

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 смесью 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 назоудодеальный 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 периперационного 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: анургия; 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. Боженов 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. Погова Т.С. и др. Парентеральное и энтеральное питание в хирургии. – М.: М-сити. – 1996.
7. Фрейдлин И.С., Тоголян А.А. Клетки иммунной системы. – СПб.: Наука, 2000. – С.54.
8. Хорошилов И.Е. // Вестник хир. – 2002. – №6. – С.13–15.
9. Шудутко А.М., Эль-Саид А.Х. // Клин. мед. – 1991. – №2. – С.80.
10. Colomb V. et al. // Baillieres Clin. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 122. – P. 877.

УДК 616.71-007.235

ВОПРОСЫ КОМПЛЕАЕНТНОСТИ 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 госмедицинская академия

* г. Тула, КДЦ ТОБ, Центр профилактики остеопороза

фекте терапии, выражающемся в отсутствии переломов у пациентов из групп высокого риска, судят по истечении 1–3 лет.

Понятна актуальность комплаентности (приверженности лечению) у лиц с остеопорозом. На комплаентность влияют: осведомленность о своем заболевании и его осложнениях; доверительный контакт врача и пациента; осведомленность о показаниях и противопоказаниях для лекарственных средств; органолептические свойства самого препарата, стоимость лекарственного средства. Комплаентность выше, если применяются лекарственные формы, имеющие привлекательный вид, нейтральный вкус и запах, кратность приема ≤ 1 –2 раза в сутки.

1-ю группу составили пациенты, выделенные по признаку информированности о своем заболевании. Ее сформировали 68 женщин, из которых 32 участвовали в образовательных программах по остеопорозу (в Школе здоровья для больных остеопорозом и изучали литературу) – подгруппа 1а, и 34 – не принимали участия в образовательных программах – подгруппа 1б. Оценивалось два показателя: соблюдение графика посещений врача и режима приема лекарственных препаратов:

Признак	Подгруппа 1а	Подгруппа 1б
Соблюдение графика посещений врача	27 (84%)	18 (53%)
Соблюдение схем приема лекарственных препаратов	30 (93%)	22 (64%)

Показатели комплаентности были достоверно выше в подгруппе пациенток, участвовавших в образовательных программах, что подчеркивает важность Школ здоровья и появление популярных медицинских рекомендаций для больных. Попутно выявлен факт, что смена лечащего врача негативно отражалась на комплаентности. Ретроспективно на основании медицинской документации оценивалась повторная обращаемость среди 46 пациентов, проводивших лечение остеопороза в течение 2 лет у одного врача, затем обращаемость тех же пациентов после смены врача-консультанта. В 1999–2000 гг. кратность обращений составляла 3–4 в год, что соответствовало врачебным рекомендациям, в 2001–2002 гг. обращаемость снизилась более чем в 3 раза и составила 1–0,5 обращений в год. Это говорит о том, что лица с хроническими заболеваниями придают большое значение межличностному контакту с врачом, и это является стимулом к посещениям для наблюдения и коррекции терапии.

Вторую группу сравнения составили лица, получавшие лекарственные препараты разных фармакологических групп. Продолжительность лечения составила 3 и более месяцев. Подгруппа 2а была составлена из 36 пациентов (26 женщин и 10 мужчин) в возрасте 38–86 лет, принимавших кальцитонин лосося, назальный спрей в дозе 200 МЕ в день. Из них 21 человек до начала лечения перенес компрессионные переломы позвонков, 28 пациентов страдали хроническими болями в спине. В двух случаях (5%) препарат был отменен врачом из-за развития побочных эффектов: тошноты и ринореи. В 7 случаях (19%) пациенты прекратили прием препарата в связи с высокой его стоимостью и невозможностью приобретать в дальнейшем. Не было случаев, когда бы пациенты выразили желание не принимать препарат, когда бы больные забывали принять препарат. Хотели бы использовать кальцитонин для лечения 34 человек (94%). Достоинством препарата, стимулирующим к продолжению лечения, была хорошая переносимость. Однако в большей степени влияет анальгетический эффект и расширение двигательной активности даже у тех лиц, период обездвиженности которых был > 6–8 мес.

Удобная лекарственная форма, интраназальное применение, особенно у больных с хроническими заболеваниями ЖКТ, кратность использования раз в день привели к тому, что больные хотели бы применять кальцитонин в дальнейшем. Пациенты, использовавшие для лечения таблетированный бифосфонат для перорального применения, составили 26 подгруппу. Она была сформирована из 33 человек (26 женщин и 7 мужчин) в возрасте 48–72 лет. Один или ряд компрессионных переломов позвонков был у 27 человек. Отмена препарата врачом была связана с диспептическими расстройствами и обострением хронических заболеваний ЖКТ и составила 7 случаев (21%). Пациенты отменили препарат самостоятельно в связи с высокой стоимостью в 3 случаях и еще в 3 случаях – в связи с «отсутствием эффекта», по мнению самих больных, что составило по каждой из причин 9%, а по совокупности 18%. Характеристика препарата, которая рас-

ценивалась как его достоинство – прием 1 раз в неделю – у части пациентов пожилого возраста послужила причиной того, что этот интервал между приемами препарата оказался слишком длительным, и они забывали принять препарат (4 случая и соответственно 12%). Нежелание применять препарат в дальнейшем связано с отсутствием эффекта в течение ряда месяцев и развитием диспепсических расстройств. Некоторые негативно отнеслись к самой лекарственной форме – крупной таблетке.

Это можно объяснить тем, что развитие побочных эффектов пациенты связывают с таблетированными препаратами, чем с микстурами и растворимыми формами. Число лиц, не желающих принимать препарат в дальнейшем, составило 15 (45%), по сравнению с лицами, выразившими желание продолжить – 12 (36%). Больные ожидают от лекарства обезболивающего эффекта, а не получив его, считают лечение малоэффективным. Больные не связывают эффект от терапии с отсутствием новых переломов, несмотря на разъяснения, даваемые врачом. В группе лиц, которые не хотели бы принимать препарат в дальнейшем, были люди >65 лет.

Подгруппу 2в составили женщины в возрасте 52–69 лет, перенесшие один или несколько компрессионных переломов позвонков, которым был назначен стронция ранелат в дозе 2 г в сутки. Результаты наблюдения показали, что препарат был отменен врачом в 2 случаях из-за развития диспепсии, что составило 7%. Сами пациенты отменили препарат в связи с несоответствующими их индивидуальным представлениям органолептическими свойствами (сладкий вкус, яркий цвет) в 3 случаях (11%). Один случай отмены связан с высокой стоимостью лечения, что составило 3%. Не выразили желания принимать препарат 3 пациентки, отменившие его самостоятельно. Хотели бы принимать в дальнейшем 24 человека (88%). Такой высокий процент больных, настроенных на продолжение лечения, связан с воздействием на болевой синдром (отмечалось уменьшение болей в спине на фоне приема этого препарата), снижением утомляемости в вертикальном положении, что являлось одной из наиболее частых жалоб. В 4 случаях пациентки смогли отказаться от использования полужесткого корсета в непостоянном режиме в связи с «появлением уверенности при ходьбе». Положительная роль принадлежит удобной лекарственной форме (саше) и кратности применения – 1 раз в день. Итоги наблюдений приема препаратов разных фармакологических групп, см. в табл.

Таблица

Результаты наблюдений

Наименование препарата, доза	Отменены врачом, причина	Отменены пациентом, причина	Не желают принимать	Хотели бы продолжить лечение
Кальцитонин 200 МЕ/сут (подгруппа 2а)	2 (5%), тошнота, ринорея	7 (19%), высокая стоимость	-	34 (94%)
Бифосфонат 70 мг/нед (подгруппа 2б)	7 (21%), боли в животе, тошнота, рвота	3+3 (18%), отсутствие эффекта, высокая стоимость	15 (45%)	12 (36%)
Стронция ранелат 2г/сут (подгруппа 2в)	2 (7%), диспепсия	3+1 (14%), сладкий вкус, высокая стоимость	3 (11%)	24 (88%)

Можно выделить факторы повышения комплаентности в терапии остеопороза: оптимальное соотношение стоимости препарата и его лечебного эффекта; информированность пациентов о заболевании путем проведения образовательных программ и распространения популярной медицинской литературы; психологический комфорт при общении пациента с врачом; положительные качества лекарственных препаратов: минимальные побочные проявления; нетаблетированная форма; приятные органолептические свойства; удобный режим приема раз в сутки; дополнительный анальгетический эффект. В заключение хотелось бы отметить, что разнообразие препаратов для лечения хронических заболеваний на рынке не делает проблему комплаентности менее острой, но создает предпосылки для ее грамотного разрешения.