

клеточных лимфом. Химиотерапия лимфом Беркитта начиналась с введения цитостатиков на фоне непрерывной гидратации (1,5–2 л/м²), затем вводился метотрексат (в течение первых 30 мин в 10 % от расчетной дозы препарата, затем в течение 23,5 ч — оставшаяся расчетная доза). Через 42 ч от начала введения метотрексата вводят антидот — кальция фолинат (каждые 6 ч). Доза кальция фолината корректируется в зависимости от скорости выведения метотрексата, то есть уровня метотрексата в сыворотке крови [6].

Выводы

Таким образом, подходы к лечению НХЛ к настоящему времени претерпели изменения. Стандартом терапии Т- и В-клеточных лимфом на сегодняшний день является химиотерапия с добавлением моноклонального антитела ритуксимаб — схема R-СНОР. С целью профилактики осложнений химиотерапии используются антибактериальные, противогрибковые препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивник, А. В. Лимфомы у ВИЧ-инфицированных больных: обзор литературы / А. В. Пивник, М. В. Туманова, Н. В. Серегин // Клиническая онкогематология. — 2013. — Т. 7, № 3. — С. 3–10.
2. Неходжжинские лимфомы [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/5165336>. — Дата доступа: 16.03.2018.
3. Неходжжинские лимфомы — диффузная В-крупноклеточная лимфома [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://medbe.ru/materials/leukemiya-i-leukozy-belokrovie/nehodzhzhinskie-limfomy>. — Дата доступа: 16.03.2018.
4. Эффективность терапии пациентов с неходжжинскими лимфомами с использованием препарата ритуксимаб [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article=1839>. — Дата доступа: 12.03.2018.
5. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований [электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://omr.by/assets/doc/spec8/41 Non Hodgkin s Lymphoma.pdf](http://omr.by/assets/doc/spec8/41%20Non%20Hodgkin%20s%20Lymphoma.pdf). — Дата доступа: 12.03.2018.
6. Berzofsky, J. A. Strategies to use immune modulators in therapeutic vaccines against cancer / J. A. Berzofsky, M. Terabe, L. V. Wood // Semin Oncol. — 2012. — Vol. 39, № 3. — P. 348–357.

УДК 616-391.06-089-052+613.2.032.33

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Медведев М. А., Лазаренко Т. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Постреанимационная болезнь — это комплекс патологических изменений, включающих осложнения реанимации и болезни оживления организма [1]. В основе реанимационной болезни лежит гипоксия. На фоне недостатка кислорода нарушается трофика тканей и происходит ряд дегенеративных изменений, зачастую необратимых. Критериями эффективности проведения лечебного питания служат сохранение массы тела, купирование белково-энергетической недостаточности и метаболических нарушений. Парентеральная нутритивная поддержка проводится, преимущественно, в отделениях интенсивной терапии [2].

Цель

Провести анализ основных методов нутритивной поддержки пациентов с постреанимационной болезнью и донести важность проведения данных мероприятий.

Материал и методы исследования

Использовались справочники по основным видам нутритивной поддержки, монографии и обзор научных статей.

Результаты исследования и их обсуждение

Нутритивную поддержку следует начинать в первые 24–48 ч после стабилизации состояния пациента. Под парентеральным питанием понимают способ введения необходимых организму нутриентов, минуя желудочно-кишечный тракт, непосредственный в кровь [3]. Парентеральное питание может быть дополнительным, когда применяется в сочетании с зондовым или пероральным питанием, и полным, когда все нутриенты вводятся только внутривенно.

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 оптимизирует 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-