

УДК 612.391.6:616.381-002

## НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ

*Василенко Е. С.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. В. Коньков*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Проблема перитонита остается одной из ведущих в современной медицине, не смотря на более чем вековую давность. Недостаточное уделение внимания проблеме компенсации резко возрастающих энергетических потребностей зачастую приводит к декомпенсации адаптационных возможностей пациента и развитию трудно корригируемых осложнений.

### **Цель**

Оптимизация режима нутритивной поддержки у пациентов с перитонитом.

### **Материал и методы исследования**

Обзор отечественных и зарубежных литературных источников. В исследование были включены 20 пациентов, осложненных перитонитом в ходе панкреатита, аппендицита, прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, тупой травмы живота.

Таблица 1 — Рандомизация по гендерному и массо-возрастному признакам 2-х клинических групп

Критерии	1-я группа		2-я группа	
Количество пациентов	11		9	
Пол	Муж. 6	Жен. 5	Муж. 2	Жен. 7
Возраст	43,1 [20,32; 54,6]		42,8 [20,6; 55,0]	
Вес	89,1 [86,3; 116,2]	56,1 [41,3; 56,2]	88,2 [85,3; 114,1]	55,2 [52,1; 70,1]
ИМТ	<18.5	1	0	
	18.5–29.9	6	6	
	>30	4	3	

\* — Различие между группами достоверно не выявлено ( $p > 0,05$ ;  $P < 0,05$ )

Пациентам осуществлялась стандартная программа парентерального питания стандартными растворами. Для осуществления основной программы клинического питания энтерального пациентам на ИВЛ устанавливались эндоскопически интестинальные зонды за связку Трейца. Уровень С-реактивного белка определяли методом латекс-тест ИФА ЗАО «ЭКОлаб», уровень креатинина, общего белка и холестерина определялся спектрофотометрическим аппаратом SOLAR шестиканальным PA2600 2007 г. выпуска, с использованием калибровочных и рабочих монореагентов, уровень глюкозы определялся ферментативным методом аппаратом SOLAR моноканальным спектрофотометром. Образцы крови брались на 1, 3, 5 сутки, с начала проведения клинического питания. Клиренс креатинина высчитывается по формуле Кокрофта — Голта. Полученные результаты исследований обрабатывались в программе «Statistica» 6.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При проведении нутритивной поддержки проводилась рандомизация групп по сформированным рекомендациям клинического питания CINDI. Пациенты двух групп получали лечебную программу с первых суток, которая включала коррекцию водно-электролитных и кислотно-основных показателей, стабилизация жизненно важных

функций и дренирование отделов ЖКТ. Со 2-х суток в программу 1 группы энтерально включали пластическую смесь типа Энтеролин, пациентам 2 группы типа Пептамен, объем энтерального питания рассчитывался индивидуально. С-реактивный белок у пациентов 1 группы составил Ме 11,3 [10,3; 12,7] г/л, к 3 суткам было пиковое повышение до Ме 14,1 [13,7; 15,1] г/л, к 5 суткам снижение Ме 9,1 [8,7; 10,0] г/л, у 2 группы в 1 сутки несмотря на превышение показателей С-реактивного белка 1 группы, происходило постепенное снижение его уровня и к 5 суткам составил Ме 7,8 [6,9; 7,4] г/л, что достоверно ниже уровня показателей 1 группы ( $p < 0,05$ ). Показатели глюкозы на фоне программы 1 группы в 1-е сутки составил 6,1 [3,9; 6,3] ммоль/л и имел тенденцию к гипергликемии по отношению к нормальным референтным значениям в период наблюдения в пятые сутки 8,14 [7,9; 8,4] ммоль/л, что достоверно выше данного уровня глюкозы группы со 2-й программой клинического питания ( $p < 0,05$ ), где на 5-е сутки наблюдалась нормогликемия по сравнению с нормальными референтивными значениями и составила 5,3 [4,7; 5,6] ммоль/л. Уровень общего белка у пациентов 2-й группы в течение периода наблюдений имел тенденцию к повышению и к 5-м суткам составил 63,5 [62,3; 64,1] г/л, что было выше, чем уровень данного показателя 1-й группы, у которой белок оставался ниже уровня референтных значений к 5-м суткам и составлял 49,2 [45,3; 50,1] г/л. Динамика общего холестерина на протяжении периода наблюдения имела тенденцию к снижению у пациентов 1-й группы с 3,2 [2,9; 3,9] ммоль/л в 1-е сутки с начала программы, 3,1 [2,8; 3,1] ммоль/л в 3-и сутки и 2,9 [2,4; 3,01] ммоль/л на 5-е сутки. У пациентов 2-й клинической группы соответственно уровень данного показателя наоборот имел тенденцию к повышению 3,1 [3,0; 3,4] ммоль/л в 1-е сутки, 3,8 [3,4; 3,8] ммоль/л в 3-и сутки, 4,0 [3,5; 4,0] ммоль/л в 5-е сутки, но не превышал нормальных референтных значений. Уровень креатинина увеличивался в двух клинических группах, но в первой группе к 3-м суткам наблюдалось превышение данного показателя к нормальным референтным значениям 140,3 [135,6; 143,2] мкмоль/л и к 5-м достоверно был выше уровня креатинина 2-й клинической группы ( $p < 0,05$ ), где его уровень не превышал нормальных референтных значений 94,3 [89,5; 98,3] мкмоль/л. Клиренс креатинина у пациентов 1-й группы снижался к 5-м суткам по отношению к клиренсу данного показателя 2-й клинической группы, где уровень клиренса к 5-ым суткам достигал уровня нормальных референтных значений 112,3 [107,7; 118,3] мл/мин у мужчин и 59,7 [57,2; 72,8] мл/мин у женщин.

### **Выводы**

Раннее начало нутритивной поддержки, в сроки 24–36 ч, более эффективно, чем с 3–4 суток интенсивной терапии. Полуэлементарные — частично гидролизированные смеси, используемые во второй программе, имеют преимущество по сравнению к стандартной смеси 1-й программы.

Рекомендованные дозы углеводов по Глюкозе: до 4 г/кг/сут, уровень гликемии должен поддерживаться не выше 6 ммоль/л, лактат не  $>2$  ммоль/л и  $\text{PaCO}_2$  не  $>40$  мм Нг, коррекция осуществляется назначением п/к или титрованием инсулина 2 ЕД/1 ммоль глюкозы в час.

У пациентов 2-й программы клинического питания менее выражено проявлялась воспалительная реакция, быстрее восстанавливался уровень белка на фоне редукции катаболических процессов и быстрее формировался пластический баланс в сторону анаболических реакций и адаптационных возможностей.

Применение парентерального питания на фоне выбранной программы клинического смешанного питания должно базироваться на трех основных принципах искусственного питания: своевременность назначения, адекватность и оптимальность сроков применения.