

УДК 616.37-002-083.2

МОНИТОРИНГ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

З.А. Дундаров, В.М. Майоров

Гомельский государственный медицинский университет

Изучен трофологический статус у 28 больных в возрасте от 18 до 67 лет. Наиболее выраженные изменения функциональных показателей выявлены у больных, оперированных по поводу гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, трофологический статус, нутриционная поддержка.

TROPHOLOGICAL STATUS MONITORING IN ACUTE PANCREATITIS PATIENTS

Z.A. Dundarov, V.M. Majorov

Gomel State Medical University

The trophological status of 28 patients aged 18 to 67 has been examined. The most apparent changes of functional indicators were detected in patients operated for suppurative complications of the acute destructive pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, trophological status, nutrition support.

Введение

Искусственное лечебное питание (ИЛП) (парентеральное и энтеральное) занимает важное место в комплексном лечении хирургических больных и, прежде всего, является средством, направленным на коррекцию метаболических нарушений, неизбежно сопровождающих течение заболевания и усугубляемых оперативным вмешательством.

В настоящее время вопрос о необходимости применения ИЛП у хирургических больных при невозможности или ограничении орального питания решается однозначно: частичное голодание нежелательно, а полное — недопустимо [1]. Недостаточность питания может быть первичной, обусловленной неадекватным потреблением питательных веществ, и вторичной, связанной с нарушением приёма, ассимиляции или метаболизма нутриентов вследствие заболевания. По современным представлениям оценка трофологического статуса должна проводиться не только путём непосредственно клинического наблюдения, которого зачастую недостаточно для суждения о степени расстройств питания, но и основываться на результатах

анализа совокупности объективных антропометрических, биохимических и инструментальных методов исследования.

Для широкого контингента хирургических больных характерным является дефицит висцерального и мышечного белка на фоне катаболической направленности обмена, белкового и энергетического голодания. В этой ситуации врачу необходимо установить степень нарушения питания и сориентироваться в направлении её коррекции.

Изменение массы тела и вычисление процента её потерь и идеальной или обычной является одним из простых и достоверных методов установления белково-энергетической недостаточности. Кроме этого общедоступным показателем для оценки состояния питания служат окружность плеча, определение толщины подкожно-жировой складки, которая является интегральным показателем состояния жировых депо организма [2].

Материалы и методы

Целью работы явилось изучение трофологического статуса у больных с острым панкреатитом. Обследованы 28 больных в возрасте от 18 до 67 лет. Группы сравнения составили пациенты с различными формами

острого панкреатита. В первую группу (10 человек) вошли больные с отёчной формой острого панкреатита. Вторая анализируемая группа (10 человек) сформирована из больных с реактивной фазой острого панкреатита (панкреатогенный инфильтрат). В третью группу (8 человек) вошли больные, оперированные по поводу гнойных осложнений острого панкреатита. Изучали антропометрические данные: массу тела (МТ), толщину кожной складки (ТКС) в проекции трёхглавой мышцы, окружность плеча (ОПл) и окружность мышц плеча (ОМПл). За стандартные показатели брали значения, реко-

мендованные ВОЗ [3, 4]. Кроме того, определили концентрации общего белка и альбумина в сыворотке крови, гемоглобина, коэффициент альбумин/глобулина.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе антропометрических данных у больных с отёчной формой острого панкреатита в начале лечения и при выписке из стационара существенных отклонений от нормальных величин не выявлено. Длительность госпитализации колебалась от 3 до 8 дней. Изучаемые лабораторные показатели от нормы также не отклонялись (табл. 1).

Таблица 1

Результаты обследования больных с отёчной формой острого панкреатита (M±m)

Альбумин, г/л	К А/Г	Общий белок, г/л	Гемоглобин, г/л	% ФМТ	ТКС, мм
42,8±0,8 N-40—45 г/л	1,12±0.02	78,0±1,2	146±5	3—8%	19,2±0.5

Как видно из таблицы 1, трофологические параметры в данной группе характеризуют состояние устойчивой эутрофии.

Во вторую группу вошли больные с панкреатогенными инфильтратами. Больные получали консервативное лечение, антибактериальную терапию. В результате проведенных мероприятий наступила

резорбция инфильтрата, нормализация клинико-лабораторных параметров. Все больные выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства. Анализ антропометрических данных при выписке в данной группе характеризует трофологические изменения как гипотрофию лёгкой степени (табл. 2).

Таблица 2

Результаты обследования больных с панкреатогенным инфильтратом (M±m)

Альбумин, г/л	К А/Г	Общий белок, г/л	Гемоглобин, г/л	% ФМТ	ТКС, мм
40,7±0,9	0,9±0,01	75,0±2,3	127±4	9-19 %	13,1±0,3

В третью группу (8 человек) вошли больные, оперированные по поводу острого панкреатита. Срок госпитализации колебался от 45 до 195 дней. При анализе антропометрических показателей следует констатировать, что в этой группе больных наблюда-

лись наиболее выраженные нарушения трофического статуса. На момент выписки дефицит массы тела по сравнению с исходным колебался от 18 до 24 кг. Отклонение ФМТ составило 24—33%, что характеризуется как значительное истощение (табл. 3).

Таблица 3

Результаты обследования больных, оперированных по поводу гнойных осложнений ОП

Альбумин, г/л	К А/Г	Общий белок, г/л	Гемоглобин, г/л	% ФМТ	ТКС, мм
36,5±0,5	0,6±0,03	62,7±1,3	104±6	24-33 %	8,4±1,2

Выводы

1. При исследовании показателей метаболического статуса у больных с деструктивными формами острого панкреатита были выявлены снижение функциональных резервов организма, качественное и количественное уменьшение белка.

2. Наиболее выраженные изменения трофологического статуса зарегистрированы у больных с гнойными осложнениями острого панкреатита. В результате превалирования процессов катаболизма над анаболическими наблюдается развитие метаболических нарушений, что выражается, прежде всего, потерей массы тела, снижением альбумина и общего белка в плазме крови.

3. Указанный комплекс биохимических показателей обуславливает задачи патогенетической терапии, главным звеном кото-

рой является коррекция общих метаболических потребностей организма.

4. Проведенные исследования подчеркивают необходимость включения в комплекс лечения нутриционной поддержки больных, оперированных по поводу гнойных осложнений острого панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Хорошилов И.Е.* К вопросу о вреде голодания и принципах адекватного питания хирургических больных. Вестн. интенсивной терапии. — 2002. — № 3. С. 24—27.

2. *Костюченко А.Л., Костин Э.Д.* Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. Специальная литература. Санкт-Петербург — 1996.

3. *Сысоев Ю.Ф., Нестерин Н.Ф.* // Вопросы питания. — 1985. — № 3. — С. 3—9.

4. *А. Суджак, А. Вретлинд.* Клиническое питание. — М. 1990.

Поступила 26.10.2004

УДК 616.381-072.1-06

ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМОМ

А.Н. Лызиков, Аль-Шаржаби Мохамед

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены характер и частота сердечно-сосудистых и легочных осложнений при 924 лапароскопических холецистэктомиях. Длительность оперативного вмешательства, скорость газопотока и величина интраабдоминального давления являются главными факторами риска в развитии этих осложнений.

Ключевые слова: лапароскопия, карбоксиперитонеум, осложнения.

REASONS FOR COMPLICATIONS CONNECTED WITH CARBOXYPERITONEUM

A.N. Lyzikov, Al-Sharzhabi Mohamed

Gomel State Medical University

The character and appearance rate of cardiovascular and pulmonary complications at 924 laparoscopic cholecystectomies have been studied. The duration of surgical interference, gas-flow speed and the value of intraabdominal pressure are the main risk factors in the development of these complications.

Key words: laparoscopy, carboxyperitoneum, complications.

Введение

Создание высокого интраабдоминального давления для лапароскопии может привести к различного рода осложнениям, развитие которых наиболее вероятно у больных

с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем [1].

Известно, что у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и низкими резервными возможностями