

## СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ В ПАЦІЄНТІВ З ХІРУРГІЧНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Резюме.** В огляді літератури подані сучасні уявлення про стан проблем нутритивної підтримки в пацієнтів з хірургічною абдомінальною патологією. У результаті численних досліджень, проведених останнім часом, було виявлено, що в пацієнтів, яким була призначена своєчасна нутритивна підтримка, значно нижчий показник ускладнень під час хірургічного лікування, наприклад інфекційних, зменшено кількість днів знаходження в стаціонарі, краща переносимість хіміотерапії і, нарешті, значно нижчий відсоток летальності. Сучасні уявлення про нутритивну підтримку базуються на такій принциповій позиції: харчування, що призначається хворому, має бути адаптоване за хімічним складом, енергетичною цінністю дієти, технологією приготування, режимом харчування до клініко-патогенетичних особливостей хвороби й стадії захворювання. Актуальним залишається питання щодо шляху, виду, часу початку, терміну призначення додаткової терапії та способу харчування пацієнтів з хірургічною абдомінальною патологією, воно важливе у зв'язку з вирішенням складної проблеми прискорення одужання оперованих пацієнтів.

**Ключові слова:** нутритивна підтримка, хірургія, абдомінальна патологія.

Понад 50 % пацієнтів, які надходять у стаціонар, мають нутритивну недостатність. Велику роль у її формуванні відіграють соціально-економічні фактори, наявність хронічних захворювань. У хворих, які перебувають у стаціонарі, за даними ESPEN, частота розвитку нутритивної недостатності становить: у хірургії — 27–48 %, терапії — 46–59 %, педіатрії — 27–57 %, ортопедії — 39–45 %, онкології — 46–88 %, інфектології — 59 %, пульмонології — 33–63 %, гастроентерології — 46–60 %, у хворих, які перебувають на гемодіалізі, — 31–59 % [7].

Відповідно до даних Malnutrition Advisory Group of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, нутритивною недостатністю вважається нутритивний статус, при якому дефіцит енергії, білка або інших нутрієнтів викликає вимірювані побічні ефекти в тканинах, формі тіла й функціональному стані [9]. Нутритивна недостатність виникає в 40–80 % хворих хірургічного профілю і є головною причиною захворюваності та смертності в пацієнтів із захворюванням у запущеній стадії. Така частота недостатності харчування найбільш типова для хворих із пухлинами травного тракту. Нутритивна недостатність може бути пов'язана з нездатністю переварювати або всмоктувати нутрієнти внаслідок проблем з боку шлунково-кишкового тракту при первинному захворюванні (наприклад, при обструктивному раку стравоходу) або протираковому

лікуванні (комбіноване лікування раку голови й шиї, що може викликати тяжкі оральні мукозити), а також може виникнути внаслідок анорексії/кахексії, викликані пухлиною [11].

Нутритивна підтримка є складовою частиною терапії хірургічних пацієнтів. Застосування комплексного, комбінованого підходу до формування лікувальних раціонів у даний час стало обов'язковою умовою ефективного лікування та реабілітації. У результаті впровадження нутритивної підтримки в практичну охорону здоров'я інтенсивний розвиток отримали нові технології дієтичного (лікувального й профілактичного) харчування, що забезпечують життєздатність і адаптивні властивості організму людини за допомогою контрольованого введення до складу добового харчового раціону незамінних нутрієнтів [15].

Сучасне поняття нутритивної підтримки базується на принциповій позиції: харчування, що призначається хворому, має бути адаптоване за хі-

Адреса для листування з авторами:

Павлов О.О.

E-mail: redact@i.ua

© Павлов О.О., Миронова Н.В., 2016

© «Медицина невідкладних станів», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

мічним складом, енергетичною цінністю дієти, технологією приготування, режимом харчування до клініко-патогенетичних особливостей хвороби й стадії захворювання [23].

Нутритивна підтримка в хірургічних пацієнтів за останні роки зазнала ряду значних змін. Поява парентерального й ентерального харчування поруч із розширенням знань у галузі клітинної біології та біохімії дозволила лікарям покращити результати лікування. Існує загальна думка, що поживна недостатність асоціюється в тяжкохворих пацієнтів з порушенням імунної функції, вентиляції легень та збільшенням інфекційних ускладнень та смертності. Активна нутритивна підтримка зменшує метаболічну відповідь організму на стрес і модулює імунну систему [28].

За останні 10 років нутритивна підтримка інтенсивно розвивалася, тому що недоїдання було відзначено як незалежний фактор ризику ускладнень, що призводять до збільшення темпів інфекцій, зростання тривалості перебування в стаціонарі, інтенсивної терапії та вентиляції легень, більш складного загоєння ран і, нарешті, збільшення смертності. Були досягнуті значні результати в галузі розробки хімічних сумішей, а також удосконалення методів доступу [30].

У дослідженнях європейських учених, проведених останнім часом, з'явився термін «госпітальне голодування», тому що хворі, які перебувають у хірургічному стаціонарі, протягом 8–10 діб втрачають до 15–20 % маси тіла. Саме в цьому випадку ставиться питання про проведення штучного (ентерального, парентерального) живлення із застосуванням спеціальних сумішей [6]. З'явилося поняття нутриційного догляду, що передбачає корекцію метаболічних порушень і повноцінне забезпечення енергопластичних потреб організму [2].

Пацієнти після оперативного втручання в абдомінальній хірургії піддаються особливому ризику розвитку живильної недостатності, що відбувається в 40 % випадків. Зміни обміну речовин, що відбуваються у відповідь на основне захворювання й операційний стрес, призводять до збільшення катаболізму білка, у результаті чого відзначається значна втрата маси тіла, що, у свою чергу, призводить до збільшення числа ускладнень, особливо інфекційних, неспроможності швів і анастомозів [1].

Основними цілями нутритивної підтримки є: 1) забезпечення необхідної кількості макро- і мікроелементів, виходячи з розрахункової дози й вимірних показників вихідного стану; 2) зниження кількості ускладнень, пов'язаних з живильною недостатністю; 3) модулювання запальної реакції за рахунок використання різних компонентів нутритивних сумішей [26, 30].

Як правило, надходження калорій у пацієнтів після оперативного втручання набагато нижче від належного. S. Robinson та співавт. у своєму дослідженні 2011 року виявили взаємозв'язок між споживанням калорій нижче від 25 % від рекомендованої дози і збільшенням захворюваності на бактеріємію

[11]. У дослідженні M. Cristian, проведеному в тому ж році, виявлено ще більшу недостатність — зменшення споживання калорій від 33 до 66 % від рекомендованого рівня. З цього випливає, що не існує однозначної думки про необхідну кількість калорій, споживаних після оперативного втручання в абдомінальній хірургії, і до цього часу це питання залишається спірним [15].

Таким чином у пацієнтів з абдомінальної патологією формуються всі передумови для нутритивної недостатності, що служить предиктором призначення нутрієнтів на різних етапах одужання пацієнтів.

Класичними шляхами надходження в організм різних поживних речовин є парентеральний, ентеральний і змішаний [18]. Отримані в численних дослідженнях дані [1, 23, 26, 31] дають підстави припускати, що парентеральне харчування (ПХ) зменшує післяопераційні ускладнення у хворих, які піддаються хірургічному втручання з приводу раку, але не має суттєвого впливу на виживаність при доброякісних захворюваннях (синдром короткої кишки тощо), а також у пацієнтів з неоперабельною непрохідністю кишечника. Більше того, існує ризик септичних ускладнень, пов'язаний із застосуванням ПХ роздільними компонентами (окреме введення амінокислот, жирових емульсій тощо).

Одним із загрозливих станів, що виникають при застосуванні ПХ, є розвиток рефідінг-синдрому, який характеризується потенційно небезпечними порушеннями, що загрожують життю. Запобігання рефідінг-синдрому та його лікування включають застосування тіаміну, солей фосфатів і адекватну корекцію водно-електролітного балансу та глюкози [24].

У дослідженні, що включає 395 хворих з нутритивною недостатністю, яким була виконана лапаротомія або торакотомія (некардіохірургічні пацієнти, з яких 65 % хворих на рак), пацієнти були рандомізовані на дві групи: одна отримувала повне ПХ (Total Parenteral Nutrition — TPN) протягом 7 днів до операції і 3 днів після неї, друга не отримувала повного ПХ. У хворих, які отримували повне ПХ, відзначено незначне зниження 30-денної смертності (7,3 проти 4,9 %). Крім того, у пацієнтів з вираженою нутритивною недостатністю, у яких застосовували повне ПХ, було менше неінфекційних ускладнень, ніж у контрольній групі (43 проти 5 %) [14].

В іншому дослідженні, що включає 124 хворих з гепатоклітинною карциномою, які зазнали часткової гепатектомії, пацієнти були розподілені на дві групи. Одна група протягом 14 днів до операції отримувала повне ПХ, а інша — ні. В обидві групи входили хворі з помірною недостатністю харчування (< 20 % хворих у кожній групі мали > 10% зменшення маси тіла), а середній вміст альбуміну в плазмі крові становив > 40 г/л в обох групах. Не встановлено статистично значущих відмінностей у смертності при порівнянні з контрольною групою, але додаткове ПХ було пов'язано з меншою піс-

ляопераційною захворюваністю (34 проти 54 %), кращим функціональним станом печінки, меншим асцитом і зменшенням необхідності введення діуретиків [13].

Дані досліджень щодо застосування тільки повного ПХ після неонкологічних операцій були менш оптимістичними. Метааналіз, що включав 2211 тяжких нехірургічних та хірургічних (без онкологічної патології) хворих, які перебувають у відділенні інтенсивної терапії, не показав вірогідних відмінностей у смертності й частоті ускладнень, хоча результати були кращими в групі повного ПХ [17].

Отже, зазначені дані однозначно свідчать про доцільність та переваги парентерального харчування порівняно з голодуванням пацієнтів у періопераційному періоді.

У то же час до недоліків повного парентерального харчування можна віднести: ризики інфекційних катетерних ускладнень, індивідуальну непереносимість поживних сумішей, атрофію слизової кишечника й високу вартість вказаних препаратів. Отже, логічним є шлях впровадження або широкого застосування раннього ентерального харчування, тільки якщо це дозволяє хірургічна ситуація [26].

У хворих з нутритивною недостатністю, у яких плануються великі операції на органах шлунково-кишкового тракту з приводу раку, можливий розвиток ряду ускладнень, коли нутритивна підтримка супроводжується переважно повним ПХ за відсутністю ентерального шляху надходження нутрієнтів, що, можливо, призведе до ймовірних труднощів одужання [24].

Традиційно харчування пацієнтів, які перенесли операції на шлунково-кишковому тракті, починають після прояву активності кишечника (відходження газів, аускультативні ознаки перистальтики). Однак останніми роками висловлюється думка, що нутритивну підтримку необхідно починати якомога раніше [16].

З огляду на очевидні труднощі в проведенні рандомізованих клінічних випробувань у пацієнтів, особливо якщо вони знаходяться в загрозованих для життя станах, на основі фактичних даних не вистачає керівних принципів для ентерального або парентерального харчування.

Сучасна концепція нутритивної підтримки передбачає її ранній початок — протягом перших 24–36 годин (більш ефективно, ніж пізніше; рівень доказовості B), ранній перехід на ентеральне харчування, «метаболічне лікування» синдрому кишкової недостатності як провідного чинника в розвитку та підтримці поліорганної недостатності й лімітує можливості ентерального харчування; харчування має бути адаптоване до функціонального стану органів травлення та органної (поліорганної) патології. Сьогодні вже не розглядається якийсь один метод або якась одна суміш, нині на різних етапах лікування застосовують різні підходи (парентеральний, ентеральний, змішаний) із використанням різних сумішей, що містять фармаконутрієнти, нутритивна цінність і обсяг яких залежать від тяжкості

метаболічних розладів і ступеня ураження шлунково-кишкового тракту.

Так, у дослідженні, що включало 317 хворих з нутритивною недостатністю, було сформовано дві групи пацієнтів, які отримували подовжене парентеральне або раннє ентеральне харчування. Обидві групи починали харчування вранці після операції й продовжували його до тих пір, поки не ставало можливим повноцінне пероральне харчування. Хоча частота побічних ефектів, пов'язаних з харчуванням (здуття живота та спазми), була вищою при ентеральному харчуванні (35 проти 14 %), частота післяопераційних ускладнень була нижчою в цій групі (34 проти 49 %), а тривалість перебування в стаціонарі — більшою (15,0 проти 13,4 дня) [25].

За даними D.K. Heyland, ентеральне харчування пов'язане зі значно більш високою частотою затримки спорожнення шлунка (57 проти 16 %), великою тривалістю використання шлункового зонда й перебування в стаціонарі, але не знижує частоту післяопераційних ускладнень [29].

Питання нутритивної підтримки дуже важливі при лікуванні хворих на рак стравоходу, тому що багато хто з цих пацієнтів має виражену нутритивну недостатність внаслідок прогресуючої дисфагії. Нутритивну недостатність різного ступеня враженості виявляють у 80 % хворих на рак стравоходу. Пацієнти, у яких проводять мультиmodalну терапію, включаючи хірургічне лікування, часто мають значно гірші нутритивні параметри, ніж ті, які піддаються тільки оперативному втручання. Побічними ефектами хіміотерапії є нудота, блювання й діарея, а застосування променевої терапії часто провокує або загострює вже наявну дисфагію. Нутритивна недостатність знижує ймовірність проведення повного курсу хіміотерапії. Це особливо важливо у хворих, у яких планується езофагектомія після проведення курсу хіміотерапії. Застосування перорального додаткового живлення незначно покращує хірургічний результат, але покращує періопераційне збільшення маси тіла [3].

При ретроспективному огляді 30 хворих на рак стравоходу, які були нездатні підтримувати пероральну дієту й отримували повне ПХ під час неoad'ювантної хіміотерапії, було виявлено переносимість більш високих доз протипухлинних препаратів, ніж у тих пацієнтів, які не отримували повного ПХ, а результати хірургічного лікування були такими ж, як і в тих хворих, які були здатні підтримувати пероральне харчування. Значний позитивний ефект продемонстрований при використанні повного ПХ у хворих з недостатнім харчуванням з планованою операцією з приводу раку. Час початку нутритивної підтримки також може мати важливе значення в цій категорії пацієнтів [9].

Ще одним важливим фактором, за результатами досліджень, є ранні строки початку живильної підтримки. Це є керівним принципом клінічної практики лікування пацієнтів з нутритивною недостатністю в абдомінальній хірургії, кількість таких пацієнтів становить близько 50 %. Ранній початок



терапії пов'язують зі значним зниженням смертності пацієнтів [10].

Відповідно, недостатність харчування є проявом зміни складу тіла, що призводить до зниження клітинної маси й дисфункції всіх органів і систем. Потреба в харчуванні хворих, які перенесли операцію на черевній порожнині, аналогічна такій в інших тяжкохворих пацієнтів, хоча слід взяти до уваги, що саме оперативне втручання може викликати як запальні, так і метаболічні зміни. Пацієнти даної категорії мають більш високий ризик інфекційних та кардіореспіраторних ускладнень, що можуть призвести до тривалого перебування в клініці [19].

Раннє післяопераційне харчування є ефективним і добре переноситься навіть за наявності кишкової непрохідності та при підозрі на неспроможність анастомозів. У разі ентерального харчування рекомендують введення катетера дистальніше від анастомозу. За даними британських авторів, додаткове парентеральне харчування необхідно призначати за два дні до оперативного втручання [29].

З огляду на історичну еволюцію живильної підтримки слід зазначити, що її розробка була принципово заснована на таких трьох елементах: 1) розробка практичних, ефективних і безпечних систем доступу для введення живильних речовин; 2) збільшення кількості позитивних ефектів нутритивної підтримки; 3) розробка більш складних поживних розчинів як для парентерального, так і для ентерального харчування, що містять ряд поживних речовин зі спеціальними властивостями, такі як глутамін, аргінін, мононенасичені жирні кислоти, риб'ячий жир, таурин, нуклеозиди та нуклеотиди, а також широкий вибір жирів, мікроелементів і антиоксидантів [25].

Отже, сучасний стан проблем нутритивної підтримки в пацієнтів з хірургічною абдомінальною патологією становить низку проблем як теоретичного, так і суто практичного значення й потребує визначення подальших шляхів вирішення складної проблеми прискорення одужання оперованих пацієнтів.

## Список літератури

1. Мальшева В.Д. Интенсивная терапия: Руководство для врачей / В.Д. Мальшева, С.В. Свиридова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 712 с.
2. Гельфанд Б.Р. Интенсивная терапия: Национальное руководство: В 2 т. / Федерация анестезиологов и реаниматологов // Б.Р. Гельфанд, А.И. Салтанов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 1.
3. Гельфанд Б.Р. Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство / Б.Р. Гельфанд. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Литтерра, 2010. — 640 с.
4. Салтанов А.И. Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике / А.И. Салтанов, В.Ю. Сельчук, А.В. Снеговой. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 240 с.
5. Полевиченко Е.В. Развитие принципов доказательной медицины в области клинического питания: новые клинические рекомендации / Е.В. Полевиченко // Лечащий врач. — 2009. — № 9. — С. 63-65.
6. Луфт В.М. Клинические аспекты нутритивной поддержки больных в интенсивной медицине: идеология, возможности,

стандарты / В.М. Луфт, А.В. Луфт // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 5. — С. 8-14.

7. Принципы нутритивной поддержки // Детская онкология: Национальное руководство / А.И. Салтанов. — М.: Издат. группа РОНЦ, 2012. — С. 312-329.

8. Дибиров М.Д. Парентеральное и энтеральное питание в послеоперационном периоде / М.Д. Дибиров // Consilium medicum. — 2009. — Т. 11, № 8. — С. 80-84.

9. Хубутый М.Ш. Парентеральное и энтеральное питание: Национальное руководство / М.Ш. Хубутый, Т.С. Попова, А.И. Салтанов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 800 с.

10. August D.A. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation / D.A. August, M.B. Huhmann // JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr. — 2009. — V. 33. — P. 472.

11. Arends J. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology / J. Arends, G. Bodoky, F. Bozzetti et al. // Clin. Nutr. — 2006. — V. 25. — P. 245.

12. Bauer J.D. Evidence-based guidelines for the nutritional management of cancer cachexia and chronic kidney disease / J.D. Bauer, S. Ash, W.L. Davidson et al. // Nutr. Dietetics. — 2006. — V. 63. — P. 81.

13. Robien K. American Dietetic Association: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in oncology nutrition care / K. Robien, R. Levin, E. Pritchett et al. // J. Am. Diet. Assoc. — 2006. — V. 106. — P. 946.

14. Shang E. The influence of early supplementation of parenteral nutrition on quality of life and body composition in patients with advanced cancer / E. Shang, C. Weiss, S. Post, G. Kaehler // JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr. — 2006. — V. 30. — P. 222.

15. Hasenberg T. Early supplementation of parenteral nutrition is capable of improving quality of life, chemotherapy-related toxicity and body composition in patients with advanced colorectal carcinoma undergoing palliative treatment: results from a prospective, randomized clinical trial / T. Hasenberg, M. Essenbreis, A. Herold et al. // Colorectal Dis. — 2010. — V. 12. — P. 190.

16. Baldwin C. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis / C. Baldwin, A. Spiro, R. Ahern, P.W. Emery // J. Natl. Cancer Inst. — 2012. — V. 104. — P. 371.

17. Elia M. Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review / M. Elia, M.A. Van Bokhorst-de van der Schueren, J. Garvey et al. // Int. J. Oncol. — 2006. — V. 28. — P. 5.

18. Halfdanarson T.R. Does dietary counseling improve quality of life in cancer patients? A systematic review and meta-analysis / T.R. Halfdanarson, E. Thordardottir, C.P. West, A. Jatoi // J. Support. Oncol. — 2008. — V. 6. — P. 234.

19. Gregg J.R. Effect of preoperative nutritional deficiency on mortality after radical cystectomy for bladder cancer / J.R. Gregg, M.S. Cookson, S. Phillips et al. // J. Urol. — 2011. — V. 185. — P. 90.

20. Kathiresan A.S. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients / A.S. Kathiresan, K.F. Brookfield, S.I. Schuman, J.A. Lucci 3<sup>rd</sup> // Arch. Gynecol. Obstet. — 2011. — V. 284. — P. 445.

21. Garth A.K. Nutritional status, nutrition practices and postoperative complications in patients with gastrointestinal cancer / A.K. Garth, C.M. Newsome, N. Simmance, T.C. Crowe // J. Hum. Nutr. Diet. — 2010. — V. 23. — P. 393.

22. Sungurtekin H. The influence of nutritional status on complications after major intraabdominal surgery / H. Sungurtekin, U. Sungurtekin, C. Balci et al. // J. Am. Coll. Nutr. — 2004. — V. 23. — P. 227.

23. Brennan M.F. A prospective randomized trial of total parenteral nutrition after major pancreatic resection for malignancy / M.F. Brennan, P.W. Pisters, M. Posner et al. // Ann. Surg. — 2014. — V. 220. — P. 436.

24. Detsky A.S. Perioperative parenteral nutrition: a meta-analysis / A.S. Detsky, J.P. Baker, K. O'Rourke, V. Goel // Ann. Intern. Med. — 2009. — V. 107. — P. 195.

25. Smith R.C. Fine bore jejunostomy feeding following major abdominal surgery: a controlled randomized clinical trial / R.C. Smith, R.J. Hartemink, J.W. Hollinshead, D.J. Gillett // *J. Surg.* — 2010. — V. 72. — P. 458.

26. Müller J.M. Indications and effects of preoperative parenteral nutrition / J.M. Müller, H.W. Keller, U. Brenner et al. // *World J. Surg.* — 2006. — V. 10. — P. 53.

27. Müller J.M. Preoperative parenteral feeding in patients with gastrointestinal carcinoma / J.M. Müller, U. Brenner, C. Dienst, H. Pichlmaier // *Lancet.* — 2012. — V. 1. — P. 68.

28. Bozzetti F. Perioperative total parenteral nutrition in malnourished, gastrointestinal cancer patients: a randomized, clinical trial /

F. Bozzetti, C. Gavazzi, R. Miceli et al. // *JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr.* — 2011. — V. 24. — P. 7.

29. Heyland D.K. Total parenteral nutrition in the critically ill patient: a meta-analysis / D.K. Heyland, S. MacDonald, L. Keefe, J.W. Drover // *JAMA.* — 2008. — V. 280. — P. 213.

30. Marinella M.A. Refeeding syndrome: an important aspect of supportive oncology / M.A. Marinella // *J. Support. Oncol.* — 2009. — V. 7. — P. 11.

31. Bozzetti F. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomized multicentre trial / F. Bozzetti, M. Braga, L. Gianotti et al. // *Lancet.* — 2011. — V. 358. — P. 1487.

Отримано 10.10.16 ■

Павлов А.А., Миронова Н.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Резюме.** В обзоре литературы представлен взгляд на состояние проблем нутритивной поддержки у пациентов с хирургической абдоминальной патологией. В результате многочисленных исследований, проведенных за последнее время, было обнаружено, что у пациентов, которым была назначена своевременная нутритивная поддержка, значительно ниже показатель осложнений, например инфекционных, во время хирургического лечения уменьшено количество дней пребывания в стационаре, улучшена переносимость химиотерапии и, наконец, значительно ниже процент летальности. Современные представления о нутритивной поддержке базируются на такой принципиальной позиции:

питание, которое назначается больному, должно быть адаптировано по химическому составу, энергетической ценности диеты, технологии приготовления, режиму питания с учетом клинико-патогенетических особенностей болезни и стадии заболевания. Актуальным остается вопрос относительно пути, вида, времени начала, срока назначения дополнительной терапии и способа питания пациентов с хирургической абдоминальной патологией, он важен в связи с решением сложной проблемы ускорения выздоровления оперированных пациентов.

**Ключевые слова:** нутритивная поддержка, хирургия, абдоминальная патология.

Pavlov A.A., Mironova N.V.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

### THE CURRENT STATE OF PROBLEMS OF NUTRITIONAL SUPPORT IN PATIENTS WITH ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY

**Summary.** The review of literature presents a view of the state of nutritional support problems in patients with abdominal surgical pathology. After numerous studies conducted in recent years, it has been found that patients, who were prescribed timely nutritional support, had significantly lower rate of complications during surgeries, such as infections, a reduced number of days of hospital stay, an improved tolerability of chemotherapy and, finally, a significantly lower percentage of mortality. The modern idea of the nutritional support is based on the following principled position: nutrition, which is prescribed

to the patient, should be adapted in terms of chemical composition, energy value of the diet, preparation technology, dietary regimen to the clinical and pathogenetic features of the disease and its stage. The question of the way, type, date of a start, the term of additional therapy and method of nutrition of patients with abdominal surgical pathology remains topical, it requires further determination of the ways to solve the complex problem of accelerating the recovery of the operated patients.

**Key words:** nutritional support, surgery, abdominal pathology.