

ОБОСНОВАНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ЗОНДОВОГО ПИТАНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А.Ю. КОРОЛЬКОВ, М.Ю. ПЕРСОВКафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, д.8, Москва, Россия, 117198
Медицинский факультет

Приведена структура причин заболеваемости острым панкреатитом; приводятся основные составляющие комплекса консервативных лечебных мероприятий, основных метаболических нарушений, фазы экзокринной панкреатической секреции. Освещается метод энтеральной зондовой терапии с нутритивной поддержкой.

Ключевые слова: панкреонекроз, метаболические нарушения, энтеральное зондовое питание.

Актуальность проблемы.

В последние десятилетия проблеме лечения острого панкреатита в литературе уделяется большое внимание, что обусловлено прогрессивно повышающейся частотой заболеваемости этим тяжелым недугом [4]. Причинами высокого уровня заболеваемости острым панкреатитом (по данным ряда авторов она занимает третье место в структуре острой хирургической патологии [6]) являются: злоупотребление алкоголем 45% и патология билиарной системы 35%. Остальные 20% составляют алиментарный, сосудистый факторы и идиопатический панкреатит [9].

Летальность при тяжелых формах некротического панкреатита остается высокой и по данным различных авторов составляет от 30 до 85%.

В начальных стадиях заболевания прогноз течения острого панкреатита предсказать довольно трудно, хотя значительное повышение лактатдегидрогеназы и креатинфосфокиназы в сыворотке крови могут указывать на распространенность некротического процесса в поджелудочной железе, что по нашему мнению, наряду с объемом гастростаза и уклонением жидкости (повышением гематокрита), является основными прогностическими критериями.

До настоящего времени в литературе, на съездах хирургов дискутируется вопрос о тактике ведения больных с некротическими формами панкреатита, причем нерешенных вопросов значительно больше чем решенных [2].

Патофизиологическое обоснование метода консервативной терапии и энтерального питания. Комплекс консервативных мероприятий у больных с острым деструктивным панкреатитом является многофакторным и требует адекватного и сбалансированного применения различных способов лечебного воздействия. На основании современных представлений о патогенезе острого панкреатита данный комплекс включает в себя:

- 1 - подавление желудочной и панкреатической секреции;
- 2 - дезинтоксикацию;
- 3 - воздействие на основные звенья воспалительного процесса неспецифическими средствами;
- 4 - адекватную антибактериальную терапию;
- 5 - коррекцию иммунного статуса;
- 6 - коррекцию нарушений центральной гемодинамики и периферического кровообращения;
- 7 - профилактику транслокации патогенной микрофлоры через кишечную стенку;
- 8 - нормализацию азотистого баланса и белкового синтеза;
- 9 - лечебное питание и адекватную нутритивную поддержку.

В свете последних пунктов, применение простого, на первый взгляд, и удобного метода – парентерального питания, с целью коррекции метаболических расстройств и удовлетворения энергетических и пластических потребностей организма, не всегда возможно в требуемом объеме, а иногда и рискованно из-за опасности развития септических и тромботических осложнений, связанных с длительным пребыванием катетера в центральной вене, объемом инфузий [4].

Говоря о характерных метаболических расстройствах в организме больных с острым панкреатитом, особенно при деструктивных формах, их можно сравнить с подобными у пациентов с тяжелой гнойной интоксикацией и сепсисом [6].

Проведение непрямой колориметрии у больных с панкреонекрозом показало увеличение потребления кислорода, повышение основного обмена, преобладание процессов катаболизма над анаболизмом. Потребности организма в энергетике возрастают на 50-100%. Вместе с тем, коррекция энергетического баланса за счет введения непротеиновых калорий в виде глюкозы ограничивается имеющейся в 30-50% случаев гипергликемией, кетоацидозом и относительной интолерантностью к глюкозе.

Вследствие усиленного катаболизма белков потери азота с мочой достигают 30-40 г в сутки, преимущественно в первые 2-6 дней заболевания [8].

При крупноочаговом деструктивном панкреатите потери массы тела больных могут достигать 10-20% от исходной [7].

Таким образом, вопрос восполнения белково-энергетических затрат организма при остром панкреатите является крайне важным в комплексе лечебных мероприятий.

Особую значимость вопрос нутритивной поддержки приобретает при учете необходимости исключения перорального приема пищи в первые 2-7 суток от начала заболевания для максимального снижения панкреатической секреции, активности протеолитических и липолитических ферментов и нормализации оттока панкреатического секрета.

Известны три фазы экзокринной стимуляции поджелудочной железы: церебральная, желудочная и кишечная [6]. Первая является сложнорефлекторной и начинается с момента сенсорного восприятия пищи. Вторая (желудочная) начинается с момента поступления пищи в желудок, при котором за счет растяжения фундального и пилороантрального отделов желудка происходит стимуляция афферентных волокон блуждающего нерва, что, в свою очередь, приводит к стимуляции выработки ферментов поджелудочной железы. Последняя (кишечная) фаза экзокринной стимуляции происходит при попадании химуса в 12-перстную и тощую кишку за счет активации местных гормонов слизистой оболочки – секретина и холецистокинина – панкреозимина [5].

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается возможность и необходимость проведения ранней нутритивной поддержки у больных с тяжелыми деструктивными формами острого панкреатита [8,1]. Подавляющим большинством авторов [3,4,6] наиболее удобным и эффективным методом признается метод энтерального зондового питания с установлением питающего зонда на 30-45 см каудальнее связки Трейца.

Материалы и методы.

В клинике факультетской хирургии РУДН энтеральная зондовая терапия с нутритивной поддержкой проводится на протяжении ряда лет по следующей методике. После установления капиллярного зонда через рабочий канал эндоскопа в тощую кишку, зонд, в течение первых-вторых суток, капельно вводится охлажденный до 10°C физиологический раствор в объеме 500мл – 1л, с целью отмывания кишечного химуса и стимуляции кишечной перистальтики. После восстановления перистальтики кишечника проводится введение сбалансированных питательных смесей (нутризон, изокал) в объеме 1000-2000мл раствора с осмолярностью 325 мОсм/л. Гиперосмолярные растворы могут приводить к возникновению у больных диареи с дальнейшим обезвоживанием организма. Калорийность указанных растворов колеблется в пределах от 2 до 2,5 тыс. килокалорий.

В нашей клинике энтеральное зондовое питание в комплексной терапии острого панкреатита проведено у 50 больных. Длительность стояния питающего зонда составила от 1 до 15 суток. Возраст больных колебался от 21 года до 68 лет. В большинстве случаев отмечены возобновление, активизация и нормализация перистальтики кишечника на 2-4 сутки после начала кишечного лаважа с последующей нормализацией регулярного самостоятельного калоотделения. У большинства больных, у которых применялась энтераль-

ная зондовая терапия с нутритивной поддержкой на фоне снижения и нормализации показателей амилазы, лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы, в биохимическом анализе крови отмечался рост содержания общего белка и его фракций в сыворотке крови, достигавший в ряде случаев 13.5-32 г/л.

Заключение.

Таким образом, на основании литературных данных и собственного опыта проведения энтерального зондового питания, мы считаем, что проведение нутритивной поддержки путем указанного метода при остром деструктивном панкреатите необходимо, целесообразно и весьма эффективно, так как позволяет успешно воздействовать на перистальтику кишечника и белковый баланс крови.

Литература

1. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. - СПб. Специальная литература. - 1996г. - 330 с.
2. Костюченко А.Л. Деструктивный панкреатит. Стратегия и тактика лечения на современном этапе (впечатления участника IX съезда хирургов 20-21 сентября 2000 г.) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова - 4. - 2001г. - стр. 110-113
3. Костюченко А.Л., Железный О.К., Шведов А.Г. Энтеральное искусственное питание в клинической медицине. - ИнтелТек, Петрозаводск - 2001г. стр. 93-95.
4. Федорко Н.А. Энтеральное зондовое питание в комплексе лечения больных острым панкреатитом. Москва - 1988 - стр. 1-3
5. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения (перевод с англ.) - СПб, Бином-Невский Диалект, - 1997 г. - стр. 197-224.
6. Хорошилов И.Е. и соавт. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. - Нордмед-издат, Санкт-Петербург - 2000 - стр. 272-277.
7. Цацаниди К.Н., Пугаев А.В., Федорко Н.А. Белково-энергетическое обеспечение при лечении больных с острым панкреатитом. // Хирургия - №6 - 1988г. - стр. 116-121.
8. Havala T., Shrouts E., Cerra F. Nutritional support in acute pancreatitis. // Gastroenterology Clinic of North America - 1989 - 18, - №3 - Pp.525-543.
9. Steenberg W., Tanner S. Acute pancreatitis. // N. Engl J. Med. - 1994 - p. 1198 - 1210.

THE SUBSTANTION OF NUTRITIONAL SUPPORT IN NECROTIC PANCREATITIS

A.YU. KOROLKOV, M. YU. PERSOV

Department of Surgery PFUR. *M-Maklaya st, 8, Moscow, Russia, 117198*

Medical department

The structure of acute pancreatitis reasons, major components of conservativ treatment, major metabolic changes, phases of external pancreatic secretion are observed. The method of enteral tube nutritional treatment is observed.