

---

## РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В БОЛЬНИЦАХ РОСТОВА-НА-ДОНУ И ОБЛАСТИ

И.Н. Бычков

Кафедра клинической диетологии РостГМУ  
пер. Нахичеванский, 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022  
тел. +79114636467, эл. почта: bins@mail.ru

Статья посвящена проблеме реального применения средств клинического питания в больницах города и области. Большой резерв в применении клинического питания — его использование в предоперационной подготовке. Недостатки в качестве нутриционной поддержки связаны с отсутствием у медицинского персонала необходимых знаний по основам нутрициологии. Экономия финансовых средств — полное энтеральное питание больных, находящихся на зондовой диете или хирургических диетах 1, 2, 3. Включение энтерального питания во все стандарты ведения больных с явлениями недостаточности питания.

**Ключевые слова:** нутриционная поддержка; клиническое, энтеральное, парентеральное питание; фармакоэкономика; медицинские стандарты.

За последнее десятилетие были предприняты попытки, требующие больших усилий по внедрению современных средств нутриционной поддержки в различных стационарах города Ростова-на-Дону и области. Согласно приказа МЗ РФ № 330 от 5.08.2003 г. в практику стационаров впервые введено энтеральное питание, а в методических рекомендациях к этому же приказу от 3.02.2005 г. определены показания, вид и сроки назначения различных видов клинического питания. Современные средства нутриционной поддержки позволяют уменьшить послеоперационную летальность, длительность пребывания больных в стационаре и в конечном итоге способствуют экономии материальных и финансовых средств [1, 2]. Для повышения эффективности нутриционной поддержки необходим тщательный анализ реальной практики применения клинических и технических средств, наличие алгоритмов питания и мониторинга питания практических врачей относительно тактики питания тяжелых больных [3].

Для изучения различных аспектов применения средств клинического питания нами было изучено применение средств нутриционной поддержки (парентерального и энтерального питания) в отделениях хирургического и реанимационного профиля стационаров г. Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Была разработана специальная анкета, в которой были обозначены базовые вопросы, касающиеся основных средств клинического питания. В анкете были представлены различные аспекты применения клинического питания, такие как вид клинического питания, парентеральное питание, типы энтерального питания, типы зондов и систем для введения смеси, типы применяемых смесей для энтерального питания и растворов для парентерального питания, их энергоценность и длительность применения, контингент и количество больных, фирменные марки смесей и их предпочтительная стоимость, источники приобретения

смесей. Также была исследована информационная составляющая нутриционной поддержки: наличие у врачей доступа к источникам информации и возможности консультаций с коллегами через Интернет. Были опрошены врачи 57 отделений. Опрос был проведен в следующих клинических подразделениях: 28 отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ); 29 отделений хирургического профиля (общая хирургия — 12, а также отделение торакальной хирургии, травматологии, нейрохирургии, абдоминальной хирургии, торакоабдоминальной, реконструктивной, челюстно-лицевой и ожоговой хирургии). В анкетирование были включены все крупные больницы г. Ростова-на-Дону и близлежащих крупных городов, а также 24 отделения районных больниц.

*Применение клинического питания.* При анализе применяемых видов клинического питания обращает внимание следующий факт: активно применяли все виды клинического питания (полное парентеральное, энтеральное и комбинированное) только в 6 (9,7%) лечебных учреждениях. Данные клиники специализируются на оказании высокотехнологичной медицинской помощи (отделения медицинского университета, онкологического института, многопрофильной городской больницы и окружной клинической больницы). В большинстве отделений применялось смешанное парентерально-энтеральное питание — 38 (66%). Только энтеральное или только парентеральное питание применялось соответственно в 5 (8,7%) и 6 (10,5%) отделениях. Относительно сроков начала применения клинического питания необходимо отметить, что раннее энтеральное питание (в сроки 24—48 часов) не применялось ни в одном из отделений. Предпочтение было отдано неполному парентеральному питанию, которое состояло из аминокислотных растворов 10% концентрации и растворам концентрированной глюкозы. Жировые эмульсии игнорировались в большинстве отделений (72,3%) из-за необоснованного предубеждения об опасности их применения ввиду развития тромбозов и дисфункции легких. Современные методы парентерального питания, такие как мешки «три в одном», применялись эпизодически в 5 отделениях (8,7%). Данный факт был связан как с неопытностью врачей в применении данных средств нутриционной поддержки, так и с финансовыми возможностями учреждений. При назначении аминокислотных растворов большинство врачей ориентировалось на стоимость препарата, не учитывая особенности химического состава раствора. Одним из лидеров аминокислот являлся 10% раствор «Инфезола». Его применяли в ранний послеоперационный период в большинстве отделений (87,7%), но количество вводимых аминокислот было существенно ниже потребностей, так как применение ограничивалось 500 мл, что составляло около 50 г белка. В отделениях довольно распространена практика применения низкокалорийных растворов глюкозы — 10% и даже 5%. Данное обстоятельство, вместе с игнорированием жировых эмульсий и одновременного применения глюкозы и аминокислот существенно снижает клиническую эффективность нутриционной поддержки и увеличивает фармакоэкономические расходы. При изучении типов энтерального питания было выяснено, что только зондовое питание применялось в 15 (26,3%) отделениях, из них 12 — ОРИТ, 3 — хирургические. Абсолютное предпочтение пероральному пита-

нию методом сиппинга было отдано в 5 (8,7%) отделениях. Остальные 37 (64,9%) отделений использовали как зондовое питание, так и метод сиппинга.

Типы энтеральных смесей: необходимо отметить, что в 3 (5,2%) отделениях использовали стандартные изокалорические смеси, в 1 (0,5%) — стандартные гиперкалорические смеси, 4 (7,01%) — смеси с повышенным содержанием белка и энергии. Несмотря на широкое распространение сахарного диабета, специализированные диабетические смеси применялись только в 11 (19,2%) отделениях. Довольно низка доля — 5 (8,7%) отделений, применявших полуэлементные смеси. Смеси типа «Гепа» применялись в 4 (7,01%) отделениях, в которых концентрируется данный контингент больных. В остальных отделениях пользовались любыми смесями, которые были в наличии. При этом в большинстве отделений (91,2%) врачами была отмечена важность наличия гиперкалорических смесей. Несмотря на это утверждение, на вопрос об оптимальной энергоплотности, в 2 (3,5%) отделениях назвали цифру 0,8 ккал/мл; в 18 (31,%) отделениях — 1 ккал/мл; в 31 (54,3%) отделении оптимальной назвали энергоплотность в 1,5 ккал/мл; 4 (7,01%) отделения — как 1 ккал/мл, так и 1,5 ккал/мл; также в 4 (7,01%) отделениях предпочтение было бы отдано смесям с энергоплотностью в 2 ккал/мл. Данный факт говорит о недостаточной теоретической подготовке врачей, которые не ориентируются в основах нутрициологии. Область применения энтерального питания соответствовала профилю отделения. Необходимо отметить, что только в 7 (12,2%) отделениях хирургического профиля энтеральное питание применялось в качестве предоперационной подготовки кишечника. Количество больных, одновременно получавших энтеральное питание, колебалось в значительных границах. В большинстве отделений — 35 (61,4%) энтеральное питание одновременно получали до 5 пациентов; в 12 (21,05%) отделениях — до 10 человек; в 3 (5,2%) отделениях — до 20 человек; в 7 (12,2%) отделениях количество больных зависело от заполняемости отделения. Длительность применения энтерального питания в 40 (70,1%) отделениях не превышала недели, в остальных 17 (29,9%) — длилось более недели.

*Технические средства для энтерального питания.* В большинстве отделений — 33 (57,8%) традиционно использовали назогастральный зонд. Только в 4 (7,01%) отделениях, связанных с оказанием высокотехнологичной, применялись все виды зондов (назогастральные, назоюнональные, гастростома, еюностома). В остальных 20 (35,08%) отделениях пользовались различными типами зондов, в зависимости от их наличия в отделении. Только в 3 (5,2%) отделениях для введения смеси использовались энтероматы. Довольно большое количество отделений — 26 (45,6%) адаптирует системы для внутривенного введения растворов с целью применения для энтерального питания. В остальных случаях применяются гравитационные системы со специальными мешками.

Несмотря на наличие множества причин, влияющих на выбор смеси основными были две: в 34 (59,6%) отделениях указали на суточную стоимость смеси; врачи остальных отделений (40,3%) предпочли готовые жидкие формы, как не требующие дополнительных трудозатрат.

*Экономические аспекты клинического питания.* Максимальные затраты на энтеральное питание в день составили: в 6 (10,5%) отделениях — около 250 руб.

в день; в 18 (31,5%) отделениях — 300 руб. в день; в других 18 (31,5%) отделениях — 350 руб. в день; в 15 (26,3%) отделениях — 450 руб. в день. При этом приобретение энтерального питания в 34 (59,6%) отделениях было выполнено исключительно больными или их родственниками; в 10 (17,5%) отделениях — смеси приобретались как больными, так и закупались по заявкам отделений; в 4 (7,01%) отделениях — закупка на основе котировок и на собственные средства больных; в 3 (5,2%) отделениях — закупка за счет регионального формуляра и на собственные средства больных; в остальных случаях смеси поступали по гуманитарной помощи. Абсолютным лидером в применяемых смесях является компания «Нутриция» — 37 (64,9%) отделений пользовались смесями указанной компании; 17 (29,8%) отделений использовали в своей работе смеси фирмы «Нестле»; 16 (28%) отделений — смеси фирмы «Фрезениус Каби» и столько же смеси фирмы «Берлин Хеми». Смеси российской фирмы «Нутритек» полностью отсутствовали в проанкетированных отделениях.

*Информационная составляющая нутриционной поддержки.* Подавляющее большинство медицинского персонала отделений не проходила никакой специальной подготовки по основам нутриционной поддержки. Только в 24 (42,1%) отделениях имеется выход в Интернет для получения необходимой информации и консультаций с коллегами. При этом врачи в 21 (36,8%) отделениях активно посещают сайты, посвященные проблемам энтерального питания. Врачи практически всех отделений отметили недостаток информации и желание получать как формуляры, стандарты по клиническому питанию, так и практические руководства и клинические лекции по проблемам клинического питания.

### **Выводы.**

Качество нутриционной поддержки может быть улучшено за счет повышения количества стационаров активно применяющих энтеральное питание. Большой резерв в применении клинического питания — его использование в предоперационной подготовке для улучшения трофики кишки и уменьшения кишечного содержимого.

Необходимо активно использовать жидкие формы энтерального питания, что ведет к уменьшению трудозатрат медицинского персонала. При этом необходимо чаще использовать современные назоеюнальные зонды, так как назогастральный зонд не в полной мере удовлетворяет современным требованиям лечения нутриционной недостаточности.

Многие недостатки в качестве нутриционной поддержки связаны с отсутствием у медицинского персонала необходимых знаний по основам нутрициологии, а также недостаточным контролем со стороны главных врачей лечебных учреждений.

Качество нутриционной поддержки снижено из-за низкого уровня применения специализированных смесей, прежде всего диабетических и полуэлементных.

Важный момент экономии финансовых средств — полное энтеральное питание больных, находящихся на зондовой диете или хирургических диетах 1, 2, 3. Исключение питания с пищеблока позволяет экономить в день до 50 руб., что частично компенсирует затраты на приобретение смесей. Умножив данное число

на количество больных (5—10 человек) в отделении и количество дней (около недели) можно получить важный пункт экономии финансовых средств.

Важное значение имеет включение энтерального питания во все стандарты ведения больных с явлениями недостаточности питания, что позволит заострить актуальность темы и активизировать централизованные закупки смесей.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Sungurtekin H., Sungurtekin U., Balci C. et al.* The influence of nutritional status on complications after major intraabdominal surgery // *J Am Coll Nutr.* — 2004. — Jun; 23(3). — P. 227—232.
- [2] *Lucha P.A. Jr, Butler R., Plichta J. et al.* The economic impact of early enteral feeding in gastrointestinal surgery: a prospective survey of 51 consecutive patients // *Am Surg.* — 2005. — Mar; 71(3). — P. 187—190.
- [3] *Хорошилов И.Е.* Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. — СПб.: Норм-издат, 2000. — 376 с.

## THE ACTUAL PRACTICE OF CLINICAL NUTRITION APPLICATION IN THE HOSPITALS OF ROSTOV-ON-DON CITY AND THE REGION

I.N. Bychkov

Department of clinical dietology, RostGMU  
*Nahichevansky lane, 29, Rostov-on-Don, Russia, 344022*  
*tel. +79114636467, email: bins@mail.ru*

The article is devoted to the problem of actual practice of clinical nutrition in the hospitals of Rostov city and Rostov region. The large reserve in application of clinical nutrition — its use in preoperative period. Defects of nutritional support quality are due to absence of necessary knowledge about dietology among medical personnel. Cost saving tactics — total enteral nutrition of those patients who are on tube feeding or on diet therapy (surgical diets 1, 2, 3). Inclusion of enteral nutrition in all medical standards for the patients with nutritional deficit.

**Key words:** nutritional support; clinical, enteral, parenteral nutrition; pharmacoeconomics; medical standards.