



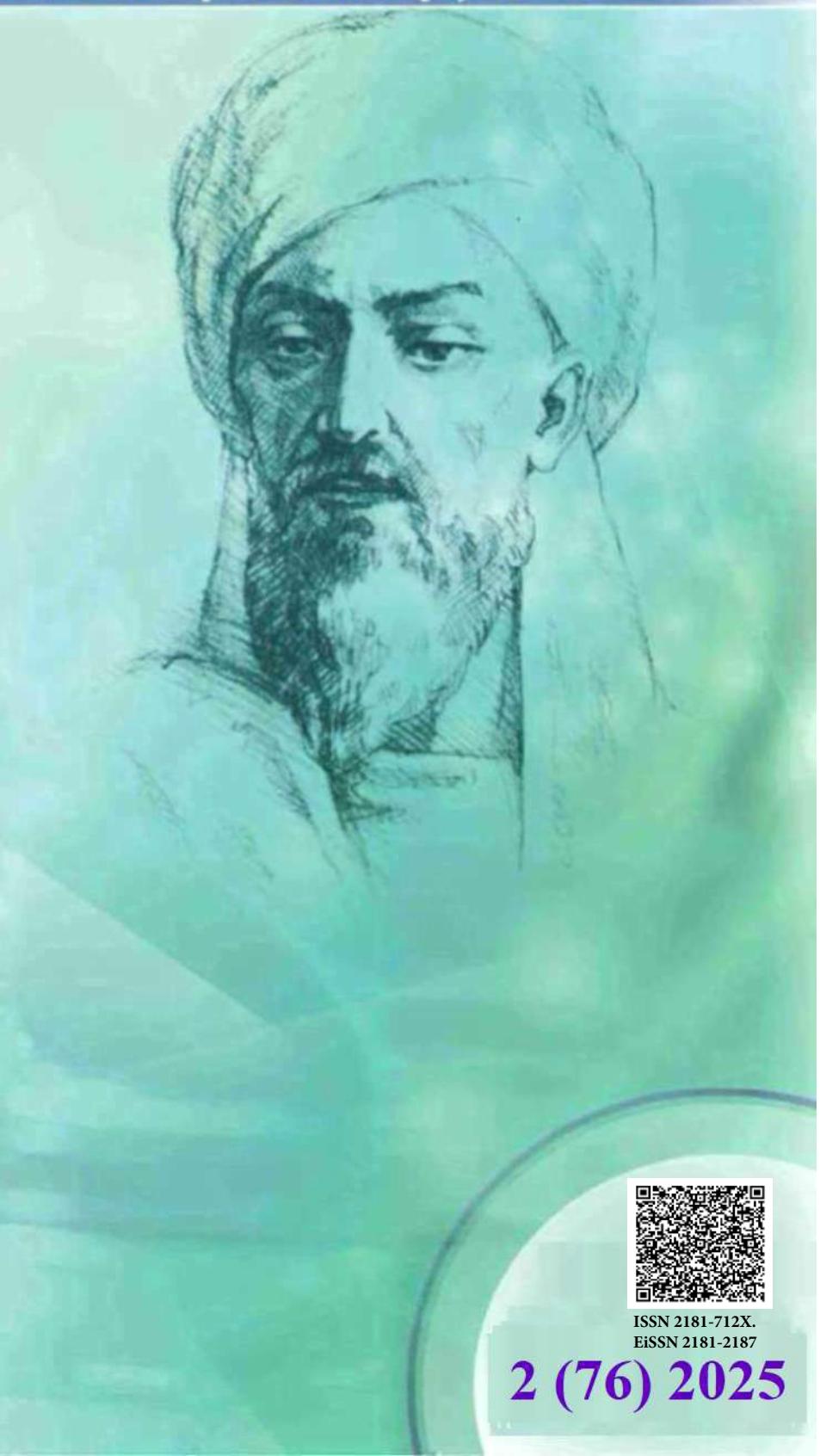
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

AVICENNA-MED.UZ

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ

Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

www.bsmi.uz
<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

февраль

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616.33-006.6-089.168.1: 613.292

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАСТРЕКТОМИИ

Рузибоев Санжар Абдусаломович <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

Амонов Худойберди Равшанович <https://orcid.org/0009-0006-9232-9584>

Мардонов Вокид Нарзуллаевич <https://orcid.org/0009-0005-2284-345X>

Ахмедов Шухрат Хайруллаевич <https://orcid.org/0009-0003-5732-7303>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В данной статье представлены результаты исследования хирургических методов лечения острых желудочных кровотечений, вызванных опухолями желудка, и оценка коррекции синдрома белково-энергетической недостаточности в послеоперационном периоде. После полной предоперационной подготовки проводилась срочная операция в случаях с высоким риском рецидива кровотечения. Для энтерального питания мы использовали Нутрикомп Энергия Файбер ликвид 1 ккал/мл- 500 мл, с первого дня после операции. Мониторинг нутритивного статуса осуществлялся определением уровня общего белка, альбумина, трансферрина, абсолютное число лимфоцитов, динамика массы тела.

Ключевые слова: рак желудка, желудочное кровотечение, послеоперационный период, белково-энергетическая недостаточность, энтеральное питание, нутритивная поддержка.

BASIC PRINCIPLES OF NUTRITIONAL SUPPORT IN PATIENTS AFTER GASTRECTOMY

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

Amonov Khudoyberdi Ravshanovich <https://orcid.org/0009-0006-9232-9584>

Mardonov Voxid Narzullayevich <https://orcid.org/0009-0005-2284-345X>

Axmedov Shuxrat Khayrullayevich <https://orcid.org/0009-0003-5732-7303>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand,
st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

This article shows the results of a study of surgical methods for the treatment of acute gastric bleeding caused by stomach tumors and an assessment of the correction of protein-energy malnutrition syndrome in the postoperative period. After complete preoperative preparation, urgent surgery was performed in cases with a high risk of recurrent bleeding. For enteral nutrition, we used Nutricomp Energy Fiber liquid 1 kcal/ml - 500 ml, from the first day after surgery. Monitoring of nutritional status is carried out by determining the level of total protein, albumin, transferrin, the absolute number of lymphocytes, and body weight dynamics.

Key words: stomach cancer, gastric bleeding, postoperative period, protein-energy malnutrition, enteral nutrition, nutritional support.

Актуальность

Опухоли желудка являются причиной от 5,1% до 22,4% всех случаев желудочных кровотечений, согласно различным источникам. Кроме того, статистика показывает, что рак желудка занимает пятое место по количеству диагностированных случаев рака и второе место по смертности от рака в мире [4,5]. Этот онкологический диагноз может увеличить летальность желудочно-кишечных кровотечений до 30%. Одной из наиболее важных операций



при лечении рака желудка является гастрэктомия. Эта операция считается одной из наиболее сложных из-за ее сложности и потенциальных осложнений. Из-за высокого риска послеоперационных осложнений у этих пациентов, гастрэктомию рассматривают с осторожностью многие хирурги, поскольку это неотложное вмешательство [6,7].

Недостаточность питания среди пациентов хирургического профиля является распространенным явлением. Степень выраженности нутритивной недостаточности у пациентов после хирургических вмешательств достоверно коррелирует с длительностью пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и хирургическом стационаре, частотой развития инфекционных осложнений, неудовлетворительными результатами лечения, высокими затратами [1, 2, 3,8].

Цель исследования – выбора методов коррекции белково-энергетической недостаточности в послеоперационный период и оценка их эффективности у больных после операции гастрэктомии.

Материал и методы

За последние десять лет в хирургических отделениях Самаркандинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его субфилиалах была выполнена экстренная гастрэктомия у 51 больным по поводу опухоли желудка осложненный кровотечением. Возраст больных варьировал от 35 до 71 лет. Среди них было 21 (41,2%) мужчин и 30 (58,8%) женщин.

Мы использовали классификацию Джонсона для определения различных типов желудочных язв. В результате исследования было обнаружено, что в 11 случаях острых желудочных кровотечений гигантская каллёзная язва субкардии была причиной; в 14 случаях был обнаружен рак тела желудка по передней стенке большой кривизны; в 9 случаях был обнаружен рак тела желудка по задней стенке большой кривизны; и в 17 случаях обнаружена патология в пилороантральном отделе желудка. Кроме того, у 16 пациентов с язвенно-инфилтративной формой рака желудка было обнаружено прорастание опухоли в брыжейке поперечно-ободочной кишки (табл 1).

Табл.1.

Локализация объемных образований желудка

Локализация рака желудка	Количество больных	
	Абс	%
По передней стенки большой кривизны	14	27,5
По задней стенки тела желудка	9	17,6
Субкардиальный отдел желудка	11	21,6
Пилороантральный отдел	17	33,3
Всего	51	100

В первые часы после госпитализации каждый пациент подвергался гастроуденофлебоскопии. В качестве метода оценки кровотечения использовалась эндоскопическая классификация по Forest. Результаты показали, что у 27 (52,9%) пациентов было обнаружено артериальное кровотечение (FIIa), у 14 (27,4%) пациентов было классифицировано как FIIa, и у 10 (19,6%) пациентов было классифицировано как FIIb.

Результат и обсуждение

Из-за значительной потери крови все пациенты находились в состоянии тяжелой дегидратации, когда они прибыли в медицинский центр.

Индикациями для экстренной хирургической операции были следующие: непрекращающееся кровотечение и неэффективность проведенного эндоскопического гемостаза. При наличии высокого риска рецидива кровотечения было решено провести срочную операцию после тщательной предварительной подготовки пациента.

На высоте профузного желудочного кровотечения экстренные оперативные вмешательства произвели 32 (62,7%) больным из 51. При этом все они были прооперированы в первые 1-3 часа от начала профузного желудочного кровотечения, после неудавшейся попытки



эндоскопического гемостаза, остальным пациентам произведено оперативное лечение в ближайшие 2-3 суток после временного консервативного и эндоскопического гемостаза.

После операции каждый пациент получал стандартный постоперационный уход, который включал обширное применение антибиотиков, внутривенное введение донорских компонентов крови, контроль водно-электролитного баланса и уровня кислотности, а также лечение сопутствующих заболеваний. Возможность проведения раннего энтерального питания (перорально или через зонд) следует оценивать на следующее утро после проведения оперативного вмешательства. Пероральный прием пищи после хирургического вмешательства необходимо начать как можно раньше. Но в нашем случае после операции гастрэктомии и наложении эзофаго-коноанастомоза пероральный прием пищи запрещается на десять дней.

Абсолютными показаниями для назначения больным активной нутриционной поддержки после гастрэктомии послужили:

1. Наличие относительно быстро прогрессирующей потери массы тела (МТ) вследствие имеющегося заболевания.

2. Имеющиеся у пациентов исходные признаки гипотрофии:

- индекс массы тела (ИМТ) < 19 кг/м² роста;
- окружность плеча (ОП) < 90% от стандарта (м- < 26 см, ж - < 25 см);
- гипопротеинемия < 60 г/л и (или) гипоальбуминемия < 30 г/л;
- абсолютная лимфопения < 1·10⁹ л.

3. Угроза развития быстро прогрессирующей трофической недостаточности:

-отсутствие возможности адекватного естественного перорального питания (ранний послеоперационный парез кишечника, противопоказаний принимать пищу естественным путем);

- наличие выраженных явлений гиперметаболизма и гиперкатаболизма.

Особенности активной нутриционной поддержки больным после гастрэктомии:

- Раннее начало нутритивной поддержки (через 24-48 часов)
- Средняя энергопотребность 35-40 ккал/кг.
- Потребность в основных нутриентах: Белок-1,5-2 г/кг/сут, липиды 1-1,5 г/кг/сут, углеводы 5 г/кг/сут.
- Использование назоинтестинальных доступов, расположенных на 20-30 см за связкой Трейтца, для раннего начала энтерального кормления.
- Использование адаптированных парентеральных и энтеральных сред при наличие энтеральной недостаточности. Для энтерального питания мы использовали Нутрикомп Энергия Файбер ликвид 1 ккал/мл- 500 мл, с первого дня после операции.

Мониторинг нутритивного статуса осуществляется определением уровня общего белка, альбумина, трансферрина, абсолютное число лимфоцитов, динамика массы тела.

Удаление назоинтестинального зонда производилось в среднем на восьмой-девятый день после операции, а введение орального питания (жидкости, питательные смеси и т. д.) разрешалось на девятый-десятый день.

Анализ результатов лечения данных больных показал следующее:

- Отсутствие в послеоперационном периоде агастрального синдрома.
- Отсутствие частоты синдрома мальабсорбции.
- Отсутствие диарейного синдрома.
- Малозаметный дефицит массы тела.
- Отсутствие рефлюкс эзофагита.

Выводы

Раннее энтеральное питание при отсутствии противопоказаний на утро следующего дня после выполнения оперативного вмешательства. Пациенты, испытывающие недостаточность питания сразу после обширной абдоминальной операции, быстрее восстанавливают нутритивный статус, физические функции и качество жизни, если получают зондовые энтеральные диеты сразу после операции. В большинстве случаев методом выбора варианта ранней нутритивной поддержки является энтеральное питание.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Луфт В.М., Афончиков В.С., Дмитриев А.В. и др. Руководство по клиническому питанию. СПб.: Арт-Экспресс, 2016: 112. [Luft V.M., Afonchikov V.S., Dmitriev A.V., et al. Rukovodstvo po klinicheskому pitaniyu. Saint-Retersburg: Art-Ekspress, 2016: 112. (In Russ)].
2. Петрова М.В., Бихарри Ш.Д., Бархударов А.А. и др. Роль энтерального питания в ранней послеоперационной реабилитации пациентов в абдоминальной хирургии. Доктор. Ру. Анестезиология и реаниматология. // Медицинская реабилитация. 2015;15(116–16(117):37-41.
3. Стилиди И.С., Сигуа Б.В., Земляной В.П., Курков А.А., Губков И.И. Рак желудка, осложненный кровотечением. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022;(3):101-114.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. // Ca - Cancer J Clin. 2018;68:394-424.
5. H. Kitagawa, T. Namikawa, J. Iwabu, K. Fujisawa, et al., Assessment of the blood supply using the indocyanine green fluorescence method and postoperative endoscopic evaluation of anastomosis of the gastric tube during esophagectomy, // Surg. Endosc. 2018;32:1749-1754, 28916846, <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5857-6>
6. Hitoshi KI, Takashi, Kohei A, Yoh I, et al. Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). // Gastric Cancer. 2018;21(1):144-154. <https://doi.org/10.1007/s10120-017-0716-7>.
7. Kim S.H., Son S.Y., Park Y.S., et al. Risk Factors for Anastomotic Leakage: A Retrospective Cohort Study in a Single Gastric Surgical Unit. // J. Gastric Cancer. 2015;15(3):167-175.

Поступила 20.01.2025