

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Никитина Е.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

THE EFFECT OF EARLY NUTRITIONAL SUPPORT ON THE OUTCOME OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH ACUTE SEVERE PANCREATITIS

Nikitina K.V.

EE «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University»

Введение. Нутритивная поддержка является одним из ключевых факторов в лечении острого панкреатита. Кишечник играет важную роль в патогенезе и прогрессировании заболевания. Усиление кишечной проницаемости, развивающееся в течение первых 28-72 часов панкреатита, вызывает системную эндотоксемию. Повреждение кишечного барьера в раннюю фазу заболевания способно привести к летальному исходу. Развитие инфицированного острого тяжелого панкреатита в 33% случаев возможно в первые 24 часа, а 75% – в 48-96 часов. Энтеральное питание эффективно поддерживает кишечный барьер и уменьшает транслокацию бактерий. Ряд исследований показал преимущество раннего энтерального питания перед отсроченным. Кроме того, раннее энтеральное питание сопряжено с более низким риском инфицирования поджелудочной железы, смертности и органной недостаточности по сравнению с полным парентеральным питанием.

Таким образом, в интенсивной терапии пациентов с острым панкреатитом решающее значение имеет не только сохранение целостности кишечного барьера, но и своевременность питания. Вопрос о том, следует ли проводить энтеральное питание пациентам с острым тяжелым панкреатитом во время острой фазы кишечного стресса или в период ремиссии остается спорным. Дискутабелен также и выбор вида нутритивной поддержки.

Цель исследования. Определить влияние ранней нутритивной терапии на исход острого тяжелого панкреатита.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 107 пациентов с острым тяжелым панкреатитом (70 мужчин и 37 женщин) в возрасте 48(39;64) лет, госпитализированных в отделение анестезиологии и реанимации (ОАиР) УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», УЗ «Витебская областная клиническая больница» в 1-2 сутки от начала заболевания. Исключение составили пациенты с хроническим панкреатитом.

Тяжесть течения острого панкреатита подтверждена интегральными шкалами ASA, Ranson, Imre, Balthazar, APACHE II, SAPS, SOFA на момент госпитализации. Длительность исследования составила 14 суток, на

протяжении всей ранней фазы заболевания. Все пациенты получили одинаковую интенсивную терапию согласно действующим клиническим протоколам Республики Беларусь, включая нутритивную терапию. Нутритивная поддержка включала в себя сочетание парентерального и энтерального питания, последнее осуществлялось по мере купирования застоя в желудке и пареза кишечника. В зависимости от сроков начала нутритивной терапии все пациенты были разделены на 2 клинические группы:

1 группа – 62 пациента с нутритивной поддержкой в первые 24-72 часа, 42 мужчины, 20 женщин в возрасте 41(35;54) года, ASA 4(3;4), Ranson 5(5;6), Imre 4(4;5), Balthazar 7(5;10), APACHE II 7(6;10), SAPS 4(3;7), SOFA 5(3;8) баллов.

2 группа – 45 пациентов с отсроченной нутритивной поддержкой, 28 мужчин, 17 женщин в возрасте 53(36;63) лет, ASA 4(3;4), Ranson 5(5;6), Imre 4(4;5), Balthazar 8(6;10), APACHE II 8(7;11), SAPS 5(4;8), SOFA 5(4;8) баллов.

Сравниваемые группы были репрезентативны по полу, возрасту и тяжести заболевания.

Проанализированы длительность госпитализации в стационаре, в ОАиР и исход заболевания.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием электронных пакетов анализа «Excel 7» и «STATISTICA 10.0» с применением непараметрических критериев Манна-Уитни и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В 1 группе пациентов нутритивная терапия была начата в первые 24-72 часа заболевания, включая энтеральную и парентеральную составляющие. Энтерально нутриенты вводили через назогастральный зонд в объеме 570(360;890) мл ежедневно. При этом ежедневно из желудка было эвакуировано 250(100;440) мл застойного содержимого. Это потребовало введения парентерального питания. В качестве полного парентерального питания в центральную вену вводили Кабивен или сочетание 20%, 40% р-ров глюкозы, Вамина «18» / Ваминолакта, Интралипида / Липовеноза, исходя из энергетических потребностей пациентов. Помимо этого, дополнительно с целью коррекции гипоальбуминемии внутривенно вводили 10% р-р альбумина или 20% р-р альбунорма.

Длительность госпитализации в 1 группе пациентов была 24(16;35) койко-дня, из которых 10(7;17) койко-дней пришлось на ОАиР. Уровень летальности составил 27% (17 пациентов).

К 14 суткам исследования отмечена отрицательная корреляция между длительностью госпитализации в стационаре и объемом введенного Вамина «18» ($r=-0,56$; $p=0,04$), а также высокая отрицательная корреляция между исходом заболевания и объемом введенного Вамина «18» ($r=-0,71$; $p=0,005$).

У пациентов 2 группы нутритивная терапия началась с 5 суток госпитализации и тоже включала энтеральное и парентеральное питание. По

своему качественному и количественному составу она не отличалась от 1 группы пациентов. Однако уровень летальности во 2 группе пациентов оказался значительно выше по сравнению с 1 группой и составил 38% (17 пациентов) ($p=0,019$). Поэтому длительность госпитализации у этих пациентов была значительно ниже по сравнению с 1 группой и составила: в стационаре 18(11;27) койко-дней ($p=0,008$) и в ОАиР 7(5;13) койко-дней ($p=0,009$).

Выводы:

1. Проведение нутритивной поддержки в первые 24-72 часа заболевания у пациентов с острым тяжелым панкреатитом позволяет снизить уровень летальности.

2. При наличии застоя в желудке необходимо временно ограничить объем энтерального питания и сделать акцент на парентеральном питании до ликвидации застоя.