

ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

О.А. Бельшева

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, г. Москва, Россия

Аннотация

В работе оценены результаты лечения пациентов кардиохирургического профиля с применением дополнительного энтерального питания в периоперационном периоде.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, энтеральное питание, предоперационная подготовка, пациенты кардиохирургического профиля, здоровьесбережение.

Одну из ведущих ролей в утяжелении состояния пациента играет белково-энергетическая недостаточность, наблюдающаяся, в основном, в послеоперационном периоде, что коррелирует с такими неблагоприятными исходами, как: высокая летальность, риск развития осложнений, в том числе, инфекционных, длительность госпитализации. Указанные выше факторы, в свою очередь, способствуют увеличению расходов на лечение и реабилитацию пациентов. Ряд авторов утверждают, что снижение массы тела у стационарного больного на 5% увеличивает продолжительность госпитализации в 2 раза, а частоту осложнений – в 3,3 раза [1]. Это связано с тем, что во время операционного стресса происходит увеличение катаболизма, снижение иммунной функции в раннем послеоперационном периоде, как правило, способствуют, а то и усугубляют степень энтеральной недостаточности и провоцируют развитие саркопении [2,3].

Нами проведен анализ результатов лечения 37 пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, которым было выполнено плановое аортокоронарное шунтирование с применением искусственного кровообращения (ИК).

Первую группу составили 17 пациентов, из них мужчин было 9, женщин - 8. Средний возраст составил 67 4,3 лет. На этапе предоперационной подготовки данная группа пациентов получала дополнительное энтеральное питание (сипинг) в суточном объеме 400 мл, разделенное на равные части в течение дня, при этом, последний прием обычной пищи был в соответствии со стандартами, за 12 часов до оперативного вмешательства, а прием сипинга – за 4 часа до операции. Продолжительность операции составило 180 мин 13мин, продолжительность ИК – 109 8 мин, время аноксии – 90 мин 8 мин.

Вторую группу составили 20 пациентов, из них мужчин было 12, женщин - 8. Средний возраст составил 67 4,3 лет. На этапе предоперационной подготовки пациентам давались стандартные рекомендации по режиму питания перед операцией. В связи с чем, последний прием обычной пищи осуществлялся за 12 часов до оперативного вмешательства. Продолжительность операции составило 175 мин 18 мин, продолжительность ИК – 113 9 мин, время аноксии – 102 мин 9 мин.

Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям.

Результаты.

Влияние нутритивной поддержки оценивалась по длительности пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии в послеоперационном периоде, продолжительности госпитализации, количеству проведенных курсов антибактериальной терапии, дополнительно оценивался уровень общего белка, альбумина до оперативного вмешательства, в раннем послеоперационном периоде и на третьей сутки после операции.

Среднее время нахождения пациентов первой группы в стационаре составляло 8,1 1 суток, во второй группе – 9,7 1,8 суток; причем, продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии была 2 суток (25% общего времени госпитализации) в первой группе и 3 суток (30% общего времени госпитализации) во второй группе.

Антибиотикопрофилактика назначалась всем пациентам по протоколу СКАТ [4]. Переход на антибактериальную терапию потребовали 6 (35%) пациентов в первой группе и 9 пациентов (45%) во второй группе.

Исходные показатели белкового обмена были в пределах референсных значений у пациентов обеих групп. В первой группе на 1-е сутки после операции уровень белка составил 60 2,3 г/л, во второй - 52 2,2 г/л. На 3-и сутки - 63 2,6 г/л в первой группе и 55 2,7 г/л во второй группе.

Исходно уровень альбумина в первой группе составлял 42 2,5 г/л, во второй группе – 44 3,6. В первой группе на 1-е сутки после операции уровень альбумина составил 31 3,7 г/л, во второй - 27 2,2 г/л. На 3-и сутки - 40 1,9 г/л в первой группе и 33 2,4 г/л во второй группе.

Выводы.

Клиническое питание в современном мире должно рассматриваться как важный инструмент терапии тяжело больных пациентов, и стоять в одном ряду с такими компонентами лечения, как антибиотикотерапия, противовоспалительная и гормональная терапия и т. д.

Результаты проведенного исследования позволяют предположить эффективность рационального применения дополнительной нутритивной поддержки у плановых пациентов кардиохирургического профиля в периоперационном периоде. Влияние на количество жизнеугрожающих осложнений у данной категории больных можно рассматривать, как здоровьесберегающий инструмент, а возможность уменьшить период предоперационного голодания – современным достижением в области специализированного питания.

Список литературы

1. Арутюнов Г.П. Кахексия у больных с хронической сердечной недостаточностью. Каков масштаб проблемы? Что мы знаем и что нам делать? Сердечная недостаточность, 2001, Т2, №3.
2. Хомяков В.М., Хороненко В.Э., Ермошина А.Д. Проблема нутритивной недостаточности и методы ее коррекции у больных со злокачественными опухолями пищевода и желудка // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2016. Т. 5. No 5. С. 33–37.
3. Metabolisme SFNCe. CAT provisoire pour supplementation vitaminique en periode de tension d'approvisionnement en MV IV. 2021.
4. Рекомендации СКАТ для стационара 2018

EFFECT OF PERIOPERATIVE SUPPLEMENTAL ENTERAL NUTRITION IN CARDIAC SURGICAL PATIENTS

O.A. Belysheva

Research Institute for Health Care Organization and Medical Management of the Moscow City Health Department, Moscow, Russia

Abstract

The study evaluated the results of treatment of cardiac surgery patients with the use of additional enteral nutrition in the perioperative period.

Keywords: nutritional support, enteral nutrition, preoperative preparation, cardiac surgery patients, health care.

References

1. Harutyunov G.P. Kaheksia in patients with chronic heart failure. What is the scale of the problem? What do we know and what should we do? Heart Failure, 2001, T2, No. 3.
2. Khomyakov V.M., Khoronenko V.E., Yermoshina A.D. The problem of nutritional insufficiency and methods of its correction in patients with malignant tumors of the esophagus and stomach//Oncology. Journal named after P.A. Herzen. 2016. T. 5. No 5. S. 33-37.
3. Metabolisme SFNCe. CAT provisoire pour supplementation vitaminique en periode de tension d'approvisionnement en MV IV. 2021.
4. SCAT Recommendations 2018.