

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

К.А.Корейба, А.И.Шестаков

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета

Патологические процессы при гнойно-септических заболеваниях характеризуются повышенным распадом (гиперкатаболизм) и увеличенным потреблением аминокислот, жиров, углеводов и т.д. (гиперметаболизм). При недостаточно полноценном восполнении потерь и потребления развивается белково-энергетическая недостаточность. В свою очередь, последняя, а также связанные с ней осложнения и летальные исходы являются важнейшей составляющей тяжелого хирургического заболевания или травматического повреждения [3, 4].

Ранняя адекватная нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины наиболее эффективным альтернативным методом коррекции расстройств белкового и энергетического обменов при критических состояниях [1, 2, 5]. Нутритивной поддержкой называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи [1, 5]. К основным целям нутритивной поддержки у хирургического больного относятся: 1) обеспечение организма донаторами энергии (углеводы и липиды) и пластического материала (аминокислоты); 2) поддержание концентрации активной белковой массы; 3) восстановление имеющихся потерь; 4) коррекция гиперметаболических (катаболических) расстройств.

Современные энтеральные смеси классифицируются на стандартные безлактозные изокалорические, органоспецифические и специализированные смеси, полуэлементные диеты, энтеральные смеси для перорального приема, модули для обогащения диеты из натуральных продуктов.

Особого обсуждения требует группа энтеральных диет, обогащенных пищевыми волокнами пробиотиками ("Нутрикомп Файбер"), производимой фирмой "БиБраун". В условиях реанимационных отделений у больных, находящихся в критических

состояниях, получающих массивную антибиотикотерапию, большая часть энтеральных смесей должна быть замещена энтеральными средами, обогащенными пищевыми волокнами типа Файбера [1, 6].

Воспаление — биологическая закономерная ответная реакция организма на повреждающий агент. При преобладающем влиянии микроорганизмов развивается гнойное воспаление, проходящая следующие стадии инфильтрата — абсцесс, флегмона, сепсис. Экссудат представляет собой смесь белковых веществ, углеводов, минеральных солей и других элементов, теряемых макроорганизмом. При обширных и длительно существующих нагноительных процессах организм теряет особенно много белков в результате образования гноя и его обильной экссудации, что при отсутствии соответствующей диеты и парентеральных вливаний приводит к истощению запасов белка. Развивается раневая кахексия. В известном отношении она соответствует понятию "хронический шок", который при отсутствии соответствующего лечения принимает волнообразный характер течения.

Целью исследования являлось изучение влияния нутритивной поддерживающей терапии смесью «Нутрикомп Файбер» на гомеостаз у больных с гнойно-септическими заболеваниями.

Все больные были распределены по двум группам: основной (18 чел.) и контрольной (21). Подбор групп был репрезентативен как по основной патологии, так и по половому и возрастному составу (табл. 1). Нозологический состав представлен в табл. 2.

В основную группу вошли пациенты, которые, в отличие от контрольной группы, в послеоперационном периоде дополнительно к стандартной терапии (антибиотики в различных дозах, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, антикоагулянты, ангиопротекторы, антиоксиданты, витаминоте-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту				
Группы больных	Пол	Возраст, лет	Число больных	
			абс.	%
Контрольная (n=21)	муж.	24–58	12	57,1
	жен.		9	42,9
Основная (n=18)	муж.	26–55	10	55,6
	жен.		8	44,4

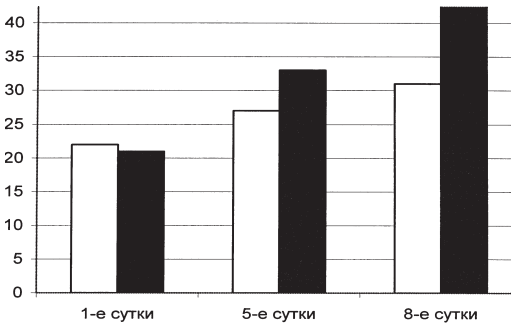
Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида гнойного воспаления					
Группы больных	Осложнения				
	флегмоны	парапроктит (иниоректальный, пельвиоректальный)	гнойный гонит с артритом	абсцессы собирательной зоны	повреждения карбункулы шеи и головы
Контрольная, % (n=21)	36	12	4	33	15
Основная, % (n=18)	31	14	7	38	10

рапия, физиолечение, иммобилизация при локализации процессов в области конечностей, дренирование ран и местной терапии) получали энтеральную смесь «Нутрикомп Файбер». В обеих группах всем больным проводилась идентичная синдромная терапия.

Точкой приложения энтеральной смеси во всех случаях был желудок. Пациенты обеих групп находились в сознании на протяжении всего послеоперационного периода, моторика ЖКТ у них была сохранена. Продолжительность нутритивной поддержки составляла 10 дней. Использовали смесь "Нутрикомп Файбер" — стандартный безлактозный изокалорический порошок. Данная смесь обладает осмолярностью 210 мосмоль/л. В ее состав входят пищевые волокна пребиотика, что необходимо при введении массивных доз антибиотиков. Доза препарата для всех больных основной группы составляла 3 мерные стандартные ложки, принимаемые каждые 6 часов.

Контроль за течением раннего послеоперационного периода проводили ориентируясь на следующие показатели: уровень альбумина крови, абсолютное количество лимфоцитов в периферической крови и лейкоцитарный индекс интоксикации. Анализы брали у всех больных при поступлении в



Обозначения к рис. 1–3.

Рис. 1. Уровень альбумина в контрольной и основной группах.

стационар (до операции), на 5-е сутки после операции и начала консервативной терапии на 8-е сутки.

Повторные оперативные вмешательства у пациентов не производились.

По данным лабораторных исследований уровень альбумина в крови у больных контрольной группы в первые сутки варьировал от 22 до 30 г/л с тенденцией к повышению на 5-е сутки от 27 до 33 г/л, на 8-е — от 31 до 35 г/л. Абсолютное количество лимфоцитов в крови в данной группе в 1-е сутки составляло 1,1–1,6 тыс., на 5-е — 1,3–1,7, на 8-е — 1,6–1,9 тыс. Лейкоцитарный индекс интоксикации при уровне $2,3 \pm 0,12$ в 1-е сутки равнялся $1,8 \pm 0,07$ на 5-е и $1,4 \pm 0,05$ на 8-е.

В основной группе показатели альбумина при поступлении были примерно идентичны таковым в контроле — от 21–31 г/л. На 5-е сутки их уровень резко возрастал до 31–36 г/л и на 8-е сутки достигал нормы (от 37 до 45 г/л). Абсолютное количество лимфоцитов в 1-е сутки варьировало от 1,2 до 1,6 тыс., на 5-е — от 1,4 до 1,9 тыс., на 8-е — от 1,8 до 2,4 тыс. Лейкоцитарный индекс интоксикации в 1-е сутки колебался в пределах $2,3 \pm 0,173$, на 5-е — $1,5 \pm 0,08$, на 8-е — $1,1 \pm 0,09$ (рис. 1–3).

Приведенные выше данные свидетельствуют о более быстром восстановлении уровня белкового состава крови у больных основной группы, происходящем параллельно снижению уровня интоксикации за счет оптимизации репарации раневого процесса.

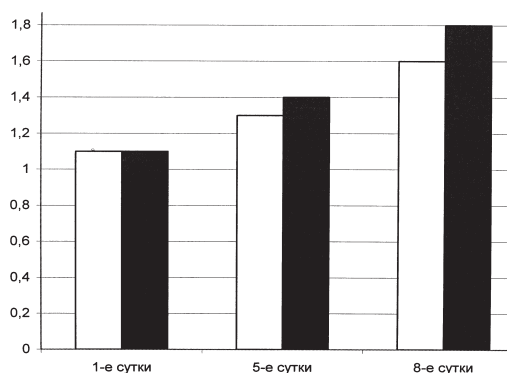


Рис. 2. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной и основной группах.

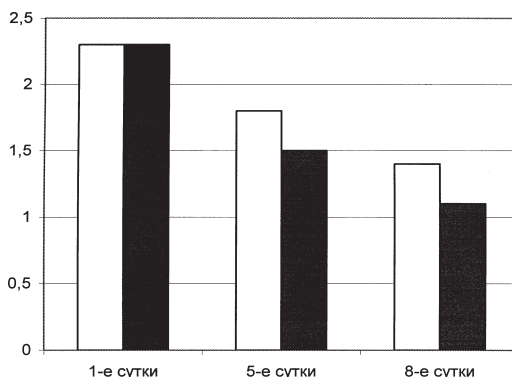


Рис. 3. Уровень индекса интоксикации в основной и контрольной группах.

При анализе других показателей констатируется, что у больных основной группы быстрее уменьшалось количество раневого отделяемого с переходом его из гнойного в геморрагическое, а затем в серозное. Уже на 4–6-е сутки отмечались активизация грануляционных процессов в ране, что позволяло удалять дренажные системы. Признаки местных процессов воспаления также имели тенденцию к ускорению выздоровления (на 3–4-е сутки) и ранней нормализации температуры тела (3–4-е сутки). Больные субъективно чувствовали себя комфортнее, отмечая исчезновение вялости и апатичности. Сравнительно ранняя самостоятельная их активизация (на 2–3-и сутки) приводила к уменьшению и исчезновению отежности паравульнарных тканей. Длительность пребывания больных в стационаре сокращалась в среднем на 3–4 койко-дня.

Итак, применение смеси "Нутрикомп Файбер" у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в послеоперационном периоде позволило купировать явления гиповальбуемии на 4–5-е сутки, что предупредило появление синдрома кахексии. Быстрее происходила ликвидация секреции гноя из очага воспаления с трансформацией отделяемого из гнойного в серозно-геморрагическое на 3–4-е сутки. Сокращалась длительность пребывания больного в стационаре в среднем на 3–4 койко-дня.

Улучшалось общее самочувствие больных. За счет более активного поведения больных паравульнарный отек уменьшился на 3–4-е сутки после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброквашин С.В., Волков Д.Е., Мустафин Р.Р., Рахимов Р.Р. Современные принципы питания хирургических больных. — Казань, 2005.
2. Костюченко Л.Н. // Фармотека. — № 19–20. — 2004. — С. 57–63.
3. Костюченко А.Л., Луфт В.М. Энтеральное клиническое питание в интенсивной медицине. — СПб, 2000.
4. Лейдерман И.Н., Левит А.Л. и др. Современная нутритивная поддержка в хирургии и интенсивной терапии. — Екатеринбург, 2004.
5. Луфт В.М., Достюченко А.Л., Лейдерман И.Н. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине. СПб—Екатеринбург, 2003.
6. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М., 2002.

Поступила 09.03. 06.

NUTRITION SUPPORT IN PURULENT SEPTIC SURGERY

K.A. Koreiba, A.I. Shestakov

Summary

It was found, that early adequate nutrition support of a patient by combined methods of parenteral and enteral nutrition is the most effective way of correction of protein and energy metabolism in critical conditions. Usage of Nutricomp Fiber mixture by patients at postoperative stage optimized the management of inflammatory processes.