

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ОРИТ

М.А.Петрушин
Заведующий ОАРИТЗ ГБУЗ ОКБ
Тверь 2019



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
"ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"**



Наш опыт

За 2018 год пролечено 340 пациентов с инфекционными осложнениями различной локализации

54%- пациенты с абдоминальной патологией

14%- респираторный тракт первично

7%- ожоговый сепсис

5%- уро

5% нейроинфекция

5% инфекция мягких тканей на фоне СД

Область питания пациентов в критическом состоянии прогрессивно переходит от догмы и мнения экспертов к доказательной медицине.

О больничном питании

До 20% приемов пищи пропускается, когда больные находятся на исследованиях или терапевтических вмешательствах или голодают в ожидании.

Выбрасывается до 40% пищи, доставляемой пациенту.

ПИТАНИЕ В ОРИТ



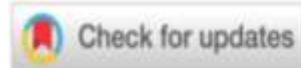
[Intensive Care Medicine](#)

March 2017, Volume 43, [Issue 3](#), pp 304-377 | [Cite as](#)

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016

Некоторые данные свидетельствуют о том, что ранее недокармливание больных в критическом состоянии может привести к увеличению инфекционных осложнений.

НАЧАЛО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ



Clinical Guidelines

Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)



Journal of Parenteral and Enteral Nutrition
Volume 40 Number 2
February 2016 159-211
© 2016 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine
DOI: 10.1177/0148607115621863

Введение энтерального питания должно быть начато у пациентов в течении 24/48 часов в критическом состоянии, если они не могут самостоятельно питаться.

Нутритивная терапия

Нутритивная поддержка является одним из обязательных составляющих компонентов лечебного процесса!

**Нутритивная терапия = нутритивная поддержка =
клиническое питание = лечебное питание**

ПИТАНИЕ В ОРИТ

Nutrition Therapy in Sepsis

Paul E. Wischmeyer, MD, EDIC

Если пациенты не получают энтеральное/парентеральное питание то образуется быстро прогрессирующий дефицит энергии, что еще больше способствует истощению мышечной ткани и ухудшению результатов.

Пациенты в критическом состоянии (с ожогами) могут терять **до 1кг. мышечной массы в день.**

Пациенты часто восстанавливают свой вес после пребывания в отделении интенсивной терапии, но большая часть этого - **только жировая ткань.**

Комплексный подход в нутритивной поддержке в госпитальном процессе



- Обычное пероральное питание
- Сипинговое питание
- Зондовое питание
- Парентеральное питание
(периферическое, центральное)

Доступ для энтерального питания

Орогастральный зонд:

Кратковременно

Обычно у больных на ИВЛ

Назогастральный зонд:

Кратковременно (3-4 недели)

Нормальная функция желудка

Гастростома

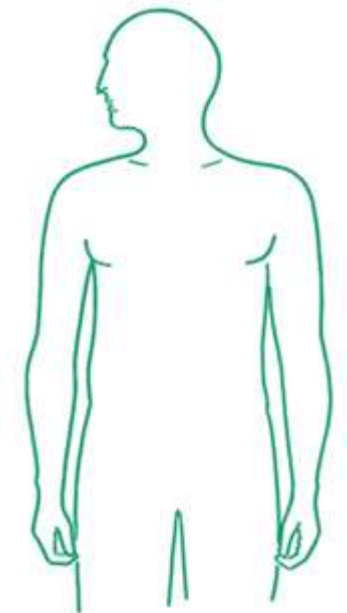
Варианты введения энтерального зондового питания



+



+



Насос Энтеропорт Плюс и системы

Современные зонды для введения энтерального питания



- Для проведения нутритивной терапии рекомендуется использовать зонды длительного применения
- В настоящее время стандартом являются тонкие пластиковые (полиуретановые имеют наилучшие характеристики) зонды.

Болюсное введение ручным способом



Преимущества:

- пациент менее ограничен в своей двигательной активности
- снижение времени введения питательной смеси;
- нет необходимости использования систем и/или насосов

Недостатки:

- плохая переносимость
- повышение частоты диареи, спазмов, тошноты, метеоризма и дискомфорта в брюшной полости
- нагрузка на средний медперсонал
- нельзя использовать для внутрикишечного введения!!!

Преимущества капельного (гравитационного) способа введения энтеральной смеси по сравнению с ручными болюсами

- Снижает риск аспирации и расширения желудка
- Снижает потери тепла на 100 ккал/сутки
- Лучше переносится больным
- Снижается риск диареи
- Питание лучше усваивается
- Меньше затраты труда медицинской сестры
- Лучше защищает от образования стресс-язв
- Снижает риск перекрестного инфицирования больного

Введение ЭП с помощью насоса

Насос позволяет в течение определенного периода времени ввести пациенту определенное количество питания



Преимущества:

- Точное регулирование скорости введения (1мл–1000 мл/час)
- Возможны любые варианты: болюсное, прерывистое, непрерывное продленное
- Уверенность в точности введенного объема
- Возможно медленное введение и контролируемое увеличение количества вводимого питания
- Осложнения очень редки
- Возможна мобильность передвижений

Показания для введения энтерального питания с помощью насоса

Рекомендуется введение с помощью насоса:

Когда требуется надежная точность введения: например ЭП при критических состояниях

Когда необходимо точное дозирование: например медленное контролируемое начало ЭП

Обязательное применение для тонкокишечного введения ЭП

Желудочно-кишечные проблемы (например, нарушение опорожнения кишечника, диарея, рвота)

Снижение переносимости ЭП (например онкологические пациенты)

Угроза метаболических нарушений (например трудно управляемый сахарный диабет)

Профилактика аспирации у лежачих больных (индивидуальный подход)

Питательные зонды с небольшим просветом

Скорость введения смесей для зондового питания

День проведения ЭП	Скорость введения
1-е сутки	25-50 мл в час
2-е сутки	50-75 мл в час
3-е сутки	75-100 мл в час
4-е сутки	100-125 мл в час
5-е сутки и далее	125-150 мл в час

Парентеральное питание

Системы все в одном для
парентерального питания





The devil is in the details

Давайте обсудим

Петрушин Максим Александрович

petrushinmaxim@gmail.com



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ