



УДК 616-08-039.11

Е.А. Зеленская¹, А.А. Хаджиева¹, М.Ю. Азизова¹, Д.Ф. Усманов¹, С.М. Нурадилов¹,
Т.Е. Ботабеков¹, А.К. Абикулова², М.А. Рамазанова²

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

¹Интерны 707-1 группы, специальность «Хирургия»

²Руководители научного проекта, доценты кафедры «Интегрированные системы экономики и менеджмент здравоохранения»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА – РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Проведен анализ литературных данных по тактике ведения пациентов с острым панкреатитом. Рассмотрены вопросы применения раннего энтерального (ЭП) и парентерального питания (ПП) и сформулированы рекомендации по применению раннего питания у пациентов с острым панкреатитом.

Ключевые слова: острый панкреатит, поджелудочная железа, энтеральное питание, парентеральное питание, панкреатические ферменты

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) – заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза ткани ее липолитическими и активированными протеолитическими ферментами. ОП относится к числу наиболее частых хирургических диагнозов. Заболеваемость острым панкреатитом колеблется от 4,9 до 73,4 случаев на 100 000 человек во всем мире [1]. В настоящее время наблюдается увеличение ежегодной заболеваемости ОП. Тяжелая форма, составляющая около 20-30%, является опасным для жизни заболеванием с летальностью около 15% [2].

Исторически сложилось так, что, несмотря на отсутствие клинических данных, тактика ведения пациентов с острым панкреатитом в первую очередь заключается в принципе NPO (nil per os; “nothing by mouth”). С целью предотвращения активации выработки панкреатических ферментов и предотвращения усугубления процессов повреждения тканей самой поджелудочной железы и перипанкреатических тканей вырабатываемыми ферментами. Данная клиническая тактика до сих пор является приоритетной для пациентов с ОП в РК, в соответствии с клиническим протоколом МЗ РК от 2018 года «Острый панкреатит» [3].

Многочисленные исследования показали, что нарушение функции кишечника, возникающее на ранней стадии ОП, способствует прогрессированию заболевания. Снижение моторики кишечника усугубляет вздутие живота, повышает внутрибрюшное давление и, вероятно, индуцирует абдоминальный компартмент-синдром. Моторика кишечника напрямую зависима от ЭП, которое, в свою очередь, рекомендуется для профилактики кишечной недостаточности, является одним из важных методов лечения ОП и определяет прогноз заболевания [4,5].

Однако, в нашей стране данная тактика не применяется, несмотря на то что существуют многочисленные исследования, результаты которых показали, что пациенты, получавшие пероральное питание на ранних стадиях острого панкреатита, имеют короткие сроки госпитализации, низкий уровень инфекционных осложнений и низкие показатели смертности [5,6].

В связи с чем, нами изучен вопрос раннего питания пациента с острым панкреатитом: сроки начала питания, способы питания и качественный состав питания.

Цель исследования. Провести литературный обзор данных по тактике ведения пациентов с острым панкреатитом, подробно рассмотреть вопрос применения раннего ЭП и ПП.

Материалы и методы исследования. Литературный обзор зарубежных рандомизированных клинических исследований и мета-анализов электронной базы данных Pubmed за период 2009-2019 годы; международных клинических рекомендаций. Из которых были отобраны 11 актуальных статей для темы обзора.

Результаты:

Согласно клиническим рекомендациям 2019 года, опубликованных в журнале World Journal of Emergency

Surgery коалицией европейских, американских и канадских авторов, а так же рекомендациям Американского гастроэнтерологического общества и данным опубликованным в журнале European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2017 года, поддержание ЭП помогает защитить кишечную слизистую барьер и уменьшить бактериальную транслокацию бактерий, тем самым снижая риск инфицированного перипанкреонекроза и других осложнений ОП [4,7,8]. Следует избегать полного ПП. Согласно исследованию китайских ученых исключительно ПП приводит к более длительному течению ОП и его осложнений, по сравнению с ЭП [8]. Но не стоит исключать сочетанный способ ведения, с подключением ПП, для достижения целевого уровня калорий и белков, если ЭП плохо переносится. Современные данные подтверждают пользу целенаправленной интенсивной терапии внутривенными солевыми растворами в комбинации с ранним пероральным/энтеральным питанием, и стараться избегать исключительного ПП у всех пациентов с ОП [7].

Для пациентов, кормление которых перорально невозможно, рекомендуется установление энтеральной трубки [7,9,10]. ПП, которое было связано с большей частотой осложнений, было предпочтительным методом в прошлом. Оно способствует разрушению защитного барьера слизистой оболочки кишечника с последующей транслокацией бактерий/эндотоксинов, что приводит к сепсису и инфекциям локально и на отдаленных участках. Клинические проспективные исследования показали, что повышенная проницаемость кишечника коррелирует с уровнем сывороточного эндотоксина, а также со степенью тяжести панкреатита. Напротив, ЭП связано с 2-х кратным снижением риска развития тотальных и панкреатических инфекционных осложнений и 2,5-кратным снижением риска смерти у пациентов, получавших ЭП [5,8]. Положительный эффект от ЭП наблюдается, даже в случаях с тяжелым ОП или прогнозируемым тяжелым острым панкреатитом [10].

Также, нами была изучена наиболее оптимальная локализация зонда для питания и доказана целесообразность, безопасность и переносимость назогастрального зонда [5,11] и нет никаких доказательств увеличения осложнений, связанных с применением назогастрального кормления, по сравнению с назоюнональным, поскольку введение назоюнональной трубки часто требует эндоскопии или радиологической экспертизы и может вызвать задержку начала кормления [4, 7]. Так же не выявлено достоверной разницы в частоте смертности, аспирации и обострения боли между двумя путями кормления [5]. Однако стоит помнить, что при наличии сопутствующих патологий, таких как тяжелый энтеральный паралич, желудочно-кишечное кровотечение, шок, кишечный свищ или кишечная непроходимость необходимо пересмотреть тактику и способ кормления пациентов [8].

Если говорить о составе питательной смеси, успех раннего кормления был достигнут с использованием различных



диет, включая низкожировые или со средним содержанием жиров, пищи твердой и жидкой консистенции. Таким образом, начало кормления жидкой пищей не обязательно [7]. Использование полуэлементных и элементных формул не дает никаких явных преимуществ по сравнению с относительно недорогими полимерными формулами нутритивных питательных смесей [5].

По срокам начала кормления пациентов с ОП, Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA) рекомендует раннее (в течение 24 часов) пероральное кормление в соответствии с переносимостью, вместо длительного голодания [7]. Раннее ЭП (начатое в течение 48 ч после поступления), по сравнению с поздним ЭП или ПП, привело к статистически значимому снижению риска развития органной недостаточности, панкреатических инфекций, гипергликемии, синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), септических осложнений и смертности [5,9,10]. При этом раннее ЭП, начатое в сроках до 24 часов с момента поступления значительно снижает риск летального исхода чем ЭП в течении 24-72ч. Однако достоверной разницы в риске развития панкреатической инфекции, органной недостаточности, гипергликемии и связанных с катетером септических осложнений между 2 подгруппами не наблюдалось. [9].

Исходные данные, такие как возраст пациентов, оценка APACHE-II и пол, не повлияли на результаты лечения [8].

В исследовании пациентов с ОП тяжёлой степени тяжести, с изначально одинаковым исходным уровнем сывороточного эндотоксина и скоростью экскреции лактулозы/маннита с мочой, через 1 и 2 недели после вмешательства (применение

ЭП или ПП) в группе ПП уровни данных показателей были достоверно выше, чем в группе ЭП [8].

Нами был изучен вопрос изменения уровней факторов воспаления между группой пациентов с ЭП и группой пациентов с ПП. После лечения уровни воспалительных факторов в группе пациентов с ЭП, были достоверно ниже, чем в группе пациентов с ПП [8,12].

Также, была рассмотрена статья по оптимальным срокам начала раннего ЭП. Решение о возобновлении перорального кормления обычно основывается на разрешении абдоминальной боли и нормализации лабораторных показателей, в том числе панкреатической амилазы и липазы. В данном исследовании предлагалось начать ЭП основываясь не на лабораторных показателях, а на чувстве голода пациента. И по итогам исследования такой метод раннего энтерального кормления был безопасным, имел короткие сроки госпитализации и не увеличивал клинические осложнения у пациентов как с легким, так и с умеренным и тяжелым течением панкреатита [13].

Вывод. Раньше при лечении острого панкреатита врачи основывались на принципе «покоя ЖКТ», для снижения стимуляции секреции поджелудочной железы. Однако, исходя из рассмотренных нами литературных данных можно сказать, что раннее ЭП по сравнению с ПП у пациентов может значительно снизить сроки пребывания в стационаре, частоту тотальных и панкреатогенных инфекционных осложнений, смертность от заболевания. В клиническом протоколе МЗ РК от 2018 года «Острый панкреатит» лечение пациентов продолжается по принципу «голодания». Теперь же эта тактика нуждается в пересмотре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Munigala S., Yadav D. Case-fatality from acute pancreatitis is decreasing but its population mortality shows little change. 2016. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961591/>
- van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, Besselink MG, Ali UA, Am S, et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome // *Gastroenterology*. – 2011. - №141. – P. 1254–1263.
- Клинический протокол министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «29» марта 2019 года Протокол №60 «Острый панкреатит» (К85).
- 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis URL: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-019-0247-0>
- Early management of acute pancreatitis: A review of the best evidence Serena Stigliano(a), Hanna Sternby(b), Enrique de Madaria(c), Gabriele Capurso(a), Maxim S. Petrov (d) URL: [https://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658\(17\)30196-2/fulltext](https://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658(17)30196-2/fulltext)
- Early enteral nutrition within 24 hours or between 24 and 72 hours for acute pancreatitis: evidence based on 12 RCTs. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25399541>
- American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis URL: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/fulltext)
- Q.-X. Shen, G.-X. Xu, M.-H. Shen Effect of early enteral nutrition (EN) on endotoxin in serum and intestinal permeability in patients with severe acute pancreatitis // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. – 2017. - №21(11). – P. 2764-2768.
- Early enteral nutrition within 24 hours or between 24 and 72 hours for acute pancreatitis: evidence based on 12 RCTs. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25399541>
- Enteral nutrition provided within 48 hours after admission in severe acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30142782>
- Chang YS, Fu HQ, Xiao YM, Liu JC. Nasogastric or nasojejunal feeding in predicted severe acute pancreatitis: a meta-analysis URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23786708>
- Zou L, Ke L, Li W, Tong Z, Wu C, Chen Y, Li G, Li N, Li J. «Enteral nutrition within 72 h after onset of acute pancreatitis vs delayed initiation» URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25117988>
- Early oral refeeding based on hunger in moderate and severe acute pancreatitis: a prospective controlled, randomized clinical trial URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900714003414?via%3Dihub>



Е.А. Зеленская¹, А.А. Хаджиева¹, М.Ю. Азизова¹, Д.Ф. Усманов¹, С.М. Нурадилов¹,
Т.Е. Ботабеков¹, А.К. Абикулова², М.А. Рамазанова²

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

¹«Хирургия» мамандығы бойынша 707-1т. интерндері

²ғылыми жобаның жетекшісі, Денсаулық сақтау экономикасы мен менеджментінің интеграцияланған
жүйелері кафедрасының доценті

ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТТИ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ – ЕРТЕ ЭНТЕРАЛЬДЫ ЖӘНЕ ПАРЕНТЕРАЛЬДЫ ТАМАҚТАНУ

Түйін: Жедел панкреатиті бар пациенттерді жүргізу тактикасы бойынша әдеби деректерге талдау жүргізілді. Ерте энтеральды және парентеральды тамақтануды қолдану мәселелері қаралды және жедел панкреатиті бар

емделушілерде ерте тамақтануды қолдану бойынша ұсынымдар тұжырымдалды.

Түйінді сөздер: жедел панкреатит, острый панкреатит (ОП), ұйқы безі, энтеральды тамақтану, парентеральды тамақтану, панкреатикалық ферменттер.

E.A. Zelenskaya, A.A. Khadzhieva, M.Y. Azizova, D.F. Usmanov, S.M. Nuradilov,
T.E. Botabekov, A.K. Abikulova, M.A. Ramazanova

Asfendiyarov Kazakh National medical university

Department of Integrated Systems of Economics and Health Management

MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS-EARLY ENTERAL AND PARENTERAL NUTRITION

Resume: The analysis of the literature data on the tactics of management of patients with acute pancreatitis. The questions of application of early enteral and parenteral nutrition are

considered and recommendations on application of early nutrition in patients with acute pancreatitis are formulated.

Keywords: acute pancreatitis, pancreas, enteral nutrition, parenteral nutrition, pancreatic enzymes.

УДК 616.36-002.2:616-009.17

А.В. Рубанова¹, И.Г. Рубанов¹, Ж.Б. Амангелді¹, Ж. Амирбекқызы¹, С.М. Омарова¹, Е.Ю. Пузанкова¹,
З.М. Хелилов¹, С.М. Исмаилова¹, Г.И. Джубанова², А.К. Абикулова³

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

¹Интерны 719 группы по специальности «Внутренние болезни»

²Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры «Внутренние болезни»

³Руководитель научного проекта, доцент кафедры «Интегрированные системы экономики и менеджмент здравоохранения»

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА FAS

Было проведено анкетирование опросником FAS для оценки степени хронической усталости у 100 пациентов с заболеваниями печени, пришедшие на прием к врачу гепатологу в поликлинику №5. Среди пациентов мужчин было (44%), женщин (56%). В ходе исследований установлено, что отсутствие усталости отмечается у мужчин (52,7%) по сравнению с женщинами (47,3%). У женщин уровень патологической и выраженной патологической усталости преобладает по сравнению с представителями мужского пола (57,9% против 32,5%) ($p > 0,05$). С увеличением возраста у мужчин показатели выраженной патологической усталости выше по сравнению с женщинами (59,7 лет против 55 лет). При заболеваниях печени, в частности при циррозе, показатели выраженной усталости значительно выше ($p > 0,05$).

Ключевые слова: хроническая усталость, опросник FAS, заболевания печени, фиброз печени

Актуальность. В последнее время симптом усталости получает все большее внимание в рамках общей оценки качества жизни у пациентов при широком спектре заболеваний, включая хронические заболевания печени. При «синдроме хронической усталости» (СХУ) отмечается снижение когнитивных и других физиологических функций, что приводит к тяжелой потере качества жизни, связанного со здоровьем [1,2,3].

Во многих странах для оценки качества жизни у больных с заболеваниями печени используется опросник. Опросник FAS был разработан группой нидерландских исследователей под руководством H.J.Michielsen в 2003 году. Шкала оценки усталости: Fatigue Assessment Scale (FAS) является

эффективным инструментом для скрининга симптома усталости у больных с заболеваниями печени [4,5].

Цель исследования: оценить степень хронической усталости у пациентов с заболеваниями печени.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов с заболеваниями печени (хронические гепатиты, цирроз печени, НАЖБП, ПБХ, ПСХ, лекарственное поражение печени), пришедшие на прием к врачу гепатологу в поликлинику №5. Средний возраст больных составил $48,55 \pm 11,77$ года (диапазон от 22 до 84 лет). Среди пациентов мужчин было 44 (44%), средний возраст - $47,3 \pm 9,04$ года, женщин - 56 (56%), средний возраст - $49,5 \pm 13,89$ года. Оценка усталости диагностирована на основании критериев шкалы оценки усталости (FAS), состоит из 10 вопросов; из