

циация ( $\tau = 0,06$ ;  $p = 0,034$ ) между желаемым количеством детей и представлением себя в роли родителя. Влияние собственного финансового положения на желание стать родителем находится в статистически значимой слабой обратной ( $\tau = -0,123$ ;  $p < 0,001$ ) ассоциативной взаимосвязи с желаемым количеством детей.

Были выявлены статистически значимые взаимосвязи между желаемым количеством детей: слабая обратная статистически значимая ( $\tau = -0,151$ ;  $p < 0,001$ ) ассоциация с необходимостью иметь собственное жилье, слабая обратная статистическая связь ( $\tau = -0,07$ ;  $p = 0,013$ ) с рождением ребенка в брачных отношениях. Таким образом, результаты проведенного анкетирования среди студентов г. Гомеля свидетельствуют о значимой роли социальных факторов в планировании будущей семьи.

#### **Выводы**

1. Установлено, что большинство респондентов планируют иметь двух и более детей.
2. Социальные факторы: наличие собственного жилья, влияние финансового положения находятся в обратной взаимосвязи с желаемым количеством детей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Данные переписи населения 2009 г. (Электронный ресурс) — Режим доступа: <http://belstat.gov.by/homep/ru/perepic/2009/itogil.php> (дата доступа: 26.03.2012).
2. Демографическая ситуация, человеческий и социальный капитал Республики Беларусь: системный анализ и оценка / С. Ю. Солодовников [и др.] — Минск: «Белорусская наука», 2008. — С. 10–75.
3. Проблемы и перспективы стабилизации демографической ситуации в Республике Беларусь / И. В. Малахова [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2009. — № 4. — С. 11.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М.: Медиасфера, 2002. — 312 с.

**УДК 616.37-002+613.2.032.33**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГО ОДП В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Прокопенко Г. М.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острый панкреатит постоянно лидирует как причина наибольших абсолютных потерь в группе острых абдоминальных заболеваний [2, 4]. При анализе неудач в лечении этого заболевания видна нерешенная проблема коррекции метаболических нарушений. По данным В. М. Луфта [1, 3], признаки трофологической недостаточности выявляются у 18–43 % пациентов хирургических клиник. Вынужденное голодание в начале заболевания, формирование синдрома гиперкатаболизма в последующем и часто невозможность адекватного возмещения метаболических потребностей у пациентов приводят к формированию у них белково-энергетического дефицита [1, 3, 5]. Кризисная ситуация в освещении данного вопроса состоит в том, что до настоящего времени не выработаны единые подходы к реализации нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений у больных ОДП [3, 5].

#### **Цель исследования**

Обоснование необходимости коррекции состояния питания у пациентов с ГО ОДП как важного фактора, позволяющего улучшить результаты лечения.

#### **Материал и методы исследования**

Обследованы 67 пациентов, оперированных по поводу ГО ОДП. В зависимости от проводимой нутритивной поддержки больные были разделены на 2 группы. В 1-ю (контрольную)

вошли 35 больных, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию. Вторую (основную) группу составили 32 пациента, у которых в комплексе интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание. Дозировка препарата рассчитывалась исходя из фактической потребности больного в энергии и основных нутриентах.

### **Результаты и обсуждение**

На момент оперативного вмешательства у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие тяжелой питательной недостаточности. В 1 группе наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела (ФМТ) до  $17,56 \pm 1,03$  % ( $p = 0,05$ ). У больных 2 группы наблюдалась стабилизация показателей дефицита массы тела (МТ) и процентного дефицита ФМТ. Так, дефицит ФМТ составлял  $14,21 \pm 0,58$  %, а дефицит МТ  $10,62 \pm 0,55$  кг на одного пациента. Выявлены достоверные различия при сравнении дефицита ФМТ ( $p = 0,025$ ) и различия на уровне статистической тенденции при сравнении окружности плеча ( $p = 0,066$ ), толщины кожно-жировой складки ( $p = 0,058$ ) и окружности мышц плеча ( $p = 0,068$ ). Это свидетельствует о том, что у больных 2 группы в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита ФМТ, что объясняется соответствием расчетных энергопотребностей и проводимого энтерального питания. В 1 группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита МТ. Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита МТ, который к 20 суткам после операции достигал  $21,74 \pm 0,89$  % ( $p = 0,03$ ), что составляло  $16,13 \pm 0,91$  кг ( $p = 0,04$ ) на одного пациента. Во 2 группе дефицит МТ статистически значимо уменьшился с  $14,21 \pm 0,58$  до  $12,25 \pm 0,48$  % ( $p = 0,02$ ), что составляло  $9,63 \pm 0,48$  кг. Это свидетельствует о том, что пациенты 2 группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. Полученные данные соматометрических исследований свидетельствуют о том, что в послеоперационном периоде у всех больных имеет место питательная недостаточность. Вместе с тем, на фоне адекватно проводимой нутритивной терапии степень питательной недостаточности во 2-й группе минимальна и не имеет тенденции к нарастанию, а в 1-й группе наблюдается прогрессирование питательной недостаточности.

### **Выводы**

1. У больных с ГО ОДП выявляются тяжелые нарушения белкового и энергетического обмена, что клинически проявляется снижением функциональных резервов организма.
2. Исходя из оценки трофологического статуса установлено, что в раннем послеоперационном периоде необходимость и объем нутриционной терапии возрастают, что обусловлено тяжестью хирургического вмешательства и особенностями послеоперационного ведения больных, затрудняющих адекватное получение и усвоение нутриентов.
3. Указанный комплекс патологических реакций обуславливает, необходимость коррекции метаболических потребностей организма как составной части патогенетической терапии ОДП.
4. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в раннем послеоперационном периоде. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Луфт, В. М. Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. рук. / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ Ас-ПЭП, 2002. — 175 с.
2. Гостищев, В. К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом: матер. съезда «IX Всероссийский съезд хирургов», Волгоград, 20–22 сент. 2000 г. / Г. В. Гостищев, В. А. Глушко. — Волгоград, 2000. — С. 30–31.
3. Лященко, Ю. Н. Основы энтерального питания / Ю. Н. Лященко, А. Б. Петухов. — М.: Вега Интел XXI, 2001. — 343 с.
4. Нестеренко, Ю. А. Лечение гнойных осложнений панкреонекроза: матер. конг. «Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова» / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлулов, Р. Ю. Тронин. — М., 2001. — С. 117–118.
5. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.