**Вопросы раннего кормления после резекции желудка**

КазНМУ, ЦРБ Карасайского района, РК

Малгаждаров М.С., Стадников М.А**.**

 Резюме. Раннее кормление пациентов после операций на органах брюшной полости способствует нормализации обмена веществ и восстановлению общих сил организма; повышению сопротивляемости организма при явлениях воспаления и интоксикации; а также снижению частоты осложнений, и более быстрому выздоровлению больного.

Resume. The early feeding of patients after operations on the organs of abdominal region is instrumental in normalization of exchange of matters and renewal of general forces of organism; to the increase resistance of organism at the phenomena of inflammation and intoxication; and also to the decline of frequency of complications and more rapid convalescence of patient.

Тұжырым. Асқазан ішек жолдарына операция жасалған науқастарды ерте тамақтандыру зат алмасу үрдісін тезарада қалпына келтіріп, науқасқа күшін жинауға көмектеседі; қабыну үрдісіне және интоксикацияға қарсы күресуге, асқынулар санын азайтып, науқастың тез жазылып шығуына үлкен әсерін тигізеді.

**Введение.** Хирургическая операция на органах пищеварения вызывает не только местную, но и общую реакцию со стороны организма, включая изменения обмена веществ. Питание в послеоперационном периоде должно:

1) способствовать нормализации обмена веществ и восстановлению общих сил организма;

2) повысить сопротивляемость организма при явлениях воспаления и интоксикации;

3) способствовать заживлению операционных ран.

После операций на органах брюшной полости часто назначают голодную диету. Жидкость вводят внутривенно, а рот только прополаскивают. В дальнейшем постепенно назначают максимально щадящую пищу (жидкую, полужидкую, протертую), содержащую достаточное количество жидкости, наиболее легко усвояемые источники питательных веществ. Но метаболизм и утилизация питательных веществ происходят более эффективно при введении их непосредственно в желудочно-кишечный тракт, а не парентеральным путем. При энтеральном кормлении стимулируется образование секреторного IgA и может быть уменьшена или предотвращена адгезия бактерий к слизистой оболочке кишки. Также энтеральное введение питательных веществ, в отличие от парентерального, может приводить к уменьшению бактериальной транслокации в желудочно-кишечном тракте, к снижению проницаемости слизистой оболочки для макромолекул, уменьшению вероятности развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности. Следует учитывать, что у лиц, подвергаемых операциям по поводу заболеваний органов пищеварения, как правило, еще в предоперационном периоде имеются нарушения белкового, витаминного, минерального обменов. При невозможности обеспечить питание оперированных больных обычным путем назначают зондовое питание. Важнейшей задачей лечебного питания является преодоление в течение раннего послеоперационного периода белкового, витаминного и минерального дефицита, развивающегося у многих больных в связи с недостаточным питанием в первые дни после операции, кровопотерями, распадом тканевых белков, лихорадкой. Поэтому необходим возможно более ранний перевод на полноценное питание с широким продуктовым набором, но с учетом состояния больного, способностей его организма в отношении приема и переваривания пищи.

**Материалы и методы**. В целях раннего послеоперационного кормления нами был предложен двухпросветный гастродуоденальный зонд, одна часть которого проводилась за зону анастомоза в тонкую кишку ( при резекции по Б- 2) и за нисходящее колено 12-перстной кишки (при резекции по Б-1), по которому проводили введение пищи, а вторая находилась в просвете культи желудка и выполняла дренажную функцию. Вводимая через зонд пища состояла из жидких и полужидких (консистенции сливок) продуктов и блюд, проходящих через зонд непосредственно в нижние отделы 12 перстной кишки или тонкую кишку. Плотные продукты и блюда растирались и разводились жидкостью с учетом характера смеси (кипяченой водой, чаем, бульоном, овощными отварами, молоком, соком плодов и овощей и др.) Отдельные продукты после размельчения через мясорубку протирались через густое сито и процеживались через тонкое сито, чтобы исключить попадание трудноизмельчаемых частей (прожилки мяса, волокна клетчатки и др.). Исключались холодные и горячие блюда и напитки. Температура блюд - 45-50оС, так как охлаждение делает пищу вязкой и труднопроходимой через зонд. Также мы применяли упрощенную питательную смесь следующего состава (на сутки): молоко - 1,5 л, масло растительное - 10 г, сахар 150 г, яйца - 4 штуки. В смеси - 67 г животного белка, 110 г легкоперевариваемых жиров, 220 г простых углеводов; всего 2100 ккал. Смесь распределяли на 5 приемов. В неё вводили также 100 мг аскорбиновой кислоты. Питание мы начинали вводить в конце первых суток после операции, введение пищи само по себе являлось стимулирующим фактором. Раннее кормление проводили в 15 случаях и при анализе послеоперационного периода отмечалось значительное снижение нагноительных процессов, ранняя активизация больных, сокращение послеоперационного нахождения в стационаре.

Так при раннем кормлении больные на третьи сутки в полном объеме могли себя обслуживать и не нуждались в посторонней помощи. Все больные из этой группы были выписаны в среднем на 9 сутки. Для сравнения нами была составлена группа, состоящая из 20 больных, которым раннее кормление не проводилось. В этой группе отмечалась в среднем более поздняя выписка, на 12-14 сутки. Реабилитация в этой группе проходила в более поздние сроки.

**Выводы.** Таким образом, раннее кормление пациентов после операций на органах брюшной полости, способствует нормализации обмена веществ и восстановлению общих сил организма; повышению сопротивляемости организма при явлениях воспаления и интоксикации; а также снижению частоты осложнений, и более быстрому выздоровлению больного.

Литература

1. Курапов Е.П., Ворхлик М.И. Современные проблемы энтерального питания// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, №5.-2003
2. Репин В.Н., Дворецкий Л.Э., Возгомент Н.М. Раннее энтеральное питание как метод интенсивной терапии при деструктивном панкреатите. Вестник интенсивной терапии, № 4 .- 2000.
3. Шестопалов А.Е. Интенсивная терапия при синдроме кишечной недостаточности в хирургической гастроэнтерологии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, Т.5, №4.-1995.
4. Хорошилов И.Е. К вопросу о вреде голодания и принципах адекватного питания хирургических больных // Вестник интенсивной терапии, № 3.-2002.