

Майоров В.М., Дундаров З.А., Батюк В.И., Михайлов В.В.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Оценка применения раннего энтерального питания в профилактике развития энтеральной недостаточности у больных с гнойно-некротическим парапанкреатитом

■ ВВЕДЕНИЕ

Летальность от острого панкреатита колеблется в пределах 3–6%, но при ОДП остается постоянной величиной, достигая при инфекционных осложнениях некротизирующего панкреатита 28–80%. При анализе неудач в лечении этого заболевания, кроме прочих, видна нерешенная проблема коррекции резко возрастающих метаболических потребностей пациентов. Отсутствуют данные о влиянии питательной недостаточности и степени ее разрешения на частоту и тяжесть послеоперационных осложнений. Решение этих вопросов имеет большое значение для построения эффективной программы целенаправленной нутритивной поддержки и улучшения исходов хирургического лечения данной категории больных.

■ ЦЕЛЬ

Оценить потенциальную энтеропротективную составляющую применения раннего энтерального питания и его роль в профилактике бактериальной транслокации.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу клинического раздела работы положен анализ результатов лечения 67 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений некротизирующего панкреатита. В контрольную группу вошли 35 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Основную группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, типу оперативного вмешательства, равноценности общего медикаментозного комплекса, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Энтеральное питание начинали со 2 суток в объеме 250–500 мл/24 часа (250–500 ккал) в сочетании с парентеральным питанием, в последующем от 1500 до 2000 мл/24 часа (1500–2000 ккал). Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде были выполнены микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гноя абсцессов у оперированных больных. В этом было выявлено, что в обеих группах больных в качестве возбудителей гнойной инфекции были идентифицированы *E. Coli*, *Enterobacter*, *Ps. aeruginosae* (без достоверных качественных отличий между группами). Изучены 68 посевов раневого отделяемого и данные бактериологического исследования крови у пациентов контрольной группы. При бактериологии

исследования гноя, полученного во время операции, было показано, что преобладающей микрофлорой (32,4%) являлись *E. coli* и *Enterobacter*. Выполненные 44 посева крови у 35 больных позволили выделить микрофлору у 12 (27,3%) из них. При этом среди выделенных штаммов преобладали те же возбудители, что и в очаге гнойной инфекции. При анализе содержимого кишечника у больных основной группы было показано, что представители кишечной группы (*E. coli* и *Enterobacter*) были высеяны лишь в 32,3%. При исследовании крови на стерильность отрицательный результат посева был получен у 5 пациентов.

При использовании непараметрического двустороннего критерия Фишера было показано, что процент высеваемости представителей кишечной флоры у пациентов основной группы (выполнявших во время этапных некрсеквестрэктомий) был достоверно ниже, чем у пациентов группы контроля. При анализе процентного отношения высеваемости *Ps. aeruginosae*, *S. aureus* и *St. epidermalis* достоверных отличий между группами получено не было.

Таким образом, на основании анализа высеваемости микроорганизмов было показано, что у пациентов, получавших раннее энтеральное питание, достоверно ниже ($p < 0,05$) процент высеваемости бактерий кишечной группы, что свидетельствует об энтеропротективном эффекте энтерального питания в раннем послеоперационном периоде и профилактике массивной бактериальной транслокации. Летальность в первой группе – 28,6%. Причина смерти во всех случаях – развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Срок госпитализации – $67,6 \pm 3,7$ суток. Летальность во второй группе – 15,6%. Продолжительность лечения – $42,5 \pm 2,5$ суток.

■ Выводы

1. Включение в комплексную лечебную программу больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита раннего энтерального питания уменьшает уровень летальности с 28,6 до 15,6% и сокращает сроки госпитализации с $67 \pm 3,7$ до $42 \pm 2,5$ суток.
2. Микробиологический анализ кишечного содержимого, гноя из зоны панкреонекроза и парапанкреатических областей, системного кровотока, органов и тканей при ОДП указывает на энтеральный путь генерализации инфекции как важнейший механизм инфицирования некротически измененной поджелудочной железы и окружающих тканей, а также развития системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточности и сепсиса.