

УДК 616-036.111

Сергійчук О. В., Мошенська А.В.

ОСОБЛИВОСТІ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ У СЕПТИЧНИХ ХВОРИХ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

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 Україні у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії залишається відкритим питання щодо оптимізації та удосконалення шляхів штучного харчування з метою наближення його до фізіологічного. Існуюча проблема – це недостатність застосування нутритивної підтримки та відсутність протоколів, які відповідають рекомендаціям ESPEN та ASPEN. Особливо гостро стоїть питання ранньої (перші 24 год згідно ESPEN) нутритивної підтримки у септичних хворих. Наші реалії – це відсутність стандартизованого підходу у лікуванні таких пацієнтів.

МЕТА РОБОТИ

Здійснити ретроспективний аналіз історій хвороб септичних пацієнтів відділення реанімації та інтенсивної терапії, а саме оцінити адекватність проведення патогенетичної терапії при сепсисі згідно *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock*, February 23, 2016; провести клінічне спостереження у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії за септичними хворими, яким проводилась нутритивна підтримка, зробити проспективний аналіз динаміки їх стану.

© Сергійчук О. В., Мошенська А.В., 2016

МАТЕРІАЛИ

Рекомендації по нутритивній підтримці: *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation, Clinical Nutrition (2006) 25, 224-244*; *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care Clinical Nutrition (2006) 25, 210-223*; *ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults, Clinical Nutrition (2016) 35, 247-307*. Власні клінічні спостереження на основі історій хвороб післяопераційних хірургічних пацієнтів реанімаційного відділення ЧОЛ (Черкаської обласної лікарні), стан яких ускладнився синдромом системної запальної реакції.

МЕТОДИ

Ретроспективний аналіз історій хвороб, клініко-анамнестичний, порівняльний.

РЕЗУЛЬТАТИ

Нами було проведено ретроспективний аналіз 28 історій хвороб післяопераційних хірургічних хворих, перебіг стану яких ускладнився синдромом системної запальної реакції. Це були пацієнти, чоловіки

та жінки, віком 35–55 років відділення реанімації та інтенсивної терапії ЧОЛ, м. Черкаси, за період з травня по липень 2016 року. Для детальної оцінки стану хворих та перебігу захворювання ми провели 2 скринінги. Скринінг 1 – за стандартизованими шкалами SOFA та APACHE II. Скринінг 2 – це власне аналіз клінічних обстежень та діагностичні критерії ССЗР. Пацієнтів розподілили на 2 групи: група 1 – досліджувана, група 2 – контролю.

Першій групі хворих (14 осіб) проводилась нутритивна підтримка, у вигляді ентерального зондового харчування дитячими ентеральними сумішами. Розпочато нутритивну підтримку було з першої післяопераційної доби. Вихідні показники за Скринінгом 1 були по SOFA 7–10 балів по APACHE II 10–12 балів. За Скринінгом 2 – діагностичні критерії ССЗР – температура тіла більше 38°C , тахікардія ЧСС > 90 уд/хв., тахіпноє > 20 дих р/хв., лейкоцитоз $> 12 \cdot 10^9/\text{л}$ та $> 10\%$ незрілих форм лейкоцитів. Для кращого порівняння ми сформували групу контролю (14 пацієнтів) з суміжними скринінговими показниками, однак цим пацієнтам проводилась лише терапія інфузійними середовищами без ентеральних сумішей. Провели аналіз динаміки стану пацієнтів за 10 днів. В досліджуваній групі ми відмітили, що покращення стану почало відбуватись ще з 3 післяопераційного дня. Хоч і антибіотикотерапія, та інфузійна терапія проводилась суміжними групами

препаратів з групою контролю. Проте, група контролю нутритивної підтримки не отримувала. Звичайно, позитивна динаміка спостерігалась і в групі контролю, але вже з 5 дня і було відмічено таке ускладнення як: 2 аспіраційних пневмонії з ексудативним плевритом. Ми можемо зробити висновок, що рання ентеральна підтримка профілакує ускладнення та призводить до швидшого одужання. Проте, в даному клінічному спостереженні проводилась ентеральна підтримка дорослим пацієнтам з сепсисом сумішами для дитячого ентерального харчування, що не відповідає стандартам ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care, тобто є не адекватною і незбалансованою для даної групи хворих.

Тому надалі ми поставили перед собою завдання спробувати розрахувати і провести адекватну нутритивну підтримку у невеликій групі хворих. Це і є власне нашим клінічним спостереженням. Відібрали 5 післяопераційних хірургічних хворих, перебіг стану яких ускладнився синдромом системної запальної реакції за період серпня 2016 року віком 35–55 років. Окрім двох скринінгів ми провели ще скринінг 3 для визначення нутритивного статусу.

1. Хворий М., 44 роки, Д-з: післяопераційний період, флегмона шиї, медіастиніт, синдром системної запальної реакції. Скринінг 1 – за SOFA – 8 балів, APACHE II – 10 балів. Скринінг 2 – температура тіла 39°C , ЧСС = 100 уд/хв., ЧД = 24 дих р/хв., лейкоцитоз $13 \cdot 10^9/\text{л}$ та 12% п/я

нейтрофілів. Скринінг 3 – маса менше 80% від норми, рівень альбуміну плазми 25 г/л.

2. Хвора К., 47 років, Д-з: післяопераційний період, дренажування абсцесу печінки, ХГВ, синдром системної запальної реакції. Скринінг 1 – за SOFA – 7 балів, APACHE II – 9 балів. Скринінг 2 – температура тіла 38°C, ЧСС = 90 уд/хв., ЧД = 22 дих р/ хв., лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$ та 10 % п/я нейтрофілів. Скринінг 3 – втрата маси тіла більш ніж 10% за останні 6 місяців, рівень альбуміну плазми 18 г/л.

3. Хворий О., 55 роки, Д-з: післяопераційний період, сансер сліпої кишки правостороння геміколектомія, синдром системної запальної реакції. Скринінг 1 – за SOFA – 9 балів, APACHE II – 11 балів. Скринінг 2 – температура тіла 38,1°C, ЧСС = 91 уд/хв., ЧД = 20 дих р/ хв., лейкоцитоз $10 \cdot 10^9/\text{л}$ та 10% п/я нейтрофілів. Скринінг 3 – втрата маси тіла більш ніж 10% за останні 6 місяців, рівень альбуміну плазми 26 г/л.

4. Хвора А., 35 роки, Д-з: післяпологовий період, 14 доба, лапаротомія, апендектомія. Синдром системної запальної реакції, метрорендометрит. Лівобічний ексудативний плеврит. Скринінг 1 – за SOFA – 12 балів, APACHE II – 13 балів. Скринінг 2 – температура тіла 39,5°C, ЧСС = 120 уд/хв., ЧД = 30 дих р/ хв., лейкоцитоз $15 \cdot 10^9/\text{л}$ та 14% п/я нейтрофілів. Скринінг 3 – маса менше 80% від норми, рівень альбуміну плазми 20 г/л.

5. Хвора Д., 52 , Д-з: післяопераційний період, ЦД тип 2, декомпенсований, діабетична гангрена лівої стопи, синдром системної запальної реакції. Скринінг 1 – за SOFA – 9 балів, APACHE II – 10 балів. Скринінг 2 – температура тіла 38°C, ЧСС = 90 уд/хв., ЧД = 20 дих р/ хв., лейкоцитоз $11 \cdot 10^9/\text{л}$ та 12 % п/я нейтрофілів. Скринінг 3 – маса менше 80% від норми, рівень альбуміну плазми 21 г/л.

За відсутністю чіткого стандартизованого алгоритму дій для призначення і проведення нутритивної підтримки у септичних хворих, керуючись рекомендаціями *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care* ми використовували ентеральну суміш зі стандартною енергетичною формулою, яка є доступною на фармацевтичному ринку України для всіх хворих з нашого спостереження. Однак, це не є адекватним і відповідним до їх стану, адже варто враховувати обов'язково супутню патологію, не лише септичний стан. Так, у хворого М., 44 роки, Д-з: післяопераційний період, флегмона шиї, медіастиніт, синдром системної запальної реакції дана ентеральна суміш зі стандартною енергетичною формулою є адекватною. Аналізуючи решту хворих, ми з'ясували, що для хворої К., 47 років, Д-з: післяопераційний період, дренажування абсцесу печінки, ХГВ, синдром системної запальної реакції необхідно застосувати суміш з висоенергетичною формулою зі спеціальним амінокислотним складом (молочний білок

і розгалужені амінокислоти) (Згідно *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Liver Disease*).

Для хворого О., 55 роки, Д-з: післяопераційний період, сепсер сліпої кишки правостороння геміколектомія, синдром системної запальної реакції збалансованою є суміш з високоенергетичною високобілковою формулою збагаченою спеціальним пребіотичним складом харчових волокон (Згідно *ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults*).

Для хворої А., 35 роки, Д-з: післяпологовий період, 14 доба, лапаротомія, апендектомія. Синдром системної запальної реакції, метроендометрит. Лівобічний ексудативний плеврит адекватною є суміш з високоенергетичною формулою збагаченою глютаміном і антиоксидантами (вітамін А, С, Е, групи В, селен, цинк, мідь) відповідно до її послабленого імунного статусу.

Для хворої Д., 52 , Д-з: післяопераційний період, ЦД тип 2, декомпенсований, діабетична гангрена лівої стопи, синдром системної запальної реакції адекватною вважається суміш з стандартною енергетичною формулою, однак вуглеводи мають бути представлені крохмалем. Також вона повинна бути збагаченою мононенасиченими жирними кислотами і антиоксидантами, містити пребіотик у відповідності до наявного декомпенсованого ЦД.

Також ми зіткнулись з проблемою розрахунку та методикою введення суміші. Так як стандартний алгоритм відсутній, ми скористувались загаль-

ною схемою згідно *ESPEN guidelines*, а саме проводили ентеральне зондове харчування по 100 мл болусно невеликими порціями з розрахунку 25 ккал/кг/д для чоловіків та 20 ккал/кг/д для жінок. Але, на жаль, це дуже приблизні, неточні розрахунки, враховуючи тяжкість стану при сепсисі та супутні патології.

Аналізуючи проспективно динаміку стану наших пацієнтів на протязі 10–14 днів, ми відмітили позитивні зрушення, це і встановлення позитивного азотистого балансу, зменшення інтенсивності катаболізму, нормалізацію лабораторних показників, що було показами до переведення пацієнтів у профільні відділення та подальшої виписки з наданням рекомендацій. Але варто наголосити, що у 2 пацієнтів були ускладнення у вигляді діареї та повернення суміші по зонду, що ми пояснюємо, на жаль, неадекватністю підбору суміші та відсутністю стандартних розрахунків для нутритивного статусу.

ВИСНОВКИ

Провівши наше клінічне спостереження, варто відмітити, що для забезпечення проведення адекватної, оптимальної, збалансованої нутритивної підтримки у септичних хворих реанімаційних відділень має бути:

1. Чітко встановлений алгоритм дій для призначення кожної суміші зокрема покази, потреба, кількість, метод введення, моніторинг по 3 скринінгах, умови, при яких заборонено проводити

нутритивну підтримку, супутні патології тощо.

2. Пропонуємо розробити «Лист нутритивного статусу», в який записуємо – антропометричні дані (ІМТ, товщина шкірної складки над лопаткою, окружність середньої 1/3 плеча); стілець; здуття (є/ немає); втрата рідини; рівень сивороткових білків, синтезованих печінкою (рівень альбуміну плазми

або трансферину); рівень лімфоцитів крові.

3. Відповідність до стандартизованих рекомендацій ESPEN та ASPEN.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation, Clinical Nutrition (2006) 25, 224-244;*
2. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care Clinical Nutrition (2006) 25, 210-223;*
3. *ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults, Clinical Nutrition (2016) 35, 247-307.*