



## РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В 2014 г. проходила конференция, посвященная вопросам нутритивной поддержки, в которой принимали участие не только белорусские специалисты, но и российские коллеги. В ходе выступлений делились опытом, подчеркивая актуальность проблемы энтерального питания: основательные доклады прозвучали о применении энтероскопических гастростом, были представлены теоретические основы нутритивной поддержки. В резолюции конференции указали на необходимость подготовки отечественных клинических протоколов по энтеральному питанию. Сегодня уже готов черновой вариант документа, который представлен в Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Прошел год, но тема не потеряла своей актуальности... В редакции журнала «Здравоохранение» состоялось заседание круглого стола, посвященное вопросам нутритивной поддержки.

**И. И. Пикиреня**, зав. кафедрой трансплантологии БелМАПО, кандидат медицинских наук:

— Несмотря на принимаемые усилия, проблема энтерального питания далека от разрешения в нашей стране. Сегодня предстоит обсудить, какие действия необходимо предпринять, чтобы этот метод лечения получил более широкое распространение в учреждениях здравоохранения республики.

Ни у кого из специалистов не возникает сомнения в эффективности и необходимости применения энтерального питания. Если учесть экономическую составляющую, то проблема сразу же приобретает другую окраску. Стоимость ведения одного пациента с помощью парентерального питания равноценна стоимости использования энтерального питания у 2—3 пациентов. При условии, что энтеральное питание начато своевременно, пациент значительно быстрее восстанавливается, меньше возникает осложнений, более активно проходит реабилитация.

Сейчас я коснулся применения энтерального питания только в хирургических и анестезиолого-реанимационных отделениях, хотя проблема эта намного шире (нельзя сбрасывать со счетов пациентов неврологического профиля и других, которые в домашних условиях могут получать энтеральное питание). Хочется услышать мнение коллег: что нужно предпринять, чтобы такой метод лечения стал доступен нашим пациентам, как в лучших зарубежных клиниках.

**С. В. Зарецкий**, главный хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

— Абсолютно все понимают необходимость такого вида питания для ведения пациентов после операции. Уже убедились, что выполнение высокотехнологичной хирургической манипуляции — это всего лишь 30%

успеха выздоровления. В число важных составляющих успешного лечения входит анестезиологическая, реанимационная и медикаментозная помощь, в том числе и использование энтерального и парентерального питания. Чтобы широко внедрить энтеральное питание в практику клиник, необходимы клинические протоколы, утвержденные Министерством здравоохранения, тогда все пункты будут выполняться безоговорочно. Правда, это длительный процесс...

**И. И. Пикиреня:**

— Больница скорой медицинской помощи (БСМП) Минска оказывает неотложную помощь пациентам широкого спектра, в плане хирургической активности это одна из самых крупных клиник в Беларуси — здесь функционирует более 100 анестезиолого-реанимационных коек. Коллектив БСМП имеет большой опыт применения как парентерального, так и энтерального питания различными питательными смесями. Какие вопросы сегодня стоят на повестке дня?

**О. И. Светлицкая**, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии БелМАПО, кандидат медицинских наук:

— Следует выделить два блока проблем: информационные и организационные. Главная трудность заключается в том, что в Беларуси отмечается дефицит информации. Если в педиатрической службе более-менее представлено раннее энтеральное питание, то во взрослой практике нет ни одного отечественного учебника, ни национальных методических рекомендаций по использованию питательных смесей для энтерального питания. Протокол, который сейчас готовится нами совместно со специалистами 9-й городской клинической больницы Минска (ГКБ) и Минской областной клинической больницы, станет первым узаконенным юридическим актом по энтеральному питанию в нашей стране.

Все понимают, что сам по себе факт наличия протокола не гарантирует знание врачами особенностей энтерального питания. Например, протокол содержит международные, унифицированные названия препаратов, в то время как в мире сегодня насчитывается около 300 коммерческих наименований энтеральных смесей. Во время лекций по нутритивной поддержке на курсе анестезиологии-реаниматологии часто спрашиваю, к какой группе препаратов относится та или иная питательная смесь, и, к сожалению, лишь 2—3 человека в зале могут ответить.

Мне видится, что помимо создания и утверждения протоколов, нужно учить специалистов на местах... Пользуясь случаем, хотела бы предложить главному хирургу Министерства здравоохранения Республики Беларусь рассмотреть возможность проведения мастер-классов или организации школ в областях, чтобы ведущие специалисты в области энтерального питания выезжали в регионы и делились опытом с коллегами.

Второй момент, который хотела бы отметить. В 9-й ГКБ и БСМП Минска уже решен вопрос о недопустимости перевода пациента в отделение или палату интенсивной терапии только для организации проведения парентерального или другого вида питания. Как, впрочем, и длительное пребывание (это дорогостоящие койко-места, и в зависимости от вида реанимационного отделения стоимость пребывания одного пациента в сутки сегодня может составлять 2—3 млн рублей). На практике мы зачастую встречаемся с тем, что специалисты профильных отделений (хирургические, травматологические) настаивают на необходимости задержки пациента в анестезиолого-реанимационных отделениях для проведения нутритивной поддержки, мотивируя это отсутствием специализированной подготовки. На нашей кафедре мы попытались решить этот вопрос: в курс «Интенсивная терапия критических состояний» дополнительно ввели лекции по нутритивной поддержке и официально дали возможность врачам-хирургам, терапевтам, травматологам пройти обучение на подобном курсе повышения квалификации.

Собственно, в БСМП мы запустили программу раннего энтерального питания около 4 лет назад. Тогда специалисты из Израиля провели у нас мастер-класс: тяжелейшего пациента с тотальным панкреонекрозом, находящегося на искусственной вентиляции легких, с явлениями динамической непроходимости кишечника, начали кормить, установив зонд за связку Трейтца. Пациенту на глазах становилось лучше, опал живот, заработал кишечник и спустя сутки его экстубировали.

С того времени мы стали активно использовать раннее энтеральное питание, используя гастроинтестинальные зонды (силиконовые или полиуретановые), которые устанавливаем в тонкую кишку независимо от остаточного объема застойного содержимого в желудке. Начинаем кормление пациентов практически сразу после выполнения хирургического вмешательства. Правда, наша служба столкнулась с некоторыми организационными проблемами. Например, чтобы устанавливать гастроинтестинальные зонды, нужна помощь врачей-эндоскопистов, а это нерегламентированная дополнительная нагрузка на специалистов данного профиля... Юридический документ, регламентирующий участие врачей-эндоскопистов в процессе перевода пациента на раннее энтеральное питание, значительно облегчит проведение этой манипуляции.

Необходимо обратить внимание на теоретическую подготовку врачей: многие не понимают разницы между стандартными и олигомерными смесями, а неправильный выбор вида питательной смеси может привести к развитию серьезных осложнений. Некорректно подобранная смесь может стать причиной возникновения диареи, которая просто дестабилизирует работу отделения. Например, стандартные смеси не подходят пациентам с повреждениями панкреатобилиарной зоны. У этой категории пациентов необходимо использовать олигомерные смеси, у нас на рынке представлена линейка данных энтеральных смесей

(Пептамен и Пептамен АФ). На практике же в клинику закупаются в основном стандартные смеси. Используя неподходящую питательную смесь у пациентов с патологией панкреатобилиарной зоны и в раннем послеоперационном периоде, врачи, конечно же, не получают желанного результата и быстро отказываются от практики раннего энтерального питания.

Поэтому в клиниках должны быть и стандартные, и олигомерные смеси, даже если нет отечественных аналогов. Использование методики раннего энтерального питания позволит значительно быстрее и экономичнее поставить пациента на ноги.

**И. И. Пикиреня:**

— Это очень важный аспект. На кафедре трансплантологии мы уже провели курс повышения квалификации по интенсивной терапии для врачей-хирургов, на котором были лекции по энтеральному питанию.

**С. В. Зарецкий:**

— Вы подняли вопрос информационного голода. Абсолютно доказана низкая эффективность проведения семинаров республиканского масштаба... Как правило, приезжают 1—2 человека из области или отдельного лечебного учреждения, которые не всегда могут донести информацию до коллег на местах. Действительно, сегодня несколько меняется подход к процессу обучения: входит в практику проведение выездных семинаров, когда группа лекторов выезжает в каждую область, где 80% практикующих врачей составят аудиторию слушателей, что значительно повысит эффективность проведения мастер-класса или лекции.

**И. И. Пикиреня:**

— Сколько бы мы ни рассказывали об успешной операции, сколько ни смотрели в Интернете, понятно, что никакая онлайн-конференция не сможет заменить личного присутствия на операции. Только в момент, когда ты сам ассистируешь, заинтересованно следишь за ходом операции, формируется мышление, приходит осознание того, что делаешь.

Нельзя также забывать о том, что большую роль играет и администрация больницы. Если у руководства клиники нет информации и понимания необходимости, то никакие современные методики, в том числе и раннее энтеральное питание, не будут внедрены. Лет 5—7 назад на пути внедрения данного метода, казалось, стоял непреодолимый административный барьер, сказывалось непонимание всей серьезности вопроса. Когда Министерство здравоохранения вместе с экономистами разъяснили, по какой статье бюджета будут идти расходы, питательные смеси начали активно внедряться в клиническую практику.

Владимир Игоревич, как в детской службе реализован данный метод?

**В. И. Волков, зав. анестезиолого-реанимационным отделением № 2 РНПЦ детской хирургии:**

— Питание в лечебной схеме ребенка занимает центральное место. Сегодня появляется англоязычная и русскоязычная литература по энтеральному и парентеральному питанию, представлены разные методики, но раннее энтеральное питание в нашей стране внедряется достаточно недавно. Почему-то хирурги до сих

пор склоняются к мысли, что пациент должен начинать питаться на 3—5-е сутки после операции (необоснованно боятся за сохранность анастомоза).

Порядка 30% от всех детей, находящихся в реанимации РНПЦ детской хирургии, — это пациенты после оперативного вмешательства по поводу врожденного порока развития желудочно-кишечного тракта. Насчитывается достаточно много патологий, которые требуют введения специальных смесей. В нашем центре нет проблем с введением зонда для проведения энтерального питания, врачи-эндоскописты всегда идут навстречу и ставят зонд по первому требованию.

Какая питательная смесь самая лучшая? На первом месте — грудное молоко. К сожалению, в нашей республике нет банка донорского грудного молока. Из роддомов столицы в РНПЦ зачастую госпитализируют новорожденных с осложнениями, в таком случае грудное молоко просто незаменимо, поскольку обладает иммуногенными и питательными свойствами... Следует поднимать вопрос об организации банка донорского грудного молока (можно позаимствовать опыт работы роддомов).

Нельзя сбрасывать со счетов использование полезных микробов... К примеру, в Израиле в качестве профилактики всем недоношенным новорожденным вводят лактобактерии. Взрослые также нуждаются в такой помощи (полезные микроорганизмы достаточно широко представлены: энтеробактерии, энтерококки)... Это очень важный вопрос. Чем дольше пациент с кишечной непроходимостью живет до операции, тем меньше он живет после хирургического вмешательства... Это связано с транслокацией: чем раньше мы «заведем» кишечник, заставим его работать, тем быстрее пациент поправится.

Согласен с коллегами, что нужно организовать промежуточное отделение: в таком случае пациент, нуждающийся в проведении активной терапии, не будет занимать дорогостоящее койко-место в отделении реанимации. Ведь именно из-за дефицита свободных мест в реанимационном отделении иногда откладываются операции. Палаты интенсивной терапии изменили бы ситуацию, позволили бы разгрузить отделение реанимации...

#### **И. И. Пикирня:**

— Во взрослой практике уже начали использовать такой принцип: те же неврологические, кардиологические отделения имеют палаты интенсивной терапии. Взять, к примеру, опыт БСМП Минска (теперь в 10-й ГКБ): отделение желудочно-кишечных кровотечений имело свои палаты интенсивной терапии, где пациенты находились под активным наблюдением и лечением врачей-хирургов, то есть не занимали место в реанимации, освобождая место для других пациентов хирургического профиля.

К принятию такого решения нужно подготовить и хирургов, и администрацию клиники, поскольку необходимо выделить палаты, обеспечить мониторинговое наблюдение, системы доставки, инфузоматы, возможность катетеризации центральных вен, соблюдение правил ухода за энтеральными зондами. Создание таких палат позволит интенсифицировать и оптимизировать работу клиники в целом. Ведь пациенты после любой операции, а не только после транспланта-

ции органов, в равной степени требуют наблюдения, интенсивной терапии, ухода. Вопрос об открытии таких палат необходимо поднимать, обсуждать на уровне Министерства здравоохранения.

Представлю слово О. С. Богушевичу, который имеет большой опыт работы в палатах интенсивной терапии хирургического профиля, а также административной работы. Раздел его диссертации посвящен вопросам нутритивного статуса (методика оценки, разработка отечественного средства для энтерального питания, использование энтерального питания после операций на желудочно-кишечном тракте).

**О. С. Богушевич, зав. отделением экстренной хирургии 9-й ГКБ Минска, главный хирург Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, кандидат медицинских наук:**

— Сегодня Минск в каких-то вопросах является флагоманом, но хотелось бы иметь несколько иную ситуацию по энтеральному питанию. С 2003 г. в столице начали развивать это направление. Изначально делался акцент на научной составляющей, сегодня рассматриваются практические аспекты жизнедеятельности. Да, не скрою, есть проблемы, но они решаются, пусть даже медленно. Следует отметить основные моменты, которые становятся преградой на пути внедрения раннего энтерального питания: это косность мышления, нежелание что-то менять и непонимание со стороны ряда врачей.

В 9-й ГКБ Минска уже активно используют энтеральное питание и технологии «фаст-трак», направленные на максимально быструю реабилитацию пациента после операции, минимизацию длительности ограниченной трудоспособности пациента. Это новое направление для нашей страны, составной частью этих мероприятий является периоперационное питание, что способствует скорейшей адаптации пациента, выздоровлению и отстройке организма после выполнения всех видов операций, включая высокотравматичные хирургические вмешательства.

Независимо от характера операции (плановая, экстренная) в 9-й ГКБ прогнозируется процесс отстройки моторной активности желудочно-кишечного тракта. По умолчанию пациенту ставят зонд для питания, который заводится за связку Трейтца (анестезиолог фиксирует зонд должным образом, чтобы после операции пациент случайно не извлек его). После постановки зонда вводим раствор Рингера или глюкозы, чтобы посмотреть проходимость зонда, оценить, как реагирует желудочно-кишечный тракт на это введение. Энтеральное зондовое питание начинаем в большинстве случаев в первые сутки после операции. Основным продуктом для питания являются олигомерные смеси (Пептамен). Дозу вводимого питания высчитывает анестезиолог-реаниматолог исходя из потребностей пациента и его возможностей усваивать питательные смеси.

Длительность энтерального зондового питания определяется состоянием пациента: при адекватном усвоении питания через зонд на 3—4-е сутки переводим на смешанный тип питания (зондовое и естественное, то есть пероральное). При стабилизации состояния пациент незамедлительно переводится из отделе-

ния реанимации в профильное хирургическое отделение (порой с поставленным зондом), где продолжается зондовое питание. Есть опыт проведения гастростомии на современном уровне путем использования стандартных наборов, что делается в операционной с участием врача-эндоскописта.

Сегодня мы имеем самый большой опыт ведения пациентов с синдромом суперкороткой кишки. Это очень сложная группа пациентов. Подбор питательной поддержки проводится индивидуально для каждого пациента с учетом его особенностей, показателей трофологического статуса, характера сопутствующей патологии, возможности сосудистого доступа, длины и уровня сохраненного кишечника и т. д. Современному врачу-хирургу и врачу-реаниматологу необходимо знать все нюансы питательной поддержки и коррекции пациента хирургического профиля, чтобы правильно подобрать смесь, рассчитать дозировку, кратность приема. Врачи и пациенты должны работать в одной команде.

**О. И. Светлицкая:**

— Все верно. Правильно сбалансированное энтеральное питание, содержащее определенный комплекс нутриентов, на протяжении 7 дней до операции, еще столько же — после операции способствует восстановлению слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Как показывает практика, передовые технологии и современные методики, в том числе раннее энтеральное питание, быстро развиваются в 9-й ГКБ, БСМП Минска и Минской областной клинической больнице.

**О. С. Богушевич:**

— Мы подошли к вопросу о рациональности оказания хирургической помощи. На мой взгляд, абсолютно правильное решение перенаправлять для дальнейшего лечения тяжелых пациентов хирургического профиля из районных больниц в областные или республиканские центры. Одним словом, специализированную помощь следует оказывать в многопрофильной больнице, то есть в учреждении здравоохранения, которое способно обеспечить оказание не только адекватной хирургической помощи пациентам, а располагает всеми необходимыми лечебно-диагностическими возможностями и должным кадровым потенциалом.

**И. И. Пикиреня:**

— Организация такой помощи требует четкого соблюдения протоколов. Администрации учреждений здравоохранения должны пересмотреть вопросы организации как экстренной, так и плановой хирургической помощи: коллектив больницы должны работать на одну цель, а не обособливаться исключительно на своих участках работы, необходимо четкое взаимодействие всех служб и специалистов больницы. Примерами для подражания могут быть коллективы БСМП, 9-й ГКБ Минска, которые работают в режиме постоянной готовности.

Одним из пунктов резолюции заседания круглого стола должно быть ускорение подготовки клинических протоколов (над этим вопросом работают сотрудники кафедр анестезиологии и реаниматологии, хирургии БелМАПО, кафедры трансплантологии, совместно с врачами 9-й ГКБ, БСМП Минска и Минской областной клинической больницы). Клинические про-

токолы — это необходимый элемент оказания квалифицированной медицинской помощи всем пациентам хирургического профиля.

Какой вопрос еще нужно вынести на рассмотрение?

**О. С. Богушевич:**

— В России официально в штатное расписание введена должность врача-нутрициолога. Он занимается не только вопросами ведения интенсивной терапии, но и консультирует пациентов, которые испытывают те или иные дефициты, затруднения с компенсацией своих потребностей. Возможно, и в нашей стране необходимо рассмотреть возможность введения в штат такого специалиста.

**И. И. Пикиреня:**

— Полностью поддерживаю. Вспомните, как 15 лет назад мы говорили о необходимости введения должности клинического фармаколога, многие рассматривали такую возможность с некоторым скептицизмом, сегодня клинический фармаколог есть практически в каждой крупной клинике. Думаю, вполне реально поднять вопрос о подготовке врачей-нутрициологов и введении такой должности в клиниках.

**С. В. Зарецкий:**

— В качестве альтернативы можно использовать возможности врачей-диетологов. Они остались без работы, когда сократили такую должность... Врачи-диетологи могут заниматься вопросами энтерального и парентерального питания. Главное, нужно продумать, кто их будет готовить.

**И. И. Пикиреня:**

— Подготовкой специалистов по нутрициологии должны заниматься, кроме кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии, сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии БелМАПО. Вопросы применения энтерального питания должны отрабатываться на практических занятиях.

Как приложение к протоколу следует подготовить методические пособия (отечественные руководства позволят повысить информированность и подготовку врачей). Нужно подчеркнуть необходимость организации палат интенсивной терапии в хирургических стационарах. Да и не только в хирургических, но и в терапевтических, и в неврологических... В таких палатах могут быть сконцентрированы пациенты, находящиеся в состояниях, которые не требуют помощи специалистов отделения анестезиологии и реанимации.

Следует также активизировать врачей: специалисты, имеющие опыт лечения пациентов с использованием энтерального и парентерального питания, должны активно публиковать результаты своих наблюдений, причем эту информацию следует адресовать не только врачам, но и администрации учреждений здравоохранения. Такую информацию необходимо публиковать и на страницах сборников и материалов съездов, а также активно информировать население, выступая в средствах массовой информации. Этот метод лечения значительно улучшает состояние пациентов, способствует скорейшей реабилитации и экономически эффективен.

**Подготовила Татьяна Ясевич**  
**Фото автора**