

операционных осложнений сокращение длительности пребывания больных в реанимационном и хирургическом отделениях позволило снизить финансовые расходы на лечение данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шотт, А. В. Выбор метода лечения острого панкреатита / А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Кондратенко // Проблемы хирургии в современных условиях: матер. XIII съезда хирургов Республики Беларусь. — М. — Т. 2. — С. 226–228.
2. Багненко, С. Ф. Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы: альманах ин-та хирургии им. А. В. Вишневского / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // — 2008. — № 3. — С. 104–112.
3. Ярема, И. В. Аутоиммунный панкреатит / И. В. Ярема, С. В. Колобов, В. П. Шевченко. — М.: ГОУ ВИНЦ МЗ РФ, 2003. — 208 с.
4. Пугаев, А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — 336 с.
5. Tolstoy, A. D. First experience in treating severe acute pancreatitis with recombinant human interleukin-2 / A. D. Tolstoy, M. N. Smirnov, M. I. Andreev // Int J Immunorehabilit. — 2000. — Vol. 2 (3). — P. 126–130.

УДК 616.37-002.4-08+613.2.032.033

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М., Дундаров З. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Присоединение инфекции при панкреонекрозе резко ухудшает прогноз заболевания и в 1,5–2 раза увеличивает летальность. Гнойные осложнения (ГО) развиваются у 30 % больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) и диагностируются в сроки от 14 до 30 дней с момента развития острого панкреатита [1, 2]. Современные представления об интенсивной терапии основываются на необходимости проведения в послеоперационном периоде направленной коррекции метаболических расстройств и адекватного обеспечения энергопластических потребностей организма [3, 4]. Многочисленные исследования [4] указывают на тот факт, что снижение питания ослабляет защитные силы организма по отношению к инфекции за счет снижения гуморального и клеточного иммунитета. К сожалению, нарушение питания редко упоминаются в числе сопутствующих заболеваний [4]. О влиянии состояния питания на течение заболевания наглядно свидетельствуют данные G. Vuzby и соавт [5]: при снижении массы тела пациентов на 5 %, койко-день увеличивается в 2 раза, а частота различных осложнений в 3,3 раза. Нарушения питания у хирургических больных приводят к увеличению послеоперационных осложнений в 6 раз, а летальность увеличивается в 11 раз, в то же время при адекватной нутритивной поддержке частота осложнений уменьшается в 2–3 раза, летальность — в 7 раз [3, 4, 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, 4, 5].

Цель исследования

Выявление взаимосвязи клинического исхода заболевания и степени нутритивной недостаточности у больных с ГО ОДП.

Материал и методы

Обследованы 67 пациентов, оперированных по поводу ГО ОДП. Все пациенты получили стандартную базовую терапию, полный объем необходимых хирургических вмешательств и весь комплекс мероприятий по общему уходу и реабилитации. Больные 1 группы (35 пациентов) в послеоперационном периоде получали нутритивную поддержку, преимущественно, парентеральным путем. Нутритивная поддержка больных во 2 груп-

пе (32 пациента) проводилась, преимущественно, энтеральным (энтеральные полисубстратные смеси с содержанием белка 80–100 г/сутки или 2000–2500 ккал/сутки) путем. Антропометрические критерии нутритивного статуса измеряли в соответствии с общепризнанными требованиями [4]. Влияние поддерживающей нутриционной терапии на течение заболевания оценивали по следующим критериям: 1) частота развития общих осложнений (пневмонии, пролежни, эрозивно-язвенные поражения проксимальных отделов ЖКТ); 2) объем инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде; 3) сроки созревания грануляций в раневых полостях и нормализации лабораторных показателей; 4) срокам лечения.

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) в послеоперационном периоде 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.

С наибольшей частотой осложнения послеоперационного периода встречались в 1 группе и составили 72,8 % от общего их числа. Показания для гемотрансфузии, чаще, возникали у больных 1-й группы, средний объем перелитых компонентов крови в первой и второй группах составил соответственно $5,3 \pm 1,1$ и $2,1 \pm 0,9$ л. Использование нутриционной терапии позволило оптимизировать процесс созревания грануляций без признаков гипертрофии. Раны у больных 2-й группы очищались в среднем на $6,5 \pm 1,7$ сут раньше, чем у больных 1-й группы.

Выводы

1. На основании комплексного исследования трофологического статуса больных с ГО ОДП установлено, что на момент операции имеют тяжелый белково-энергетический дефицит.

2. В связи с этим необходима как можно более ранняя и полноценная коррекция нутритивной недостаточности, предупреждая развитие белково-энергетической недостаточности, трофических осложнений со стороны ЖКТ (стрессовые язвы, парезы желудка и кишечника), и вторичных трофических нарушений, возникающих на фоне стрессорного истощения и снижения иммунитета.

3. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в предоперационном периоде и продолжать в течение 10–12 суток после операции. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

4. Применение нутриционной поддержки позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, что выражается в снижении объема инфузионной терапии, частоты общих и местных осложнений, уменьшении сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гостищев, В. К.* Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом: матер. IX Всерос. съезда хирургов / В. К. Гостищев, В. А. Глушко. — Волгоград, 2000. — С. 30–31.
2. *Данилов, М. В.* Хирургическое лечение гнойного панкреатита: матер. IX Всерос. съезда хирургов / М. В. Данилов, В. П. Глабай, Р. Я. Темирсултанов. — Волгоград, 2000. — 28.
3. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.
4. *Луфт, В. М.* Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. руководство / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ АсПЭП, 2002. — 175 с.
5. Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery. Amer. J. Surg / G. P. Buzby [et al.]. — 1980. — Vol. 139, № 1. — P. 160–166.

УДК 615.847.8

ПНЕВМОКОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Макарчик А. В., Ядченко Н. М., Филипцова Н. А.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пневмокомпрессионная терапия для лечения диабетической полиневропатии и микроангиопатии осуществляется с помощью системы «Лимфамат Диджитал Градиент» — для переменной компрессионной терапии. На верхние или нижние конечности одеваются специальные лечебные двенадцати камерные манжеты, в которых создается переменное градиентное давление. Эти манжеты по очереди заполняются воздухом: камеры 1–4 на 100 %, камеры 5–8 — на 80 %, камеры 9–12 на 60 % от заранее установленного лечебного давления. Камеры остаются заполненными воздухом до тех пор, пока в верхней камере не будет достигнуто необходимое давление. После этого давление в них одновременно падает, а через некоторое время цикл нагнетания воздуха повторяется. Паузы между циклами заполнения манжет — 15–30 с, давление в манжете 20–80 мм рт. ст., время процедуры — 15–30 мин, курс лечения — 5–10 процедур.

Благодаря использованию пневмокомпрессионной градиентной терапии в лечении сахарного диабета возникают следующие лечебные эффекты: улучшение лимфо- и венооттока вследствие активации функции венозных и лимфатических сосудов; уменьшение или полное исчезновение отеков; застойных явлений; значительное уменьшение парестезий; повышение толерантности к физической нагрузке. Кроме этого во время проведения процедуры пациенты отмечают приятные ощущения в конечностях и комфорт.

Пневмокомпрессионная терапия имеет ряд преимуществ перед другими физиотерапевтическими методами лечения (лекарственный электрофорез, дарсонвализация, лазеротерапия и др.) [1]. Этот метод лечения не требует непосредственной занятости медицинской сестры в течение всей процедуры, что позволяет увеличить количество процедур отпускаемых ею за единицу времени. Для проведения процедуры не используются расходные материалы, что позволяет снизить себестоимость проводимого лечения. Нет риска аллергических реакций на этот метод лечения, так как не используются медикаментозные средства, что позволяет проводить процедуру пациентам со склонностью к