АННОТАЦИЯ

Докторской диссертации на соискание степени
доктора философии (PhD)

Даванова Шерзада Курбаналиевича
кафедра скорой медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии НАО МУК
(PhD-докторанта ФИО, кафедра)

На тему:

«Нутритивная поддержка больных, прооперированных по поводу злокачественных опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны, в раннем послеоперационном периоде»

Специальность: 6D110100 – «Медицина»

Научный консультанты:
Д.м.н., профессор кафедры онкологии НАО МУК
К.Ж. Мусулманбеков
К.м.н., асс.профессор, зав.кафедрой скорой медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии НАО МУК
Д.В. Васильев
Зарубежный консультант: профессор MD, PhD Медицинского Университета г. Лодзь, Польша
Александра Дорота Циалковская-Руш

Республика Казахстан
Караганда, 2022

Актуальность темы. Своевременная терапия злокачественных опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны остается одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны протекает наиболее тяжело, так как сопровождаются клиникой механической желтухи, панкреатитом и печеночной недостаточностью, лечение которой до сих пор актуальный вопрос. Подбор правильной хирургической или консервативной терапии является принципиальным вопросом, который определяет продолжительность жизни пациента.

Пациенты, находящиеся на лечении в отделении интенсивной терапии или хирургическом отделении, имеют признаки белково-энергетической недостаточности. В большинстве случаев пациенты продолжают поступать в профильные стационары только при развитии различных осложнений рака органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Нарушение нутритивного статуса оказывает существенное влияние на исход и прогноз заболевания, вынужденно увеличивает продолжительность и стоимость лечения, способствует увеличению летальности и количества осложнений, изменение со стороны углеводно-белкового обмена, нарушение трофики тканей, в следствии замедление заживление ран, снижение иммунитета, расстройства гемокоагуляции и так же длительное пребывание в стационаре. H.O. Stadley(2014г.) показал, что при потере истощенными больными 20% массы тела от исходной смертность после операции достигала 33%, а у неистощенных пациентов -3,5%. Учитывая эти данные правильная своевременная оценка нутритивного статуса пациентов с заболеваниями гепатопанкреатадуоденальной зоны является одним из первых шагов в интенсивной терапии и предотвращения дальнейшего прогрессирование нутритивной недостаточности. Раннее начало применения нутритивного питания в послеоперационном периоде с учетом объема хирургического вмешательства, способствует раннему восстановлению функции кишечника. При достижении снижения явлений нутритивной недостаточности отмечается профилактика избыточной микробной контаминации желудочно-кишечного тракта, более раннее восстановление углеводно-белкового обмена, иммунной системы и активизации пациента, вследствие уменьшения длительности нахождения в отделении интенсивной терапии.

В данное время в мире существует множество вариантов и протоколов оценки нутритивного статуса и коррекции нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде у больных с гепатопанкреатодуоденальными заболеваниями. Одной из основных задач является правильный подбор нутритивной поддержки в зависимости от объема и метода хирургического лечения.

Цель исследования: Улучшение нутритивного статуса онкологических больных после операций, проведенных в гепатопанкреотодуоденальной зоне в связи со злокачественными новообразованиями, путем комплексного сравнительного анализа эффективности изолированной энтеральной, изолированной парентеральной и смешанного типа нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде.

Научная гипотеза

Полноценная и комплексная нутритивная поддержка больных, прооперированных в связи со злокачественными новообразованиями гепатопанкреотодуоденальной зоны, в виде различных подходов и методов доставки питательных нутриентов пациентам в раннем послеоперационном периоде позволяет улучшить функциональную активность желудочно-кишечного тракта пациентов, стабилизировать уровень углеводного, белкового, основного обмена, ускорить перевод на полное энтеральное питание и сократить сроки пребывания в отделении интенсивной терапии и, в конечном счёте, в стационаре.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительную оценку динамики нутритивной недостаточности и нутритивного статуса больных, прооперированных в связи со злокачественными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны в раннем послеоперационном периоде при проведении изолированной энтеральной, изолированной парентеральной и смешанном типе нутритивной поддержке.
2. Проанализировать динамику состояния белкового и углеводного обмена, состоятельность функции печени у онкологических больных, прооперированных в связи со злокачественными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, на фоне проведения изолированной энтеральной, изолированной парентеральной и смешанном типе нутритивной поддержке в раннем послеоперационном периоде.
3. Определить степень эффективности данных методик нутритивной поддержки у данной категории больных на основании совокупности результатов оценки нутритивной состоятельности и динамики уровня основного обмена у данных пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Научная новизна

В работе впервые представлен комплексный сравнительный анализ влияния изолированной энтерального, изолированной парентерального и смешанного типов питания на динамику нутритивного статуса по скрининг шкалам NRS, SGA и NRI, динамику лабораторных показателей белкового, углеводного обмена, на уровень основного обмена, маркеров функциональной состоятельности печени в раннем послеоперационном периоде у онкологических пациентов, прооперированных в связи со злокачественными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Использование смешанного типа питания в раннем послеоперационном периоде позволяет поддерживать исходный истинно отрицательный

нутритивный статус у 69,8% пациентов при увеличении количества пациентов с легкой нутритивной недостаточности на 13,6% за счет снижения проявлений умеренной и полного регресса тяжелой нутритивной недостаточности. В группах с изолированным энтеральным и парентеральным питанием наблюдается снижение количества пациентов с отрицательным нутритивным статусом на 11,6% и 12,8%, соответственно, при пропорциональном увеличении легкой нутритивной недостаточности за счет снижения проявлений умеренной на 13,3% и полного регресса тяжелой степени нутритивной несостоятельности.

2. Использование смешанного типа нутритивной поддержки у данной категории пациентов позволяет снизить уровень основного обмена, в среднем, на 17,38% относительно изолированного энтерального и парентерального типа питания за счет параллельной доставки энергосубстратов через желудочно-кишечный тракт и парентеральным путем, приводящее к более полному покрытию энергопотребностей пациентов (2480,0±95,80 ккал/сут) на 13-15 сутки раннего послеоперационного периода.

3. На основании комплексной оценки клинико-лабораторных критериев состоятельности нутритивного статуса пациентов данного профиля определены предикторы эффективной нутритивной поддержки в виде динамического мониторинга показателей общего белка крови, уровня гликемии, трансферрина крови, значении трансаминаз и общего билирубина крови, динамики расчетного уровня основного обмена в раннем послеоперационном периоде.

Практическая значимость работы

Проведенная сравнительная оценка нутритивного статуса и методов нутритивной поддержки позволяет улучшить результаты лечения больных с патологией гепатопанкреатодудональной зоны, уменьшить длительность их стационарного хирургического лечения. При сравнительной оценке эффективности методов нутритивной поддержки показаны преимущества смешанного типа питания и его клиническая эффективность относительно изолированного энтерального и парентерального питания: установлено положительное влияние смешанного типа питания на скорость восстановления белкового обмена, динамику уровня основного обмена в виде его снижения к окончанию нутритивной поддержки и на сокращение сроков восстановления перистальтики желудочно-кишечного тракта.

Научно обосновано, что в комплексе предоперационного обследования у пациентов с патологией гепатопанкреатодудональной зоны необходимо предусматривать оценку степени нутритивной недостаточности. Продемонстрировано, что обязательным компонентом комплекса мероприятий после операции в гепатопанкреатодуоденальной зоне важнейшей составной частью лечения в послеоперационном периоде должна быть комплексная нутритивная поддержка.

Даны рекомендации по технике проведения раннего энтерального, парентерального и смешанного типа питания, расчету калоража, объемов и сроков применения указанных видов нутритивной поддержки у данного контингента больных.

Практическая ценность. Данные, полученные в результате проведенных клинических исследований, внедрены и применяются в отделении интенсивной терапии и отделении хирургии КГП на ПХВ «Многопрофильная больница №3»(Областной онкологический диспансер) г. Караганды. Акт внедрения результатов НИР от 11.02.2019г.

Апробация работы. Основные результаты диссертационной работы опубликаваны на VII СЪЕЗДЕ ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ КАЗАХСТАНА с международным участием 17-18 октября 2019 года, доложены и обсуждены на заседании кафедры скорой медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии НАО МУК.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ: 1) в международном научном издании, входящем в базу данных компании Scopus (журнал «Open Access Maced J Med Sci» и журнал Вопросы питания) – 2, в научных изданиях, опубликованные в изданиях рекомендованных ККСОН (журнал «Астана» - 3, в материалах международных конференций - 1, в материалах республиканских конференций - 2.

Материалы и методы исследования

На первом этапе были изучены современные представления о методах оценки нутритивного статуса и методах нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде больных, прооперированных по поводу опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны.

На втором этапе, учитывая необходимость в выборе оптимального метода нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде, у пациентов был проведён внутригрупповой и межгрупповой сравнительный анализ основных клинических и лабораторных показателей, отражающих наиболее удовлетворительную динамику пластических процессов относительно вида нутритивной поддержки: энтерального, парентерального и смешанного.

Для решения поставленных задач проведено проспективное, продольное, параллельное исследование и ретроспективный анализ результатов лечения 91 пациента со злокачественными опухолями гепатопанкреотодуоденальной зоны, перенесших следующие операции:

1) резекция различных сегментов печени
2) гемигепатэктомия
3) транспеченочное дренирование правого и левого печеночного протока
4) обходной гастро-энтероанастомоз или холецисто-энтероанастомоз с межкишечным энтеро-энтероанастомозом по Брауну
5) гастро-панкреатодуоденальная резекция
6) корпорокаудальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией.

В работе дана сравнительная оценка эффективности используемых методов нутритивной поддержки у пациентов представленной категории в раннем послеоперационном периоде: энтерального, парентерального и смешанного, как разновидности частичного парентерального питания.

В первую группу (n=31) вошли больные, получавшие энтеральное питание (ЭП) после операции. Во вторую группу (n=30) вошли больные, получавшие

парентеральное питание (ПП) и в третьей группе (n=30) получавшие смешанное питание (СП), как разновидности методики частичного парентерального питания, в раннем послеоперационном периоде.

На первом этапе оценивали клиническое состояние больного по скрининг протоколами Nutritional Risk Screening (NRS, 2002), Subjective Global Assessment (SGA) и Nutritional Risk Index (NRI) перед операцией и на 1-е, 5-е, 10-е сутки после операции.

Проведена сравнительная оценка клинической эффективности использования видов нутритивного питания в комплексе лечебных мероприятий после указанных операций в гепатопанкреатодуоденальной зоне.

Оценке подвергались показатели нутритивного статуса - индекс массы тела, значение основного обмена, лабораторные показатели (гемоглобин крови, лимфоциты, общий белок, сывороточный альбумин, сывороточный трансферрин, общий билирубин и прямой, АЛТ, АСТ, глюкоза крови).

Дополнительно оценивали длительность пребывания пациентов в ОРИТ, повторные поступления больных в ОРИТ и длительность послеоперационного койко-дня, подсчитывали частоту развития осложнений.

Выводы:

1. Согласно шкалам оценки нутритивного статуса NRI, NRS, SGA смешанный тип нутритивной поддержки к моменту перевода пациентов в профильное отделение и по завершении непосредственно нутритивной поддержки в профильном отделении к 12-15 суткам послеоперационного периода показал более высокую эффективность по стабилизации и поддержанию нутритивного статуса пациентов в сравнительном аспекте с группой изолированного энтерального питания и парентерального питания за счет увеличения количества пациентов на 3,7% (p=0,0503) с «умеренной» нутритивной недостаточностью и на 6,3% (p=0,0029) с «нормальным» нутритивным статусом за счет сокращения больных соответственно с тяжелой и умеренной нутритивной недостаточностью (p=0,000).

-В группах с изолированным энтеральным и парентеральным питанием отмечается увеличение количества пациентов с «умеренным недоеданием» на 7,66% (p=0,0028) и снижением количества больных с «нормальным» нутритивным статусом на 5,92% (p=0,015) при полной ликвидации тяжелой нутритивной недостаточности в обеих группах (p=0,000), что свидетельствует о меньшем количестве больных в данных группах с истинно отрицательным (нормальным) нутритивным статусом к окончанию нутритивной поддержки.

2. На всем периоде проведения изолированной энтеральной, парентеральной и смешанной нутритивной поддержки у всех пациентов (100%) отмечалось поддержание относительно постоянного значения сахара крови и не имело статистически значимых различий - 5,51±1,27 ммоль/л, 5,83±1,06 ммоль/л, 5,65±1,18 ммоль/л соответственно (p=0,593). Изолированное энтеральное, парентеральное и смешанный тип нутритивной поддержки у большей части пациентов (73,3%, 67,7%, 63,3%) сопровождались увеличением уровня общего белка крови, в среднем, на 13,25% и 14,30%, 28,9% соответственно к 10-15 суткам послеоперационного периода за счет пропорционального увеличения

уровня альбумина крови, в свою очередь, на 11,6%, 12,80% и 12,85% соответственно (p=0,001).

-Влияние энтерального типа питания на состоятельность печеночной функции выражалось в виде более быстрого и значительного снижения трансаминаз и прямого билирубина крови, в среднем, на 80,3% и 12,7% соответственно, в сравнительном аспекте с группой парентерального и смешанного типа питания, не имевших статистически значимой разницы (p=0,384): снижение данных показателей на 72,2%- 11,5% и 7,26%-12,0% к окончанию нутритивной поддержки, что может свидетельствовать о более значимом влиянии изолированного энтерального питания на стимуляцию желчеоттока и перистальтики кишечника в раннем послеоперационном периоде.

3. У пациентов всех трех групп на протяжении всего периода проведения нутритивной поддержки наблюдались колебания уровня основного обмена в средних значениях 335,89±53,6 ккал/сут (13,44%, p=0,0333) от исходной величины – 1-2 сутки послеоперационного периода и были обусловлены вариабельностью индекса массы тела и динамикой температурной кривой после операции. У пациентов в группах с энтеральным и парентеральным питанием к окончанию нутритивной поддержки (15-20 сутки) наблюдается приближение уровня основного обмена к его исходным показателям - 2500,1±353,4 ккал/сут (p=0,961) и 2350,0±330,5 ккал/сут (p=0,492) соответственно.

-При смешанном типе нутритивной поддержки наблюдается статистически значимое снижение уровня основного обмена на 6,78% (2250,0±105,2 ккал/сут, p=0,001), что позволяет сделать вывод о более эффективном покрытии энергозатрат пациентов при данном варианте нутритивной поддержке в сравнительном аспекте с изолированными типами питания.

Исполнитель: Даванов Ш.К.