

14. *Магидов М.Я.* // Тезисы докл. Междунар. науч. конгр. «Наука, информация, сознание 99». – СПб. 1999. – С. 5–7.
 15. *Montgomery H. et al.* Human gene sort physical performance // *Nature*. – 1998. – Vol. 393. (may 21).

УДК 616.633.922

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

О.В. ДОРОФЕЕВ, И.З. КИТИАШВИЛИ, В.В. КУТУКОВ,
 В.Д. МИНКОВЕЦКИЙ, О.Ю. РОГУШИНА*

Среди экстренно поступающих в стационар больных острым холециститом стабильно занимает второе место после острого аппендицита [3–4, 9]. Это связано с большой частотой заболевания и ростом данной патологии. Более 65% пациентов находятся в возрасте от 60 до 80 лет [2, 5, 8]. Возрастной фактор оказывает большое влияние на патогенез, клинику, развитие послеоперационных осложнений. Острый холецистит у больных старше 60 лет часто сочетается с другими заболеваниями гепатобилиодуоденальной зоны (вовлечение в патологический процесс печени и поджелудочной железы), а также наличием сопутствующих заболеваний (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца), что ведет к взаимному отягощению заболеваний и ухудшает прогноз [3, 7–8]. Большинство больных отказывается от приема пищи из-за усиления болевого синдрома и/или появления тошноты и рвоты. Распространено предоперационное голодание, а в раннем послеоперационном периоде запрещается употребление пищи и жидкостей из-за имеющегося пареза ЖКТ. Большинство лечебных диет, назначаемых в предоперационном и раннем послеоперационном периоде, содержат меньше калорий, белка, других пищевых нутриентов, чем необходимо для организма [1–2, 6, 10].

Исходные нарушения и недостаточность питания больного, неадекватная коррекция метаболических нарушений создают неблагоприятный фон для предстоящей операции и снижают эффективность лечения. Хирургический стресс и местные и общие анестетики оказывают влияние на иммунную систему, которая определяет течение и исход заболевания и операции [1, 4, 7]. Гипо- и диспротеинемия ведет к снижению резистентности организма, повышенной чувствительности к инфекции, плохому заживлению ран и угнетению регенеративной способности [4, 7].

Цель исследования – изучение влияния зондового энтерального питания на показатели белкового обмена как основного фактора питательного статуса больного.

Материалы и методы. Зондовое энтеральное питание проводилось в основной группе (ОГ) полимерной сбалансированной безлактозной сухой смеси Берламин-Модуляр (Berlin-Chemie, Германия) 26 больным в клиническом учреждении НУЗ «МСЧ» (г. Астрахань). Среди обследованных было 7 (35,3 %) мужчин и 19 (64,7 %) женщин в возрасте 46–84 лет. Контрольную группу (КГ) составили 25 больных: 5 (20%) мужчин и 20 (80%) женщин в возрасте 52–81 г., которым энтеральное питание не проводилось. Хирургические вмешательства выполнялись разрезом Кохера в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом с закисно-кислородной смесью и препаратами для нейролептаналгезии.

Больным ОГ во время операции устанавливали назодуоденальный зонд. Для зондового энтерального питания был выбран метод дробного введения питательной смеси. Оценку энергетических потребностей осуществляли расчетным путем по уравнению Харриса – Бенедикта. Рассчитанный готовый к употреблению объем питательной смеси делился на 8 частей. Каждую часть вводили с интервалом в 3 часа в течение 24 часов. Первое кормление велось интраоперационно. Питательную смесь вводили шприцем Жане в течение 10 минут. Среди обследованных больных ОГ было 16 (61,5%) человек (4 мужчин и 12 женщин) старше 65 лет, у которых предоперационные показатели общего белка и альбумина были ниже нормы, то есть имелась исходная недостаточность питания и как следствие гипопроteinемия. В ОГ на 1-е сутки после операции уровень общего белка повысился (66,8±0,24), на 3-е сутки на 13,04% (70,2±0,21) выше, по сравнению с исходным уровнем (62,1±0,33) (p<0,05). В КГ на 1-е сутки

уровень резко снизился (61,1±0,16), на 3-е сутки уменьшились на 3,7% (63,3±0,19) по сравнению с исходным (65,7±0,19).

Уровень альбумина в ОГ на 1-е сутки после операции снизился (32,9±0,06), на 3-е сутки (38,5±0,08) повысился на 11,2% выше исходного (34,6±0,04). В КГ на 1-е сутки после операции альбумин на уровне (30,8±0,07), на 3-е сутки на 10,34% (32,1±0,03) ниже исходного (35,8±0,05). Уровень мочевины в ОГ на 1-е сутки после операции резко снизился (4,5±0,07) и продолжал снижаться к 3-м суткам на 37,1% (3,9±0,09) от исходного (6,2±0,12) (p<0,05). В КГ на 1-е сутки уровень мочевины снизился (6,2±0,08), на 3-е сутки (5,4±0,11) оставался ниже исходного на 24% (7,1±0,16). Показатели креатинина в ОГ на 1-е сутки после операции (0,7±0,12), на 3-е сутки снижение на 54,6% (0,5±0,11) от исходного (1,1±0,17) (p<0,05). В КГ на 1-е сутки показатели уменьшились (0,8±0,06), на 3-е сутки снизились на 40% (0,6±0,10) по сравнению с исходными (1,0±0,15) (p<0,05). Высокие показатели мочевины и креатинина после операции в КГ указывают на то, что процессы катаболизма преобладают над анаболизмом.

В ОГ парез желудочно-кишечного тракта (11,5%) и нагноение послеоперационной раны (15,3%) встречаются в меньшем проценте случаев, чем в КГ: 24 и 32% соответственно. Показателем эффективности лечения в клинике является количество дней, проведенных больным в стационаре (койко-день). Среднее пребывание больных ОГ в хирургии на 1,7 дня короче, чем в КГ.

На основании наших наблюдений показаниями для предоперационного энтерального питания у больных с острым деструктивным холециститом являются: исходные нарушения питания; отказ от приема пищи по причине усиления болевого синдрома, появление тошноты, рвоты; интоксикация; недостаточное питание больного (больничные диеты с низким содержанием калорий, белка и других пищевых нутриентов); предоперационное голодание в течение 24 часов; запрет приема пищи в течение 1-х суток после операции из-за имеющегося пареза ЖКТ.

Противопоказаниями для энтерального питания: анорексия; кишечная непроходимость; непереносимость компонентов питательных смесей (аллергия); выраженные расстройства функции пищеварения (профузная диарея); рецидивирующая рвота;

Заключение. Своевременно проведенная коррекция нутриционного статуса больного способствует нормализации белкового обмена, что уменьшает гнойно-инфекционные осложнения, сокращает длительность и сроков госпитализации.

Литература

1. *Бадетти С.* Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. – Архангельск. – 1997. – С. 195–199.
2. *Болженков Ю.Г.* // *Натуральная косметология и фармакология*. – 2004. – №4. – С. 22–24.
3. *Ветшев П.С., Ипполитов Л.И.* // *Хир.* – 2002. – №3. – С. 4.
4. *Гришина Т.* // *Андрол. и генит. хир.* – 2000. – №4. – С. 1–14.
5. *Основы клинического питания* / Под ред. Л. Сobotки / Пер. с англ. – Петрозаводск, 2003. – 412 с.
6. *Полова Т.С. и др.* Парентальное и энтеральное питание в хирургии. – М.: М-сити. – 1996.
7. *Фрейдлин И.С., Толоян А.А.* Клетки иммунной системы. – СПб.: Наука, 2000. – С. 54.
8. *Хорошилов И.Е.* // *Вестник хир.* – 2002. – №6. – С. 13–15.
9. *Шулутко А.М., Эль-Саид А.Х.* // *Клин. мед.* – 1991. – №2. – С. 80.
10. *Colomb V. et al.* // *Baillieres Clin. Gastroenterol.* – 1998. – Vol. 12. – P. 877.

УДК 616.71-007.235

ВОПРОСЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ В ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА

Е. А. БЕЛЯЕВА*

Многообразие препаратов для лечения остеопороза ставит проблему выбора перед врачом. Применительно к хроническим заболеваниям важным вопросом наряду с эффективностью, переносимостью и совместимостью лекарственных препаратов является вопрос о приверженности пациентов лечению. Ведь даже самые эффективные препараты не принесут больному пользы, если тот не принимает их в установленном режиме. При этом оценка результатов лечения проводится через месяцы, а об эф-

* г. Астрахань, НУЗ МСЧ, Астраханская госмедакадемия

* г. Тула, КДЦ ТОБ, Центр профилактики остеопороза