

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ПО ДАННЫМ РУКОВОДСТВА ESPEN

(По Kreymann K.G., Berger M.M., Deutz N.E.P., Hiemayr M., Jolliet P., Kazandjiev G., Nitenberg G., van den Berghe G., Wernerman J., (German Society for Nutritional Medicine) Ebner C., Hartl W., Heymann C., Spies C. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care // Clin. Nutr. – 2006. – 25: 210-223)

Краткое изложение принятых решений: Интенсивная терапия

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
Показания	Всем больным, у которых не ожидается полное пероральное питание на протяжении 3 дней, следует назначить энтеральное питание (ЭП)	С	1
Реализация	Отсутствуют данные, свидетельствующие об улучшении показателей исхода заболевания при использовании у больных в критическом состоянии раннего ЭП		2
	Все же экспертный комитет рекомендует, что у больных в критическом состоянии со стабильной гемодинамикой и сохраненной функцией желудочно-кишечного тракта необходимо использовать раннее (<24 ч) с назначением адекватного количества питательных веществ	С	2
	Применимые во всех случаях рекомендации относительно количества питательных веществ дать невозможно, поскольку ЭП должно соответствовать этапу/направленности течения заболевания и степени усвоения продуктов питания кишечником. Экзогенное поступление энергии:		3
	- на протяжении острого и исходного периода критического состояния: более 20-25 ккал/кг массы тела/сут может сопровождаться менее благоприятным исходом	С	3
	- на протяжении анаболического восстановительного периода целью должно быть обеспечение 25-30ккал/кг массы/сут	С	3
	Больные с выраженным недостатком питания должны в целом получать ЭП в количестве 25-30 ккал/кг масс тела/сут. Если данные целевые значения достичь не удастся, дополнительно необходимо использовать парентеральное питание	С	9
Рассмотреть вопрос о в/в использовании метоклопрамида или эритромицина у больных с непереносимостью энтерального питания (например, с большим резидуальным желудочным объемом)	С	6	
Способ поступления	У больных в критическом состоянии отсутствует существенная разница эффективности питания с введением пищи в тощую кишку и введением в желудок	С	4
	У больных с сохраненной переносимостью ЭП, и у которых при питании могут быть достигнуты ориентировочные целевые значения, следует избегать дополнительного назначения парентерального питания	А	8
	У больных, которые не могут получить адекватного питания энтеральным путем, следует использовать дополнительное парентеральное питание	С	8
	У больных с непереносимостью ЭП рассмотреть вопрос о тщательно спланированном парентеральном питании в количестве, необхо-	С	8

	димом для обеспечения калоража, но не превышающем индивидуальные потребности пациента в питательных соединениях		
Тип формулы препарата	Препараты на основе формулы с цельным белком приемлемы для большинства больных, поскольку преимущество препаратов на основе пептидов выявить не удастся	C	5
	Препараты с формулой, оказывающей влияние на иммунную систему (обогащенные аргинином, нуклеотидами и ω -3 жирными кислотами), эффективнее стандартных препаратов для энтерального питания:	A	10.1
	- у плановых хирургических больных с патологией верхнего отдела ЖКТ (см. руководство по обеспечению хирургических вмешательств)	B	10.2
	- у пациентов с сепсисом умеренной степени (APACHE II < 15)	B	10.2
	- однако, у больных с тяжелым сепсисом препараты на основе формулы, оказывающей влияние на иммунную систему, могут оказывать неблагоприятный эффект и поэтому не рекомендуются	A	10.3
	- у больных с травмой (см. руководство по обеспечению хирургических вмешательств)	B	10.5
	- у больных с РДСВ (препараты, содержащие ω -3 жирные кислоты и антиоксиданты)		
Для ожоговых больных рекомендации относительно препаратов на основе формулы, оказывающей влияние на иммунную систему, дать невозможно в связи с недостаточным количеством данных		10.4	
У ожоговых больных микроэлементы (Cu, Se и Zn) следует добавлять в более высоких количествах относительно стандартных доз	A	10.4	
Больным в отделении интенсивной терапии в очень тяжелом состоянии, которые не усваивают более 700 мл препарата для энтерального питания в сут, не следует назначать препараты на основе формулы, оказывающей влияние на иммунную систему: обогащенные аргинином, нуклеотидами и ω -3 жирными кислотами	B	10.6	
Глутамин следует добавит в стандартные препараты для энтерального питания у:	A	12.1	
- ожоговых больных	A	12.1	
- больных с травмой		12.2	
Недостаточно данных в поддержку добавления глутамина у хирургических больных и больных в критическом состоянии разног профиля			

ПОКАЗАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ (ЭП)

1. Когда больным в отделении ИТ показано ЭП?

Всем больным, у которых не ожидается полного перорального питания на протяжении 3 дней, следует назначить ЭП (С).

2. Эффективное ли при критических состояниях раннее ЭП (<24-48 ч после поступления в ИТ), чем отсроченное ЭП?

Для больных в критическом состоянии отсутствуют данные, свидетельствующие об улучшении параметров исхода заболевания при использовании раннего ЭП. Однако, экспертный комитет поддерживает точку зрения, что у больных в критическом состоянии со стабильной гемодинамикой и сохраненной функцией желудочно-кишечного тракта необходимо, по возможности, использовать раннее питание (<24 ч) с поступлением адекватного количества питательных соединений.

3. В каком количестве должны больные в критическом состоянии получать ЭП?

Применимые во всех случаях рекомендации о количестве питательных веществ дать невозможно, поскольку ЭП должно соответствовать этапу/направленности течения заболевания и степени усвоения кишечником. На протяжении острого и исходного периода критического состояния более 20-25 ккал/кг массы тела/сут может сопровождаться менее благоприятным исходом (С).

4. Какой путь для ЭП предпочтительнее?

У больных в критическом состоянии отсутствует существенная разница эффективности питания с введением пищи в тощую кишку в сравнении с введением в желудок (С).

5. Являются ли препараты с формулой на основе пептидов предпочтительными перед препаратами с формулой на основе цельного белка?

Для препаратов с такой формулой у пациентов в критическом состоянии клинического преимущества не выявлено (1a). Таким образом, препараты на основе цельного белка приемлемы для большинства больных.

6. Когда у больных в критическом состоянии должны использоваться прокинетики?

Рассмотреть вопрос об использовании метоклопрамида или эритромицина у больных с непереносимостью энтерального питания (например, с большим резидуальным желудочным объемом) (С).

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ПАРЭНТЕРАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ

7. Следует ли отдавать предпочтение ЭП перед ПН?

Больные, питание которых можно осуществлять энтеральным путем, должны получать ЭП (С).

8. При каких условиях ПП должно быть назначено дополнительно к ЭП?

У больных с сохраненной переносимостью ЭП и у которых при питании могут быть достигнуты ориентировочные целевые значения, следует избегать дополнительного назначения парентерального питания (А).

Больным, которые не могут получить питание в достаточном количестве энтеральным путем, для покрытия дефицита следует дополнительно назначить парентеральное питание (С). Больным с непереносимостью ЭП может быть предложено тщательно спланированное парентеральное питание в количестве равным, но не превышающим индивидуальные потребности пациента в питательных соединениях (С). Использование питательных веществ в чрезмерном количестве следует исключить.

9. Следует ли осуществлять питание спровоцированных больных (т.е. с недостатком питания, хроническим заболеванием, сопровождающимся катаболизмом) иным путем?

Больные с выраженным недостатком питания должны получать ЭП объемом до 25-30 ккал/кг массы тела/сут. Если не удастся достигнуть данных целевых значений, необходимо дополнительно использовать парентеральное питание (С).

10. Имеют ли препараты с формулой, оказывающей влияние на иммунитет (обогащенный аргинином, нуклеотидами и ω-3 жирными кислотами), преимущества перед стандартными препаратами для энтерального питания у какой-либо группы больных в критическом состоянии?

10.1 У плановых больных хирургического профиля с патологией на верхнем этаже желудочно-

кишечного тракта: Да (А). См. руководство по хирургии.

10.2. Больные с сепсисом умеренной степени (APACHE II < 15) должны получать ЭП препаратами, оказывающими влияние на иммунную систему, в данном составе (В). У больных с сепсисом тяжелой степени зафиксировать позитивный результат не удастся; в таких случаях препарат с формулой, оказывающий влияние на иммунную систему, может вызывать неблагоприятный эффект, поэтому не рекомендуется. (В).

10.3. Травма: Да (А). См. руководство по хирургии.

10.4. Ожоги: Для ожоговых больных рекомендации относительно добавления ω -3 жирных кислот, аргинина, глутамина или нуклеотидов не могут быть даны в связи с недостаточным количеством данных. Микроэлементы (Cu, Se, Zn) следует добавить в более высоких, чем стандартные, дозах. (А).

10.5. РДСВ: Больные в отделении интенсивной терапии, находящиеся в очень тяжелом состоянии, которые не усваивают более 700мл ЭП/сут, не должны получать препарат, обогащенный ангионом, нуклеотидами и ω -3 жирными кислотами (В).

12. Следует ли дополнять ЭП глутамином?

12.1. Глутамин следует добавлять к стандартному препарату для энтерального питания у ожоговых больных (А) и больных с травмой (А).

12.2. Недостаточно данных в поддержку добавления глутамина у хирургических больных или больных в критическом состоянии разного профиля.