

УДК 616.37-002.1-085.874

Нутритивная поддержка в ранних фазах острого панкреатита: модный тренд и необходимая реальность

Е.Е. Ачкасов¹, А.В. Пугаев¹, Г.В. Дятчина^{2,3}, В.И. Посудневский¹,
Ж.Г. Набиева¹, П.В. Мельников¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов
медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России

³ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России

Nutritional support in early phases of acute pancreatitis: fashionable trend and essential reality

Ye.Ye. Achkasov¹, A.V. Pugayev¹, G.V. Dyatchina^{2,3}, V.I. Posudnevsky¹,
Zh.G. Nabiyeva¹, P.V. Melnikov¹

¹ State educational government-financed institution of higher professional education
«Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

² Federal state-funded institution «Federal scientific-clinical center of specialized forms of medical care
and medical technologies» Federal Medical-Biological Agency of Russia

³ State educational government-financed institution of continuing professional education
«Institute of postgraduate medical education» Federal Medical-Biological Agency of Russia

Цель обзора. Рассмотреть основные способы нутритивной поддержки в ранних фазах острого панкреатита (ОП). Продемонстрировать противоречивость мнений относительно использования раннего энтерального питания в ранних фазах ОП.

Основные положения. Показано, что с патогенетической точки зрения в фазе энзимной токсемии и промежуточной фазе ОП наиболее оправданным является полное парентеральное питание продолжительностью от 7 до 14 дней и более в зависимости от исходного прогноза тяжести течения заболевания. Для установления действительной роли раннего энтерального питания в лечении ОП подчеркивается необходимость продолжать наблюдения первичных приступов ОП, исключая его рецидивы, и изучать влияние разных типов энтеральных смесей

The aim of review. To discuss basic methods of nutritional support in early phases of acute pancreatitis (AP). To show inconsistency of opinions on application of enteric feeding in early phases of AP.

Key points. It was demonstrated, that from the pathogenic point of view total parenteral nutrition is most justified in the phase of enzyme toxemia and intermediate phase of AP for 7 to 14 days and more in relation to the initial prognosis of disease severity. To establish a true role of early enteric feeding in AP treatment, it is necessary to continue monitoring of primary attacks, preventing its relapses, and to study effect of different types of enteric feeds on the level of APUD system hormones, that regulate pancreatic secretion.

Conclusion. High efficacy of early enteric feeding at various surgical diseases has turned it into fashion-

Ачкасов Евгений Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Контактная информация: 2212.g23@rambler.ru
Achkasov Yevgeny Ye. – MD, PhD, professor of the chair of hospital surgery N1, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Contact information: 2212.g23@rambler.ru

Набиева Жамилат Гунашевна – аспирант кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России Контактная информация: gnabieva@mail.ru; 115583, Москва, ул. Воронежская, д. 8, корп. 3.

Nabiyeva Zhamilat G. – post-graduate student of the chair of hospital surgery N1, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Contact information: gnabieva@mail.ru; 115583, Moscow, Voronezhskaya street, 8, bld. 3

на уровень гормонов системы APUD, регулирующих панкреатическую секрецию.

Заключение. Высокая эффективность раннего энтерального питания при различных хирургических заболеваниях превратила его в модный тренд с сомнительной и недоказанной эффективностью при ОП, при отсутствии четкой патогенетической аргументации. Патогенетически оправданной реальностью сегодня при выборе способа нутритивной поддержки в ранних фазах ОП является полное парентеральное питание с предварительным обязательным отмыванием кишечника от химуса охлажденным физиологическим раствором с целью устранения энтерогенного компонента панкреатической секреции в ее постпрандиальную фазу.

Ключевые слова: острый панкреатит, поджелудочная железа, панкреатическая секреция, полное парентеральное питание, энтеральное питание, искусственное лечебное питание, гормоны, ферменты, система APUD, панкреатический свищ, отмывание кишки, физиологический раствор.

Острый панкреатит (ОП) по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем ургентной хирургии. Это подтверждается неуклонным увеличением заболеваемости, числа деструктивных форм, повышением госпитальной летальности и инвалидизации и, в целом, неудовлетворительными результатами комплексного лечения данной категории больных. ОП относится к числу наиболее частых хирургических заболеваний и занимает третье место среди ургентной патологии органов брюшной полости после острого холецистита и острого аппендицита. Перспективы улучшения результатов лечения находятся в сфере междисциплинарного взаимодействия с участием специалистов в области нутрициологии и медицинской реабилитации [3, 9, 11]. Успех при этом зависит от ранней диагностики, своевременности начала лечения, обязательным компонентом которого является искусственное питание [6].

Принципы нутритивной поддержки. Сегодня *нутрициологическая поддержка* (НП) в разных формах — энтеральной или парентеральной — является обязательной составляющей лечебного процесса, позволяющей с помощью физиологических воздействий корректировать сложные метаболические расстройства и поддерживать в течение длительного времени жизнедеятельность организма в условиях критического состояния.

Общепризнана главенствующая роль реакций системного воспалительного ответа в формировании критического состояния любой этиологии, в том числе острого панкреатита. Метаболические характеристики синдрома системной воспалительной реакции объединяют в единый синдром гиперметаболизма — гиперкатаболизма, который

able trend with doubtful and unproved efficacy at AP, at absence of the clear pathogenic arguments. Total parenteral nutrition after obligatory intestinal lavage of chyme by cooled saline solution to decrease enteric stimulation of pancreatic secretion in postprandial phase is justified today.

Key words: acute pancreatitis, pancreas, pancreatic secretion, total parenteral nutrition, enteric feeding, synthetic dietetic therapy, hormones, enzymes, APUD system, pancreatic fistula, intestinal lavage, saline solution.

представляет собой неспецифическую системную ответную реакцию организма на повреждение различной этиологии, характеризующееся дисрегуляторными изменениями в системе «анаболизм — катаболизм», резким увеличением потребности в донаторах реальной энергопотребности и параллельным развитием патологической толерантности тканей организма к «обычным» нутриентам.

Результатом формирования синдрома является развитие резистентной к стандартной нутритивной терапии выраженной *белково-энергетической недостаточности* (БЭН) [26, 31]. К основным причинам формирования БЭН и отрицательного азотистого баланса при ОП относятся: генерализованный катаболизм, недостаточное поступление нутриентов с пищей, стимулирующей панкреатическую секрецию и прогрессирование ОП, потеря собственных белков (вследствие распада, экссудации через раневую поверхность у оперированных больных, плазмаферреза, кровопотери), нарушение переваривания и всасывания, расстройство синтеза собственных белков [17, 19, 20, 31].

В настоящее время развитие проблемы лечения ОП в нашей стране и за рубежом характеризуется переходом на позиции дифференцированного применения консервативных и хирургических методов лечения в зависимости от этиологии, фазы заболевания, наличия его осложнений. Эти два метода не исключают друг друга, а взаимно дополняют [10, 29].

Главная цель базисной НП состоит в обеспечении физиологических потребностей больного в основных макро- и микронутриентах, которое может осуществляться естественным (оральным) и искусственным (парентеральным или

энтеральным) путем [14, 19, 20]. Ведущими принципами активной НП являются: 1) своевременность назначения (кахексию легче предупредить, чем лечить); 2) адекватность проведения — *искусственное лечебное питание* (ИЛП) следует назначать согласно не только расчетным потребностям пациента, но и возможностям асимляции поступающих нутриентов больным организмом (много — не значит хорошо); 3) оптимальность сроков проведения ИЛП до стабилизации основных показателей трофического статуса и восстановления возможности оптимального питания пациентов естественным путем; 4) выбор способа питания, не ухудшающего течение основного заболевания, что особенно важно при ОП [20].

Последние современные тенденции в нутритивной поддержке больных хирургического профиля заключаются в том, что при выборе метода НП предпочтение нужно отдавать более физиологичному пероральному или зондовому питанию, так как парентеральное питание, даже полностью сбалансированное и удовлетворяющее потребностям организма, не может предотвратить определенные нежелательные последствия со стороны *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ). Это обусловлено тем, что продолжительное (более 3 сут) выключение энтерального пути поступления нутриентов нарушает регенераторную трофику слизистой оболочки кишечника, так как тонкая кишка на 50%, а толстая на 80% обеспечивают таковую за счет внутрипросветного субстрата [17, 20].

Длительное отсутствие пищевого химуса в кишечнике (более 3 сут), как правило, сопровождается нарастающей дистрофией и атрофией его слизистой оболочки, а также нарушением выработки кишечной слизи и секреторного иммуноглобулина А. Вследствие развивающейся при этом дистрофии гликокаликсной мембраны кишечника нарушается его барьерная функция, что создает условия для активной чреспортальной и чрезлимфатической транслокации микробов и их токсинов в кровь. Это приводит, с одной стороны, к чрезмерной продукции провоспалительных цитокинов и формированию системной воспалительной реакции организма, а с другой — к истощению моноцитарно-макрофагальной системы, что существенно повышает риск септических осложнений [17–19].

Однако ОП имеет весьма специфические особенности патогенеза, отличные от других хирургических заболеваний, заключающиеся в аутоагрессии панкреатических ферментов и включении механизма самопереваривания, купирование которых возможно только создав функциональный покой *поджелудочной железе* (ПЖ). В связи с этим выбор способа НП, исключающий минимальную стимуляцию внешней секреции железы, становится краеугольным камнем лечения рассматриваемой категории пациентов и их дальнейшей

реабилитации, а модные современные принципы с приоритетом раннего энтерального питания у хирургических больных в данном случае представляются весьма сомнительными [1, 2, 16, 21].

Наиболее противоречивыми и дискуссионными при проведении нутритивной поддержки в ранних фазах ОП остаются следующие вопросы: 1) какому пути введения питательных веществ отдать предпочтение — парентеральному или энтеральному; 2) время начала проведения нутритивной поддержки; 3) какими препаратами и смесями осуществлять питание больного; 4) является ли НП основой комплексной терапии или элементом симптоматического лечения [4, 5, 9, 12].

Несмотря на серьезные успехи в изучении особенностей патогенеза ОП и разработке новых средств нутритивной поддержки, не сформировано единое мнение об оптимальном способе питания в разных фазах ОП [18–20, 39, 45]. Существенно различаются точки зрения на НП при ОП, на продолжительность *полного парентерального питания* (ППП) и сроки перевода больных на *энтеральное зондовое питание* (ЭЗП), на тип вводимой энтеральной смеси, ее суточный калораж и концентрацию, выбор метода угнетения секреции ПЖ и длительность его применения в зависимости от избранного способа НП и прогноза тяжести течения заболевания [35, 41, 43, 44].

При этом признано стимулирующее влияние на секрецию ПЖ приема воды и пищи через рот и недопустимость орального питания в ранних фазах ОП [27, 28]. Согласно научным взглядам на нутритивную поддержку можно выделить сторонников и противников раннего энтерального питания и группу ученых, высказывающихся за комбинированное питание (сочетание ЭЗП и ППП).

Раннее энтеральное питание. Сторонники раннего ЭЗП [7, 8, 10, 13, 24, 25, 37] считают, что применение его уже в ранних фазах ОП (энзимной токсемии, промежуточной фазе) благоприятно влияет на течение заболевания и не стимулирует панкреатическую секрецию, причем эффективность парентерального и энтерального питания практически одинакова в плане адекватного снабжения организма энергетическими субстратами.

На основании ряда исследований по сравнению действия энтерального и парентерального питания у больных ОП сформировалось мнение о преимуществах ЭЗП перед ППП, и есть авторы, полагающие ППП показанным лишь при непереносимости ЭЗП — при повышении амилазы и липаземии, *динамической кишечной непроходимости* (ДКН), диарее, аспирации, объясняя это такими отрицательными аспектами ППП, как усиление энтерогенной транслокации бактерий, ангиогенная инфекция, иммуносупрессия и дороговизна [18]. В то же время можно обнаружить противоречия в позиции этих авторов, так как ДКН

является неотъемлемой составляющей патогенеза острого воспаления ПЖ, свойственной именно для ранних фаз ОП, что диктует необходимость выбора в пользу энтерального пути введения питательных субстратов [1, 2, 16].

Некоторые исследователи полагают, что раннее энтеральное питание у больных ОП целесообразно, поскольку оно не вызывает ферментативной агрессии, рецидива или ухудшения исходного прогноза течения заболевания, предотвращает атрофию слизистой ЖКТ и сохраняет ее барьерную функцию, способствует восстановлению моторики кишечника и снижению эндогенной интоксикации, препятствует бактериальной транслокации из кишки к очагам некроза, снижает риск инфекционных осложнений. Раннее ЭЗП предупреждает тяжелые метаболические расстройства и является важным компонентом в профилактике *полиорганной недостаточности* (ПОН); приводит к нормализации иммунного статуса, способствует усилению фагоцитарной активности лейкоцитов, уменьшает хирургическую активность и летальность при остром деструктивном панкреатите в 2,5 раза, частоту гнойных осложнений более чем в 2 раза, а по некоторым данным в 4 раза [10, 25, 43, 44]. При этом существуют данные об одинаковой адекватности снабжения организма энергетическими субстратами и клинической эффективности ППП и ЭЗП [17]. Раньше для ЭЗП использовали еюностому, сейчас рекомендуют назоюнальный зонд [3, 10, 19].

У разных авторов варьируют сроки начала энтерального питания и длительность его проведения в ранних фазах ОП. Если одни рекомендуют начинать энтеральное питание с 4-го дня заболевания [45], то другие полагают, что ЭЗП, даже начатое в первые 24 ч лечения, не оказывает отрицательного влияния на течение ОП, снижает частоту осложнений, продолжительность госпитализации и летальность. При этом оба вида энтерального питания, как назогастральное, так и назоинтестинальное зондовое, переносятся пациентами одинаково хорошо [39].

Рядом исследователей не отмечено побочных эффектов раннего ЭЗП (через 48 ч от начала ОП) [24, 25].

В систематическом обзоре, включавшем в анализ 11 рандомизированных контролируемых исследований, при рассмотрении сроков проведения искусственного питания при ОП [42] показано, что энтеральное питание, начатое в течение 48 ч от момента поступления больного в стационар, по сравнению с парентеральным приводит к статистически значимому уменьшению риска ПОН, инфекционных осложнений, частоты хирургических вмешательств, длительности пребывания в стационаре, снижению стоимости лечения и летальности, а положительный эффект ЭЗП напрямую зависит от его раннего начала.

Авторы нескольких рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих влияние энтерального и парентерального питания на течение ОП в зависимости от сроков начала НП, а также исследований, направленных на оценку назогастрального и назоинтестинального введения смесей при тяжелом ОП [36, 38, 39, 42, 43, 45], единодушны во мнении, что ЭЗП по сравнению с ППП дешевле, безопаснее и более эффективно с точки зрения подавления иммуно-воспалительного ответа, профилактики гнойных осложнений, сокращения общего срока госпитализации и летальности, поддержания трофического статуса.

Встречаются исследования, свидетельствующие о положительном эффекте добавок к зондовому питанию триглицеридов, глутамина и аргинина, омега-3 жирных кислот, нуклеотидов. В частности, энтеральная инфузия глутамина в составе модифицированных диет существенно ускоряет нормализацию способности тонкой кишки всасывать аминокислоты, углеводы, воду и натрий в ранней фазе ОП, в том числе и после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, но в большей мере это происходит в поздние стадии заболевания. Кроме всего прочего, глутамин является сильным антиоксидантом и предотвращает повреждение тканей свободными радикалами при метаболическом стрессе [26, 42]. Включение аргинина в энтеральные диеты снижает рост патогенных микроорганизмов, катаболизм белков, способствует заживлению гнойных ран. Применение омега-3 жирных кислот в составе питательных смесей ведет к снижению продукции интерлейкина-1 и фактора некроза опухолей, который вызывает адгезию эндотелия и лихорадочное состояние, повышает активность катаболической реакции и снижает продукцию интерлейкина-6 [26].

Таким образом, по убеждению некоторых авторов, дополнение энтерального питания пробиотиками является потенциально перспективной альтернативой, но чтобы доказать их роль в лечении ОП необходимо продолжение мультицентровых исследований [43].

Парентеральное питание. Существует крайне важный и принципиальный момент, позволяющий ряду авторов усомниться в высокой эффективности раннего энтерального питания, несмотря на сформировавшуюся в последнее время моду на него, во многом поддерживаемую коммерческими компаниями, производящими энтеральное питание и заинтересованными в его широкой реализации на медицинском рынке [1, 2, 15, 16]. В большинстве исследований, показавших высокую результативность раннего ЭЗП при ОП, в основу сравнительной оценки двух типов нутритивной поддержки были положены клинико-экономические критерии без оказания должного внимания влиянию способа питания на патогенетические

механизмы регуляции панкреатической секреции (уровень гормонов системы APUD), без дифференциального подхода в зависимости от прогноза тяжести течения ОП (легкий, средний, тяжелый), строгого отбора больных с первичным приступом болезни. Это могло способствовать ложному впечатлению о положительной роли энтерального питания в ранних фазах ОП, так как при рецидивах течение заболевания более благоприятное за счет развития периорганного и перидуктального склероза в зоне ПЖ, препятствующего уклонению панкреатических ферментов после предшествующих приступов воспаления. Кроме того, рецидивы ОП сопровождаются меньшей частотой осложнений и минимальной летальностью по сравнению с истинным ОП, т. е. первичным приступом воспаления железы [1, 2, 27, 28].

Противники раннего энтерального питания, имеющие точку зрения, отличную от модного тренда использования при ОП раннего энтерального питания, полагают, что оно стимулирует секрецию ПЖ, тем самым способствуя увеличению частоты образования кист и инфекционных осложнений со стороны как железы, так и забрюшинной клетчатки, и не рекомендуют назначать его в ранних фазах ОП, а основой лечения в этот период считают ППП, продолжительность которого зависит от тяжести заболевания [4, 9, 15, 19, 20, 27, 30] и составляет от 3 до 14 сут и более [22, 27, 28]. Считают, что длительность ППП должна быть при легкой степени ОП 5–7, при средней – 7–9 и при тяжелой – 12–17 дней [16, 27, 28].

В ходе изучения дебета сока ПЖ по наружным панкреатическим свищам установлено, что энтеральные смеси обладают стимулирующим влиянием на панкреатическую секрецию, сходную с таковой при оральном питании, причем максимальный антисекреторный эффект обеспечивает только ППП после предварительного отмывания кишечника от химуса охлажденным физиологическим раствором [1, 16]. Удаление кишечного химуса из просвета кишки приводит к уменьшению выработки гормонов системы APUD, стимулирующих панкреатическую секрецию. Отмывание кишки на фоне ППП способствует более выраженному снижению концентрации холецистокинина и других гормонов, стимулирующих экзокринную функцию ПЖ, – секретина и гастрина. При этом повышается содержание эндогенного соматостатина, оказывающего ингибирующее влияние на панкреатическую секрецию [1, 16, 30].

Учитывая данный эффект отмывания кишки, можно предположить, что введенные в тонкую кишку энтеральные смеси при раннем ЭЗП будут оказывать сходное с естественным кишечным химусом действие – стимулировать выработку гормонов системы APUD (гастрин, бомбезин, VIP, секретин) и, как следствие, панкреатическую секрецию, что противоречит основополагаю-

щему принципу лечения ОП – созданию функционального покоя ПЖ.

Высказана точка зрения о необходимости комбинированного питания (сочетание ЭЗП и ППП), поскольку только путем ППП сложно адекватно обеспечить пациента нутриентами и энергией, особенно при синдроме гиперметаболизма [19, 20, 32, 34]. Считается целесообразной этапная смена питания с непродолжительного ППП (в течение недели) на ЭЗП [29]. Это мнение базируется на оценке клинических и лабораторных показателей без патогенетического обоснования использования ЭЗП и влияния его на секрецию ПЖ. Такой унифицированный подход к выбору длительности ППП и началу энтерального или орального питания без учета прогноза тяжести течения болезни представляется патогенетически не обоснованным – должны быть выработаны четкие критерии возможности прекращения ППП, которые как раз и зависят от исходного прогноза течения ОП, обусловливающего состояние железы в разные сроки заболевания, степень «герметизации» ее протоковой системы, свидетельствующей о прекращении уклонения панкреатических ферментов в забрюшинное пространство и сосудистое русло [1, 2, 16, 27, 28]. Несомненно, что отношение к ЭЗП при ОП вызывает споры ученых и является почвой для продолжения исследований в этом вопросе.

Эффективность парентерального питания и усвоения питательных веществ зависит от своевременности его начала, полноценности обеспечения организма всеми необходимыми нутриентами и оптимальных сроков проведения. Обязательными условиями при этом являются: 1) предварительное устранение гемодинамических расстройств; 2) восполнение дефицита глобулярного объема, объема плазмы и объема циркулирующей крови; 3) ликвидация грубых расстройств кислотно-основного состояния; 4) улучшение реологических свойств крови; 5) улучшение макро- и микроциркуляции [26, 31]. Объем инфузионных сред и темп введения препаратов для парентерального питания определяются его вариантом (полное, частичное или смешанное), предполагаемой длительностью, исходным метаболическим фоном, временем возникновения заболевания и выраженностью нарушений гомеостаза [26].

Медикаментозное подавление панкреатической секреции при разных типах нутритивной поддержки. Не прекращается дискуссия относительно клинической эффективности и целесообразности применения соматостатина и его аналогов при лечении ОП, что подчеркивает необходимость проведения дальнейших исследований [7, 14]. Одни авторы считают возможным проведение ЭЗП без обязательного медикаментозного подавления секреции ПЖ [21], другие сочетают ЭЗП с введением октреотида (сандостатина), а тре-

ты полагают наиболее эффективным совместное назначение октреотида и кваматела [7, 16, 17, 24]. Последние авторы при назначении сбалансированных питательных смесей (Нутризон, Нутриэн, Изокал, Унипит и др.) октреотид вводят подкожно в течение 3 сут от момента поступления в стационар по 100 мкг 3 раза в день с интервалом 8–12 ч, а блокаду гастродуоденальной секреции осуществляют введением кваматела по 20 мг в 10 мл физиологического раствора или в 100 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно 2 раза в сутки [7, 10, 17, 24]. Еще одна группа исследователей [36] независимо от способа НП предпочитает внутривенные капельные инфузии 100 мкг октреотида 3 раза в день на протяжении 5–7 дней с учетом тяжести острой ферментемии, а для усиления блокады секреторной функции вводить квамател от 40–80 до 160 мг в сутки или омепразол 20–40 мг в сутки внутривенно капельно или перфузором.

В иностранных обзорах литературы отмечено, что, несмотря на многообещающие результаты, эффективность сандостатина при лечении ОП не доказана [33].

Есть мнение о невысокой эффективности препаратов группы соматостатина при ОП, что связано с недостаточной тропностью их к ткани ПЖ и апудоцитам двенадцатиперстной кишки ввиду распределения большей части активного вещества на экстрапанкреатических рецепторах [33]. Широкое использование октреотида ограничено его высокой стоимостью [34]. В большинстве работ не отражен дифференцированный подход к выбору и длительности проведения медикаментозной антисекреторной терапии в зависимости от тяжести течения ОП. Недостаточная доказательная база эффективности современных медикаментозных антисекреторных средств подчеркивает важность выбора оптимального способа НП в ранних фазах заболевания, гарантирующего отсутствие стимулирующего влияния на секрецию ПЖ.

Рекомендации Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма. Согласно Руководству по энтеральному питанию *Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма* (ESPEN), ЭЗП при легкой форме ОП не оказывает положительного действия на течение болезни и рекомендуется только больным со среднетяжелым и тяжелым ее течением, которые не могут принимать пищу перорально через 5–7 дней от начала заболевания. При панкреатите тяжелого течения ЭЗП должно быть дополнено парентеральным питанием, а при энтеральном питании назоеюнальный способ введения смесей более предпочтителен по сравнению с назогастральным [40].

В случаях парентерального питания введение аминокислот, глюкозы и липидов не влияет на панкреатическую секрецию и функцию ПЖ. Допускается использование липидов в составе парентерального питания при отсутствии исходной гипертриглицеридемии. Объем ППП должен снижаться по мере увеличения толерантности к ЭЗП [35, 40].

Заключение

Таким образом, существуют две основные точки зрения на выбор способа нутритивной поддержки в ранних фазах ОП (энзимной токсемии и промежуточной): раннее энтеральное питание и полное парентеральное питание длительностью в зависимости от прогноза тяжести течения болезни, но не менее 7 дней. Большинство исследований последних лет, демонстрирующих необходимость раннего ЭЗП, основано преимущественно на клинических данных, которые в существенной мере могут приводить к ложноположительным выводам при отсутствии дифференцированного анализа результатов лечения больных с первым приступом ОП, исключая его рецидивы.

Введение энтеральных смесей в тонкую кишку противоречит основополагающим принципам лечения ОП – созданию функционального покоя поджелудочной железе, так как ЭЗП стимулирует секреторную функцию, что показано в ряде экспериментальных работ и при анализе клинического течения болезни у пациентов с первичным приступом ОП [1, 2, 16, 27]. Несомненная высокая эффективность раннего энтерального питания при различных хирургических заболеваниях превратила его в модный тренд с сомнительной и недоказанной эффективностью при ОП при отсутствии четкой патогенетической аргументации.

Для обоснования действительной роли раннего энтерального питания в лечении ОП и установления объективности существующего модного тренда использования данного способа НП необходимо продолжать изучение его влияния на панкреатическую секрецию на основе оценки уровня гормонов системы APUD, регулирующих секрецию ПЖ, на фоне применения различных типов энтеральных смесей.

Учитывая вышесказанное, возможно, единственной патогенетически оправданной необходимой реальностью сегодня при выборе способа нутритивной поддержки в ранних фазах ОП является полное парентеральное питание с предварительным обязательным отмыванием кишечника от химуса охлажденным физиологическим раствором с целью устранения энтерогенного компонента панкреатической секреции в ее постпрандиальную фазу.

Список литературы

1. *Ачкасов Е.Е.* Понекротические осложнения острого панкреатита: клиника, диагностика, профилактика, лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008. — 312 с.
1. *Achkasov Ye.Ye.* Postnecrotic complications of acute pancreatitis: clinical presentation, diagnostics, prophylaxis, treatment: PhD degree thesis. — М., 2008. — 312 p.
2. *Ачкасов Е.Е., Федоровский Н.М., Пугаев А.В.* Питание больных с острым панкреатитом // Общая реаниматология. — 2008. — № 2. — С. 48–51.
2. *Achkasov Ye.Ye., Fedorovsky N.M., Pugayev A.V.* Nutrition of patients with acute pancreatitis // *Obshchaya reanimatologiya*. — 2008. — N 2. — P. 48–51.
3. *Багненко С.Ф.* Эффективность ранней энтеральной терапии и нутритивной поддержки больных с острым деструктивным панкреатитом // Вестн. интенсивной терапии. — 2008. — № 1. — С. 53–59.
3. *Bagnenko S.F.* Efficacy of early enteric therapy and nutritional support for patients with acute destructive pancreatitis // *Vestn. intensivnoy terapii*. — 2008. — N 1. — P. 53–59.
4. *Брискин Б.С., Яровая Г.А., Савченко З.И., Рыбаков Г.С.* Принципы лечения панкреатита // Хирургия. — 2001. — № 7. — С. 21–24.
4. *Briskin B.S., Yarovaya G.A., Savchenko Z.I., Rybakov G.S.* Principles of pancreatitis treatment // *Khirurgiya*. — 2001. — N 7. — P. 21–24.
5. *Верхулецкий И.Е.* и др. Раннее энтеральное питание в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита // Хирург. — 2011. — № 2. — С. 248–251.
5. *Verkhuletsky I.Ye.* et al. The early enteric feeding in complex treatment of acute destructive pancreatitis // *Khirurg*. — 2011. — N 2. — P. 248–251.
6. *Возлюбленный С.И.* Синдром энтеральной недостаточности и раннее энтеральное зондовое питание в абдоминальной хирургии: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 140 с.
6. *Vozlyublenny S.I.* Syndrome of enteric failure and early enteric nutrition in abdominal surgery: MD degree thesis. — М., 1995. — 140 p.
7. *Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю.* О применении сандостатина в абдоминальной хирургии. — Хирургия. — 1994. — № 9. — С. 45–46.
7. *Galperin E.I., Chevokin A.Yu.* Application of Sandostatin in abdominal surgery. — *Khirurgiya*. — 1994. — N 9. — P. 45–46.
8. *Гатагажева М.М.* Оценка эффективности раннего энтерального питания в интенсивной терапии у больных с острым панкреатитом по данным желудочной тонометрии: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 130 с.
8. *Gatagazheva M.M.* Evaluation of efficacy of early enteric nutrition in intensive care for acute pancreatitis according to gastric tonometry data: MD degree thesis. — М., 2010. — 130 p.
9. *Глушко В.А.* Диагностика, принципы лечения острого деструктивного панкреатита и постнекротических осложнений: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — С. 10–150.
9. *Glushko V.A.* Diagnostics, principles of treatment of acute destructive pancreatitis and postnecrotic complications: PhD degree thesis. — М., 2001. — P. 10–150.
10. *Дворецкий Л.Э., Репин В.Н.* Ранняя энтеральная нутритивная поддержка у больных с деструктивным панкреатитом: Тез. докл. IV междунар. конгр. — М., 2000. — С. 22.
10. *Dvoretzky L.E., Repin V.N.* Early enteric nutritional support at destructive pancreatitis: Abst. rep. IV international congress. — М., 2000. — P. 22.
11. *Ермолов А.С., Иванов П.А., Гришин А.В.* Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита. — Хирургия. — 2007. — № 5. — С. 4–8.
11. *Yermolov A.S., Ivanov P.A., Grishin A.V.* Pathogenic approach to diagnostics and treatment of acute pancreatitis. — *Khirurgiya*. — 2007. — N 5. — P. 4–8.
12. *Ерпулева Ю.В.* Преимущества и недостатки раннего энтерального питания. — Вестн. интенсивной терапии. — 2005. — № 2. — С. 48–50.
12. *Yerpuleva Yu.V.* Advantages and disadvantages of early enteric feeding. — *Vestn. intensivnoy terapii*. — 2005. — N 2. — P. 48–50.
13. *Захарова Е.В.* Эффективность ранней энтеральной терапии и нутритивной поддержки у больных острым деструктивным панкреатитом: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 130 с.
13. *Zakharova Ye.V.* Efficacy of early enteric therapy and nutritional support in patients with acute destructive pancreatitis: MD degree thesis. — М., 2008. — 130 p.
14. *Иванов С.В.* Лечение острого панкреатита и его осложнений: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 155 с.
14. *Ivanov S.V.* Treatment of acute pancreatitis and its complications: MD degree thesis. — М., 2005. — 155 p.
15. *Кадошчук Т.А., Каниковский О.Е., Бондарчук О.И.* и др. Профилактика инфицирования асептического панкреонекроза: Материалы XIII Междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ // *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 205–206.
15. *Kadoshchuk T.A., Kanikovskiy O.Ye., Bondarchuk O.I.* et al. Prophylaxis of infection at aseptic pancreatonecrosis: Data of the XIII International conference of surgeons-hepatologists of Russia and CIS countries // *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. — 2006. — Vol. 11, N 3. — P. 205–206.
16. *Калачев С.В.* Подавление секреции поджелудочной железы в комплексном лечении больных острым панкреатитом: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 153 с.
16. *Kalachev S.V.* Suppression of pancreatic secretion in the complex treatment of acute pancreatitis: MD degree thesis. — М., 2006. — 153 p.
17. *Костюченко А.Л., Железный О.Г., Шведов А.К.* Энтеральное искусственное питание в клинической медицине. — Петрозаводск, 2001. — С. 7–130.
17. *Kostyuchenko A.L., Zhelezny O.G., Shvedov A.K.* Enteric artificial feeding in clinical medicine. — *Petrozavodsk*, 2001. — P. 7–130.
18. *Лейдерман И.Н., Дворецкий Л.Э., Сивков О.Г.* и др. Раннее энтеральное питание при некротизирующем панкреатите «ЗА» и «ПРОТИВ»: Тез. докл. IX Междунар. конгр. «Парентеральное и энтеральное питание». — М., 2005. — С. 45.
18. *Leyderman I.N., Dvoretzky L.E., Sivkov O.G.* et al. Early enteric feeding at necrotizing pancreatitis: pro et contra: Abstr. rep. IX International conference «Parenteral and enteric feeding». — М., 2005. — P. 45.
19. *Луфт В.М., Костюченко А.Л.* Клиническое питание в интенсивной медицине. — М., 2002. — С. 10–55.
19. *Luft V.M., Kostyuchenko A.L.* Clinical nutrition in intensive medicine. — М., 2002. — P. 10–55.
20. *Луфт В.М., Луфт А.В.* Клинические аспекты нутритивной поддержки больных в медицине: идеология, возможности, стандарты // *Рос. мед. журн.* — 2009. — № 5. — С. 8–14.
20. *Luft V.M., Luft A.V.* Clinical aspects of nutritional support in medicine: ideology, potentials, standards // *Ros. med. zhurn.* — 2009. — N 5. — P. 8–14.
21. *Набиева Ж.Г., Гараев Ю.А., Ачкасов Е.Е.* и др. Современные аспекты подавления панкреатической секреции при остром панкреатите // *Хирург.* — 2011. — № 7. — С. 42–47.
21. *Nabiyeva Z.G., Garayev J.A., Achkasov Ye.Ye.* et al. Modern aspects of suppression of pancreatic secretion at acute pancreatitis // *Khirurg*. — 2011. N 7. — P. 42–47.
22. *Недашковский Э.В., Сластилин В.Ю., Бобовник С.В.* Искусственное питание при остром деструктивном панкреатите: Тез. докл. IV Междунар. конгр. — М., 2000. — С. 57.
22. *Nedashkovskiy E.V., Slastilin V.Yu., Bobovnik S.V.* Artificial nutrition at acute destructive pancreatitis: Abst. rep. IV International conference. — М., 2000. — P. 57.

23. Паскарь С.В., Петров С.В., Сапегин А.А. Особенности парентерального питания при остром деструктивном панкреатите: Тез. докл. IX Междунар. конгр. «Парентеральное и энтеральное питание». — М., 2005. — С. 62.
23. Paskar S.V., Petrov S.V., Sapegin A.A. Features of parenteral nutrition at acute destructive pancreatitis: Abstr. rep. IX International conference «Parenteral and enteric feeding». — М., 2005. — P. 62.
24. Персов М.Ю. Энтеральная нутритивная зондовая поддержка в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 150 с.
24. Persov M.Yu. Enteral tube nutritional support in complex treatment of acute destructive pancreatitis: MD degree thesis. — М., 2007. — 150 p.
25. Песикин И.Н. Клинические аспекты нутритивной поддержки при остром деструктивном панкреатите: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 130 с.
25. Pesikin I.N. Clinical aspects of nutritional support at acute destructive pancreatitis: MD degree thesis. — М., 2004. — 130 p.
26. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамашвили Т.Ш. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М., 2002. — С. 319.
26. Popova T.S., Shestopalov A.Ye., Tamazashvili T.S. et al. Nutritional support of critical patients. — М., 2002. — P. 319.
27. Пугаев А.В. Тактика лечения острого панкреатита: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989. — 460 с.
27. Pugayev A.V. Approach to treatment of acute pancreatitis: PhD degree thesis. — М., 1989. — 460 p.
28. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. — М., 2007. — С. 23–37.
28. Pugayev A.V., Achkasov Ye.Ye. Acute pancreatitis. — М., 2007. — P. 23–37.
29. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Комплексное лечение больных с панкреонекрозом // Анналы хирургии. — 1999. — № 1. — С. 18–22.
29. Savelyev V.S., Gelfand B.R., Filimonov M.I., Burnevich S.Z. Complex treatment of pancreatonecrosis // Annaly khirurgii. — 1999. — N 1. — P. 18–22.
30. Федорко Н.А. Энтеральное зондовое питание в комплексе лечения больных острым панкреатитом: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1988. — 251 с.
30. Fedorko N.A. Enteral tube nutrition in complex of treatment of patients with acute pancreatitis: MD degree thesis. — М., 1988. — 251 p.
31. Хорошилов И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. — СПб, 2006. — 342 с.
31. Khoroshilov I.Ye. Parenteral and enteric nutrition: manual. — SPb, 2006. — 342 p.
32. Casas M., Mora J., Fort E. et al. Total enteral nutrition vs. total parenteral nutrition in patients with severe acute pancreatitis // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2007. — N 5. — P. 264–269.
33. Cavallini G., Frulloni L. Somatostatin and octreotide in acute pancreatitis: the never-ending story // Dig. Liver Dis. — 2001. — Vol. 33, N 2. — P. 192–201.
34. Curtis C.S., Kudsk K.A. Nutrition support in pancreatitis // Surg. Clin. North Am. — 2007. — N 6. — P. 1403–1415.
35. Gianotti L., Meier R., Lobo D.N. et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: pancreas // Clin. Nutrition. — 2009. — N 4. — P. 428–435.
36. Ioannidis O., Lavrentieva A., Botsios D. Nutrition support in acute pancreatitis // JOP — 2008. — N 4. — P. 375–390.
37. Kumar A. et al. Early enteral nutrition in severe acute pancreatitis: a prospective randomized controlled trial comparing nasojejunal and nasogastric routes // J. Clin. Gastroenterol. — 2006. — N 5. — P. 431–434.
38. Mangiante G. et al. Artificial nutrition in severe acute pancreatitis: an evolving concept // Chir. Ital. — 2007. — N 1. — P. 75–81.
39. Marik P.E. What is the best way to feed patients with pancreatitis? // Curr. Opin. Crit. Care. — 2009. — N 2. — P. 131–138.
40. Meier R.F., Beglinger C. Nutrition in pancreatic diseases // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2006. — N 3. — P. 507–529.
41. Meier R., Ockenga J., Pertkiewicz M. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas // Clin. Nutrition. — 2006. — N 2. — P. 275–284.
42. Mossner J., Teich N. Nutrition in acute pancreatitis // Z. Gastroenterol. — 2008. — N 8. — P. 784–789.
43. Olah A., Romics L.Jr. Early enteral nutrition in acute pancreatitis-benefits and limitations // Langenbecks Arch. Surg. — 2008. — N 3. — P. 261–269.
44. Petrov M.S., Loveday B.P., Pylypchuk R.D. et al. Systematic review and meta-analysis of enteral nutrition formulations in acute pancreatitis // Br. J. Surgery. — 2009. — N 11. — P. 1243–1252.
45. Piciocchi M., Merola E., Marignani M. et al. Nasogastric or nasointestinal feeding in severe acute pancreatitis // World J. Gastroenterol. — 2010. — N 8. — P. 3692–3696.