

УДК 613.2:616.8-009.831

*Шапринський В.О., Гомон М.Л.,
Куцик О.В., Рубіна О.С.*

ЯКІСНИЙ ВПЛИВ НУТРИЄНТІВ НА АЗОТИСТИЙ БАЛАНС ХВОРИХ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЧМТ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
м. Вінниця, Україна*

Абстракт надруковано в рамках II науково-практичної конференції «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НУТРИТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ», присвяченої 40-річчю курсу анестезіології та інтенсивної терапії Вінницького Національного медичного університету ім.М.І.Пирогова", 13–14 жовтня 2016 року, м. Вінниця

В світі спостерігається ріст травматизму. На долю черепно – мозкової травми припадає біля 30%. Із них кожний четвертий хворий потребує лікування в умовах відділення інтенсивної терапії. Ця категорія хворих характеризується тяжким станом з розладами свідомості, дихання, метаболізму і вимагає тривалого та ретельного догляду та лікування. Тому енергетичний дефіцит є важливим фактором прогнозу перебігу захворювання. В зв'язку з високою вартістю препаратів для нутритивної підтримки в багатьох лікувальних закладах для харчування використовують суміші для дитячого харчування та домашнього приготування. Тому існує необхідність порівняння ефективності нутритивної підтримки стандартними та сумішами самостійного приготування в певній лікарні.

Метою роботи було визначення стану азотистого балансу та метаболічного стресу у хворих з ЧМТ для поліпшення лікування даної категорії пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізована нутритивна підтримка 52 хворих з тяжкою ЧМТ у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Хворі розділені на 2 групи. В першій групі – 25 хворих отримували збалансовану суміш, в другій групі – 27 хворих отримували ентеральне харчування зондовим столом. Всім постраждалим при надходженні встановлювали назогастральний зонд і адаптацію шлунково-кишкового тракту до ентерального харчування розпочинали розчином регідрону – 400 мл [1,2]. Тяжкість стану пацієнтів оцінювалась за даними комп'ютерної томографії, ступінь порушення свідомості – за шкалою ком Глазго. Усім пацієнтам проводилась інтенсивна терапія згідно стандартів лікування, які підтвердили своє позитивне значення.

Для оцінки нутритивної підтримки застосовувались клініко – біохімічні дослідження [3]. Для оцінки стану

білкового обміну визначали вміст у сироватці крові загального білка методом Кінгеля-Вейксельбауна за біуретовою реакцією, альбуміну, визначення добової екскреції із сечею сечовини з подальшим розрахунком вмісту азоту в сечі [2]. Для визначення ступеню метаболічного стресу використано показник катаболічного індексу КІ, що розраховується за формулою: $KI = N - ND + 3$, де N – добова екскреція азоту в г, яка визначається за формулою: $N = \text{сечовина сечі моль/л} \cdot \text{добовий діурез, л} \cdot 0.035$; ND – азот дієти, що відповідає кількості спожитого білка – 6.25. При $KI > 5$ метаболічний стрес оцінюється як тяжкий, до 5 – помірний, < 5 – нульовий [4, 5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА

ОБГОВОРЕННЯ

Було встановлено, що білкові втрати в перші 5 діб були збільшені в обох групах. В подальшому зменшення білкових втрат було виявлено в першій групі, що отримували збалансовану суміш, на 16,3% ($p < 0,05$) в порівнянні з контрольною групою. Досягнення позитивного азотистого балансу починалось з 7–8 доби у основній групі (втрати азоту – $15,9 \pm 1,2$ та КІ – $3 \pm 0,5$), та з 9–10 доби у контрольній групі (втрати азоту – $21,3 \pm 1,4$ та КІ – $4 \pm 0,1$), що зумовлено більшим білковим забезпеченням. Загальний калораж у контрольній групі був меншим, а втрати азоту більшими, що було підтверджено підвищеним калорійним індексом.

У пацієнтів, які отримували збалансовану енергетичну суміш, катаболічний індекс був помірно виражений на 7 добу гострого періоду ЧМТ в порівнянні з контрольною групою, де індекс був виражений. Інші показники білкового обміну, такі як загальний білок, альбумін в обох групах в перші 5 діб біли на межі нижньої границі норми, а сечовина та креатинін сироватки крові були дещо підвищені і в обох групах достовірно не відрізнялись ($p > 0.005$). В основній групі не виявлено гнійних ускладнень, що говорить про добрий імунологічний статус.

ВИСНОВКИ

У групі пацієнтів, що отримували зондовий стіл, білкові втрати були більшими а відновлення повільнішим ніж у пацієнтів, що отримували збалансовану суміш. Гіперкатаболічна фаза гострого періоду ЧМТ найбільш виражена на 7 добу та супроводжується великими втратами азоту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Педаченко Є.Г., Шлапак І.П., Гук М.М. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги.-Київ,2007.-312с.
2. Костюченко А.Л. Энтеральное искусственное питание в клинической медицине / А. Л. Костюченко, О. К. Железный, А. Г. Шведов. — Петрозаводск: Интел-тек, 2001. — 202 с.
3. Способы оптимизации нутритивной поддержки у больных ОРИТ с полиорганной дисфункцией / Лейдерман И.Н., Малкова О.Г., Левит А.Л. // Научные тезисы XII съезда федерации анестезиологов и реаниматологов, 19–22 сентября 2010. – М., 2010. – С. 251–252.
4. Черний В.И., Городник Г.А., Андропова И.А., Торпан Е.Ю., Билошапка В.А. Обоснование необходимости раннего неполного парентерального питания в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія.-2006.-№3.-С.50-58.
5. Borotta A., Pennings J. Enteral versus parenteral nutrition after severe closed head injury // J. Trauma.-1994.-Vol.37.-P.1254-1259.