

**ОПЫТ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

Майоров В. М., Дундаров З. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Присоединение инфекции при панкреонекрозе резко ухудшает прогноз заболевания и в 1,5–2 раза увеличивает летальность. Гнойные осложнения (ГО) развиваются у 30 % больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) и диагностируются в сроки от 14 до 30 дней с момента развития острого панкреатита [1, 2]. Современные представления об интенсивной терапии основываются на необходимости проведения в послеоперационном периоде направленной коррекции метаболических расстройств и адекватного обеспечения энергопластических потребностей организма [3, 4]. Многочисленные исследования [4] указывают на тот факт, что снижение питания ослабляет защитные силы организма по отношению к инфекции за счет снижения гуморального и клеточного иммунитета. К сожалению, нарушение питания редко упоминаются в числе сопутствующих заболеваний [4]. О влиянии состояния питания на течение заболевания наглядно свидетельствуют данные G. Vuzby и соавт. [5]: при снижении массы тела пациентов на 5 % койко-день увеличивается в 2 раза, а частота различных осложнений в 3,3 раза. Нарушения питания у хирургических больных приводят к увеличению послеоперационных осложнений в 6 раз, а летальность увеличивается в 11 раз, в то же время при адекватной нутриционной поддержке частота осложнений уменьшается в 2–3 раза, летальности в 7 раз [3, 4, 5]. Кризисная ситуация в освещении данного вопроса состоит в том, что до настоящего времени не выработаны единые подходы к реализации нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений у больных с ГО ОДП. Исхода заболевания и степени нутритивной недостаточности у больных с ГО ОДП.

Материал и методы

Обследованы 67 пациентов, оперированных по поводу ГО ОДП. Все пациенты получили стандартную базовую терапию, полный объем необходимых хирургических вмешательств и весь комплекс мероприятий по общему уходу и реабилитации. Больные 1 группы (35 пациентов) в послеоперационном периоде получали нутритивную поддержку, преимущественно, парентеральным путем. Нутритивная поддержка во 2 группе (32 пациента) больных проводилась, преимущественно, энтеральным (энтеральные полисубстратные смеси с содержанием белка 80–100 г/сутки или 2000–2500 ккал/сутки) путем. Антропометрические критерии нутритивного статуса измеряли в соответствии с общепризнанными требованиями [4]. Влияние поддерживающей нутриционной терапии на течение заболевания оценивали по следующим критериям: частоте развития общих осложнений (пневмонии, пролежни, эрозивно-язвенные поражения проксимальных отделов ЖКТ); объему инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде; срокам созревания грануляций в раневых полостях и нормализации лабораторных показателей.

На момент оперативного вмешательства у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие тяжелой питательной недостаточности. В 1 группе наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела (ФМТ) в послеоперационном периоде до $17,56 \pm 1,03$ % ($p=0,05$). У больных 2 группы наблюдалась стабилизация показателей дефицита массы тела (МТ) и процентного дефицита

ФМТ. Так, дефицит ФМТ составлял $14,21 \pm 0,58$ %, а дефицит МТ $10,62 \pm 0,55$ кг на одного пациента. Выявлены достоверные различия при сравнении дефицита ФМТ ($p=0,025$) и различия на уровне статистической тенденции при сравнении окружности плеча ($p=0,066$), толщины кожно-жировой складки ($p=0,058$) и окружности мышц плеча ($p=0,068$). Это свидетельствует о том, что у больных 2 группы в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита ФМТ, что объясняется соответствием расчетных энергопотребностей и проводимого энтерального питания.

В 1 группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита МТ. Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита МТ, который к 20 суткам после операции достигал $21,74 \pm 0,89$ % ($p=0,03$), что составляло $16,13 \pm 0,91$ кг ($p=0,04$) на одного пациента. Во 2 группе дефицит МТ статистически значимо уменьшился с $14,21 \pm 0,58$ до $12,25 \pm 0,48$ % ($p=0,02$), что составляло $9,63 \pm 0,48$ кг. Это свидетельствует о том, что пациенты 2 группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. Полученные данные соматометрических исследований свидетельствуют о том, что в послеоперационном периоде у всех больных имеет место питательная недостаточность. Вместе с тем, на фоне адекватно проводимой нутритивной терапии степень питательной недостаточности во 2-й группе минимальна и не имеет тенденции к нарастанию, а в 1-й группе наблюдается прогрессирование питательной недостаточности. Наиболее частотой осложнением послеоперационного периода встречались в 1 группе и составили 72,8 % от общего их числа. Показания для гемотрансфузии чаще возникали у больных 1-й группы, средний объем перелитых компонентов крови в первой и второй группах составил соответственно $5,3 \pm 1,1$ л и $2,1 \pm 0,9$ л. Использование нутриционной терапии позволило оптимизировать процесс созревания грануляций без признаков гипертрофии. Раны у больных 2-й группы очищались в среднем на $6,5 \pm 1,7$ сут раньше, чем у больных 1-й группы.

1. На основании комплексного исследования трофологического статуса больных с ГО ОДП установлено, что на момент операции больные имеют тяжелый белково-энергетический дефицит.

2. В связи с этим, необходимо как можно более ранняя и полноценная коррекция нутритивной недостаточности, предупреждая развитие белково-энергетической недостаточности, трофических осложнений со стороны ЖКТ (стрессовые язвы, парезы желудка и кишечника), и вторичных трофических нарушений, возникающих на фоне стрессорного истощения и снижения иммунитета.

3. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в предоперационном периоде и продолжать в течение 10–12 суток после операции. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

4. Применение нутриционной поддержки позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, что выражается в снижении объема инфузионной терапии, частоты общих и местных осложнений, уменьшении сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев, В. К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом / В. К. Гостищев, В. А. Глушко // матер. съезда «IX Всероссийский съезд хирургов», Волгоград 20–22 сент. 2000 г. — С. 30–31.

2. Данилов, М. В. Хирургическое лечение гнойного панкреатита / М. В. Данилов, В. П. Глабай, Р. Я. Темирсултанов // матер. съезда «IX Всероссийский съезд хирургов», Волгоград 20–22 сент. 2000 г. — С. 28.

3. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.

4. Луфт, В. М. Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. рук. / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ АсПЭП, 2002. — 175 с.

5. Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery / G. P. Buzby [et al.] // Amer. J. Surg. — 1980. — Vol. 139, № 1. — P. 160–166.