 0,06 | 3,96 ± 0,09* | 4,42 ± 0,07* |
| Гемоглобин, г/л | 150,24 ± 2,56 | 128,71 ± 2,15 | 124,70 ± 1,94 | 124,37 ± 1,83 | 123,38 ± 2,01* | 136,65 ± 2,32* |
| Гематокрит, % | 46,70 ± 0,82 | 41,23 ± 0,61 | 44,1 ± 0,8 | 40,64 ± 0,59 | 40,20 ± 0,81* | 43,18 ± 0,64* |
| Лейкоциты × 10 ⁹ | 21,72 ± 0,83 | 21,15 ± 1,07 | 18,80 ± 0,98 | 13,47 ± 0,76 | 12,22 ± 0,54* | 11,05 ± 0,76* |
| Общий белок, г/л | 72,34 ± 2,68 | 58,04 ± 3,16 | 51,12 ± 2,07 | 62,39 ± 2,05 | 57,41 ± 3,12* | 64,95 ± 4,07* |
| Альбумин, г/л | 37,93 ± 0,99 | 29,91 ± 0,85 | 29,08 ± 0,95 | 34,21 ± 0,67 | 32,31 ± 0,98* | 37,95 ± 1,10* |
| Мочевина, ммоль/л | 13,56 ± 0,29 | 11,48 ± 0,30 | 12,73 ± 0,33 | 9,12 ± 0,27 | 11,74 ± 0,24* | 8,18 ± 0,26* |
| Креатинин, мкмоль/л | 231,02 ± 0,07 | 201,07 ± 0,09 | 164,07 ± 0,02 | 121,14 ± 0,08 | 121,77 ± 0,03* | 98,79 ± 0,09* |
| Глюкоза, ммоль/л | 12,14 ± 0,34 | 12,87 ± 0,31 | 15,88 ± 0,14 | 9,34 ± 0,20 | 9,64 ± 0,06 | 8,93 ± 0,09 |
| Амилаза, ед./л | 2134,00 ± 5,17 | 2014,00 ± 6,32 | 700,00 ± 5,31* | 500,00 ± 7,12 | 312,00 ± 3,87* | 215,00 ± 5,13 |
| АсАТ, ед./л | 72,64 ± 8,6 | 58,31 ± 8,70 | 82,74 ± 10,20 | 80,49 ± 10,52 | 47,85 ± 5,10* | 32,13 ± 7,8* |
| АлАТ, ед./л | 62,36 ± 4,17 | 60,58 ± 7,26 | 71,78 ± 5,61 | 64,31 ± 8,19 | 49,18 ± 4,71* | 35,68 ± 4,20* |
| Na ⁺ , ммоль/л | 151,80 ± 3,07 | 149,76 ± 3,63 | 136,21 ± 2,93 | 136,92 ± 2,58 | 139,34 ± 2,98 | 140,15 ± 3,71 |
| K ⁺ , ммоль/л | 4,06 ± 0,37 | 4,85 ± 0,14 | 3,84 ± 0,28 | 3,78 ± 0,11 | 3,92 ± 0,24 | 3,67 ± 0,16 |

* $p < 0,05$ — по сравнению с уровнем до операции.

У пациентов I группы к 5-м суткам креатинин достоверно увеличивался на 4,9 % ($p > 0,05$), на 9-м суткам он достоверно снижался на 21,51 % по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$). Показатель креатинина во II группе к 5-м суткам достоверно повышался на 6,54 % ($p > 0,05$), на 9-и сутки наблюдалось его достоверное уменьшение на 28,16 % от исходного значения ($p < 0,05$).

В динамике показателей амилазы сыворотки крови наблюдались следующие изменения: в I группе уровень амилазы к 5-м суткам достоверно снизился — на 67,2 %, а во II группе — на 75 % по сравнению с исходными показателями ($p > 0,05$). К 9-м суткам послеоперационного периода этот показатель в I группе достоверно снизился на 84 % по сравнению с исходным значением ($p > 0,05$), а во II группе также отмечалось достоверное его уменьшение на 89 % ниже уровня до операции ($p < 0,05$) (табл. 2).

В I группе до операции уровень IgA составил $2,41 \pm 0,22$, к 5-м суткам снизился до $2,07 \pm 0,18$ ($p < 0,05$) и к 9-м суткам его уровень продолжал уменьшаться и составил $1,36 \pm 0,29$ ($p < 0,05$). У пациентов II группы уровень IgA до операции составил $2,21 \pm 0,22$, на 5-е сутки послеоперационного периода было снижение показателя до $2,37 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), а на 9-и сутки — повышение до $2,73 \pm 0,17$, что выше исходного значения ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей IgA, IgM, IgG сыворотки плазмы крови

| Период | I группа (n = 33) | II группа (n = 34) |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Физиологическая норма | IgA г/л 0,7—4,0 | |
| До операции | $2,41 \pm 0,22$ | $2,21 \pm 0,22$ |
| 5-е сутки | $2,07 \pm 0,18$ | $2,37 \pm 0,12$ |
| 9-е сутки | $1,66 \pm 0,29^*$ | $2,73 \pm 0,17^{**}$ |
| Физиологическая норма | IgG г/л 7,0—16,0 | |
| До операции | $9,55 \pm 0,52$ | $9,13 \pm 0,47$ |
| 5-е сутки | $9,21 \pm 0,38$ | $9,51 \pm 0,53$ |
| 9-е сутки | $7,91 \pm 0,59^*$ | $11,93 \pm 0,17^{**}$ |
| Физиологическая норма | IgM г/л 0,4—2,3 | |
| До операции | $1,92 \pm 0,05$ | $1,06 \pm 0,15$ |
| 5-е сутки | $0,93 \pm 0,06$ | $1,98 \pm 0,13^*$ |
| 9-е сутки | $1,79 \pm 0,08^{**}$ | $2,17 \pm 0,11^{**}$ |

* $p < 0,05$ — по сравнению с 9-ми сутками;

** $p < 0,05$ — по сравнению с группой I.

Из табл. 3 следует, что на 5-е сутки послеоперационного у пациентов в I группы отмечалось снижение показателей IgA на 14,2 % и на 9-е сутки продолжал достоверное уменьшаться на 31,2 % от исходного уровня. Во II группе на 5-е сутки после операции показатели IgA повышались на 7 %, преодолев исходный уровень до операции, а в конце 9-х суток отмечено увеличение на 25,5 %.

Уровень IgG в I группе до операции уровень IgG составил $9,55 \pm 0,52$, к 5-м суткам показатель снизился

до $9,21 \pm 0,38$ ($p < 0,05$), на 9-е сутки происходило его дальнейшее снижение уровня до $7,91 \pm 0,59$, что, по-прежнему, было ниже исходного ($p > 0,05$), а у пациентов во II группе до операции составил $9,13 \pm 0,47$, к 5-м суткам показатель достоверно увеличился до $9,51 \pm 0,53$ ($p < 0,05$), а к 9-м суткам продолжалось его повышение до $12,23 \pm 0,17$, что выше исходного значения на 34 % ($p < 0,05$) (табл. 3).

Аналогичные изменения наблюдались в динамике показателей IgM. В I группе уровень IgM до операции составил $1,92 \pm 0,05$, к 5-м суткам показатель снизился до $0,93 \pm 0,06$ ($p > 0,05$) и к 9-м суткам уровень IgM повысился до $1,79 \pm 0,18$, что ниже исходного на 7 % ($p < 0,05$). У пациентов II группы уровень IgM до операции составил $1,39 \pm 0,17$, к 5-м суткам показатель повысился до $1,58 \pm 0,14$ ($p < 0,05$), а к 9-м суткам еще повышался до $1,96 \pm 0,11$, что выше исходного на 41 % ($p < 0,05$).

Таким образом, иммуноглобулины (IgA, IgM, IgG) у пациентов, получавших раннюю нутритивную поддержку, к 5—9-м суткам послеоперационного периода были достоверно повышены по сравнению с исходными значениями и соответствовали пределам физиологической формы.

В основной (II) группе наблюдения уровень послеоперационных осложнений составил 29,4 %, что отличалось от контрольной (I) группы — 39,4 %. Летальность отмечена соответственно в 2,9 % (1 пациент) и в 6,1 % (2 пациента) наблюдений. В структуре осложнений преобладали гнойно-воспалительные проявления основного заболевания (табл. 4), что потребовало повторных оперативных вмешательств у 4 больных I группы и у 2 пациентов во II группе.

Таблица 4

Характер послеоперационных осложнений в группах исследования, (%)

| Вид осложнения | I группа (n = 33) | II группа (n = 34) |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| Нагноение раны | 6 (18,2) | 4 (11,8) |
| ТЭЛА | 2 (6,1) | 1 (2,9) |
| Абсцесс брюшной полости | 2 (6,1) | 2 (5,9) |
| Забрюшинная флегмона | 3 (9,1) | 1 (2,9) |
| Пневмония | 4 (12,1) | 3 (8,8) |
| Летальность | 2 (6,1) | 1 (2,9) |
| Итого % больных с осложнениями | 39,4 | 29,4 |

Примечание. У больных наблюдалось от 1 до 3 осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Периоперационная нутритивная поддержка является более эффективным и рациональным методом коррекции метаболических расстройств, чем общепринятые варианты послеоперационной энтеральной поддержки.

2. При анализе соматометрических, гематологических, биохимических и электролитных показателей сыворотки крови на этапах исследования установлена

достоверная динамика основных показателей в исследуемых группах; оптимизированная периоперационная нутритивная поддержка значительно уменьшает выраженность ССВО на фоне гиперкатаболизма.

3. Уровень иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) у пациентов, получавших раннюю нутритивную поддержку, к 5—9-м суткам послеоперационного периода были достоверно повышены по сравнению с исходными значениями и соответствовали пределам физиологической формы, по сравнению с такими же показателями у пациентов I группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М.: Литтера. — 2006. — 168 с.

2. Дорощев О. В., Китиашвили И. З. // Общая реаниматология. — 2007. — № 5—6. — С. 189—191.

3. Луфт В. М., Луфт А. В. // Рос. медицинский журнал. — 2009. — № 5. — С. 8—14.

4. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М., 2006. — 415 с.

5. Andersson H. // *Bibliot. Nutr. et Dieta.* — 2005. — № 35. — P. 122—123.

6. Haney J. C., Pappas T. N. // *Surg. Clin. north. am.* — 2007. — Vol. 87, № 6. — P. 1431—1446.

7. Levy P., Hammel P., Ruzniewski P. // *Presse Med.* — 2007. — Vol. 36, № 12. — P. 1925—1934.

Контактная информация

Костенко Николай Владимирович — доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии с курсом последипломного образования, Астраханская государственная медицинская академия, e-mail: kostenki@mail.ru

УДК 616.12-005.4-08

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С ВЫСОКИМ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

Ю. А. Хохлова

Смоленская государственная медицинская академия

Проведен анализ тактики ведения больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST с высоким риском неблагоприятных исходов в отделениях неотложной кардиологии Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска. По результатам исследования даны практические рекомендации.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, тактика ведения, риск неблагоприятных исходов.

ANALYSIS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CORONARY SYNDROMES WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION WITH A HIGH RISK OF UNFAVORABLE OUTCOME

Y. A. Khokhlova

Management of patients with coronary syndromes without ST segment elevation with a high risk of an unfavorable outcome was analyzed at the cardiology departments of the Smolensk emergency hospital. Practical recommendations are proposed according to results of the research.

Key words: acute coronary syndromes without ST segment elevation, management strategies, risk of unfavorable outcome.

Выбор оптимальной тактики лечения больного острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС БП ST) основан на стратификации риска смерти и развития инфаркта миокарда (ИМ).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Получить представление о тактике ведения больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов, попытаться определить пути улучшения ве-

дения больных данной категории в специализированном кардиологическом стационаре.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализировались демографические, анамнестические, клинические данные, лабораторно-инструментальные показатели и лечение больных ОКС БП ST, последовательно поступавших в отделения неотложной кардиологии № 1 и № 2 Клинической больницы