Недостаточность питания в паллиативной медицине: проблемы и пути решения

Профессор Алексей Николаевич Калягин

ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГОМЕОСТАЗ

Гомеостаз (от греч. homoios - подобный и stasis - неподвижность) – это интегральное понятие, функционально и морфологически объединяющее: **сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную, почечную, эндокринную и др. системы, водно-электролитный обмен, кислотно-щелочное равновесие.**

Гомеостаз - процесс, за счет которого достигается относительное постоянство внутренней среды организма

При патологии существует разнообразные формы нарушения регуляции гомеостаза.

НЕДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ – одна из основных форм нарушения поддержки гомеостаза

- **В проблеме питания , быть может, больше, чем где бы то ни было, интегрированы этика и наука, добро и зло, знания и загадки. Вместе с тем нельзя забывать и тот общеизвестный факт, что недостаток, и изобилие пищи относятся к могущественным факторам, действующим не только в природных условиях, но и в условиях развитых цивилизованных обществ.**

академик А.М. Уголев, 1991

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ВОЗ)

- **Образ жизни и питание – 50%**
- **Экология – 20%**
- **Генетика –20%**
- **Здравоохранение – 10%**

NB!

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОВЫШЕННОГО ВНИМАНИЯ К ФАКТОРАМ ПИТАНИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

1. **Высокой смертностью от заболеваний;**
2. **Возрастающей частотой инвалидизации населения;**
3. **Продолжающимся ростом хронических заболеваний населения**
4. **Короткой продолжительностью жизни**
5. **Высокой частотой рождения детей с различной патологией**

РЕАЛЬНОСТЬ

- **Недооценка врачам роли и значения фактора питания в возникновении, течении и исходах заболевания**
- **Недостаточность знания врачей в области общей и клинической нутрициологии**
- **Аргументированная диетотерапия больных занимает второстепенное значение в их комплексом лечении**
- **Продолжающимся ростом хронических заболеваний населения**

Недостаточность питания

– это состояние, обусловленное недостаточным потреблением или поступлением питания, приводящим к возникновению изменений в составе организма (снижение безжировой массы и клеточной массы), которые обусловливают ослабление физических и психических функций и ухудшение клинических исходов заболевания.

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Эпидемиология

- До 85% пожилого населения и 50% всех госпитализированных пациентов.
- Непосредственная причина смерти каждого пятого онкологического больного, активируя канцерогенез и усугубляя иммунный дефицит

Актуальность в России

- Нутриционная поддержка в России не имеет должного внедрения в клиническую практику многих медицинских организаций – отсутствие обязательного законодательного регулирования;
- Нутриционная поддержка не имеет должной структуры финансирования ни на федеральном, ни на региональном уровне – отсутствие финансирования
- N.B.: Нутриционная поддержка как вид лечения

Роль питания на организм человека

Для нормального жизнеобеспечения организм человека должен получать **76 нутриентов!**

В обычных условиях **45** из них являются **незаменимыми**

При критических состояниях **– 50 нутриентов** являются эссенциальными

В.М. Луфт , 2010,2014

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС (ТС)

ТС – это понятие, которое характеризует состояние здоровья и физического развития человека, связанное с питанием и функционированием всей трофологической цепи

КЛАССИФИКАЦИЯ ТС, ОСНОВАННАЯ НА ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА

Состояние питания		Индекс массы тела, кг/м^2
Нормальное (эйтрофия)		20-25
Пониженное		19-20
Гипотрофия(дистрофия)	1 ст.	17-19
Гипотрофия	2 ст.	15-17
Гипотрофия(кахексия)	3 ст.	Менее 15
Повышенное		25-30
Ожирение	1ст.	30-35
	2 ст.	35-40
	3 ст.	Более 40

РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА с различным ИМТ

Состояние питания	Индекс массы тела, кг/м^2	Риск летального исхода по сравнению с нормальным ИМТ
Недостаточность	<18,5	1,8 раза
Ожирение I ст.	30 – 34,9	1,2 раза
Ожирение II ст.	>35	1,3 раза

S.Caol et al «Journal of Epidemiology & Community Health» 2014

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Недостаточность питания – несоответствие поступления и расхода питательных веществ и энергии, приводящие к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма

И.Е. Хорошилов, 2006 г.

ВИДЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. Белковая

- **Маразм (снижение мышечного белка)**
- **Квашиоркора (снижение белков крови)**

2. Белково-энергетическая

3. Витаминная

4. Макро- и микроэлементная

Принципы оценки недостаточности питания

- Анамнез и осмотр пациента
  - анализ потери массы тела, аппетита, желудочно-кишечные симптомы, лихорадочное состояние, медикаментозную терапию
- Функциональная оценка
  - качество мышечного сокращения, возможность переносить физические нагрузки, дыхательная функция (пиковая скорость выдоха, ОФВ1)
- Лабораторные тесты
  - исследования периферической крови, уровней альбумина крови и С-реактивного белка, электролитов; активность ферментов печени, уровни мочевины и креатинина

Оценка недостаточности питания

СКРИНИНГ-ОПРОС**

Данные о пациенте

Фамилия:	Дата рождения:	Пол:
Имя:	Вес:	Рост:
Отчество:	Палата:	Дата:

Индекс массы тела (ИМТ) = вес, кг/(рост, м)²

0 = больше 20
1 = от 18 до 20
2 = меньше 18
Количество баллов:

Была ли у пациента непроизвольная потеря веса за последние 3 месяца?

0 = нет
1 = незначительная (до 3 кг)
2 = значительная (более 3 кг)
Количество баллов:

Снижался ли за последний месяц перед госпитализацией приём пищи?

0 = нет
2 = да
Количество баллов:

Стрессовый фактор / тяжесть заболевания?

0 = нет
1 = умеренный (неосложнённая операция, воспаление, хроническая болезнь, пролежни, инсульт, воспалительное заболевание кишечника, другие желудочно-кишечные болезни, цирроз, почечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь лёгких, диабет).
2 = тяжёлый (множественные травмы, множественные переломы, ожоги, глубокие пролежни, тяжёлый сепсис, злокачественная опухоль, тяжёлая дисфагия, панкреатит, обширная операция, послеоперационные осложнения).
Количество баллов:

Общая сумма баллов:

0–2 балла – никаких действий.
3–4 балла – контроль+осмотр еженедельно, запись в график приёма пищи.
5 и более баллов – дополнительная оценка и активная коррекция состояния питания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Показатели	Исходные данные	Баллы	Норма (3 балла)	Недостаточность питания: Лёгкая (2 балла)	Средняя (1 балл)	Тяжёлая (0 балл.)
ФМТ от РМТ, %			100–90	<90–80	<80–70	<70
ИМТ, кг/м²			25–19	<19–17	<17–15	<15
ОП, см муж. жен.			29–26 28–25	<26–23 <25–22,5	<23–20 <22,5–19,5	<20 <19,5
ЮЖСТ, мм муж. жен.			10,5–9,5 14,5–13	<9,5–8,4 <13–11,6	<8,4–7,4 <11,6–10,1	<7,4 <10,1
ОМП, см муж. жен.			25,7–23 23,5–21	<23–20,5 <21–18,5	<20,5–18 <18,5–16,5	<18 <16,5
Общий белок, г/л			65 и >	<65–55	<55–45	<45
Альбумин, г/л			35 и >	<35–30	<30–25	<25
Трансферрин, г/л			2 и >	<2–1,8	<1,8–1,6	<1,6
Лимфоциты, тыс.			1,8 и >	<1,8–1,5	<1,5–0,9	<0,9
СУММА БАЛЛОВ			**27**	**26–18**	**17–9**	**<9**

Elia, M. (2003) Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility. Development and use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. Maidenhead: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ

- **Хирургия-27-48 %**
- **Терапия- 46-59 %**
- **Гериатрия- 26-57%**
- **Ортопедия- 39-45%**
- **Онкология- 46-88%**
- **Инфекция- 59 %**
- **Пульмонология- 33-63 %**
- **Гастроэнтерология- 46-60 %**
- **ХПН - гемодиализ- 31-59 %**

(данные отчета ESPEN, 2000)

Основные причины

1. ***Гастроэнтерологические – морфо-функциональные нарушения структур ЖКТ***
2. ***Метаболические – гиперметаболизм, гиперкатаболизм***
3. ***Неадекватно и поздно проведенная нутритивная поддержка***

Истощением и недоеданием страдают 20% пациентов российских стационаров, 50% — нарушениями жирового обмена, у 90% выявляются признаки гипо- и авитаминоза.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Причины развития НП	Механизмы развития
Нарушения питания	Неспособность регулировать потребление нутриентов: дисфагия, снижение аппетита или анорексия, быстрое насыщение, нарушение пищевого поведения, изменение вкуса
Мальдигестия	Неспособность расщеплять нутриенты на абсорбируемые частицы при ферментной недостаточности: вторичный панкреатит, билиарная недостаточность.
Мальабсорбция	Неспособность всасывать расщепленные нутриенты.
Мальассимиляция	Неспособность утилизировать абсорбированные нутриенты при нарушение метаболизма

Дисфагия

Затруднение при проглатывании пищи, возникающие в ротоглотке (ротоглоточная или орофарингеальная форма), или при прохождении пищи (жидкости) по пищеводу.

Степень выраженности нарушения глотания/дисфагии

Степень дисфагии	Признаки
0 степень	нормальное глотание
1 степень	некоторые затруднения при глотании твердой пищи, полутвердая пища проглатывается легко
2 степень	затруднения при глотании любой твердой пищи, жидкая пища проглатывается без затруднений
3 степень	затруднения возникают при проглатывании жидкой пищи
4 степень	невозможно проглотить слюну

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Анорекси́я —

синдром, заключающийся в полном отсутствии аппетита при объективной потребности организма в питании, который сопровождает большинство метаболических заболеваний, инфекций, болезней пищеварительной системы, а также возникающий по другим причинам.

- первичная
- лекарственная

3. Первичная анорексия. Большой толковый словарь терминов по психиатрии В. А. Жмурова
4. Бурбелло А. Т., Шабров А. В., Денисенко П.П. Современные лекарственные средства: Клинико-фармакологический справочник практического врача. — 2-е издание, переработанное и дополненное. — СПб., М.: Издательский дом «Нева», ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2003. — С. 774. — 864 с. — ISBN 5-7654-

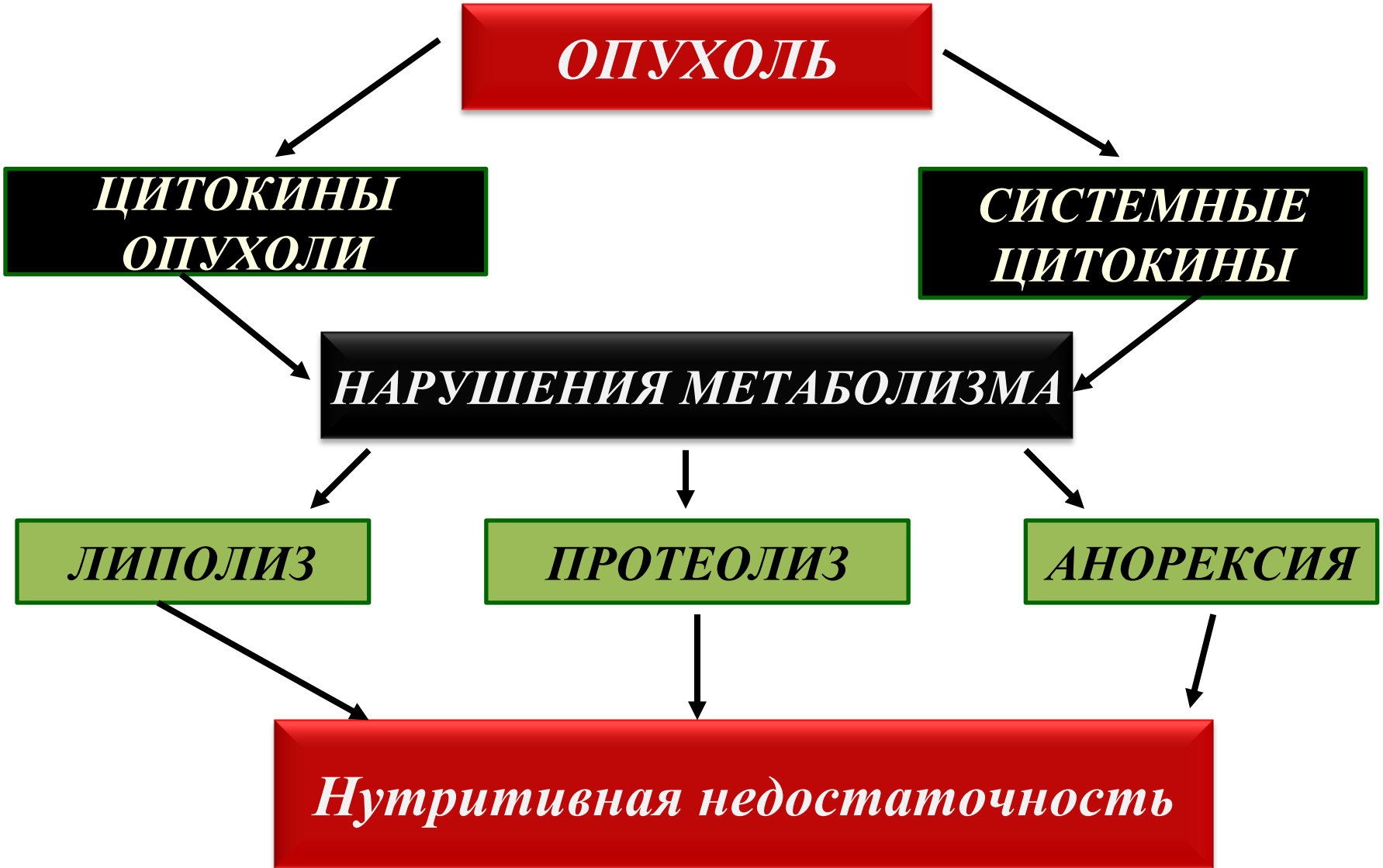
Тягостные симптомы

- Болевой синдром
- Тревога, депрессия
- Стоматиты, эзофагиты
- Тошнота, рвота, одышка
- Запоры

Степень нутритивной недостаточности

Степени	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Альбумин	35-30 г/л	30-25 г/л	< 25 г/л
Трансферрин	2.0-1.8	1.8-1.6	< 1.6
Лимфоциты	1800-1500	1500-800	<800
Дефицит массы тела в % от ИМТ	10-21%	21-30%	Более 30%
Индекс масса-рост	19 – 17.5	17.5-15.5	<15.5

Нарушение пищевого статуса у онкологических больных имеет двойной механизм



Причины развития недостаточности питания у онкологических пациентов



Сниженный прием пищи: анорексия, тошнота, рвота,извращенное восприятие вкуса, запаха, нарушение глотания, снижение уровня сознания



Опухолевый процесс: дисфагия, обструкция ЖКТ (лимфомы), мальабсорбция, инвазия опухоли по брюшине или серозной оболочке кишечника (метастатический рак яичников, муцинозная аденокарцинома толстой кишки)- угнетение нормальной перистальтики кишечника без его обструкции

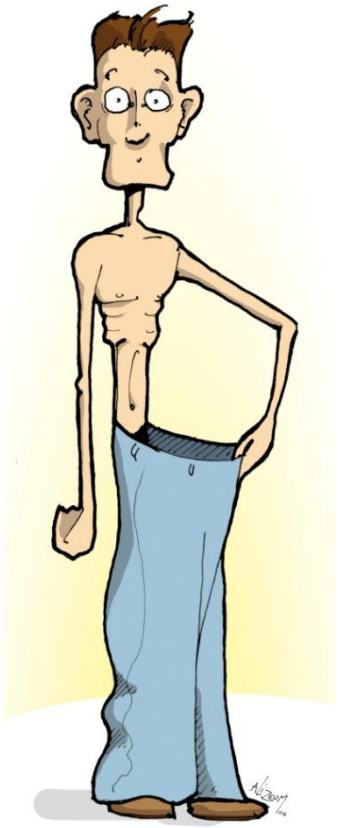


Психосоциальные факторы: депрессия, тревожность



Побочные эффекты лечения: тошнота, рвота, стоматит, мукозит, диарея

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ ЭТО:



- **угроза развития различных осложнений,**
- **более длительное пребывание в стационаре,**
- **более высокие расходы на лечение,**
- **более высокая летальность**
- **К ухудшению заживлению послеоперационных ран,ипролежней**

Потребность в энергии в период болезни во много раз увеличивается

- при переломе только одной кости на 10-15%
- при ожоге средней тяжести на 30- 50%;
- при воспалении брюшины (перитоните) на 60-90%;
- при инсульте средней тяжести на 50-60%
- при тяжелом инсульте на 70 - 100%
- Онкологические и пациенты, получающие паллиативную терапию **80-100%**

Что мешает пациентам в период болезни удовлетворять суточную потребность в энергии?

- **Снижение двигательной активности**, которая не дает пациенту возможность нормально подносить ложку или стакан ко рту;
- **Снижение аппетита;**
- **Ограничение глотания, жевания;**
- Нарушение пищеварения из-за сопутствующей **ферментативной недостаточности**;
- **Несоответствие количества пищевых субстратов** (белков, жиров, углеводов, витаминов и т.д.), получаемых с обычной пищей, потребностям организма.

Результаты неадекватности питания

Белково-энергетическая недостаточность:

Потеря массы тела

Снижение иммунитета

Отсутствие энергоресурсов для восстановления функций

Пневмонии
Флебиты
Пролежни

Медленная и малоэффективная Реабилитация (или проводимая терапия)

Решение проблем недостаточности питания и получения адекватного лечения

- *Полное энтеральное питание*
- *Дополнительное энтеральное питание*

Зондовое

Пероральное

Кому рекомендовано использовать в рационе лечебное питание?

Рекомендация 1.

При каждом посещении пациента проводить оценку:

- ✓ пищевого поведения,
- ✓ факторов ведущих к его нарушению,
- ✓ степени нарушения глотания,
- ✓ объема и качества потребляемой пищи и жидкости с фиксацией информации в медицинской документации (2С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Оценить:

аппетит, режим и особенности потребления пищи, водный баланс, состояние кожных покровов.

Выявить:

факторы, способствующие недостаточности питания

болевой синдром, одышка, мукозиты, когнитивные нарушения, депрессия, тревога, нарушения глотания, ухудшение общего состояния, тошнота, рвота, анорексия, запоры, лихорадка

Наблюдать:

Лист наблюдения пациента (дневник питания)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Дневник питания

Дата	Отметьте, есть ли у вас сегодня													
ФИО, возраст	Тошнота				Рвота				Стул	Диарея				
	Нет	Не влияет на прием пищи	Затрудняет прием пищи	Прием пищи невозможен	Нет	1 р/сут	2-3 р/сут	6 и > р/сут		нет	До 2 р/сут	До 5р/сут	>5 р/сут	
Вес/рост	Оцените свой аппетит									t°				
														
Диета/стол	Отметьте, какой объем пищи удалось съесть сегодня:								Получено жидкости			Выделено с мочой, мл		
	100%	75%	50%	25%	0%				Выпито, мл	Инфузии				
Завтрак						+Десерты, Питательные напитки *								
Второй завтрак						+Десерты, Питательные напитки *								
Обед						+Десерты, Питательные напитки *								
Полдник						+Десерты, Питательные напитки *								
Второй полдник						+Десерты, Питательные напитки *								
Ужин						+Десерты, Питательные напитки *								
Перед сном						+Десерты, Питательные напитки *								
Ночью						+Десерты, Питательные напитки *								

Признаки нарушения глотания:

- ✓ *отказ от приема пищи,*
- ✓ *медленное и затрудненное жевание и глотание («долго держит во рту»),*
- ✓ *поперхивание едой или жидкостью, вплоть до назальной регургитации и чихания,*
- ✓ *появление кашля во время еды или питья,*
- ✓ *иногда жалобы на чувство нехватки воздуха, удушье,*
- ✓ *появление неразборчивой или «булькающей» речи после глотания.*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Рекомендация 2.

При первичном осмотре и изменении общего состояния проводить оценку риска развития нутритивной недостаточности и основных показателей нутритивного статуса с фиксацией информации в медицинской документации (3С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Клинические признаки недостаточности питания:

- ✓ *потеря жировой ткани,*
- ✓ *снижение или отсутствие подкожной жировой прослойки, дряблость кожных покровов, на руках и туловище,*
- ✓ *худоба рук и ног,*
- ✓ *выступающие лопатки, ребра,*
- ✓ *мышечная атрофия в области дельтовидной, четырехглавой и жевательной мышц,*
- ✓ *изменения глаз, волос, ногтей.*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Как определить, что пациент нуждается в НП?





Как определить, что пациент нуждается в НП?





Как определить, что пациент нуждается в НП?





ИМТ +

Шкалы оценки риска и степени недостаточности питания

- ✓ *методика скрининга нутриционного риска* ***NRS-2002*** *(Nutritional Risk Screening),*
- ✓ *шкала оценки недостаточности питания* ***MUST*** *(Malnutrition Universal Screening Tool)*
- ✓ *шкала недостаточности питания* ***MST*** *(Malnutrition Screening Tool)*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

1. Скрининг питательного статуса (NRS 2002)

Этап 1. Первичная оценка

1.	Индекс массы тела менее 20,5	Да	Нет
2.	Больной потерял массу тела за последние 3 месяца	Да	Нет
3.	Имеется недостаточное питание за последнюю неделю	Да	Нет
4.	Состояние больного тяжелое (или находится в отделении реанимации и интенсивной терапии)	Да	Нет

- *Если при Первичной оценке все ответы «Нет», то повторный скрининг проводится через неделю или при изменении состояния.*
- *Если при Первичной оценке хотя бы на один вопрос есть ответ «Да», то следует перейти к этапу 2.*

Этап 2. Финальная оценка. Питательный статус

1 балл	Потеря массы более 5% за последние 3 месяца или потребление пищи в объеме 50-75% от нормальной в предшествующую неделю
2 балла	Потеря массы более 5% за последние 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 25-60% от нормальной в предшествующую неделю
3 балла	Потеря массы более 5% за последний 1 месяц (более 15% за 3 месяца) или ИМТ менее 18,5 + плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 0-25 % от нормальной потребности в предшествующую неделю

Дополнительные, отягощающие факторы, повышающие потребность в нутриентах

1 балл	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет
2 балла	Радикальная абдоминальная хирургия, инсульт, тяжелая пневмония, гемобластоз
3 балла	Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (APACHE-II > 10)

2. Шкала оценки недостаточности питания

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Этап 1	**Оценка индекса массы тела (ИМТ)**		
	ИМТ (вес/рост м²)	балл	
	>20	0	
	18,5-20	1	
	<18,5	2	
Этап 2	Оценка потери веса за последние 3-6 месяцев		
	%	балл	
	<5	0	
	5-10	1	
	>10	2	
Этап 3	Оценка «острого» заболевания		
	Если у пациента есть острое заболевание или предполагается, что он не будет есть в течение 5 дней: +2 балла		
Этап 4	Сумма баллов и определение тактики нутритивной терапии		
	0 баллов	1 балл	≥2 балла
	Низкий риск белково-энергетической недостаточности	Средний риск белково-энергетической недостаточности	Высокий риск белково-энергетической недостаточности
	Необходимо повторить скрининг (в амбулаторных условиях через год) • При оказании ПМП при изменении общего состояния	Необходимо наблюдение за диетой пациента (при снижении суточной нормы потребления применяются меры нутритивной поддержи, соответственно	Требуется нутритивная поддержка

3. Скрининг недостаточности питания (MST)

Этап 1 – тест недостаточности питания

1) Есть ли у вас потеря веса независимо от вашего желания?

Нет	**0 баллов**
Да/ затрудняетесь ответить	2 балла

Если да, то как много вы потеряли:

1-6 кг	**1 балл**
6-10 кг	2 балла
10-15 кг	3 балла
15 кг и более	4 балла
Затрудняетесь ответить	2 балла

Оценка потери веса: _____

Связываете ли вы плохое питание со снижением аппетита?

Нет – 0 баллов

Да – 1 балл

Оценка аппетита: _____

Общая сумма баллов_____

от 0-1 балла – не подвергается риску, хорошо питается с небольшой потерей или без потери веса. Необходимо наблюдение за диетой пациента (при снижении суточной нормы потребления применяются меры нутритивной поддержи, соответственно состоянию)

2 и более балов – высокий риск питательной недостаточности, требующий нутритивной поддержки.

Этап 2 – назначить дополнительное питание всем пациентам с риском недостаточности питания.

До, во время и после лечения в стационаре

- Пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями (гастриты, колиты, панкреатиты)
- Постинсультные, неврологические состояния
- При подготовке к операционному вмешательству и в послеоперационном периоде
- После курса терапии антибиотиками
- После и в период курса радио/химиотерапии
- Пациентам которые получают паллиативную помощь
- Пациентам с пониженным гемоглобином



Рекомендация 3

При **первичном осмотре и при изменении общего состояния** провести обсуждение принципов питания, планируемой нутритивной поддержки и регидратации с пациентом и его родственниками (законными представителями), в отношении предполагаемой эффективности, возможных побочных эффектов, этических и экономических аспектов с отметкой в медицинской документации о его проведении (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рекомендация 3



Обязательные вопросы для обсуждения:

- ✓ Каково желание пациента в отношении методов нутритивной поддержки, места проведения дальнейшего лечения?
- ✓ Каков реальный прогноз эффективности того или иного метода нутритивной поддержки и/или регидратации у данного пациента?
- ✓ Вызывает ли прием пищи или жидкости естественным путем дискомфорт (поперхивание, боль, тошноту)?
- ✓ Хочет и может ли пациент продолжать прием пищи и жидкости естественным путем?
- ✓ Учтены и обсуждены ли возможные риски и/или дискомфорт, связанные с применением различных методик искусственного питания и гидратации?

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рекомендация 4



При выявлении дефектов питания, режима приема пищи, изменении аппетита, **рекомендовать** методы и средства для их улучшения с выдачей письменных материалов (4D)

Приложение В

Информация для пациентов и их родственников

Меры по улучшению питания ослабленных

- Создавайте благоприятную атмосферу для приема пищи, используйте совместный прием пищи в семейном стиле.
- Подавайте пищу, украсив ее, используйте обогащение (сливочным или растительным маслом, сливками, сметаной, медом, искусственными добавками)
- Предлагайте пищу часто и малыми порциями (каждые 1–2 часа), допуская различные виды перекусов
- Соблюдайте культурные, религиозные и личностные предпочтения пациента при подборе, приготовлении и подаче пищи и стараться следовать им.
- Старайтесь совмещать прием(ы) пищи с периодами наилучшего самочувствия в течение дня. Когда аппетит снижен или нет желания есть– используйте питательные смеси.
- Стимулируйте аппетит легкими физическими упражнениями, нахождение на свежем воздухе, столовым вином (если это не противопоказано).

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Меры по улучшению питания ослабленных

- Старайтесь разнообразить рацион новыми рецептами, экспериментируйте с легкими специями, блюдами разной консистенции — подбирайте оптимальные. Используйте для приготовления блюд смеси для энтерального питания.
- Если пациент отказывается от еды, выясните причину этого отказа (тошнота, боль, сложности при глотании, различные страхи, в том числе страх невозможности совершения физиологических отправлений).
- Возможно, следует подобрать удобную позу для приема пищи, использовать удобную посуду, подобрать нужную консистенцию и температуру. Не заставляйте больного принимать пищу в агрессивной форме, не ругайте его.
- Помогайте с употреблением пищи/жидкости, предоставляйте пациенту время для медленного глотания и отдыха между приемами пищи, соблюдайте гибкий режим употребления пищи.
- Включайте в рацион пищу с высоким содержанием калорий и белка. (фарши и бульоны, сметана, йогурты, сливки, мед, шоколад, печенье, молотые орехи и т.д.)

Меры по улучшению питания ослабленных

- Попробуйте разные энтеральные питательные смеси и напитки для подбора оптимальной для пациента.
- Приправляйте пищу калорически ценными продуктами (масло, сливки, мед, сахар и т. п.)
- Избегайте продуктов питания с низким содержанием калорий и белка (сублиматы и т. п.)
- Не совмещайте прием пищи с питьем любых напитков (кроме снимающих ощущение сухости во рту), чтобы избежать чувства быстрого насыщения.
- Добавляйте сок лимона (1/2 дольки) в разные продукты— это поможет снять неприятные вкусовые ощущения.
- Если пациент принимает какие-либо лекарственные препараты в таблетках, то их следует запивать питательными смесями или питательными напитками

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Меры по улучшению питания ослабленных

- Избегайте резких запахов, не оставляйте в помещении использованное судно или испачканное белье. Проветривайте помещение, где находится пациент и готовится пища. Не смешивайте на одной тарелке горячие и холодные блюда
- Следует применять мягкую и легко пережевываемую пищу, избегая грубой, вязкой, холодной или горячей пищи, которая может затруднить жевание или глотание
- При выраженной слабости пациента в последние дни жизни используйте для питья чайную ложку, шприц (без иглы), поильник или пластиковую бутылку небольшого объема с насадкой
- Используйте пюреобразные формы пищи и формируйте из них пищевой комок так, чтобы он выглядел как нормальная еда.
- Для приготовления пищи используйте миксер или блендер
- До и после приема пищи необходим уход за полостью рта (полоскание, обработка) независимо от тяжести состояния пациента

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

При проблемах с глотанием (рекомендация 5)

При возникновении проблем с глотанием может помочь использование определенных условий приема пищи:

- ✓ поза,
- ✓ угол поднятия туловища,
- ✓ место кормления,
- ✓ объем еды в одно кормление,
- ✓ общее количество приемов пищи.

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

При дисфугии (рекомендация 6)

При дисфагии 1-3 степени и сохраненной функции ЖКТ назначать диеты с повышенной питательной ценностью и относительно легкой усвояемостью (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Показания к назначению НП

1. Наличие относительно быстро прогрессирующей потери массы тела (МТ) вследствие имеющегося заболевания, составляющее > 2% за неделю, > 5% за месяц, > 10 за квартал или более 20% за 6 мес.

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 < 1200.

3. Угроза развития быстро прогрессирующей трофической недостаточности:

   - отсутствие возможности адекватного естественного перорального питания (не могут, не хотят, не должны принимать пищу естественным путем)

   - наличие выраженных явлений гиперметаболизма и гиперкатаболизма

Что такое нутритивная поддержка?

НП – неотъемлемая часть лечения и реабилитации, включающая в себя:

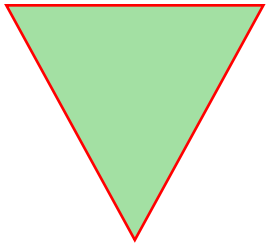
– Оценка нутритивного статуса,

– Оценка потребности в нутриентах,

– Определение способа и метода НП, а также состава смеси

– Клинический мониторинг и обеспечение оптимального использования выбранного способа кормления

Нутритивная поддержка основные соображения



Лучше раньше, чем позже

Энтеральное питание предпочтительнее парентерального

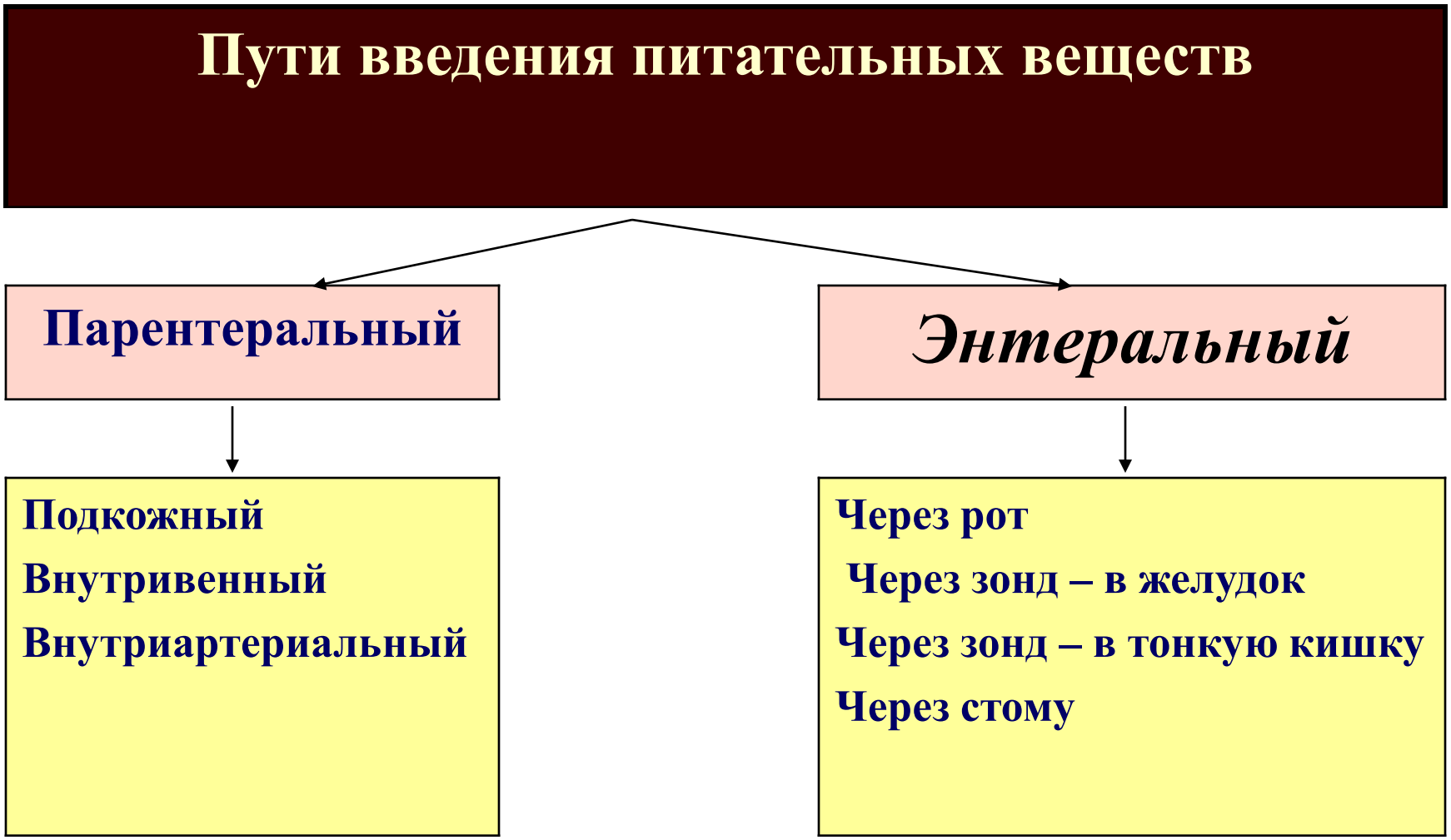
Качество НП лучше, чем количество

Robert G.Martindale, 2007

- **Нутриционная поддержка – процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приёма пищи.**

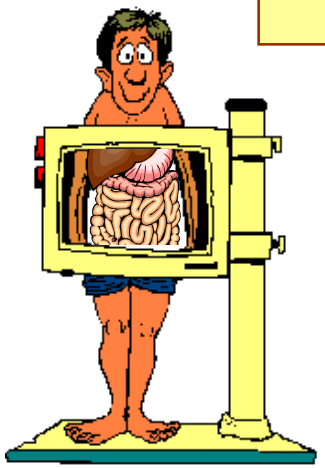
- **ВИДЫ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ**
- ***Естественное дополнительное пероральное питание,***
- ***Энтеральное питание,***
- ***Частичное или полное парентеральное питание***

Пути введения питательных веществ



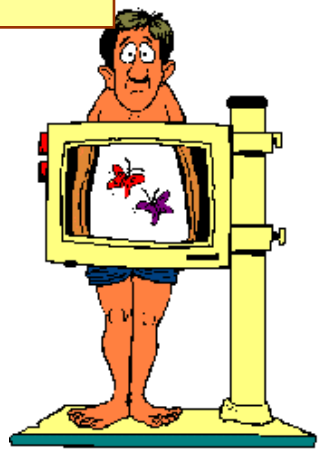
ВЫБОР ТИПА КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ

Возможно ли естественное питание?



Да - ЖКТ

Нет - ЖКТ



Энтеральное питание

Парентеральное питание

Желудок

Кишка

Почему энтеральное питание предпочтительнее?

Или почему бы не дать кишке отдохнуть…?

Определение

Энтеральное питание – вид нутриционной поддержки, при котором питательные вещества вводятся перорально или через желудочный (кишечный) зонд

- **Естественное энтеральное питание**
- **Искусственное энтеральное питание**

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Наиболее физиологично

Менее инвазивно

Более дешевый метод

Рекомендуемый объем субстратного обеспечения больных: обзор основных рекомендаций

Нутриент	Рекомендации	Guideline
Энергия	Индивидуально. Использовать уравнения расчета потребности в энергии или калориметрию	PENG 2007 NSIG 2010
	25-30kcal/kg, расчет по уравнению или непрямая калориметрия	ASPEN 2009
	20-25kcal/kg в острую фазу. 25-30kcal/kg в фазу восстановления	ESPEN 2006
	25kcal/kg	ESPEN 2009
Белок	1.3-1.5g protein/kg.	ESPEN 2009
	1.2-2.0g идеальной массы тела если ИМТ <30kg/m2 2g/kg идеальной массы тела если ИМТ 30-40kg/m2 2.5g/kg идеальной массы тела если ИМТ >40kg/m2	ASPEN 2009
Глюкоза	Минимум 2g/kg	ESPEN 2009
	Максимальная скорость окисления глюкозы 4-7 mg/kg/minute/24hoursидеальная скорость поступления ≤5mg/kg/minute/24hours.	ESPEN 2009
Жиры	0.7-1.5g/kg.	ESPEN 2009
	0.8-1g/kg при сепсисе	PENG 2007

Клиническое Питание – неотъемлемая часть терапии

1.Энтеротерапия → ***2. Питание***

Поддержание кишки в рабочем состоянии
или
Восстановление всасывания и моторики

Обеспечение организма субстратами энергии (липиды, углеводы) и пластического материала(белки, аминокислоты)

Наличие питательных субстратов в кишке

- ***Питание энтероцита: 50% из просвета кишки***
- ***Питание колоноцита: 80% из просвета кишки***

Время жизни энтероцита – 3 дня

Энтеральное питание

снижает риск

возникновения нозокомиальных инфекций.

Влияние энтерального питания

Энтеральное питание проводится.	**Энтеральное питание отсутствует.**
Обеспечение структурной и функциональной целостности ЖКТ.	Нарушение структурной и функциональной целостности ЖКТ и увеличение проницаемости.
Стимуляция сокращений кишки и продвижение бактерий вниз.	Снижение сократительной активности и рост патологической флоры.
Положительное влияние на симбиотическую флору.	Избыточный рост патологической флоры (напр. Pseudomonas aeroginosa).
Стимуляция выброса IgA и адгезии бактерий к эпителию.	Нарушение защитных механизмов, выброс цитокинов и апоптоз.
Стимуляция кровотока.	Снижение кровотока.

McClave S., Heyland D., 2009

ПОКАЗАНИЯ

- **Энтеральное клиническое питание показано пациентам, которые**
- **Не могут**
- **Не хотят**
- **Не должны**

получать пищу обычным путем

Показания к НП

Не хочет	Не может	Не должен	Естественное питание недостаточно
Анорексия, тошнота, рвота	Цитостатическое и лучевое повреждение ЖКТ: стоматит, эзофагит, некротическая энтеропатия	Панкреатит, кровотечения ЖКТ	Тяжелые инфекции: пневмония, сепсис и др. Трансплантация костного мозга

Методы энтеральной поддержки

- ✓ *питание через рот с применением специальных смесей (сипинг) или обогащения энтеральными диетами обычных продуктов,*
- ✓ *питание через назогастральный зонд или стому, установленную на уровне желудка или тонкой кишки,*
- ✓ *смешанное питание с применением различных методик одновременно.*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Приём смесей через род малыми порциями (сипинг): правила

- ✓ Сипинг следует использовать при недостаточном приеме пищи в качестве дополнительного питания
- ✓ Длительность курса применения от 7 до 21 дня с последующим перерывом
- ✓ Пить не вместо еды, а в промежутках между приемом пищи
- ✓ Не пить сразу всю бутылочку
- ✓ Применять смесь при запивании таблеток
- ✓ Рассматривать сипинг, как альтернативу зондовому питанию
- ✓ Подбирать применимый для пациента вкус смеси
- ✓ В случае если предлагаемый вами продукт вызывает тошноту, рвоту, сухость во рту, трудности при глотании, то его не следует использовать

Сипинг

Идеальный препарат для сиппинга:
концентрированный с небольшим объемом и не вызывающий длительного чувства насыщения

Виды смесей:

- ✓ с высоким или обычным содержанием белков и глюкозы;
- ✓ на основе воды или молока;
- ✓ употребляемые в холодном или горячем виде (добавляемые в кофе или суп);
- ✓ с различной консистенцией (жидкие, сгущенные или в форме кондитерских продуктов.

Полностью удовлетворить нутриционные потребности можно с помощью перорального приема питательных смесей или дополняя ими его обычный рацион.

Показания к пероральной НП

Необходимое условие – сохранение глотательной функции и желание больного принимать ПС

- Выраженная общая слабость
- Нарушения жевательной функции
- Поражения слизистых оболочек полости рта и пищевода
- Дисфагия на твердую пищу
- Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
- ИМТ менее 16 кг/м2
- синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма

Зондовое питание (рекомендация 7)

При **дисфагии 4 степени**, сохраненной функции ЖКТ и отсутствии противопоказаний, рекомендуется зондовое питание (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

ПОКАЗАНИЯ К ЗОНДОВОМУ ПИТАНИЮ

*Ситуации , когда пациенту с **функционирующим желудочно-кишечным трактом** невозможно обеспечить потребности в белке и энергии обычным, пероральным путем:*

- пациент не может есть пищу (отсутствие сознания, нарушения глотания и др.).
- не должен есть пищу (острый панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение и др.).
- не хочет есть пищу (инфекции и др.)
- когда обычное питание не адекватно потребностям (травмы, ожоги, катаболизм).

Stroud M et al. Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Methods, evidence & guidance. NICE, 2006;-(-):1-176
Arends J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):245-59.
Volkert D et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics.Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):330-60.

Гастро- или еюностома (рекомендация 8)

В случае необходимости проведения зондового питания более 4 недель устанавливать гастро- или еюностому (2С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Противопоказания для гастростомии

Относительные противопоказания:

- ✓ массивный асцит
- ✓ проведение перитонеального диализа
- ✓ тяжелая портальная гипертензия
- ✓ тяжелое ожирение
- ✓ тяжелая гепатомегалия
- ✓ анатомические изменения, связанные с перенесенными ранее хирургическими вмешательствами или воспалительными процессами

Абсолютные противопоказания:

- ✓ все противопоказания к энтеральному питанию
- ✓ обструкция на уровне глотки или пищевода, препятствующая проведению эндоскопии
- ✓ обструкция на уровне желудка или кишки, не позволяющая проводить энтеральное питание
- ✓ тяжелая коагулопатия (международное нормализованное отношение(МНО)>1,5,протромбиновый индекс (по Квику) <50%, уровень тромбоцитов <50000/мм3)
- ✓ ограниченная ожидаемая продолжительность жизни

Противопоказания к энтеральному питанию

- Нестабильная гемодинамика
- Синдром кишечной недостаточности
- Механическая кишечная непроходимость
- Нарушение переваривания и всасывания;
- Продолжающиеся желудочно-кишечные кровотечения;
- Непереносимость компонентов энтеральной смеси.

Принципы НП



Определение потребности пациентов в необходимом объеме алиментации

- Определение потребностей в:
  - Энергии
  - Белке
  - Воде
  - Электролитах
  - Витаминах и минералах
  - Фармаконутриентах (глутамин, аргинин, ПНЖК)

Расчет потребностей в энергии

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В СУБСТРАТНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Расчет фактической потребности больного в энергии осуществляется по формуле:

ДРЕ = ОО х ФА х ФП х ТФ х ДМТ

ДРЕ – действительный расход энергии, ккал/сут. ОО - основной (базальный) обмен, ккал/сут.
ФА – фактор активности.
ФП – фактор повреждения.
ТФ – термальный фактор.
ДМТ – дефицит массы тела.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСНОВНОГО (БАЗАЛЬНОГО) ОБМЕНА

- Прямая калориметрия
- Непрямая калориметрия
- Расчетные

РАСЧЕТ ПО ФОРМУЛАМ ХАРРИСА-БЕНЕДИКТА

ОО муж. = 66,5 + (13,7 х МТ) + (5 х Р) - (6,8 х В)
ОО жен. = 65,5 + (9,5 х МТ) + (1,8 х Р) - (4,7 х В)

ОО – основной обмен, ккал.
М – фактическая масса тела, кг.
Р – длина тела, см.
В – возраст, годы.

РАСЧЕТ ПО СРЕДНЕСУТОЧНЫМ ЭНЕРГОТРАТАМ

Мужчины: 1 ккал/кг/час, или 25 ккал/кг/сут.
Женщины: 0,9 ккал/кг/час, или 20 ккал/кг/сут.

После определения ОО в указанную выше формулу для определения ДРЕ последовательно вносятся коэффициенты метаболической поправки соответствующие конкретной клинической ситуации:

Фактор активности:

Постельный режим	1,1
Палатный режим	1,2
Общий режим	1,3

Термальный фактор:

t тела 38 °С	1,1
t тела 39 °С	1,2
t тела 40 °С	1,3
t тела 41 °С	1,4

Дефицит массы тела:

От 10 до 20%	1,1
От 20 до 30%	1,2
Более 30%	1,3

Фактор повреждения:

Небольшие операции	1,1
Переломы костей	1,2
Большие операции	1,3
Перитонит	1,4
Сепсис	1,5
Множественные травмы	1,6
Черепно-мозговые травмы	1,7
Ожоги (до 30 %)	1,7
Ожоги (30-50 %)	1,8
Ожоги (50-70 %)	2,0
Ожоги (>70 %)	2,2

НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ!

- Расчет потребностей в энергии и белке у больных с избыточной МТ и ожирением должен осуществляться на рекомендуемую, а у пациентов с гипотрофией на фактическую МТ.
- Субстратное обеспечение больных не должно повышать возможности ассимиляции нутриентов организмом (контроль за метаболическим ответом организма).
- При критических состояниях алиментация больных должна осуществляться преимущественно на уровне основного обмена.
- Избыточная алиментация тяжелобольных пациентов может ухудшать их состояние.

Потребности пациентов в энергии

Нозология	Потребности в белке
Пациенты первые 72-96 часов после операции по поводу злокачественного новообразования	20 – 25 ккал / кг / день
Больные пожилого возраста, пациенты с выраженной степенью недостаточности в период восстановления	25 – 30 ккал / кг / день
Амбулаторные онкологические пациенты	30 – 35 ккал / кг / день
Пациенты с заболеваниями печени	35 – 40 ккал / кг / день

	Группа пациентов	Ккал/сут
Нутрит. статус: норма **Скорость метаболизма:** норма **Потери азота:** норма	Малая хирургия, кишечная непроходимость, диарея, невозможность питаться через рот	25–30
Нутрит. статус: умеренно снижен **Скорость метаболизма:** повышена **Потери азота:** повышены	Большая хирургия, перитонит, панкреатит, печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность	30–35
Нутрит. статус: умеренно снижен **Скорость метаболизма:** повышена **Потери азота:** высокие	Кишечный свищ, воспалительные заболевания кишечника, политравма, черепно-мозговая травма, сепсис	35–40
Нутрит. статус: значительно снижен **Скорость метаболизма:** высокая **Потери азота:** высокие	Тяжелые ожоги, тяжелая белково-энергетическая недостаточность	40–45

1) Arends J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):245-59. 2) Ockenga J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Wasting in HIV and other chronic infectious diseases. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):319-29. 3) Cano N et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):295-310. 4) EPUAP, 2003. 5) Jolliet P et al. Enteral nutrition in intensive care patients: a practical approach. Clin Nutr. 1999 Feb;18(1):47-56. ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major Burns. Clinical Nutrition 32 (2013) 497e502

Потребности пациентов в белке

Нозология	Потребности в белке
ОРИТ	1.2– 1.5 g/kg/day
Хирургия	В зависимости от заболевания и сроков лечения
Ожоги	1.5-2.0 g/kg/day
Онкология	1.2–2 g/kg/day
Трофические язвы	1–1.5 g/kg/day
ХПН	1.2–1.4 g/kg/day во время гемодиализа
ВИЧ, СПИД	1.2 g/kg/day фаза стабилизации 1.5 g/kg/day - активная фаза

1) Arends J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):245-59. 2) Ockenga J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Wasting in HIV and other chronic infectious diseases. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):319-29. 3) Cano N et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):295-310. 4) EPUAP, 2003. 5) Jolliet P et al. Enteral nutrition in intensive care patients: a practical approach. Clin Nutr. 1999 Feb;18(1):47-56. ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major Burns. Clinical Nutrition 32 (2013) 497e502

Почему так важен белок?

Потеря 1 г азота - катаболизм 6,25 г белка и потеря 25 г скелетной мышечной массы

В условиях отрицательного азотистого баланса за дефицит 1г азота (6,25 г белка) организм расплачивается распадом 25 г мышечной массы. В подобных условиях пациенты ежесуточно могут терять до 0,5-0,8 кг собственной мышечной ткани!

Рекомендуемый объем субстратного обеспечения больных: обзор основных рекомендаций

Нутриент	Рекомендации	Guideline
Энергия	Индивидуально. Использовать уравнения расчета потребности в энергии или калориметрию	PENG 2007 NSIG 2010
	25-30kcal/kg, расчет по уравнению или непрямая калориметрия	ASPEN 2009
	20-25kcal/kg в острую фазу. 25-30kcal/kg в фазу восстановления	ESPEN 2006
	25kcal/kg	ESPEN 2009
Белок	1.3-1.5g protein/kg.	ESPEN 2009
	1.2-2.0g идеальной массы тела если ИМТ <30kg/m2 2g/kg идеальной массы тела если ИМТ 30-40kg/m2 2.5g/kg идеальной массы тела если ИМТ >40kg/m2	ASPEN 2009
Глюкоза	Минимум 2g/kg	ESPEN 2009
	Максимальная скорость окисления глюкозы 4-7 mg/kg/minute/24hoursидеальная скорость поступления ≤5mg/kg/minute/24hours.	ESPEN 2009
Жиры	0.7-1.5g/kg.	ESPEN 2009
	0.8-1g/kg при сепсисе	PENG 2007

КАКИМ БОЛЬНЫМ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- **Всем пациентам имеющим высокий риск развития недостаточности питания - наличие прогрессирующей потери МТ, составляющей >2% за неделю , или >5% за мес., или > 10% за мес.**

- **Всем пациентам, имеющим исходные признаки недостаточности питания:**

  ИМТ<19 кг/м2, ОП<90% от стандарта, гипопротеин-емия <60 г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, Hb<100 г/л, абсолютная лимфопения <1200

- **При подготовке к хирургическому лечению и при проведении химио- и лучевой терапии, получающим паллиативную помощь**

Как долго?

На весь период лечения

До восстановления трофологического статуса

Рекомендованные суточные потребности онкологического больного в энергии и белке:

25-40 ккал/кг (жиры 30-50%)	1-2 г белка/кг
Соотношение небелковых килокалорий к азоту: 150 / 1	Взрослый онкобольной, в среднем, должен получать 2500-3000 ккал и 100-150 г белка в сутки.

Основык линического питания: Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания (ESPEN), 2004.

Подбор смеси (рекомендация 9)

Подбирать смесь для энтерального питания индивидуально, с учетом диагноза, функционального состояния ЖКТ и необходимости ограничения вводимого объема жидкости (3С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

ПРАВИЛЬНО ПОДОБРАННОЕ ПИТАНИЕ НЕ ТОЛЬКО УЛУЧШАЕТ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ВЕС ПАЦИЕНТА, ОНО ТАКЖЕ:

- **помогает восстановить и поддержать физическую активность**
- **поддерживает функции иммунитета и снижает риск возникновения инфекций**
- **улучшает качество жизни**
- **помогает подготовить пациента к проведению терапии**
- **снижает количество побочных эффектов проводимой терапии**
- **уменьшает риск послеоперационных осложнений**
- **нормализует или уменьшает выраженность метаболических нарушений, связанных с развитием недостаточности питания**

Что назначать?

- **СМЕСИ**
- **Высокобиологически ценные питательные хорошо сбалансированные**
- **Легкоусвояемые**

Преимущества применения сбалансированных смесей для перорального применения у тяжёлых пациентов

- удобство использования готовой формы в сравнении с сухими смесями, для применения которых требуется дополнительное обучение персонала и родственников правильному разведению продукта, а следовательно, дополнительное время
- исключаются ошибки в дозировании, приводящие к гиперстимуляции кишечника и диарее
- малый объем (125 мл) разовой порции, что особенно важно для онкологических пациентов, которые с трудом переносят даже кажущиеся на первый взгляд небольшими (200–250 мл) порции

Оптимальное содержание белка (11 г в 125 мл)

Оптимальное содержание энергии в малом объеме (200 Ккал / 125 мл)

Противовоспалительное и **иммуномодулирующее** действие: ПНЖК (п6:п3 = 2:1), обогащен эйкозопентаеновой и докозогексаеновой к-тами

Антиоксидантное действие:

Высокое содержание каротиноидов, витаминов группы В, С, Е **Комплекс пищевых волокон,**

что важно для пациентов, получающих массивную антибактериальную, а также лучевую и химиотерапию



высокое содержание молочного белка (18 г в 125 мл)
высокое содержание энергии

300 Ккал в малом объеме (125 мл).

Оптимальное количество ПНЖК

ысокое содержание витаминов и микроэлементов



Самый простой, доступный каждому, способ восстановления и поддержки организма

НУТРИДРИНК

- Позволяет пациенту получить в малом объеме много белка, энергии,
- Обеспечивает больного всеми необходимыми витаминами, минералами, микроэлементами
- Легко усваивается и не вызывает раздражение слизистой ЖКТ даже при гастритах, энтеритах, колитах
- Не содержит лактозы и глютена – может применяться при ферментативной недостаточности
- Не содержит холестерин – можно использовать при кардио-васкулярной патологии (атеросклероз, состояния после инсульта, инфаркта)



НУТРИДРИНК



- Богатый антиоксидантный комплекс (каротиноиды, витамины, микроэлементы и даже селен)

  Способствует ЗАЩИТЕ ОТ ИНФЕКЦИЙ, УКРЕПЛЕНИЮ ИММУНИТЕТА

- Готовая форма продукта в порционной стерильной упаковке

  УДОБСТВО ПРИМЕНЕНИЯ

- Разнообразие вкусов: ваниль, апельсин, клубника, шоколад

  НЕ ПРИЕДАЕТСЯ – МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛИТЕЛЬНО

- Полноценный, сбалансированный состав

  МОЖЕТ БЫТЬ ЕДИНСТВЕННЫМ ИСТОЧНИКОМ ПИТАНИЯ

Противопоказано при галактоземии, аллергии к белкам коровьего молока, индивидуальной непереносимости компонентов смеси

Нутридринк

Высокая энергетическая насыщенность

Нормализация веса

ВЫШЕНИЕ физической активности

улучшение общего состояния



Высокое содержание белка

БЫСТРОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕННЫХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ



Минимальный курс – 14 дней

Индивидуальный расчет питания делает врач в зависимости от общего состояния и нутритивного статуса пациента

Новый вкус – Новая форма!

Энергетически насыщенное

Глютен

С высоким содержанием белка



Содержит комплекс витаминов

Лактоза

Содержит комплекс минералов

Информация для врачей

Теперь у Ваших пациентов еще больше шансов разнообразить рацион!



Используйте Нутридринк нейтральный в качестве дополнения к обычному рациону:

Информация для пациентов

- **Нутридринк** можно добавлять в готовые кашу или фруктовое пюре, другие блюда как вкусное дополнение
- Обычный пломбир при добавлении **Нутридринка** приобретает изысканный вкус
- 1 пакетик Нутридринка + банан, взбитые в блендере – ароматный коктейль
- 1 пакетик Нутридринка + 30 г мюсли + любые фрукты и орехи по вкусу – быстрый и полезный завтрак









НУТРИДРИНК

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

- **Единственный или дополнительный источник питания**
- **Использовать для приготовления различных блюд**
- **Не менее 2-х пакетиков в день**
- **Не менее 14 дней**
- **Чередовать вкусы**
- **Индивидуально подбирать время приема**
- **Принимать МЕДЛЕННО !!**

Новый вкус – Новая форма!



КОКТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ

Рецепт коктейля

Шарик вашего любимого мороженного + 1 банан + 100 мл вишнёвого сока (также можно заменить на персиковый или ананасовый) + 1 упаковка (200 мл) «Нутридринк» (нейтральный вкус) ***Способ приготовления***

Взбить все ингредиенты в шейкере. Подать сразу. Бокал можно украсить долькой фрукта с ягодой.

Нутридринк



ВАНИЛЬ, КЛУБНИКА, АПЕЛЬСИН, БАНАН, ШОКОЛАД - обеспечивает высокую потребность в энергии и белке (гиперкатаболизм) у больных, способных получать смеси per os.

Энергетическая ценность

1,5 ккал/мл

Белок 60г/л

Осмолярность 440 мОсм/л

НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН

Одинаковая энергетическая ценность в меньшем объеме:



200 мл

300 kcal	***300 kcal***
12 г белка	***18 г белка***
37 г углеводов	***30,5 г углеводов***
11,6 г жира	***11,75 г жира***
20% ***дневной нормы***	**20%** ***дневной нор.***
витаминов/минералов	***витаминов/минералов***
Полноценное питание	***Полноценное питание***



125 мл

НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН

- *Многие пациенты с трудом могут выпить весь объем питания до конца (в виду разных причин – онкология, отсутствие аппетита, дисфагия, операции)*
- *Compact обладает теми же питательными свойствами, что и Нутридринк 200 мл, но в меньшем объеме 125 м*
- *Compact создан, чтобы улучшить потребление питательных веществ пациентами*

- *Нутридринк Компакт Протеин – меньше объем, больше питания!*



ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НУТРИДРИНКА



Стационар

- *Подготовка к операции и послеоперационный период*
- *Мукозиты и энтериты*
- *Частичные препятствия для прохождения пищи*
- *Инсульт и постинсультная реабилитация*
- *Состояния, связанные с потерей аппетита и/или отказом от приема пищи*
- *Ожоги*
- *ВЗК*
- *Травма*
- *Белково-энергетическая недостаточность*

Поликлиника

- *Ослабленные пациенты в период болезни и стресса*
- *Пациенты с пониженным гемоглобином*
- *Пациенты с гастроэнтерологическими заболеваниями (гастриты, энтериты, колиты)*
- *Постинсультные, неврологические состояния*
- *Пациенты с ферментативной недостаточностью при патологии поджелудочной железы или печени*
- *До и после лечения в стационаре*
- *До, во время и после курса терапии антибиотиками*
- *До, во время и после курса радио/химиотерапии*

ПРИОРИТЕТНЫЕ ОБЛАСТИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НУТРИДРИНКА

- Гастроэнтерология
- Онкология , онкогематология
- Химио-, радиотерапия
- Хирургия

  - предоперационная подготовка послеоперационное ведение
- Неврология
- Психоневрология
- Трансплантология



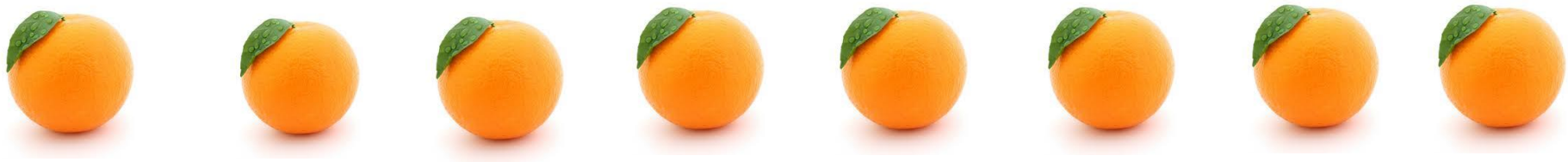
Фортикер

специализированное питание для больных с онкологическими заболеваниями





- Высокое содержание **белка и энергии**
- **Вкусы** специально разработаны с учетом вкусовой инверсии пациентов с новообразованиями
- Малый объем – всего **125 мл.**
- Обогащенное, полноценное лечебное питание



ФОРТИКЕР – СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОДУКТ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ



- *Упаковка 125 мл*
- *200 кКал*
- *11,3 г белка*
- *Белок: сывороточный (преимущественно) и казеин*
- *Содержит комплекс растворимых и нерастворимых пищевых волокон*
- *Обогащен омега-3 и омега-6 жирными кислотами*
- *3 вкуса: капучино, персик-имбирь, апельсин-лимон*
- *Стерильная упаковка*
- *НЕ содержит глютен, лактозу, холестерин, ГМО*
- *В 1 коробке 30 шт*
- *Срок годности 12 месяцев*

ФОРТИКЕР – ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОДУКТА



- *Сбалансированное, полноценное питание для онкологических пациентов, которое может являться единственным источником пищи или быть дополнением к основному рациону*

- *Высокое содержание легко усваиваемого белка и энергии в малом объёме - возможность адекватного питания пациентов с пониженным аппетитом, затруднением приёма достаточного количества питательных веществ*

ФОРТИКЕР – ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОДУКТА



- ***Стерильная упаковка позволяет применять у пациентов с выраженной иммуносупрессией (пациенты, получающие лучевую, химиотерапию, массивную антибактериальную терапию), не вызывая риска микробной контаминации***

- ***Оптимальное соотношение полиненасыщенных жирных кислот - наибольший противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты***

- ***Комплекс растворимых и нерастворимых волокон обеспечивает минимальное газообразование, нормализует перистальтику, оказывает пребиотический эффект, поддерживает неспецифический иммунитет***

Ренилон 7.5

- ***Специализированное питание для пациентов с ХПН и на диализе***



Высокое содержание 100% сывороточного белка 7,5 г /100 мл

Самое минимальное содержание элетролитов (Na, K, P)

Фосфорно-белковый коэффициент = 0,4 (ФБК диетической говядины 10,5)

Обогащен L-Карнитином и Таурином

**Белково-энергетическая недостаточность у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, корригируемой различными видами заместительной терапии. Барановский и др. Нефрология и диализ, Т.1, 1999г., №1*

Ренилон 7.5

Особенности метаболических нарушений при ХПН



- ✓ *Усиление катаболизма белка*
- ✓ *Снижение синтеза белка*
- ✓ *Снижение усвоения глюкозы*
- ✓ *Почечный ацидоз*
- ✓ *Изменения углеводного и липидного обмена*
- ✓ *Нарушения выделения жидкости и электролитов*

Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта при ХПН

- → *Уремическая гастроэнтеропатия*
- → *Нарушения пищеварения*
- → *Синдром мальабсорбции*
- → *Тошнота,рвота,анорексия*
- → *Нарушения моторно-эвакуаторной функции ЖКТ*
- → *Эрозивно-язвенные изменения слизистой кишки*

Ренилон 7.5

Состав Ренилона (на 100 мл)

Продукт	Белок, г	Калий,мг	Фосфор, мг	ФБК
Ренилон 7.5	**7,5**	**22**	**3**	**0,4**



Нутризон Эдванст Диазон

Изокалорическое специализированное зондовое питание с ПВ



Возможно применение у пациентов с сахарным диабетом и сниженной толерантностью к глюкозе, при наличии стрессорной гипергликемии или при риске ее возникновения.
Имеет наименьший ГИ=17

- *Соевый белок, содержащий изофлавоноиды*
- *Пониженное содержание углеводов в виде фруктозы и крахмала*
- *ПВ (растворимые - 80%) – снижают скорость всасывания углеводов*
- *Умеренно повышенное содержание жира (38%), в т.ч. мононенасыщенные жирные кислоты – 69%*
- *Натуральные каротиноиды – антиоксидантный эффект*

Специализированный продукт диетического лечебного питания для реанимаций и тяжёлых больных



«Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»

для энтерального

(зондового и перорального)

питания пациентов старше 12 лет, с ванильным вкусом, страдающих диабетом и/или стрессорной гипергликемией, а также с повышенными потребностями в белке и энергии, связанными с гиперметаболизмом и гиперкатаболизмом

Нутризон эдванст Диазон НЕНР

Стикер упаковки

Nutrison Advanced Diason Energy HP - Со вкусом ванили

Специализированное питание для лечебного и профилактического использования. Специализированный продукт для питания пациентов с сахарным диабетом или гипергликемией,имеющих недостаточность питания и повышенные нужды в энергии и белке. Полноценное по составу, готовое к использованию, содержащее пищевые волокна и повышенное количество белка зондовое питание. Не содержит глютена и лактозы. Упаковано в защитной атмосфере.

Важно: Только для энтерального применения. Не использовать парентерально. Принимать под наблюдением врача. Может являться единственным источником питания. Необходимо мониторировать и корректировать прием жидкости, чтобы поддерживать адекватную гидратацию организма. С осторожностью применять у детей от 12 лет и более.

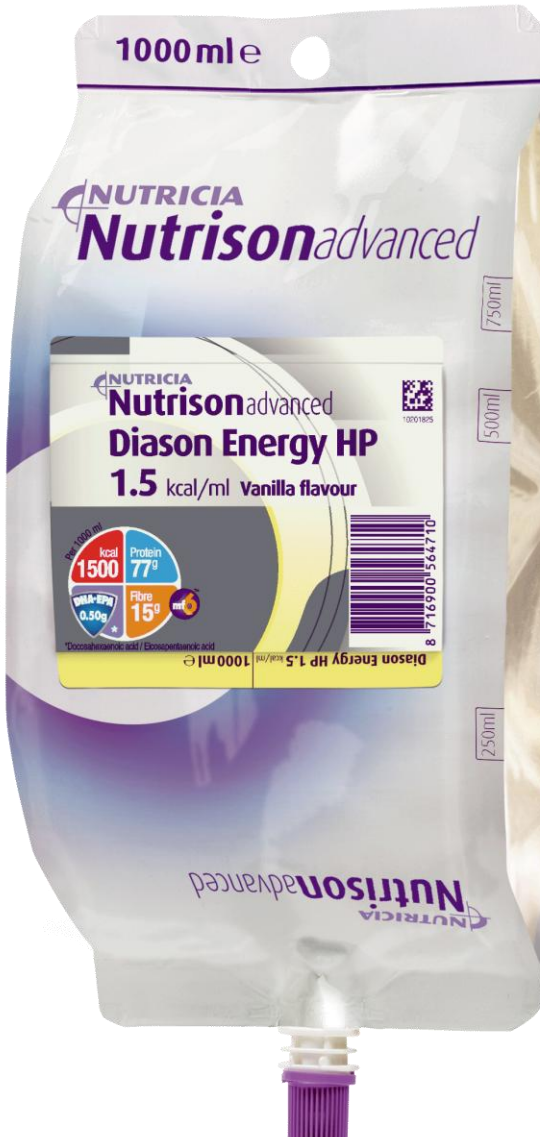
Противопоказания: Противопоказано детям до 12 лет и пациентам с галактоземией. Противопоказано пациентам, которым рекомендована диета без пищевых волокон.

Инструкция по применению: Перед употреблением убедиться в целостности упаковки, хорошо взболтать. Содержимое пакета не разбавлять и не добавлять медикаменты. Хранить в сухом, прохладном месте. Перед применением рекомендуется согреть до комнатной температуры. Упаковано асептически. после вскрытия использовать в течение 24 часов. Годен до: см. верхний край пакета.

Состав: вода, мальтодекстрин, растительные масла (рапсовое, подсолнечное) , казеинат **молочного** белка, изомальтулоза* частично гидролизованный **соевый** белок, пищевые волокна (инулин, олигофруктоза, аравийская камедь, **соевые** полисахариды, целлюлоза, устойчивый крахмал), вкусовая добавка, **рыбий** жир, регулятор кислотности, карбонат кальция, хлорид калия, эмульгатор (соевый лецитин), натрия цитрат, калия цитрат, гидроксид магния, каротиноиды (содержат сою) - (β - каротин, лютеин, ликопен), гидроксид калия, вторичный кислый фосфат калия, хлорид холина, натрия L-аскорбат, лактат железа, DL-α-токоферола ацетат, цинка сульфат, ацетат ретинола, хлорид хрома, глюконат меди, сульфат марганца, пантотенат кальция, никотинамид, селенит натрия, цианокобаламин, гидрохлорид тиамина, D-биотин, птероилмоноглютаминовая кислота, холекальциферол, гидрохлорид пиридоксина, рибофлавин, йодид калия, фторид натрия, молибдат натрия, фитоменадион. *Изомальтулоза является источником глюкозы и фруктозы

Произведено: "N. V. Nutricia", P.O. Box 1 2700 MA Zoetermeer, Нидерланды.

Импортер: ООО «Нутриция Эдванс», 143421, Московская область, Красногорский район, 26 км автодороги «Балтия», бизнес центр «Рига Ленд», строение В. Тел. (495) 228-33-88.;



Первый взгляд на продукт *Нутризон эдванст Диазон* **НЕНР**



Название	**специализированный пищевой продукт диетического лечебного питания «Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»**
Показание к применению	для энтерального питания пациентов, страдающих диабетом и/или стрессорной гипергликемией, а также с повышенными потребностями в белке и энергии, связанными с гиперметаболизмом и гиперкатаболизмом
Возрастные ограничения	Для пациентов старше 12 лет
Вкус	Продукт со вкусом ванили
Упаковка	Ламинированный самоспадающийся пакет , 1000 мл
Белки, Жиры, Углеводы, Пищевые волокна и энергия в 100 мл	Соотношение белки:жиры:углеводы (%ккал)=20,5:46,4:31,1 Пищевые волокна – 1,5 г (смесь 6 видов)., Энергия 150 кКал,
Срок годности	12 месяцев, с даты производства

Для каких пациентов: состояния, сопровождающиеся гипергликемией и повышенными потребностями в белке

- Ожоговый шок и термические поражения
- Сепсис и септический процесс
  - При септическом процессе наблюдается 150–200% увеличение скорости образования глюкозы, сопровождающееся выраженной гипергликемией[1]
- Послеоперационный период у пациентов с сахарным диабетом или риском развития стрессорной гипергликемии
- Пациентам при оказании паллиативной помощи



1. Bone R.C. et al. Crit. Care Med. — 1992. — V. 20(6). — P. 864-74.

«Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»

ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ

Контроль над уровнем глюкозы должен быть не только у больных сахарным диабетом, но и у пациентов в критических состояниях

У 34% пациентов, получающих лечебное питание, наблюдается повышение уровня глюкозы в крови [1,2]

Гипергликемия может привести к:

- Увеличению срока пребывания в больнице [2-5]
- Повышению сопутствующих расходов на медицинское обслуживание [4]
- Увеличению смертности у послеоперационных пациентов [3]

1. *McCowen K, Malhotra A, Bistrian B. Critical Care clinics 2001; 17: 107-24.*
2. *Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP. J Clin Nurs 10: 482-490, 2001.*
3. *Krinsley JS. Clin Proc 78, 2003; 1471-8*
4. *Noordzig PG, Eur J Endocrinol, 2007(156) 137-42*
5. *Estrada CA, Young JA, Nifong LW and Chitwood WR. Ann Thorac Surg (75) 2003; 1392-9.*



«Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»

Diason HEHP: показания и способ применения

Разработан специально

- для больных с сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе
- при повышенных потребностях в белке и энергии
- и/или при необходимости ограничения объема поступающей жидкости

Противопоказания к применению

- При наличии противопоказаний к применению клетчатки и др волокон
- При галактоземии
- При наличии аллергии к коровьему или соевому белку

- ➢ Может быть использован для зондового и перорального применения в качестве единственного или дополнительного источника питания.
- ➢ Применение у пациентов старше 12 лет.



«Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»

Позиционирование Диазон и Диазон НЕНР

Нутризон Эдванст Диазон

- Для стабильных пациентов старше 1 года с сахарным диабетом, сниженной толерантностью к глюкозе и/или риском возникновения стрессорной гипергликемии (ОНМК, ОПН, неосложненное течение п/о периода)
- При обычных потребностях в энергии и белке
- В качестве основного этапа ЭП
- Для зондового или перорального питания

Нутризон Эдванст Диазон НЕНР

- Для пациентов старше 12 лет с сахарным диабетом, сниженной толерантностью к глюкозе и/или риском возникновения стрессорной гипергликемии в критическом состоянии (термическая травма, сепсис, осложненное течение п/о периода)
- При значительно возросших потребностях в энергии и белке
- В качестве основного этапа ЭП
- Для зондового или перорального питания



«Нутризон эдванст Диазон НЕ НР»

NUTRICIA Advanced Medical Nutrition

ЛИКВИДЖЕН / LIQUIGEN



Специализированный продукт диетического питания для детей старше года и взрослых с нарушениями обмена липидов и жирных кислот (энергетический модуль представлен жирными кислотами со средней длиной цепи).

ЛИКВИДЖЕН / LIQUIGEN

ЛИКВИДЖЕН, СОСТАВ НА 100 мл

Энергетическая ценность	кДж кКал	1850 450
Белок (эквивалент)	г	0
Жиры (растительные) Насыщенные Из которых МСТ	г г г	50,0 47,1 45,4
Углеводы	г	0
Клетчатка диетическая	г	0
Натрий (Na)	мг	5,0
Хлориды (Cl)	мг	0,1
Кальций (Ca)	мг	0,3

ЛИКВИДЖЕН / LIQUIGEN



- **Средства для энтерального питания**
  Жировая эмульсия, содержащая среднецепочечные триглицериды фракционированного кокосового и пальмового масел.
- **Энергетическая ценность 450 ккал (1852 кДж)**
  Белки (эквивалент), нет; Углеводы, нет; Жиры насыщенные (растительные) 50,0 г, из которых МСТ 49,2 г; Клетчатка диетическая, нет; Натрий 6,98 мг; Хлор 0,09 мг.
  МСТ (Кокосовое масло фракционированное, пальмовое масло фракционированное), вода деминерализованная, эмульгатор (Е472с).

ЛИКВИДЖЕН / LIQUIGEN

Показания к применению



- **Ликвиджен используется как источник среднецепочечных триглицеридов при диетотерапии у больных с нарушенным всасыванием жиров или при кетогенной диете.**

Ликвиджен показан как легко усваиваемая энергетическая добавка:

- При зондовом питании для энергетической поддержки пациентов с хроническими панкреатитами, гепатитами и др. заболеваниями печени;
- во время восстановительного периода после острого панкреатита;
- после операций на ЖКТ;
- для онкологических пациентов, нуждающихся в дополнительной легко усваиваемой энергии;

Парентеральное питание (рекомендация 10)

При невозможности проведения энтерального питания, в том числе зондового рекомендуется назначение парентерального питания (3В)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Показания к парентеральному питанию

- энтеральное питание (включая зондовое) не возможно или ожидаемая польза от парентерального питания будет выше (например, неоперабельная злокачественная непроходимость кишечника, синдром короткого кишечника и мальабсорбция),
- ожидаемая продолжительность жизни пациента составляет не менее нескольких месяцев, а смерть от голода или недоедания сможет наступить раньше, чем от прогрессирования заболевания (активность пациента по шкала Карновского >50, ECOG ≤2),
- пациент имеет хорошую самооценку качества жизни, продление жизни соответствует его пожеланиям и целям, потенциальные риски приемлемы для пациента,
- пациент безопасно переносит ПП, даже если он находится дома, а лица, оказывающие уход обучены навыкам проведения основных его этапов, мониторирования клинических показателей.

Виды парентерального питания

- **полное ПП**, при котором адекватное внутривенное обеспечение пациентов различными субстратами проводится по всем направлениям (вода, электролиты, энергетические и пластические субстраты, витамины и микроэлементы), только через центральные вены.
- **дополнительное (смешанное, неполное) ПП** – внутривенное введение субстратов проводится практически по всем направлениям, но как дополнение к недостаточному энтеральному питанию больных, может осуществляться как через центральные, так и периферические вены;
- **частичное ПП** – имеет вспомогательное значение и применяется для направленной коррекции дефицита тех или иных субстратов, путем использования отдельных компонентов необходимых питательных веществ, например, витамины, микроэлементы или энергетические субстраты (глюкоза, жировые эмульсии).

Противопоказания к парентеральному питанию

- ✓ анурия или гипергидратация без диализа;
- ✓ жировая эмболия (для жировых эмульсий);
- ✓ гипоксия $pO_2 < 60$ мм рт. ст.;
- ✓ $pCO_2 > 80$ мм рт. ст., ацидоз – $pH < 7{,}2$;
- ✓ непереносимость отдельных составляющих питания или анафилактическая реакция на них

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

При перерыве в питании (рекоменлания 12)

У пациентов с тяжелой недостаточностью питания в случае перерыва в приеме пищи дробное поэтапное начало нутритивной поддержки во избежание развития синдрома возобновленного питания (3С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Парентгеральная регидратация (рекомендация 13)

При дисфагии 4 степени и наличии противопоказаний к энтеральному и парентеральному питанию назначать парентеральную регидратацию (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

***Внутривенная регидратация** это метод введения растворов непосредственно в кровяное русло.*
Для попытки быстрого получения положительного эффекта, как временная (непродолжительная) мера, внутривенное введение жидкостей может быть разумным шагом.

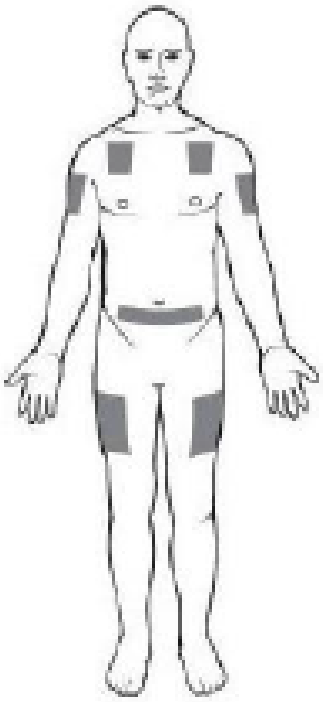
Осложняется различными факторами:

- ✓ *обслуживание пациента на дому,*
- ✓ *отсутствием профессионально подготовленных специалистов, лиц, осуществляющих уход, готовых осуществлять уход в этом случае,*
- ✓ *тяжестью состояния или наличием беспокойства (возбуждения) пациента,*
- ✓ *сложностью выбора места самой инъекции, наличием отеков, раздражением кожи, низким артериальным давлением у пациента*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Гиподермоклиз

Гиподермоклиз *– методика коррекции дефицита жидкости путем подкожной инфузии.*



Места рекомендуемые для подкожной инфузии

В подкожную клетчатку вводятся:
изотонические растворы с целью коррекции легкой или умеренной дегидратации, когда установка венозного доступа может быть затруднительной (33,34).

Растворы:

- *хлорида натрия 0,9%,*
- *глюкозы 5%*

со скоростью инфузии 1-3 мл/мин (от 120 до 500 мл/ч) от одного до трех раз в сутки.
Болюсные инфузии (до 500 мл/час) возможны с применением гиалуронидазы.
В большинстве случаев объем жидкости, вводимый за сутки, не должен превышать 1,5 литров.
Иглы-бабочки размером 25G-27G.

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Улучшение аппетита (рекомендация 15)

С целью улучшения аппетита на протяжении ограниченного периода времени назначать кортикостероиды, прогестины (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

При тошноте и рвоте

Пациентам, с жалобами на раннее насыщение, тошноту и рвоту назначение прокинетиков (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

N3-жирные кислоты и рыбий жир

Пациентам, имеющим риск потери веса или недостаточность питания применять препараты с длинноцепочечными N-3 жирными кислотами или рыбий жир для улучшения аппетита, увеличения потребления пищи и веса (4С)

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Дополнительные рекомендации

- ✓ *противорвотные;*
- ✓ *антибактериальные, противогрибковые и противовирусные;*
- ✓ *анальгетики для облегчения хронической боли или боли, связанной с жеванием, глотанием и работой кишечника:*
- ✓ *средства для усиления продукции слюны при ксеростомии;*
- ✓ *антисекреторные средства для уменьшения избыточной продукции слюны или рвоты в случае нарушения функций ЖКТ;*
- ✓ *ингибиторы секреции желудочной кислоты;*
- ✓ *средства для нормализации кишечной моторики, а также для лечения или профилактики запоров или диареи;*
- ✓ *антидепрессанты, средства, уменьшающие тревогу.*

Федеральные клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и гидратация»

Заключение

- Недостаточность питания – это распространённая проблема в паллиативной медицине, имеющая многофакторное происхождение
- Врачи должны уметь выявлять недостаточность питания и проводить мониторинг пищевого статуса пациентов.
- Чрезвычайно важно проводить коррекцию недостаточности питания на современном уровне

Благодарю Вас за внимание!

