

ЭФФЕКТЫ РАННЕЙ НУТРИТИВНОЙ И ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

И. Н. Лейдерман, В. Г. Сенцов, С. В. Воронцов

Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной центр по лечению острых отравлений
(Екатеринбург)

Актуальность. По данным Екатеринбургского городского центра по лечению острых отравлений, в общей структуре отравлений отравления прижигающими жидкостями (уксусная эссенция, растворы электролитов) находятся на 4-м месте и составляют 13—14%. Они приводят к тяжелым химическим ожогам различных отделов ЖКТ, сопровождаются гемолизом, острыми кровотечениями, развитием нефропатии (острой почечной недостаточности) различной степени тяжести. Именно пациенты с острой почечной недостаточностью являются наиболее тяжелой категорией больных при данном виде отравлений, что подтверждается достаточно высоким уровнем летальности в этой группе — около 40—50%.

Материалы и методы. Исследование проведено у 28 больных, находившихся на лечении в областном центре по лечению острых отравлений (г. Екатеринбург) с 2000 по 2001 гг. по поводу отравления прижигающими жидкостями средней и тяжелой степени, осложнившегося развитием острой почечной недостаточности, потребовавшей проведения серии сеансов гемодиализа. Оценка параметров нутритивного статуса основывалась на клинико-лабораторных параметрах: индекс масса/рост, сывороточные уровни общего белка, альбумина, абсолютное количество лимфоцитов периферической крови — и проводилась на 1, 3, 5, 7-е сутки интенсивной терапии.

Схема проведения ранней энтеральной нутритивной поддержки у больных в основной группе включала в себя:

- 1) установку назогастрального питающего зонда только в пределах жизнеспособных тканей (а не вслепую), после проведения пациенту на вторые сутки после ожога фиброгастроуденоскопии с визуальным контролем глубины и протяженности ожогового повреждения слизистой ЖКТ;

2) раннее начало энтеральной нутритивной поддержки с конца первых суток пребывания в ПИТ;

3) следующую схему энтерального питания: 1-е сутки — нутризон 250 мл (2 ккал/мл — гиперосмолярный вариант смеси), 2-е сутки — 500 мл, 3-и сутки — 750 мл, 4-е сутки — 1000 мл, 5-е сутки и далее — 1250 мл. Смесь вводилась капельно медленно в течение 10—14 часов в сутки;

4) применение свежезамороженной плазмы только при подтвержденном дефиците факторов свертывания, а 5 % или 10 % альбумина — при гипоальбуминемии менее 25 г/л.

Для оценки эффективности данного варианта нутритивной терапии мы провели контролируемое проспективное исследование у 28 больных с отравлением уксусной эссенцией, осложнившимся развитием ОПН. Больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 18 пациентов, получавших традиционный вариант инфузионной терапии натуральными коллоидами и препаратами крови. В основную группу вошли 10 пациентов, получивших раннюю энтеральную нутритивную поддержку. При стратификации использовались такие константы, как возраст пациента, доза яда, экспозиция, количество в группе пациентов с отравлениями 3-й степени, исходные значения свободного гемоглобина в крови и моче. Характеристики контрольной и основной групп приведены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика пациентов контрольной и основной групп

Показатель	Контрольная группа (n=18)	Основная группа (n=10)
Возраст, годы	47,09 ± 2,34	49,77 ± 3,34
Доза яда, мл	97,94 ± 11,09	11,8 ± 20,04
Экспозиция, ч	28,76 ± 9,44	28,60 ± 6,10
Средняя тяжесть отравления, усл. ед.	3-я степень—100%	3-я степень—100%
Свободный гемоглобин (кровь), г/л	3,22 ± 1,26	1,8 ± 0,51
Свободный гемоглобин (моча), г/л	3,20 ± 1,74	2,78 ± 1,71

Результаты исследования. Как видно из табл. 2, частота развития госпитальной пневмонии у пациентов контрольной группы достоверно превышала аналогичные значения в основной группе.

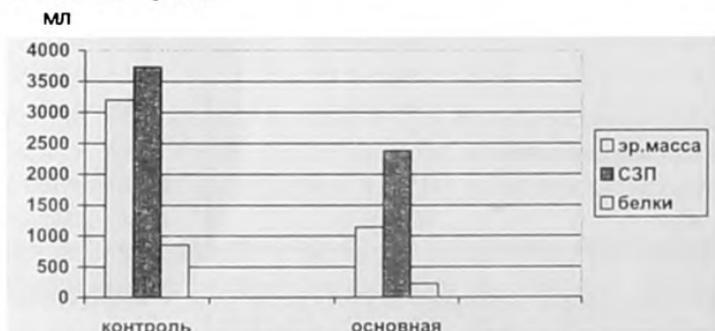
Таблица 2

Параклинические характеристики контрольной и основной групп

Показатель	Контрольная группа (n=18)	Основная группа (n=10)
Частота пневмонии	14 (18)	6 (10)
Длительность пребывания в ПИТ, сут	11,00 ± —1,0	10 ± —1,83
Расход эритроцитарной массы на одного больного, л	3197 ± —715	1148 ± —336,39*
Расход криоплазмы на одного больного, л	3730 ± —738	2381 ± —257,86*
Расход белковых коллоидов на одного больного, л	857,66 ± —130,57	225 ± —88,58*
Количество сеансов гемодиализа	3,77 ± —0,47	3,5 ± —0,75
Летальность	16 (18)	7 (10)

Примечание. Здесь и в табл. 3 * — $p < 0,05$ по сравнению со значениями в контрольной группе.

Также следует отметить достоверные отличия между контрольной и основной группами по объемам использованных белковых коллоидных препаратов и количестве израсходованной в ходе интенсивной терапии эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы (см. рис.).



Расход эритроцитарной массы, криоплазмы и белковых коллоидов (альбумин + протеин) на одного больного в контрольной и основной группах

Не обнаружено достоверных отличий между сравниваемыми группами в длительности пребывания больных в реанимационном отделении и уровне госпитальной летальности.

При проведении оценки параметров нутритивного статуса между группами не было отмечено достоверных различий в значениях индекса масса/рост. Однако в основной группе по сравнению с контрольной группой мы обнаружили достоверно ($p < 0,05$) более высокие уровни общего белка и альбумина сыворотки крови на 5-е и 7-е сутки интенсивной терапии (табл. 3).

Таблица 3

Данные лабораторного исследования в контрольной группе и основной группах на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки после отравления

Показатель	Контрольная группа (n=18)	Основная группа (n=10)
Общий белок, г/л:		
1-е сут	54,49 ± -2,83	58,92 ± -3,92
3-и »	53,18 ± -2,32	52,26 ± -2,37
5-е »	55,10 ± -2,04	53,36 ± -0,84
7-е »	53,42 ± -1,94	57,65 ± -2,404*
Альбумин, г/л:		
1-е сут	28,74 ± -1,22	30,66 ± -1,77
3-и »	28,22 ± -0,98	30,52 ± -1,08
5-е »	28,54 ± -1,09	32,23 ± -1,24*
7-е »	28,16 ± -0,96	32,85 ± -1,80*
Лимфоциты, абс.:		
1-е сут	1,47 ± -0,18	1,88 ± -0,47
3-и »	1,32 ± -0,19	1,32 ± -0,52
5-е »	1,34 ± -0,15	1,38 ± -0,20
7-е »	1,40 ± -0,16	1,85 ± -0,24
Гемоглобин крови, г/л:		
1-е сут	115,66 ± -8,48	114,7 ± -7,10
7-е »	96 ± -5,54	109,5 ± -7,75

Не обнаружено достоверных отличий между контролем и основной группой по такому маркеру нутритивного статуса, как абсолютное количество лимфоцитов в периферической крови. Так-

же группы не различались и при динамической оценке уровней гемоглобина крови на 1-е и 7-е сутки терапии.

Обсуждение. Использование ранней энтеральной нутритивной поддержки сопровождалось достоверно более низкой частотой развития госпитальной пневмонии, чем в группе пациентов, находившихся на массивных инфузиях препаратов крови. Возможно, это следует связать с неоднократно доказанным иммунодепрессивным эффектом массивных гемо- и плазмотрансфузий, а также со стабилизацией кишечного барьера на фоне раннего энтерального питания и профилактики процессов бактериальной транслокации.

Ранняя энтеральная нутритивная поддержка безлактозными и изокалорическими смесями позволила сократить расход натуральных коллоидов — альбумина и протеина, а также эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы. При этом сывороточные уровни общего белка и альбумина в основной группе были достоверно выше на 5-е и 7-е сутки, чем на фоне массивных инфузий натуральных коллоидов, осуществляемых рутинно у больных контрольной группы. Данный результат отражает реальное влияние массивных инфузий натуральных белковых коллоидов у пациентов контрольной группы на уровни циркулирующих в кровотоке белковых фракций. Очевидно, что традиционный вариант терапии не оказывает существенного воздействия на белково-энергетический обмен больного, а может лишь временно протезировать недостающие белковые субстанции сыворотки крови, не участвуя в процессах синтеза эндогенных протеинов на фоне критического состояния.

Выводы

1. Раннее энтеральное питание у больных с отравлениями прижигающими жидкостями, осложненными развитием острой почечной недостаточности, сокращает частоту развития госпитальной пневмонии.

2. Проведение ранней нутритивной поддержки у больных с отравлениями прижигающими жидкостями обеспечивает более высокие уровни общего белка и альбумина сыворотки крови на 5-е и 7-е сутки интенсивной терапии, чем у больных, получающих массивные инфузии натуральных коллоидов, что приводит к досто-

верному сокращению расхода на одного пациента растворов альбумина, эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы и соответствующей экономии бюджетных средств.

3. Такие маркеры нутритивного статуса, как индекс масса/рост и абсолютное количество лимфоцитов крови, не могут использоваться у больных с отравлениями прижигающими жидкостями, осложненными ОПН, вследствие своей низкой информативности.

4. Необходимы дальнейшие исследования по изучению эффектов ранней нутритивной поддержки у больных с отравлениями прижигающими жидкостями, осложнившимися развитием острой почечной недостаточности, для получения более убедительных результатов на статистически значимой выборке пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ И НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ

И. Н. Лейдерман, В. Г. Сенцов, С. В. Воронцов

Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной центр по лечению острых отравлений
(Екатеринбург)

Актуальность. Отравления прижигающими жидкостями (ПЖ) — очень распространенный вид отравления. Ежегодно в Екатеринбургский городской центр по лечению острых отравлений поступает 180—230 больных с отравлениями ПЖ. Летальность при этом колеблется от 9 до 12%. Высоким остается количество осложнений, таких как вторичные кровотечения и рубцовые стриктуры. Все это требует максимально ранней и максимально точной диагностики распространенности и степени тяжести химического ожога верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Отравления прижигающими жидкостями (уксусная эссенция, растворы электролитов) приводят к тяжелым химическим ожогам различных отделов ЖКТ, сопровождаются гемолизом, острыми кровотечениями, развитием нефропатии (острой почечной недостаточности) различной степени тяжести.