

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ И ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ В КОЛООНКОПРОКТОЛОГИИ.

**Касьянов Е.В., Скобло М.Л., Бескубский В.А., Ковалева И.А.,
Ефросинина И.В., Егоров В.В., Клименко А.В.**

МБУЗ «Городская больница №6», Городской центр колопроктологии.
Ростов-на-Дону.

Современные методы хирургического лечения больных в колопроктологии из года в год приобретают все более агрессивный характер. Среди больных колопроктологической патологией недостаточность питания распространена достаточно широко. По данным Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания (ESPEN), в нутритивной поддержке нуждается около 60-80% больных, находящихся на лечение в отделениях анестезиологии-реанимации. В настоящий момент не вызывает сомнения тот факт, что между состоянием питания человека, здоровьем и болезнью существует тесная взаимосвязь. В РФ на данный момент нет утвержденных стандартов нутритивной поддержки у крайне тяжелой категории больных

Цель исследования: изучить состояние белкового обмена и оценить эффективность применения парентерального и энтерального питания в комплексе лечения больных с колоонкопроктологической патологией.

Материалы и методы: проанализировано применение парентерального (ПП) и энтерального питания (ЭП) у 389 больных, находящихся в отделении анестезиологии-реанимации после выполнения плановых операций по поводу колоректального рака, доброкачественных опухолей толстого и тонкого кишечника, операций на желчевыводящих путях, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике. По характеру искусственного питания больные были разделены на 4 группы: в 1-й (98 больных) проводили общепринятую инфузионно-трансфузионную терапию; во второй группе (86 больных) питание осуществляли через назоинтестинальный зонд, введенный ниже анастомоза, в третьей группе больных (76 человек) применяли полное парентеральное питание; в четвертой (128 больных) использовали комбинированное ПП в сочетании с зондовым введением питательных смесей.

Результаты: Исходное состояние белкового обмена, иммунного статуса характеризовалось у больных гипо- и диспротеинемией, уменьшением альбумино-глобулинового коэффициента на 27-29,5% ($p < 0,03$), увлечением уровня средних молекул на 41% ($p < 0,55$), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) на 79,9% ($p < 0,05$). У больных 1-й группы уже в первые сутки после операции отмечалось снижение уровня общего белка на 11,8% ($p = 0,05$) от исходного уровня, альбумина на 15,76% ($p < 0,05$), снижение альбумино-глобулинового коэффициента на 26-29% ($p < 0,05$), выявлялась диспротеинемия, уровни средних молекул и ЦИК были повышены соответственно на 40,4% ($p < 0,05$) и 89,4% ($p < 0,05$). У больных, которым были произведены плановые оперативные вмешательства по поводу колоректального рака, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эти изменения были более выражены, чем у больных после проведения реконструктивно-

восстановительных операций на толстом и тонком кишечнике. Отрицательный азотистый баланс отмечался до 10-х суток после операции. Частота послеоперационных осложнений в 1-й группе составила 28,9% (16 больных), причем 4-м больным была произведена релапаротомия, 2 больных умерло от септического шока на 2-е сутки после операции.

Во 2-й группе больных снижение общего белка, альбумина продолжалось до третьих послеоперационных суток, после этого отмечался резкий подъем этих показателей, отмечалась положительная динамика, что отражалось и в анализах мочи. Уменьшение концентрации белка составило 19% ($p < 0,05$) при поддержании уровня средних молекул и ЦИК на исходном уровне. С 4-х, 5-х послеоперационных суток отмечался положительный азотистый баланс. В этот момент больным вводились питательные смеси через назоинтестинальный зонд в объёме 2,0 - 2,5 литра, что не обеспечивает полноценное количество энергии и вызывает необходимость дополнительного внутривенного введения жиров и углеводов. Частота послеоперационных осложнений в этой группе составила 13% ($p < 0,05$), а в абсолютном выражении три больных.

У больных 3-й группы, начиная с 5-х суток после проведения оперативного вмешательства, была выражена тенденция к нормализации показателей белкового обмена, иммунного статуса, но проведение длительного ПП в 45 % случаев сопровождалось развитием флебитов, различных аллергических и пирогенных реакций. Частота гнойно-септических осложнений в данной группе обследованных больных составляло 25,7% (9 больных).

В 4-й группе с третьих суток после операции содержание альбумина сохранялось на прежнем уровне с небольшой тенденцией к нормализации показателей к десятым суткам послеоперационного периода. Положительный баланс азота сохранялся на всех этапах исследования. В это же время уровень средних молекул 0,222 ед., ЦИК достигал исходных значений. Частота послеоперационных осложнений составила 9,0% (4 больных) и по сравнению с другими группами обследованных больных была наименьшей. В данной группе не наблюдалось таких послеоперационных осложнений, как перитонит, несостоятельность анастомозов.

Заключение: проведенное исследование показывает, что оптимальным вариантом питания больных после оперативных вмешательств по поводу колоректального рака, доброкачественных опухолей толстого и тонкого кишечника является энтеральное зондовое питание в сочетании со сбалансированным парентеральным питанием.