

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Куханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 8 декабря 2022 г. №1215-о

И.о.главного врача _____

Утверждаю

Д.Б.Нардин



Информационное письмо

**Назначение лечебного питания в
предоперационном периоде**

Врач-диетолог Озёрская Н.А.

Любая операция — это инвазивное вмешательство, которое в первую очередь связано с наличием раневой поверхности. Поэтому первым условием в восстановлении нарушенных функций организма становится заживление ран, нанесенных хирургом с целью проведения лечебных мероприятий. Чтобы помочь организму справиться с этой задачей, необходимо обеспечить повышенное потребление белков (аминокислот), витаминов и микроэлементов, необходимых для активизации дополнительных метаболических процессов в организме па

Важным этапом является планирование предоперационной нутритивной поддержки для формирования адекватного поступления пищевых веществ в организм, обеспечивающих пластическими веществами и энергией все процессы, возникающие в послеоперационный период. В случае отсутствия предоперационной подготовки и создания резерва питательных веществ, микроэлементов и витаминов при экстренных оперативных вмешательствах перед лечащим врачом и врачом-диетологом встает достаточно сложная задача — своевременно и адекватно восполнить недостаток основных нутриентов при назначении диетотерапии.

В методических рекомендациях «Энтеральное питание в лечении хирургических и терапевтических больных» под ред. д. м. н. профессора Г. П. Арутюнова, д. м. н. профессора А. В. Бутрова и др. (утв. Минздравсоцразвития от 08.12.2006 № 6530-РХ) указано на то, что благодаря устранению питательной недостаточности возможно следующее:

- существенно улучшить исходы лечения различной категории больных и пострадавших;
- снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений (с 46 до 17 %) и летальность (с 11,7 до 6 %);
- значительно сократить сроки пребывания в стационаре (на 25 %) и период реабилитации;
- повысить качество жизни больных с хроническими заболеваниями;
- уменьшить в 2 раза стоимость лечебно-диагностического процесса и на 15–30 % расход дорогостоящих препаратов.

В послеоперационный период в организме преобладают процессы катаболизма (метаболического распада), наибольшее выражение которых проявляется в потере прежде всего белков с коротким периодом полураспада (белков печени и ферментов желудочно-кишечного тракта). Возникающий при этом аминокислотный дисбаланс нередко приводит к токсическим проявлениям и формированию белково-энергетической недостаточности. Кстати, сама операция это фактор риска формирования белково-энергетической недостаточности.

циента. Именно в этом и заключается особенность диетотерапии хирургических больных.

Общие принципы диетотерапии

Главный принцип назначения диетотерапии — это удовлетворение энергетических и пластических потребностей хирургических больных, которое обеспечивается благодаря следующим факторам:

- сбалансированное питание;
- поступление достаточного количества питательных веществ;
- соответствие калорийности пищевого рациона энерготратам, которые повышаются с увеличением основного обмена.

Рекомендуется оптимальное соотношение суточного поступления белков — 13–17 %, жиров — 30–35 %, углеводов — 50–55 %. Сбалансированный пищевой рацион повышает толерантность организма к операционной травме, развивающимся иммунобиологическим реакциям и направлен на обеспечение восстановительных процессов. Удовлетворение энергетических и пластических потребностей организма хирургического больного обеспечивается адекватным поступлением белка в составе пищевых продуктов. Это связано с тем, что в организме хирургического больного белок является важнейшим пластическим материалом при регенерации раны:

- из белковых структур идет формирование ферментов и других биологически активных веществ;
- белки составляют основу иммунных комплексов, которые жизненно необходимы для борьбы с инфекцией.

В зависимости от заболевания выбирают необходимый пищевой рацион и путь поступления питательных веществ в организм. Выделяют два способа доставки пищи — естественный и искусственный. При естественном питании лечащий врач назначает диету в соответствии с перечнем диет, утвержденным соответствующими приказами Минздрава РФ, в учреждении или индивидуальную диету. Количество диет, которые применяются в медицинской организации в отделениях хирургии, зависит от профиля обслуживаемого контингента, периода лечения (предоперационного, послеоперационного, восстановительного).

Тактика организации лечебного питания

При назначении лечебного питания хирургическим больным необходимо определить период лечения, который зависит от времени проведения оперативного лечения:

1. Предоперационная подготовка;
2. Послеоперационный период стационарный этап;
3. Послеоперационный период амбулаторный этап.

Характеристики диет

Хирургическая специализированная предоперационная диета

Показания

Подготовка плановых хирургических больных:

- неконтролируемая потеря массы тела более 10 % от привычной в течение 6 месяцев;
- потеря более 5 % от привычной массы тела за последний месяц;
- средняя и тяжелая степень недостаточности питания;
- концентрация альбумина в сыворотке крови ниже 30 г/л.

Длительность

За 2–3 дня до проведения оперативного вмешательства при ИМТ не менее 19,5.

10–15 дней и более при ИМТ менее 19,5.

Хирургическая специализированная зондовая диета

Показания

Нарушение актов глотания, жевания; нарушение проходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта; бессознательное или резко ослабленное состояние; анорексия и нежелание принимать пищу; невозможность оптимального питания естественным путем.

Длительность

По медицинским показаниям.

Хирургическая специализированная диета 0а

Показания

Назначается после операций на органах пищеварения, когда прием обычной пищи невозможен, затруднен или противопоказан. Диета обеспечивает максимальную разгрузку и щажение органов пищеварения, предупреждает вздутие кишечника.

Длительность

От 1–3 дней в зависимости от медицинских показаний.

Хирургическая специализированная диета 0б

Показания

Показана при хорошем самочувствии пациента, назначается для расширения рациона в послеоперационном периоде, как правило, после хирургической специализированной диеты 0а.

Длительность

2–4 дня в зависимости от медицинских показаний.

Хирургическая специализированная диета 0в

Показания

Назначается после диеты 0б, служит для дальнейшего расширения рациона и перехода к физиологически полноценному питанию. Питание строится по принципу постепенного увеличения нагрузки на желудочно-кишечный тракт и включения достаточного количества белка для более скорого и полного восстановления функций органов пищеварения.

Длительность

2–4 дня для перехода на стандартный вариант диеты с механическим и химическим щажением (ЩД).

Хирургическая специализированная диета № 1

Показания

Рекомендована для больных, перенесших резекцию желудка. Диета умеренно механически и химически щадящая, физиологически полноценная, с высоким содержанием белка, содержанием жира на нижней границе нормы, ограничением легкоусвояемых углеводов.

Длительность

Назначается на 10–14-й день на 2–4 месяца.

Применение специализированных продуктов

Существует несколько методов включения в состав пищевых рационов специализированных продуктов питания:

- Энтеральные смеси, замещающие один прием пищи (методом сипинга [приема энтеральных смесей через трубочку мелкими глотками]).
- Сбалансированные специализированные продукты питания, замещающие один прием пищи (методом сипинга).
- Введение в рацион 1–3 диетических блюд, в состав которых входит смесь белковая композитная сухая как компонент приготовления готового блюда.

Энтеральное питание

После некоторых видов хирургического вмешательства естественное употребление пищи невозможно. В этих случаях используют искусственное питание: энтеральное (через зонд или стому), парентеральное и комбинированное. Энтеральное (зондовое) питание осуществляется через зонд, заведенный в желудок или в тонкую кишку.

Применять энтеральное питание необходимо в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 5.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями от 7 октября 2005 г., 10 января, 26 апреля 2006 г.), Приложение 5.

Выбор состава смесей

При выборе смеси для энтерального питания следует руководствоваться списком смесей для энтерального питания, разрешенных к применению Минздравом России. Выбор смесей для адекватного энтерального питания должен быть основан на данных клинического, инструментального и лабораторного обследования больных, связан с характером и тяжестью течения заболевания и степенью сохранности функций желудочно-кишечного тракта:

- При нормальных потребностях и сохранности функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) назначаются стандартные питательные смеси.
- При повышенных потребностях в белках и энергии или ограничении жидкости назначаются высококалорийные питательные смеси.
- При критических и иммунодефицитных состояниях назначаются питательные смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами.
- При частично нарушенных функциях ЖКТ назначаются питательные смеси на основе олигопептидов.

Хирургическим больным полное энтеральное питание показано:

- при нарушении сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации;
- наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухолей и стриктуры);
- состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсисе, ожоговой болезни, политравме);
- анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано:

- при нарушениях переваривания и всасывания тонкой кишки;
- остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- неустранимой рвоте и диарее;
- динамической кишечной непроходимости;
- парезе кишечника после хирургических вмешательств;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

Показанием для частичной замены традиционных продуктов питания искусственным питанием могут быть следующие состояния:

- наличие выраженной общей слабости;
- временное нарушение жевательной функции;
- поражение слизистых оболочек полости рта и пищевода;
- дисфагия при приеме твердой пищи;
- субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка;
- гиперметаболический гиперкатаболизм при сохраненной возможности перорального питания.

Замена приема пищи, состоящей из диетических блюд, искусственным питанием (энтеральными смесями или специализированными сбалансированными продуктами питания) проводится методом сипинга. Длительность проведения питания этим методом зависит от состояния пациента, пищевого статуса, степени нарушения функционирования органов пищеварения и определяется лечащим врачом. Рекомендуется ранний переход на специализированные диеты с включением смесей белковых композитных сухих как компонента приготовления готовых блюд.

Белковая коррекция рациона

Белковая коррекция пищевого рациона хирургических больных проводится в зависимости от исходного состояния пищевого статуса больного. В случае выявления недостаточности питания необходимо произвести расчет дополнительной потребности пациента в пищевых веществах для подготовки к оперативному вмешательству или дополнительной коррекции в послеоперационном периоде.

Диетотерапия с дополнительным включением смесей белковых композитных сухих в объеме от 20 до 50 г смеси в сутки (из расчета 40 г белка в 100 г смеси) может быть краткосрочной — в предоперационном периоде и в течение 2–5 дней в послеоперационном периоде; средней продолжительности — до 3 недель после выписки из стационара; длительной — до года и более.

Показанием для включения в рацион смеси белковой композитной сухой помимо низкой массы тела (индекса массы тела менее 19,5–20) являются:

- потеря массы тела на 10 % и более по сравнению с преморбидным состоянием или за последние 6 месяцев, при условии что индекс массы тела после потери 10 % массы не превышает 22,0;
- нарушение белково-образовательной и транспортной функций печени: низкая концентрация в плазме крови альбумина (менее 35 г/л), трансферрина (менее 2 г/л), преальбумина (менее 180 мг/л);

- клинико-лабораторные признаки токсического поражения системы крови: анемия (уровень гемоглобина менее 110 г/л у женщин и менее 120 г/л у мужчин), цитопенические реакции;
- хронические инфекционные процессы, в том числе местные инфекционно-воспалительные процессы (пролежни, трофические язвы, незаживающие раны, свищи, абсцессы), осложняющие течение основного профессионального заболевания и протекающие с повышенным распадом белка и повышенной потребностью в энергии;
- токсические энцефалопатии с вегетосудистым или нейроэндокринным синдромами с повышением функции щитовидной железы и симпатoadреналовой системы;
- заболевания и поражения органов пищеварительного тракта (энтериты, колиты, заболевания поджелудочной железы и гепатобиллиарной системы), сопровождающиеся диареей и нарушением всасывания и усвояемости пищи (синдромы мальабсорбции и мальдигестии), проявляющиеся повышенным содержанием белка (креаторея) и жира (стеаторея) в кале;
- состояния после резекции желудка, тонкого кишечника;
- стойкая протеинурия.

Таблица 1. Характеристика пищевого статуса по показателю индекса массы тела

Характеристика питательного статуса	Значения ИМТ в возрасте 18-25 лет	Значения ИМТ в возрасте 26 лет и старше
Нормальный	19,5–22,9	20,0–25,9
Пониженное питание	18,5–19,4	19,0–19,9
Гипотрофия 1-й степени	17,0–18,4	17,5–18,9
Гипотрофия 2-й степени	15,0–16,9	15,5–17,4
Гипотрофия 3-й степени	Ниже 15,0	Ниже 15,5

Используемая литература:

1. Гроздова Т.Ю. «Практическая диетология» № 2 (6)
2. Барановский А,Ю, « Диетология», 2008 г .
3. Тутельян В.А. «Нутрициология и клиническая диетология» , 2020 г.
4. И.Е.Хорошилов «Клиническое питание и нутриционная поддержка» СПб 2018 г