

# Нутриционная поддержка в структуре лечения осложненного хронического панкреатита

Л.Н.Костюченко<sup>1</sup>, М.В.Костюченко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы. 111123, Россия, Москва, ш. Энтузиастов, д. 86;  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Сравнивали две группы пациентов: получавших традиционное лечение хронического панкреатита в до- и постоперационном периодах и модифицированную коррекцию (с применением на фоне традиционной схемы активной нутритивной поддержки с участием нутрициолога). На основе данных алиментационно-волемического диагноза корректировался алгоритм лечения с учетом функционального резерва лимитирующих усвоение органов, реабилитационного потенциала, готовности кишечника к усвоению нутриентов и др. Показано, что нутриционная поддержка в терапии осложненного хронического панкреатита – один из основных компонентов его терапии.

**Ключевые слова:** нутриционная поддержка, хронический панкреатит, осложнения панкреатита.

✉ boxMarina@ya.ru

**Для цитирования:** Костюченко Л.Н., Костюченко М.В. Нутриционная поддержка в структуре лечения осложненного хронического панкреатита. Consilium Medicum. 2016; 18 (8): 86–88.

## Nutrition support in treatment of complicated chronic pancreatitis

L.N.Kostyuchenko<sup>1</sup>, M.V.Kostyuchenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Moscow Clinical Science-Research Center of the Department of Health of Moscow. 111123, Russian Federation, Moscow, sh. Entuziastov, d. 86;  
<sup>2</sup>N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

We compared 2 groups of patients: standard treatment of chronic pancreatitis in the pre- and postoperative periods and the modified correction (with on the background of the traditional scheme of active nutritional support with the participation of the nutritionist). On the basis of the alimention-volemic diagnosis adjusted data treatment algorithm taking into account the functional reserve of limiting the absorption of bodies, rehabilitation potential, bowel readiness to assimilate nutrients, etc. It is shown that nutritional support in the treatment of complicated chronic pancreatitis is one of the main components of treatment.

**Key words:** nutrition support, chronic pancreatitis, complications of pancreatitis.

✉ boxMarina@ya.ru

**For citation:** Kostyuchenko L.N., Kostyuchenko M.V. Nutrition support in treatment of complicated chronic pancreatitis. Consilium Medicum. 2016; 18 (8): 86–88.

Около 20% пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) умирают от его осложнений в срок до 10 лет от момента установления диагноза, 20-летняя выживаемость составляет всего 45% (В.А.Кубышкин, А.Г.Кригер, В.А.Вишневский и соавт., 2012) [1]. В лечении осложненного ХП значимое место занимает нутриционная поддержка (НП). Однако рекомендации по ее применению весьма разнообразны и их мало. Диагностические и лечебные схемы для больных ХП содержат достаточно много дискуссионных проблем. В частности, помимо традиционных методик терапии (рис. 1) особое внимание уделяется схемам инфузионно-нутритивной коррекции при разной выраженности заболевания с использованием парентерального питания (ПП) или без него. Обсуждается также вопрос о критериях, позволяющих выбрать технологию fast-track после хирургической коррекции осложнений ХП.

Целью работы явились обоснование необходимости НП и определение критериев выбора программы нутриционной коррекции в структуре лечения осложнений ХП.

### Материал и примененные диагностические методы

Анализу (ретро- и проспективному) подверглись данные 17 пациентов (7 женщин и 10 мужчин в возрасте 55,5±2,9 года), страдающих осложненным ХП. Двое больных лечились консервативно; 15 – подверглись оперативным вмешательствам в связи с возникшими осложнениями. Группу сравнения составил 21 больной, где применялась традиционная схема терапии ХП.

В работе была использована следующая организация метаболической коррекции: консультация нутрициолога, начало предоперационной подготовки амбулаторно, предоперационная коррекция в стационаре терапевтического профиля (до операции) – 7 дней, послеоперационный период в режиме fast-track в реанимационном и хирургиче-

ском отделениях при участии нутрициолога – 5–6 дней. Нутритивный статус оценивали по параметрам известного (рис. 1) алиментационно-волемического диагноза – АВД (цит. по: Л.Н.Костюченко, 2013) [2].

Для выбора оптимальной программы метаболической коррекции сравнивали эти две группы больных: получавших традиционное лечение ХП (ретроспективно проанализированный 21 пациент) в до- и постоперационном периодах и модифицированную тактику терапии (описанная нами группа наблюдения из 17 человек) в соответствии с приведенным порядком и рассчитанную на основе данных

**Рис. 1. Современная диагностика нутриционных нарушений.**

#### Оценка нутриционного статуса (по критериям АВД):

- 1) степень дизгидрии, биоимпедансная оценка состава тела;
- 2) волемические нарушения и кислотно-основное состояние;
- 3) степень выраженности электролитных нарушений;
- 4) дефициты количества циркулирующего белка (КЦБ), количества циркулирующего гемоглобина (КЦГ), альбумина;
- 5) оценка трофологического статуса по антропометрическим параметрам;
- 6) потребность организма в пластическом и энергетических компонентах (лучше измерение с помощью метаболографов);
- 7) определение состояния органов, лимитирующих возможность усвоения вводимых корригирующих сред; метаболомный анализ (M.Engelen,2000):
  - степени кишечной недостаточности, в том числе оценка экосистемы кишечника (микробиоты);
  - состояния белково-синтетической функции печени;
  - несостоятельности ПЖ и билиарной системы;
  - выделительной функции почек;
  - возможности сердечно-сосудистого русла;
  - возможности иммунной системы, использования омического подхода;
- 8) уточнение функционального резерва органов, лимитирующих усвоение нутриентов;
- 9) прогноз нутриционного риска, хирургических и метаболических осложнений.

Рис. 2. Классификация НП организма.

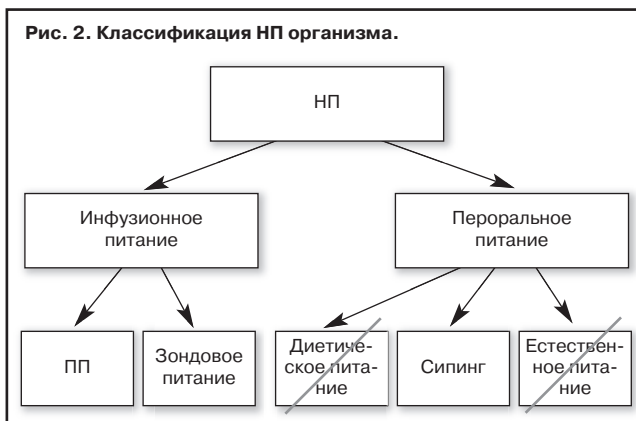


Рис. 3. Виды зондового питания.



АВД, учитывающего функциональный резерв лимитирующих усвоение органов, реабилитационный потенциал, готовность кишечника к усвоению нутриентов и др.

## Результаты и обсуждение

Известно, как минимум, что развивающаяся при ХП недостаточность питания, как правило, обусловлена анорексией, связанной с болью, и продолжением приема алкоголя (ESPEN, 2015, уровень доказательности: С). Отмечается также повышение расхода энергии в покое (Х.Небутерне, Р.Настьер и соавт., 1996) [3]. ХП как хроническое воспалительное заболевание поддерживается окислительным стрессом, обуславливает повышенную продукцию цитокинов и развитие саркопении – компонента кахектического состояния (D.Thomas, 2007) [4]. Присутствуют при этом ассоциированные с кахексией метаболические нарушения: инсулинорезистентность, повышение интенсивности липолиза, повышенный оборот белка (Г.Л.Йенсен, П.И.Хсиао и соавт., 2015) [5]. Существует также мнение, что аномальный нутритивный статус может быть признаком внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы – ПЖ (ВНПЖ), а положительный клинический эффект заместительной фер-

Рис. 4. Тип панкреатита по М.Вучлер и соавт. (классификация 2009 г.).

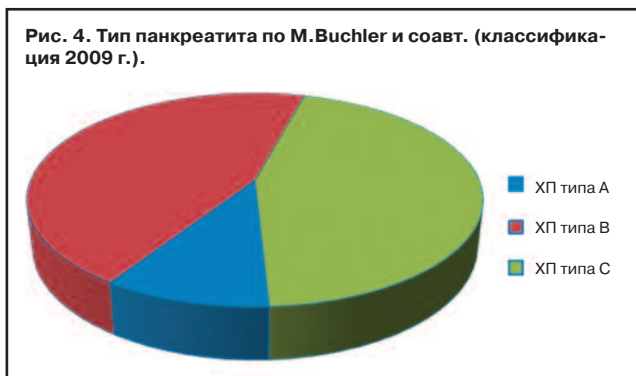


Таблица 1. Лечение ХП

- Диета
- Антибиотики (только при интоксикации, температуре)
- Антиболь (соматостатин и аналоги, холино- и спазмолитики, антациды, ферменты)
- Заместительная ферментная терапия
- Иммунотерапия (Тималин, Мабтера), физиотерапия
- Хирургический (локальные осложнения, резистентный болевой синдром, подозрение на рак, вирусангиолитиз)

ментной терапии в комплексе с нутритивным лечением может доказать ВНПЖ (V.Lindkvist, 2013) [6]. В этом смысле нутриционная недостаточность может расцениваться как косвенный маркер ВНПЖ.

Однако традиционно (И.В.Маев, Ю.А.Кучерявый, 2010) [7] в структуру лечения ХП входят компоненты, приведенные в табл. 1.

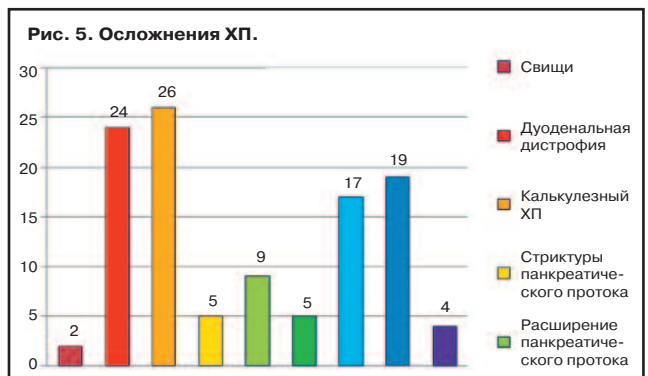
Среди реабилитационных рекомендаций советуют отказ от алкоголя, снижение эпизодов боли после выписки из стационара (ферменты, антиоксиданты; зарубежные коллеги применяют довольно часто хирургический метод лечения боли – резекция ПЖ с последующей заместительной терапией Креоном по 45 000 Ед после обильной еды и по 10–20 000 Ед – при менее обильной; папиллосфинктеротомия и панкреатоеюностомия) и, несомненно, коррекцию диеты и модификацию пищевого поведения. Если можно обойтись без заместительной терапии, тогда рекомендуют (Л.Соботка и соавт., 2015) [8] следующую схему: психолог, восстановление собственной секреции ПЖ (возможно, назначение препарата Момордика), по показаниям – препараты урсодезоксихолевой кислоты, препараты для профилактики фиброза (всевозможные сыворотки, содержащие антитела к факторам роста, и другие препараты: эссенциальные фосфолипиды и пр.). Перспективным методом является генная инженерия: внедрение в стенку желчного пузыря аденовируса с встроенным геном синтеза человеческой панкреатической липазы, которая начнет продуцироваться в случае ферментной недостаточности. Аналогичным эффектом обладает глюкагоноподобный пептид-1. Вселяют надежду и новые работы в области трансплантации. Однако при использовании разных лечебных технологий НП не исключается ни при одной из них.

НП – комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленных на своевременное обнаружение, предупреждение и коррекцию гипо- или гипералиментозов с помощью специальных методов и препаратов (И.Е.Хорошилов, 2009) [9]. Структура НП приведена на рис. 2, 3.

При этом необходимость в ПП возникает лишь в 1% случаев (R.Meier и соавт., 2006) [10].

Однако рекомендации по применению энтерального питания и ПП, применяемые до настоящего времени, носят эмпирический характер, так как проспективных клинических исследований по использованию протоколов парентерально-энтерального питания (ПЭП) не проводилось (Л.Соботка, 2015) [8]. В связи с этим исследования от-

Рис. 5. Осложнения ХП.



**Таблица 2. Маркеры нутритивной недостаточности при разных типах осложненного ХП**

Тип панкреатита по М. Buchler	Осложнения	Маркеры нутритивной недостаточности при осложнениях ХП разного типа
A	Дуоденостаз, калькулез	Секреторные расстройства ПЖ отсутствуют Нутриционный статус практически не страдает
B	Калькулезный ХП, расширение панкреатического протока	Секреторные расстройства ПЖ отсутствуют Синдромные нарушения нутритивного статуса
C	Калькулез, желтуха, спленомегалия, дуоденостаз	Секреторные расстройства ПЖ присутствуют и находятся в прямой корреляции с нутриционным статусом
C1	Калькулез, желтуха, стриктуры панкреатического протока	Электролитные нарушения
C2	Кисты, свищи, асцит, портальная гипертензия	Иммуномаркеры, электролитные нарушения
C3	Кисты, свищи, асцит, портальная гипертензия, спленомегалия	Иммуномаркеры, электролитные нарушения

носителем роли НП при осложненном ХП представляю определенный интерес.

Наши предварительные данные свидетельствуют, что из обследованных пациентов группы наблюдения, страдающих ХП, у 1 был выявлен ХП типа А по М. Buchler и соавт. (классификация 2009 г.); у 8 – ХП типа В и у 8 – типа С (рис. 4).

Двое больных лечились консервативно; 15 – подверглись оперативным вмешательствам (рис. 5) в связи с возникшими хирургическими осложнениями (свищи – в 2% случаев; дуоденальная дистрофия – в 24%; калькулезный ХП – в 26%; стриктуры панкреатического протока – в 5%; расширение панкреатического протока – в 9%; кисты ПЖ – в 5%; асцит – в 17%; желтуха – в 19%; у остальных пациентов отмечали сочетание нескольких осложнений, например, спленомегалии и регионарной портальной гипертензии).

В группе сравнения из 21 пациента характер осложнений в процентном отношении был практически аналогичен. Однако лечение без применения НП оказалось менее эффективным, по-видимому, из-за недостатка пластического и энергетического материалов, необходимых для восстановительных процессов. При использовании НП в комплексе терапии осложненного ХП пребывание в реабилитационных палатах сокращалось практически в 1,8 раза. Быстрее восстанавливался функциональный резерв органов, лимитирующих усвоение нутриентов. При предварительной дооперационной нутритивной коррекции в раннем послеоперационном периоде легче проходил период восстановления, в большинстве случаев можно было прибегнуть к технологии fast-track в полном объеме (в том числе и в отношении НП).

Нами также установлено, что при разных типах осложнений ХП могут развиваться характерные нутриционные изменения. Так, при типе С1 наиболее выражены электролитные сдвиги, а при С2 еще и страдают иммуномаркеры (табл. 2).

Иными словами, хотя характер осложнений ХП и не определял специфических нутритивных нарушений, однако в случае калькулеза выявлялись значительные электролитные сдвиги, а при наличии свищей и асцита были более ярко выражены иммуномаркеры нутриционной недостаточности, дискоординация водных разделов. Следует отметить, что в зависимости от выявленных нарушений базовая программа НП корректировалась индивидуально. Однако даже в этом случае общая тенденция к большей эффективности терапии при использовании НП в до- и послеоперационном периоде в соответствии с описанной организацией метаболической коррекции сохранялась.

Таким образом, оценке нутритивного статуса у пациентов с осложненным ХП уделяется большое внимание, что

пока не соответствует реалиям российской практики. Наличие нутритивной недостаточности у больного ХП (в том числе осложненным) свидетельствует о неадекватном ведении пациента. Следует ожидать, что маркеры нутритивного статуса в скором времени станут обязательными показателями оценки функции ПЖ, определяющими показания не только к заместительной ферментной терапии, но и хирургическим методам лечения. Нутриционный статус целесообразно оценивать полно (с использованием как минимум параметров АВД).

**Выводы**

1. НП в целом – весьма необходимый компонент лечения осложненного ХП. Предоперационная НП снижала объем послеоперационного алиментационного лечения.
2. Существующие рекомендации по применению НП при осложненном ХП носят эмпирический характер, так как проспективных клинических исследований по применению протоколов НП при осложнениях ХП не проводилось. Исследования по представленным вопросам следует продолжить, возможно, создать из них многоцентровые программы для получения более четких рекомендаций.

**Литература/References**

1. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Вишневецкий В.А. и др. Экстирпация дистальной культи поджелудочной железы при профузном внутрибрюшном аррозном кровотечении, обусловленном послеоперационным панкреонекрозом. Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. 2012; 11: 4–7. / Kubyshekin V.A., Kriger A.G., Vishnevskii V.A. i dr. Ekstirpatsiia distal'noi kul'ti podzhehudochnoi zhelezy pri profuznom vnutribriushnom arrozionnom krovotechenii, obuslovlennom posleoperatsionnym pankreonekrozom. Khirurgiia. Zhurn. im. N.I.Pirogova. 2012; 11: 4–7. [in Russian]
2. Костюченко Л.Н. Нутриционная поддержка в гастроэнтерологии. М.: БИНОМ, 2013. / Kostyuchenko L.N. Nutritsionnaia podderzhka v gastroenterologii. M.: BINOM, 2013. [in Russian]
3. Hebuterne X, Hastier P et al. Resting energy expenditure in patients with alcoholic chronic pancreatitis. Dig Did Sci 1996; 41: 533–9.
4. Thomas DR. Loss of skeletal muscle mass. Clin Nutr 2007; 26: 389–99.
5. Йенсен Г.Л., Хсиао П.Й. и др. Нутриционные аспекты хронических воспалительных заболеваний. В кн.: Основы клинического питания. 2015; с. 245–51. / Iensen G.L., Khsiao P.I. i dr. Nutritsionnye aspekty khronicheskikh vospalitel'nykh zabolevanii. V kn.: Osnovy klinicheskogo pitaniia. 2015; s. 245–51. [in Russian]
6. Lindkvist B. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. World J Gastroenterol 2013; 19 (42): 7258–66.
7. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. М.: Медицина, 2010. / Maev I.V., Kucheravii Yu.A. Khronicheskii pankreatit. M.: Meditsina, 2010. [in Russian]
8. Соболева Л. Основы клинического питания. Петрозаводск: ИнтелТек, 2015. / Sobotka L. Osnovy klinicheskogo pitaniia. Petrozavodsk: IntelTek, 2015. [in Russian]
9. Хорошилов И.Е. М.: Медицина, 2009. / Khoroshilov I.E. M.: Meditsina, 2009. [in Russian]
10. Meier R et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition. Clin Nutr 2006; 25 (2): 275–84.

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

Костюченко Людмила Николаевна – д-р мед. наук, проф., рук. лаб. нутрициологии ГБУЗ МКНЦ

Костюченко Марина Владимировна – д-р мед. наук, проф. каф. медицины катастроф ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: boxMarina@ya.ru