

Основные принципы назначения парентерального питания: должны вводиться параллельно с аминокислотными смесями, скорость введения должна составлять не более 50 мл в час, инфузионные системы меняют каждые 24 ч, в состав парентерального питания обязательно должна входить глюкоза. При нутритивной поддержке на фоне функциональных нарушений может возникать ряд осложнений метаболические (расстройства буферных систем, реологических свойств и дисбаланс электролитов) и инфекционные (флебиты, тромбозы и ангиогенный сепсис). Для эффективности лечебного питания следует придерживаться следующих критериев сохранения массы тела и восстановление белково-энергетической недостаточности. Одно из направлений парентерального питания является фармакологическое питание, которое рассматривает нутриенты в качестве лекарственных средств. Основными компонентами данного направления являются аминокислоты, липиды, антиоксиданты. Данные группы препаратов оптимизируют иммунный ответ организма, повышают барьерные функции слизистых и нормализуют азотистый баланс. Существует ряд рекомендаций клинических мировых сообществ по проведению парентеральной терапии (таблица 1).

Таблица 1 — Мировые рекомендации по проведению нутритивной терапии

Показатели	АКЕ*	ESPEN**	ASPEN***
Энергия, ккал/кг	20–30 (ожоги — 40)	Не более 2000	20–35
Аминокислоты, г/кг/сут	1,2–2	1–1,5	1–2
Глюкоза, г/кг/сут	3–5	до 5	до 7
Жиры, г/кг/сут	1–1,5	1–1,8 (не более 2)	1–1,5
Жидкость, мл/кг/сут	20–40	20–40	30–40

Примечание.* — Австрийское Общество клинического питания; ** — Европейская Ассоциация парентерального и энтерального питания; *** — Американская Ассоциация парентерального и энтерального питания.

Выводы

Своевременная и профессионально организованная программа нутритивной поддержки тяжелобольных пациентов позволяет повысить у этой категории пациентов качество жизни, снизить риск развития тяжелых осложнений, а в ряде случаев даже продлить жизнь. Стандартные смеси не полностью покрывают повышенные потребности пациентов с постреанимационной болезнью ввиду несбалансированности макро- и микронутриентов. Поэтому ключевую роль в адекватной парентеральной терапии должны приобрести индивидуализированный сбалансированный подход к питательным средам и правильный выбор смеси.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неговский, В. А. Постреанимационная болезнь / В. А. Неговский, А. М. Гурвич, Е. С. Золотокрылина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М., 1987. — 480 с.
2. Вретлинд, А. Клиническое питание / А. Вретлинд, А. Суджан. — М., 1990. — 190 с.
3. Костюченко, А. Л. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине / А. Л. Костюченко, Э. Д. Костин, А. А. Курыгин. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 250 с.

УДК 618.146-006.6:616.988-006.52

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Медведев М. А., Лазаренко Т. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: к.б.н., доцент *Е. И. Дегтярева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие вирус папиллома человека ассоциированного рака шейки матки сопровождается существенными изменениями иммунитета, тем более что в этиопатогенезе этого забо-

левания имеют определенное значение вирусные агенты [1]. Изменения выражаются, главным образом, в снижении количества и функциональных показателей клеток иммунитета, затрагивающих Т-лимфоциты, НК-клетки, цитотоксические моноциты и макрофаги, ЛАК-клетки, в нарушении баланса субпопуляций Т-лимфоцитов, появлении в циркуляции незрелых Т-клеток, нарушении функции Т-хелперов, усилении продукции провоспалительных цитокинов [2]. При этом показатели гуморального иммунитета практически соответствуют нормальным даже на поздних стадиях развития опухоли.

Цель

Проанализировать влияние иммуномодулирующей терапии на состояние гуморального иммунитета у пациенток при вирус папиллома ассоциированном раке шейки матки.

Материал и методы исследования

Проведен анализ показателей гуморального и клеточного иммунитета до и после сочетанного химиолучевого лечения, проведенного 87 пациенткам с вирус папиллома ассоциированным раком шейки матки. 57 больных составили основную группу, которым проведено сочетанное одновременное химиолучевое лечение с включением в терапию иммунопрепарата Лавомакс. Контрольную группу составили 30 больных, получивших только химиолучевое лечение. Все больные как контрольной, так и основной групп были ВПЧ-позитивными.

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационный период наблюдения всем пациенткам было выполнено дообследование в объеме взятия цитологических мазков с влагалищной порции шейки матки, кольпоскопическое исследование, клинические анализы крови и анализ крови на иммунологические показатели. Иммунологические показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Иммунологические показатели у пациенток с диагнозом рак шейки матки

Показатели	Показатели в норме	Химиолучевое лечение и иммунотерапия	Химиолучевое лечение
CD 3	$60 \pm 5 \%$	$55,5 \pm 0,6$	$39,2 \pm 0,4$
CD 4	$40 \pm 3 \%$	$39 \pm 0,5$	$25 \pm 0,2$
CD 8	$20 \pm 2 \%$	$18,9 \pm 0,6$	$16,3 \pm 0,3$
CD 20	$24 \pm 2 \%$	$24 \pm 0,8$	$24 \pm 0,6$
CD 16	$10 \pm 2 \%$	$10,1 \pm 0,5$	$10,6 \pm 0,4$
CD 95	$24 \pm 4 \%$	$24,5 \pm 0,6$	$21,3 \pm 0,8$
CD 25	$25 \pm 3 \%$	$23,4 \pm 0,3$	$13,6 \pm 0,9$
CD 71	$20 \pm 2 \%$	$21,5 \pm 0,5$	$20,1 \pm 1,1$
Ig A	$197 \pm 24 \text{ мл } \%$	189 ± 3	$156 \pm 2,5$
Ig M	$105 \pm 9 \text{ мг } \%$	$140,7 \pm 2,4$	$166,2 \pm 1,9$
Ig G	$1320 \pm 119 \text{ мг } \%$	$1403,1 \pm 31,2$	$1633,3 \pm 20,2$

Все пациентки получали сочетанное химиолучевое лечение, лучевую терапию в СОД 49,3 Гр (РОД 1,7 Гр, 29 фракций) в течение 5-ти недель. Суммарная доза облучения на параметрий составляла 75 Гр и на стенки таза — 55 Гр. Инфузию 5-фторурацила в дозе 1000 мг/м^2 и цисплатина в дозе 40 мг/м^2 проводили еженедельно на фоне лучевой терапии. В основной группе одновременно с химиолучевым лечением был введен иммунокорректирующий препарат Лавомакс. Препарат назначался внутрь в первые два дня по одной таблетке (0,125 г) 1 раз в сутки, затем 0,125 г один раз в два дня. Иммуностимулирующий эффект препарата Лавомакс обусловлен γ -интерферон-индуцирующим действием, что вызывает активацию Т-лимфоцитов, усиление антителообразования и стимуляцию фагоцитоза макрофагами. Его действие направлено на усиление распознавания вирусных антигенов иммунокомпетентными клетками и уничтожение очагов вирусной инфекции, что является основополагающим в лечении РШМ, поскольку персистенция ВПЧ считается одной из причин рецидива заболевания. Согласно клиническим наблюдениям, лечение пациентки переносили хорошо, побочных явлений в процессе лечения не было выявлено [3].

Выводы

Применение препарата Лавомакс в комплексной терапии при ВПЧ-ассоциированном РШМ позволяет снизить рецидивы в первые 12 месяцев после операции без развития нежелательных побочных эффектов. Стоит отметить отсутствие негативных эффектов от применения Лавомакса в ходе всего курса лечения. Иммунологические расстройства при пре-инвазивном и микроинвазивном раке шейки матки имеют сложный комбинированный характер, и указывают на глубокую вовлеченность иммунной системы в процессе развития РШМ. При этом развитие и прогрессия РШМ сопровождается нарушением клеточного и гуморального иммунитета, проявляющемся снижением численности CD3+ Т-лимфоцитов, CD4+ Т-хелперов, и CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов уже на ранних стадиях, а НК- и В-клеток, начиная со II стадии, и предрасположенностью данных клеток к апоптозу при развитии и прогрессии РШМ. Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что комплексный подход в лечении ВПЧ-ассоциированного преинвазивного РШМ позволяет достичь клинически значимого снижения риска рецидива в первые 12 месяцев после хирургического лечения, что особенно актуально в группе пациентов репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова, Е. Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки / Е. Г. Новикова // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс, 2000. — С. 153–159.
2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. — Л.: Медицина, 1989. — 360 с.
3. Иммуноterapia в комплексной терапии рака шейки матки / Ф. Н. Каримова [и др.] // Доклады академии наук республики Таджикистан. — 2011. — Т. 54, № 8. — С. 55–68.

УДК 616.381-072.1:617.55-007.431

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Медведев М. А., Лазаренко Т. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н, доцент В. И. Батюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пациенты с грыжами передней брюшной стенки составляют до 25 % от всех больных общехирургического стационара [1]. Заболеваемость грыжами передней брюшной стенки с каждым годом имеет тенденцию к увеличению. Рост числа грыженосителей также связан со старением населения, страдающих полиорганной сопутствующей патологией и нарушениями обмена веществ, которые способствуют формированию грыж [2]. С целью устранения грыжевого дефекта разработано ряд методик, как натяжных, аутопластических способов за счет собственных тканей пациента, так и ненатяжных, сложных реконструктивных операций с использованием искусственных материалов [3]. Относительными противопоказаниями к лапароскопической герниопластике являются перенесенные ранее операции в нижней части брюшной полости, а также очень большие невправимые пахово-мошоночные и ущемленные грыжи.

Цель

Изучить современные методики в лечении грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования

Использовались научные статьи и монографии.

Результаты исследования и их обсуждение

Грыжа — это выпячивание органа или его части, покрытого париетальной брюшиной, через естественные или искусственно созданные слабые места передней брюшной стенки [3]. Существует ряд противопоказаний к оперативному лечению: Острые инфекционные