

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ: ПО ДАННЫМ РУКОВОДСТВА ESPEN**

(По Weimann A., Braga M., Harsanyi L., Laviano A., Ljungqvist O., Soeters P., DGEM (German Society for Nutritional Medicine) Jauch K.W., Kemen M., Hiesmayr J.M., Horbach T., Kuse E.R., Vestweber K.H. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation // Clin. Nutr. – 2006. – 25: 224-244)

Краткое изложение принятых решений: Оперативные вмешательства

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
Обобщающее	Для большинства больных нет необходимости в голодании, начиная с вечера накануне операции	A	1
	Для большинства больных после операции нет необходимости прерывать пероральное поступление питательных веществ	A	3
Показания в периоперативном периоде	У больных с повышенным риском, обусловленным нарушением питания, перед обширным оперативным вмешательством следует использовать искусственное питание в течение 10-14 дней, даже при необходимости из-за этого отложить операцию.	A	4.1
	Констатация повышенного риска, обусловленного нарушением питания, основывается на выявлении хотя бы одного из следующих критериев: - потеря на протяжении последних 6 месяцев массы тела > 10-15%, - индекс массы тела < 18,5 кг/м ² , - степень C, выявляемая при анализе по шкале Субъективного Общего Состояния (Subjective Global Assessment), - концентрация альбумина в сыворотке крови <30г/л (при отсутствии данных за нарушение функции печени и почек)		4.1
	Следует немедленно начать искусственное питание (по возможности энтеральным путем): - при допущении, что в периоперационном периоде пациент не способен будет принимать пищу более 7 дней, даже при отсутствии явных признаков недостатка питания, - у пациентов, которые более 10 дней не смогут перорально принимать пищу в объеме более 60% от рекомендованной нормы поступления энергии	C C	4 4
	Следует рассмотреть вопрос о комбинации энтерального питания с парентеральным, когда есть показания для искусственного питания, а потребность в энергии только энтеральным путем обеспечена быть не может (< 60% от общей потребности в энергии)	C	4
Противопоказания	Следует отдать предпочтение энтеральному питанию, за исключением следующих противопоказаний: кишечная непроходимость, тяжелый шок, ишемия кишечника	C	4
Реализация в предоперационном периоде	Пациентов, у которых потребность в энергии не покрывается за счет обычного питания, в предоперационном периоде следует мотивировать к дополнительному пероральному приему препаратов для искусственного питания	C	4.1

	Лучше всего предоперационное энтеральное питание использовать еще до госпитализации	C	4.1
	Готовящиеся к оперативному вмешательству пациенты, у которых не выявляется конкретного фактора риска аспирации желудочного содержимого, могут продолжать пить прозрачную жидкость вплоть до 2 ч до начала наркоза. Твердую пищу разрешается принимать до 6 часов до наркоза.	A	
	У большинства больных, готовящихся к операции, в предоперационном периоде (перед сном накануне операции и за 2 ч до операции) следует использовать нагрузочную дозу углеводов	B	2
в послеоперационном периоде	В раннем периоде после оперативного вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта следует начать обычное питание или энтеральное питание	A	4.2.1
	У большинства пациентов, перенесших резекцию толстого кишечника, в течение нескольких часов после операции могут быть начаты пероральные поступления, в том числе прозрачной жидкости	C	3
	Тем не менее, следует учесть индивидуальную переносимость пероральных поступлений и характер выполненного оперативного вмешательства	C	3
	В случае невозможности начала раннего перорального питания, следует использовать зондовое питание, особенно у пациентов:		4.2.2
	- перенесших крупные операции на голове и шее или операции по поводу опухолей органов желудочно-кишечного тракта,	A	4.2.2
	- с тяжелой травмой,	A	4.2.2
	- с четкими проявлениями недостатка питания на момент выполнения оперативного вмешательства	A	4.2.2
	- с неадекватным (<60%) пероральным поступлением дольше 10 последующих дней	A	4.2.2
	При наличии показаний следует начать зондовое питание в течение 24ч после операции	A	4.2.1, 4.2.4
	Зондовое питание следует начать с малой скорости (напр., 10 – максимум 20 мл/час) в связи со сниженной переносимостью питания кишечником	C	4.2.4
Достижение необходимого уровня поступления питательных веществ может занять интервал времени 5-7 дней, что не рассматривается как фактор, ведущий к осложнениям	C	4.2.4	
На протяжении нахождения в стационаре следует постоянно проводить оценку состояния питания пациента; при необходимости, у пациентов, которые получали искусственное питание после выписки из стационара	A	4.2.4	
Тип зондового питания	У всех кандидатов для зондового питания, которым выполняется обширное оперативное вмешательство, следует обеспечить тонкоигольную катетерную еюностомию или назоюнональный зонд	A	4.2.4
	В том случае, когда наложен анастомоз проксимального отдела желудочно-кишечного тракта, энтеральное питание следует обеспечивать через зонд, установленный дистальнее анастомоза	C	4.2.4
	При необходимости длительности зондового питания (> 4 недель), например, при тяжелой черепно-мозговой травме, следует рассмотреть вопрос об использовании чрескожного эндоскопического зонда (например, чрескожная эндоскопическая гастротомия)	C	4.2.4
Тип формулы препарата	Для большинства пациентов адекватным является препарат на основе цельного белка	C	4.2.3
	В периоперативном периоде независимо от риска, обусловленного	A	4.2.3

	<p>нарушением питания, у следующих категорий пациентов лучше использовать энтеральное питание, содержащее иммуномодуляторы (аргинин, ω-3 жирные кислоты, нуклеотиды):</p> <ul style="list-style-type: none"> - подвергающихся обширным оперативным вмешательствам на органах в области шеи (ларингэктомия, фарингэктомия) - подвергающихся крупным оперативным вмешательствам по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости (эзофагоэктомия, гастрэктомия, панкреатодуоденэктомия), - после тяжелой травмы 		
	По возможности, данные препараты необходимо начать использовать за 5-7 дней до операции и продолжить в течение 5-7 дней после неосложненного оперативного вмешательства	С	4.2.3

Краткое изложение принятых решений: Трансплантация органов

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
Показание			
Перед трансплантацией	Недостаток питания является важным фактором, оказывающим влияние на исход после трансплантации. Поэтому значимым является оптимизация состояния питания	С	6
	При недостатке питания следует дополнительно перорально использовать препараты для искусственного питания или даже зондовое питание	С	6
	При мониторинге пациентов, находящихся в списке очереди, ожидающих трансплантацию, следует регулярно проводить оценку состояния питания пациента	С	6
	Рекомендации для живых доноров и реципиентов не отличаются от таковых для больных, которым выполняются обширные оперативные вмешательства	С	6
После трансплантации	В раннем периоде после трансплантации сердца, легких, печени, поджелудочной железы, почек следует начать обычное питание или энтеральное питание	С	7
	Поступление питательных веществ может быть начато в раннем периоде даже после трансплантации тонкого кишечника, но расширение питания должно осуществляться очень осторожно	С	7
	Для всех пациентов, перенесших трансплантацию, необходим длительный мониторинг состояния питания и обеспечение консультаций по вопросам питания	С	7

1. Необходим ли голод перед операцией?

Для большинства больных нет необходимости в голодании, начиная с вечера накануне операции. Готовящиеся к оперативному вмешательству пациенты, у которых не выявляется конкретного фактора риска аспирации желудочного содержимого, могут продолжать пить прозрачную жидкость вплоть до 2 ч до начала наркоза. Твердую пищу разрешается принимать до 6 часов до наркоза (А).

2. Несет ли пользу подготовка метаболизма у плановых больных хирургического профиля применением терапии углеводами?

Вместо голодания на протяжении ночи для большинства больных, готовящихся к операции, в предоперационном периоде (перед сном накануне операции и за 2 ч до операции) рекомендуется нагрузочная доза углеводов.

3. В целом, необходим ли перерыв в пероральных поступлениях после операции?

В целом, после операции нет необходимости прерывать пероральные поступления (А). Тем не менее, следует учесть индивидуальную переносимость перорального поступления и характер выполненного оперативного вмешательства (С).

У большинства пациентов, перенесших резекцию толстого кишечника, в течение нескольких часов после операции могут быть начаты пероральные поступления жидкости.

4.2. Энтеральное питание после операции.

4.2.1 Несет ли благоприятный эффект прием обычной пищи или энтеральное питание в раннем периоде (< 24 ч) после операции на органах желудочно-кишечного тракта?

После операций на органах желудочно-кишечного тракта рекомендуется раннее начало приема обычной пищи или энтерального питания (А). При наложенном анастомозе на проксимальном отделе желудочно-кишечного тракта энтеральное питание может быть обеспечено через зонд, конец которого расположен дистальнее анастомоза (В).

4.2.2. У каких пациентов может быть получен благоприятный результат при раннем начале в послеоперационном периоде зондового питания?

Раннее зондовое питание (на протяжении 24 ч) показано пациентам, у которых не может

быть начато раннее пероральное питание, особенно у следующих категорий больных:

- перенесших обширные операции на голове и шее или органах желудочно-кишечного тракта по поводу онкологических заболеваний (А),
- после тяжелой травмы (А),
- с четкими проявлениями недостатка питания на момент выполнения оперативного вмешательства (А),
- с неадекватным (<60%) пероральным поступлением дольше 10 последующих дней.

4.2.3. Препарат какой формулы использовать?

Для большинства пациентов адекватным является препарат на основе цельного белка (С).

Особо, что касается пациентов с отчетливым выраженным риском, связанным с недостатком питания при обширных операциях по поводу онкологических заболеваний органов в области шеи (ларингэктомия, фарингэктомия), и брюшной полости (гастэктомия, панкреатодуоденэктомия), а также после тяжелой травмы. Позитивный эффект у них можно получить от использования препаратов на основе формулы, оказывающей влияние на иммунную систему (обогащенные аргинином, омега-3-жирными кислотами и нуклеотидами) (А). По возможности использование данных обогащенных препаратов следует начать перед операцией (А) и продолжить в течение 5-7 дней в послеоперационном периоде после неосложненной операции (С).