

М.А. Нартайлаков^{1,2}, А.И. Грицаенко^{1,2},
А.Х. Мустафин^{1,2}, Р.Р. Иштуков¹, В.В. Погадаев¹
**ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Статья отражает проблему необходимости тщательного изучения рационального ведения больных перенесших резекцию печени, и больных с болезнями печени в целом. Предложены методики реабилитации пациентов, лекарственное обеспечение, а также установлена его эффективность на практике. Затронуты патофизиология процессов, возникающих на фоне заболеваний печени, и способы их купирования.

Ключевые слова: нутритивная терапия, резекция печени.

М.А. Nartailakov, A.I. Gritsaenko, A.Kh. Mustafin, R.R. Ishtukov, V.V. Pogadaev
**NUTRITIVE THERAPY EFFECT ON PATIENTS
AFTER EXTENSIVE HEPATECTOMIES**

The article reflects the need for careful study of the problem of rational management of patients with liver resection and liver diseases in general. The work mentions the proposed techniques for patients' rehabilitation, suggested drug supply, as well as its effectiveness in practice. Pathophysiology of processes associated with liver diseases and methods of their treatment are viewed in the article.

Key words: nutritional therapy, hepatectomy.

Многочисленные исследования показывают, что у 27-46% пациентов (в зависимости от метода скринингового исследования), которые были госпитализированы в хирургические клиники, выявлены выраженные нарушения питательных веществ в результате неправильного питания или хронических заболеваний, главным образом желудочно-кишечного тракта [2,3].

Риск дефицита питательных веществ значительно увеличивается (до 50 - 80%) у пациентов при тяжелых состояниях при заболеваниях органов дыхания, сахарном диабете, воспалительных заболеваниях, злокачественных опухолях.

В течение 10 - 15 дней пребывания в стационаре до 60 - 64% пациентов, особенно перенесших операцию или травму, теряют в среднем 10 - 12% своего веса тела. Нарушение диеты, недостаточность питания и неадекватная коррекция метаболических нарушений значительно снижают эффективность лечебных мероприятий. В частности травмы, ожоги, серьезные операции и т.д. повышают риск развития сепсиса и инфекций, увеличивают длительность пребывания в стационаре и увеличивают показатель смертности [1,2].

Известно, что своевременное и адекватное питание имеет положительное влияние на течение послеоперационного периода и исхода у пациентов, перенесших операции на печени [7].

Расширенные резекции печени часто сопряжены с развитием печеночной недоста-

точности. Нарушение белкового обмена у больных с печеночной недостаточностью приводит к характерным изменениям в спектре аминокислот в сыворотке крови. На фоне значительного снижения содержания аминокислот с разветвленной цепью (лейцин, изолейцин, валин) значительно увеличиваются в крови так называемые ароматические аминокислоты (фенилаланин, триптофан, тирозин и гистидин) и метионин. В результате аминокислотный дисбаланс и ограничение экзогенных белков вызывают гиперметаболизм и печеночную энцефалопатию. В связи с этим основными лечебными мероприятиями являются: коррекция дисбаланса аминокислот за счет снижения высокой концентрации ароматических аминокислот и повышения низких концентраций разветвленных незаменимых аминокислот (изолейцин, валин, лейцин); компенсация белка и энергетических потребностей организма; нормализация метаболических изменений, вызванных нарушением функции печени; улучшение регенерации клеток печени, профилактики и лечения печеночной энцефалопатии (ПЭ) [1,4].

Литературные данные об использовании парентерального (ПП) и энтерального питания (ЭП) в послеоперационном периоде после резекции и ОТР противоречивы и недостаточно информативны. Кроме того, нет четких указаний, в какие сроки следует начать проводить питательную терапию и какие пути введения являются наиболее эффективными и безопасными у этой группы пациентов [2,5].

Пациенты с тяжелыми расстройствами пищевого поведения требуют больше времени нахождения в отделении интенсивной терапии по сравнению с пациентами с нарушениями питания легкой степени тяжести, так как недостаточность питания продлевает срок госпитализации, повышает стоимость лечения. По зарубежным данным, разница в стоимости лечения больных с тяжелым состоянием питания и пациентов с нормальным состоянием питания составляет \$ 14.000 [5,6].

Цель исследования. Разработка рациональных способов коррекции питательного статуса пациентов с очаговым и диффузным заболеванием печени до и после операции.

Материал и методы. В Республиканском центре хирургической гепатологии на базе Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова было проведено исследование, в котором приняли участие 24 пациента, перенесшие обширные хирургические вмешательства на печени (всем проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование). Контролировали динамику степени печеночной энцефалопатии, уровень аммиака и аминокислот в плазме крови, индекс Фишера, биохимический анализ крови, ЭЭГ, акустические стволовые вызванные потенциалы. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести состояния. В 1-й группе (n=12) в послеоперационном периоде применяли нутритивную поддержку в виде парентерального питания (нутрифлекс) в первые сутки после оперативного вмешательства. Далее по мере купирования пареза кишечника кормление начинали через назоюнальный зонд, установленный интраоперационно за связку Трейца на фоне стимуляции моторики кишечника (оксеп), и продолжали в течении трех дней, затем переходили на питьевые энтеральные продукты (Эншур 2). Во 2-й группе (n=12) нутритивная терапия не проводилась.

Для оценки нарушений в статусе питания использовались комплексные методы расчета показателей питательного статуса, энерготрат и потребности в питательных веществах. Учитывая специфику больных с заболеваниями печени, а также доступность и дешевизну применяемых методик для оценки питательного статуса, использовались следующие показатели:

- Индекс массы тела (ИМТ - индекс Кетеле, ФАО/ВОЗ, 1987)
- Кожно-жировая складка над трицепсом (КЖСТ)
- Окружность мышц плеча (ОМП)
- Альбумин

- Абсолютное число лимфоцитов

Эти показатели отражают состояние питания из главных позиций (соматической и висцеральной позиции белков, жиров резервов, наличие иммунодефицита). Каждый из показателей оценивается от 0 до 3 баллов. Сумма, равная 2 -5 баллам, свидетельствует о белково-энергетической недостаточности легкой степени тяжести, 6-10 баллов - средней, 11-15 баллов - тяжелой. Оценка 0 – 1 балла говорит об отсутствии нарушений питания [2].

Расчет необходимых компонентов пищи состоял из следующих факторов: общего количества калорий - общая калорийность - 35-40 ккал/кг/24 ч. 50% - углеводы; 30% - жиры; 20% - белки, а также при анализе полученных данных: суточные энергозатраты, азотистый баланс, потеря белка[6,7].

Расчет водного баланса включал определение количества вводимого и выделяемого объема жидкости в сутки, включая парентеральное и энтеральное питание, полученного диуреза, потоотделения, температурного фактора, выделяемого из дренажей, зонда, кровопотери и «дефицита» при активных методах детоксикации.

Результаты. Состояние питания было оценено при плановом обследовании амбулаторных больных и госпитализации. Пациентам с нормальным питанием и при легком нарушении в состоянии питания назначалось диетическое питание. Пациентам с недостаточностью питания средней и тяжелой степени в дополнение к диетическому питанию назначались «Нутрифлекс», «Оксеп» и «Эншур 2». Установлено, что текущая терапия будет стабилизировать состояние пациентов с тяжелой степенью нарушения питания. В группе пациентов со средней степенью нарушения питания число больных снизилось на 9,7% (8), так как они перешли в группу легкой степени недостаточности питания.

Результаты исследования фагоцитарной активности нейтрофилов показали, что активация фагоцитоза латекса была значительно выше на 3, 7 и 14-й день после операции в 1-й группе по сравнению со 2-й. При исследовании отмечено значительное увеличение общего количества лимфоцитов, которые фиксируются на 7-й день после операции в 1-й группе больных, получающих глутамин, по сравнению со 2-й группой - 844 ± 120 кл/мкл и 581 ± 141 кл/мкл соответственно ($p < 0,05$).

При исследовании 24 пациентов после резекции печени легкая степень недостаточности питания обнаружена у 8 (66%) пациен-

тов в 1-й группе и у 6 (50%) пациентов во 2-ой группе, средняя степень недостаточности питания была определена у 3 (25%) больных 1-й группы и у 2 пациентов (17%) во 2-й группе. Тяжелая степень недостаточности питания констатирована у 1 (9%) пациента в каждой исследуемой группе. Основной причиной недостаточности питания у этих пациентов был рак.

В 1-й день послеоперационного периода, как в 1-й, так и во 2-й группе проводилось парентеральное питание. В питание больным 2-й группы вводили 20% глюкозы, специальные аминокислоты с разветвленной боковой цепью – 500 мл и жировые эмульсии 10% – 500 мл. В 1-й группе – парентеральную смесь «все в одном». Со вторых послеоперационных суток при разрешении пареза кишечника дополнительно к парентеральному питанию назначали перорально сбалансированные питательные смеси (СПС). Следует отметить, что в начале послеоперационного периода в обеих группах диагностировалась дисфункция печени. Это находит свое отражение в развитии ПЭ, увеличился уровень АЛТ до 450 ± 70 и 500 ± 90 в 2-й группе и в 1-й группе соответственно, АСТ 480 ± 80 во 2-й группе и 390 ± 90 единиц в 1-й группе, значительное снижение альбумина и общего белка по сравнению с дооперационной меры. У всех пациентов при наличии признаков ПЭ со второго дня после операции было проведено психометрическое тестирование – тест связи чисел. В 1-й и 2-й группах регистрировалась энцефалопатия. Исследование выявило положительную динамику в выполнении теста связи чисел как во 2-й группе, в которой пациенты получали растворы, обогащенные аминокислотами с разветвленной цепью, так и в 1-й группе больных, получавших парентеральное питание «все в одном». При сравнении этих групп были зарегистрированы существенные различия при выполнении теста связи чисел на 2, 3 и 5-е послеоперационные сутки.

Важным фактом является положительная тенденция в биохимических показателях содержания питательных веществ в послеоперационном периоде. Следует подчеркнуть, что исследуемым пациентам в послеоперационном периоде не назначали растворы альбумина и свежесзамороженную плазму. При этом к 7-м суткам послеоперационного периода в 1-й и 2-й группах констатировано значительное увеличение уровня альбумина, общего белка, холинэстеразы и абсолютное количество лимфоцитов. Следует отметить хорошую переносимость ПП в обеих группах. Мы не

наблюдали осложнений, связанных с ПП. Адекватное лечебное питание явилось одной из причин отсутствия гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде в обеих группах. Исключение составляют пациенты с тяжелой степенью недостаточности питания в предоперационном периоде.

В качестве контроля эффективности энтерального питания оценивали клинические данные (функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, заживление хирургических ран, частота гнойно-септических осложнений, динамика массы тела), лабораторные показатели (азотный баланс, динамика показателей белкового обмена, промежуточные продукты синтеза белка, иммунный статус).

Учитывались толерантность к диете, инфекции, стоимость лечебного питания. У всех пациентов основной группы была отмечена положительная динамика состояния питания в послеоперационном периоде. В 1-й группе восстановление моторики кишечника была констатировано на 2 дня ранее по сравнению с пациентами 2-й группы, что позволило на ранней стадии перейти к энтеральному питанию. Стоимость лечения в послеоперационном периоде была значительно ниже суммы в 1-й группе по сравнению со 2-й группой. Нагноение послеоперационной раны было отмечено в 2 случаях во 2-й группе, гнойно-септических осложнений в исследуемой группе выявлено не было. В конечном итоге раннее энтеральное питание сократило продолжительность пребывания в клинике до 15,5 дня по сравнению с 20,8 дня, $P=0,01$.

Выводы.

1. Использование гиперкалорических пероральных смесей позволяет нормализовать состояние питания пациентов в предоперационном периоде, ожидающих резекцию печени.

2. В раннем послеоперационном периоде после ОТП питательная поддержка, в том числе энтеральное питание со второго дня после операции, может улучшить показатели состояния питания и на 33% сократить число септических осложнений по сравнению с пациентами, получавшими энтеральное питание позже.

3. Включение глутамин в парентеральное питание у пациентов после резекции печени значительно повышает уровень транстиретина в плазме крови и оказывает положительное влияние на гуморальный и клеточный иммунитет, который позволяет на 30% снизить число септических осложнений по

сравнению с пациентами, не получавшими глутамин.

4. Раннее начало лечебного питания приводит к быстрому восстановлению перистальтики кишечника после обширной резекции печени, которая позволяет начать энте-

ральное питание больных в более ранние периоды, уменьшает послеоперационные осложнения и сокращает продолжительность послеоперационного периода, является безопасным и экономически жизнеспособным.

Сведения об авторах статьи:

Нартайлаков Мажит Ахметович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

Грицаенко Андрей Иванович – к.м.н., врач-хирург, зав. операционным отделением РКБ им. Г.Г. Куватова, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132. Тел. 272-75-90. E-mail: oper.ai@mail.ru

Мустафин Айрат Харисович – д.м.н., врач-хирург РКБ им. Г.Г. Куватова, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132. Тел. 272-75-90

Иштуков Роберт Ризович – клинический ординатор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

Погадаев Вадим Валерьевич – интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

ЛИТЕРАТУРА

1. Лященко, Ю.Н. Смеси для энтерального питания в России / Ю.Н. Лященко // Экспер. и клин. гастроэнтерология.-2009-№2.-С. 134-147.
2. Салтанов, А.И. Концепция о незаменимых нутриентах в питании при критических состояниях / А.И. Салтанов, Ю.Н. Лященко // Вестн. интенсивной терапии.-2004.-№5.-Прил.-С.55-56.
3. ESPEN Guidelines of Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation / A. Weimann, M. Braga, L. Harsanyi et al. // Clinical Nutrition.-2006.-Vol.25.-№2.-P.224-244.
4. Evans, M.E. Glutamin inhibits cytokine-induced apoptosis in human colonic epithelial cells via the pyrimidine pathway / M.E. Evans, D.P. Jones, T.R. Ziegler//Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.-2005.-Vol.289.-P.388-396.
5. Glutamine, gene expression and cell function / R. Curi, P. Newsholme, J. Procopio et al. // Frontiers in Bioscience.-2007.-Vol. 12.-P.344-357.
6. Heyland, D. Immunonutrition in the critically ill: from old approaches to new paradigms / D. Heyland, R. Dhaliwal // Intensive Care. Med.-2005.-Vol.31.-P.501-503.
7. Specific amino acids in the critically ill patient-exogenous glutamine/arginine: a common denominator? / M.A. Vermeulen, M.C. van de Poll, G.C. Ligthart-Melis et al. // Crit. Care Med.-2007.-Vol.35.-№9.-P.568-576.
8. Wischmeyer, P.E. Glutamine: role in critical illness and ongoing clinical trials / P.E. Wischmeyer // Current Opinion in Gastroenterology.-2008.-Vol.24.-P.190-197.

УДК 614.256.253.83
© Р.Р. Шакиров, 2013

Р.Р. Шакиров К ВОПРОСУ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГБУЗ «Городская больница № 4», г. Стерлитамак

В данной статье рассматривается проблема ответственности медицинских работников за дефекты оказания медицинской помощи. Указывается на то, что среди ученых отсутствует единое понимание дефектов оказания медицинской помощи. Эта проблема связана с тем, что она относится и к сфере медицины, и к сфере юриспруденции. По мнению автора, в любом случае дефект – это причинение в той или иной степени вреда здоровью человека, и не любой дефект является следствием врачебной ошибки и не любая ошибка приводит к дефекту. В заключении отмечено о необходимости внесения изменений в существующее законодательство по поводу дефектов оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: дефект, право на здоровье, медицинские работники, медицинская помощь, ответственность.

R.R. Shakirov TO THE QUESTION OF HEALTH WORKERS RESPONSIBILITY FOR DEFECTS IN MEDICAL CARE

This paper addresses the problem of health workers liability for defects in medical care. It is noted that there is no common understanding of the defects in medical care in the scientific society. This problem is due to the fact that it refers both to the field of medicine and to the sphere of law. To the authors' point of view, the defect in any case is causing harm of any degree to human health, and not any defect is the result of a medical error or any error leads to the defect. In conclusion the necessity for changes to the existing legislation on the defects of medical care is stated.

Key words: defect, right to health, health workers, health care, responsibility.

Происходящие в последние годы стремительные изменения в экономике страны привели к созданию новых условий, в которых приходится функционировать лечебным учреждениям. Традиционные институты раз-

рушены, изменились источники финансирования, появилась система медицинского страхования, а вместе с ней вошли в обиход такие понятия, как качество оказания медицинской помощи и компенсация вреда, причиненного