

Коррекция дефицита нутритивного статуса у пациентов с осложненными формами острого панкреатита

И. З. Китиашвили^{1, 2}, В. Ю. Киреев²

¹ Астраханский государственный медицинский университет

² Медико-санитарная часть, г. Астрахань

Цель исследования: оптимизация тактики проведения нутриционной поддержки в комплексной терапии острого панкреатита.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 больных острым панкреатитом, рандомизированных на две группы: I группа — 33 пациента, которым проводилась нутриционная поддержка через 48 часов после оперативного вмешательства; II группа — 34 пациента, которым введение нутрицевтиков осуществлялось интраоперационно. Изучалась динамика соматометрических и лабораторных показателей (клинического, биохимического и электролитного состава сыворотки крови).

Результаты. У больных, которые, помимо основной комплексной терапии, получали интраоперационную нутриционную поддержку, снижение соматометрических, гематологических, биохимических и электролитных показателей было менее значительным, чем у пациентов, получавших нутриционную поддержку через 48 часов после оперативного вмешательства.

Заключение. Осуществление интраоперационной энтеральной нутриционной поддержки в комплексе лечения позволяет значительно быстрее нормализовать основные соматометрические, гематологические, биохимические и электролитные показатели у пациентов с острым панкреатитом.

Ключевые слова: острый панкреатит, ранняя нутриционная поддержка, клиничко-лабораторный мониторинг.

Correcting Nutritional Deficiencies in Patients with Complicated Pancreatitis

I. Z. Kitiashvili^{1, 2}, V. Yu. Kireev²

¹ Astrakhan State Medical University

² Medical Unit, Astrakhan

Study Objective: To optimize an approach to providing nutritional support as part of a combination treatment for acute pancreatitis.

Materials and Methods: The study involved 67 patients with acute pancreatitis who were randomized into two groups. Group I included 33 patients who received nutritional support 48 hours post-surgery. Group II consisted of 34 patients who received nutraceutical medications during surgery. We studied the changes in somatometric and laboratory parameters (complete blood count, blood chemistry and serum electrolytes).

Results: In patients who received intraoperative nutritional support as an add-on to their combination background therapy, the reduction in electrolyte levels and somatometric, hematology, and blood-chemistry parameters was less significant than in patients who received nutritional support 48 hours post-surgery.

Conclusion: As part of a combination treatment, intraoperative enteral nutritional support leads to a significantly quicker normalization of electrolyte levels and the main somatometric, hematology, and blood-chemistry parameters and electrolyte levels in patients with acute pancreatitis.

Keywords: acute pancreatitis, early nutritional support, clinical and laboratory monitoring.

Комплексная интенсивная терапия острого панкреатита остается одной из сложнейших задач современной медицины из-за высоких показателей летальности [1, 3]. Основные принципы интенсивной терапии включают подавление секреторной активности поджелудочной железы, антибактериальную терапию, нутриционную поддержку, адекватное хирургическое лечение с целью предотвращения развития гнойных осложнений [1–5].

Цель исследования: оптимизация тактики проведения нутриционной поддержки в комплексной терапии острого панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включили 67 пациентов с диагнозом «острый панкреатит», поступивших в хирургическое отделение клинической больницы НУЗ «Медико-санитарная часть» (г. Астрахань) в 2014–2015 гг. У всех больных имелись строгие показания к хирургическому лечению: неэффектив-

ность консервативной терапии, ферментативный перитонит, выявленный при проведении УЗИ и КТ брюшной полости, нарастание симптомов системного воспалительного ответа. Возраст пациентов составил от 48 до 72 лет (в среднем $59,3 \pm 2,9$ года). В экстренном порядке им выполняли лапароскопическую санацию и дренирование сальниковой сумки, холецистостомию.

В зависимости от варианта лечебной тактики больные были рандомизированы на две группы: I группа — 33 пациента, которые получали патогенетическое лечение с включением нутриционной поддержки в послеоперационном периоде, через 2 суток (48 часов) после оперативного вмешательства; II группа — 34 пациента, которым на фоне основной патогенетической и симптоматической терапии проводилось раннее (интраоперационное) введение нутрицевтиков. На этапе дренирования сальниковой сумки и перед выполнением холецистостомии для энтерального питания в желудок пациента под контролем ФГДС интраназально вводили тонкий

Киреев Вячеслав Юрьевич — врач анестезиолог-реаниматолог НУЗ МСЧ. 414057, г. Астрахань, ул. Кубанская, д. 5. E-mail: 01sk@mail.ru

Китиашвили Ираклий Зурабович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО АстГМУ Минздрава России; заведующий службой экстренной медицинской помощи НУЗ МСЧ. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121. E-mail: kitishvili@mail.ru

зонд. Интраоперационное питание осуществляли введением жидкого стерильного клинического питания «Нутризон Эдванст Диазон» по следующей схеме:

- в 1-е и 2-е сутки послеоперационного периода со скоростью 30 мл/ч в количестве 450–500 мл/сут;
- на 3-и сутки — 45–60 мл/ч в количестве 700–750 мл;
- на 4-е и 5-е сутки — 80–90 мл/ч в количестве 950–1000 мл/сут;
- на 6–9-е сутки — 125–150 мл/ч в количестве 1500–2000 мл/сут.

На 10-й день после операции удаляли зонд энтерального питания и переходили на сипинговый тип питания, в процессе которого пациенты принимали «Суппортан напиток» либо «Нутридринк» по 200 мл 3–4 раза в сутки до полного восстановления трофологического статуса. Соматометрические показатели и результаты лабораторных исследований (основные показатели клинического, биохимического и электролитного состава сыворотки крови) изучали при поступлении, на 5-е и 9-е сутки после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов I группы на фоне острого панкреатита постепенно развивались трофологические нарушения с изменением соматометрических показателей и результатов лабораторного анализа. Соматометрические нарушения заключались в уменьшении окружности мышц плеча и толщины кожно-жировой складки над трицепсом и были более выраженными у пациентов I группы (табл. 1).

На 9-е сутки послеоперационного периода у всех пациентов определяли процент потери массы тела. Этот показатель у пациентов I и II групп существенно различался: потеря массы тела в диапазоне 5–10% в I группе отмечена у 25 (75,8%) человек, а в II-й группе — у 16 (47%).

Динамика лабораторных показателей. На 9-е сутки после операции у пациентов I группы наблюдалась отрицательная динамика гематологических показателей: количество эритроцитов уменьшилось на 7,04%, уровень гемоглобина — на 17,9%, показатель гематокрита снизился на 19,1% ($p < 0,05$ во всех случаях). Во II группе на 9-е сутки имело место увеличение количества эритроцитов на 4,7%, содержания гемоглобина на 6,2%, показатель гематокрита снизился на 10,5% ($p < 0,05$ во всех случаях) (табл. 2).

Таблица 1

Динамика нутритивной недостаточности по основным соматометрическим показателям

Показатели	I группа		II группа	
	при поступлении	на 9-е сутки после операции	при поступлении	на 9-е сутки после операции
Окружность плеча, см (норма — 26–29)	26,17 ± 0,35	22,70 ± 0,64	26,84 ± 0,28	26,02 ± 0,13
Толщина кожно-жировой складки над трицепсом, мм (норма — 1,15–9,5)	1,10 ± 0,03	1,05 ± 0,06	1,12 ± 0,05	1,14 ± 0,07

Динамика гематологических, биохимических и электролитных показателей сыворотки крови у обследованных больных

Показатели	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 /л	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, %	49,70 ± 0,82	48,23 ± 0,61	44,10 ± 0,80	40,64 ± 0,59	40,20 ± 0,81*	43,18 ± 0,64*
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	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*
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
Аспаратамино-трансфераза, Ед/л	92,64 ± 8,60	98,31 ± 8,70	82,74 ± 10,20	80,49 ± 10,50	53,52 ± 2,10*	46,17 ± 3,20*
Аланинамино-трансфераза, Ед/л	98,36 ± 4,17	101,58 ± 7,26	81,78 ± 5,61	84,31 ± 8,19	54,15 ± 2,10*	56,12 ± 3,10*
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
Ca ²⁺ , ммоль/л	1,12 ± 0,01	1,09 ± 0,01	0,98 ± 0,05*	1,93 ± 0,05	1,02 ± 0,03*	1,15 ± 0,02

* Отличие от исходного показателя статистически значимо (p < 0,05).

Количество лейкоцитов крови в исследуемых группах статистически значимо снизилось на 9-е сутки после операции: у пациентов II группы на 47,8%, а в I группе — на 43,7% (p < 0,05 для обеих групп).

В I группе на 5-е сутки уровень общего белка снизился на 29,3% (p < 0,05), на 9-е сутки он был на 20,6% меньше исходного показателя (p < 0,05), но увеличился на 12,3% по сравнению со таковым на 5-е сутки. Количество общего белка плазмы крови у пациентов II группы на 5-е сутки увеличилось на 7,5% (p > 0,05), к 9-м суткам — на 11,9% по сравнению с исходным уровнем (p < 0,05).

Уровень альбумина плазмы крови в I группе на 5-е сутки был на 23,3% ниже исходного значения, к 9-м суткам его снижение по сравнению с исходным значением составляло 14,8% (в обоих случаях p < 0,05). Во II группе к 5-м суткам уровень альбумина в плазме крови увеличился на 14,4% по сравнению с исходным значением (p > 0,05), к 9-м суткам — на 26,9% (p < 0,05).

Для выявления повреждающего действия эндотоксикоза у пациентов определяли активность АСТ и АЛТ. У больных II группы уровень АСТ на 5-е сутки был на 18,13% (p > 0,05), а к 9-м суткам на 53,03% ниже исходного (p < 0,05). У пациентов I группы к 5-м суткам происходило статистически незначимое снижение показателя на 10,7%, к 9-м суткам он снизился уже на 42,2% по сравнению с исходным (p < 0,05), но не достиг пределов физиологической нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция. Классификация, диагностика, антимикробная терапия. Российские национальные рекомендации / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2011. 99 с.
2. Луфт В. М., Луфт А. В. Клинические аспекты нутритивной поддержки больных в медицине: идеология, возможности, стандарты // Рус. мед. журн. 2009. Т. 17. № 5. С. 8–14.

Аналогичные результаты были получены при исследовании АЛТ: во II группе к 5-м суткам показатель снизился на 17,0% (p > 0,05), к 9-м суткам — на 44,7% (p < 0,05). У пациентов I группы к 5-м суткам показатель АЛТ уменьшился на 16,9% (p > 0,05), к 9-м суткам — на 44,9% (p < 0,05) (см. табл. 2).

Снижение уровня калия сыворотки крови было более выражено при паралитическом парезе кишечника. У пациентов I группы содержание K⁺ на 5-е сутки снизилось на 5,4%, на 9-е отмечен его прирост на 2,1% (p > 0,05). У 9% пациентов I группы изменения концентрации калия сыворотки крови приводили к нарушениям сердечной деятельности, часто проявлявшимся на ЭКГ снижением сегмента ST и зубца T. На фоне коррекции гипокалиемии у больных отмечена положительная клиническая динамика.

Таким образом, выявлена закономерная динамика соматометрических, гематологических, биохимических показателей, а также электролитного баланса сыворотки крови, убедительно свидетельствующая об эффективности интраоперационной нутриционной поддержки больных острым панкреатитом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осуществление интраоперационной энтеральной нутриционной поддержки в комплексе лечения позволяет значительно быстрее нормализовать основные соматометрические, гематологические, биохимические и электролитные показатели у пациентов с острым панкреатитом.

3. Haney J. C., Pappas T. N. Necrotizing pancreatitis: diagnosis and management // Surg. Clin. North Am. 2007. Vol. 87. N 6. P. 1431–1446.
4. Ioannidis O., Lavrentieva A., Botsios D. Nutrition support in acute pancreatitis // JOP J. Pancreas (online). 2008. Vol. 9. N 4. P. 375–390.
5. Levy P., Hammel P., Ruszniewski P. Autoimmune pancreatitis // Presse Med. 2007. Vol 36. N 12. P. 1925–1934. ■

Библиографическая ссылка:

Китиашвили И. З., Киреев В. Ю. Коррекция дефицита нутритивного статуса у пациентов с осложненными формами острого панкреатита // Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2015. № 12 (113). С. 23–25.