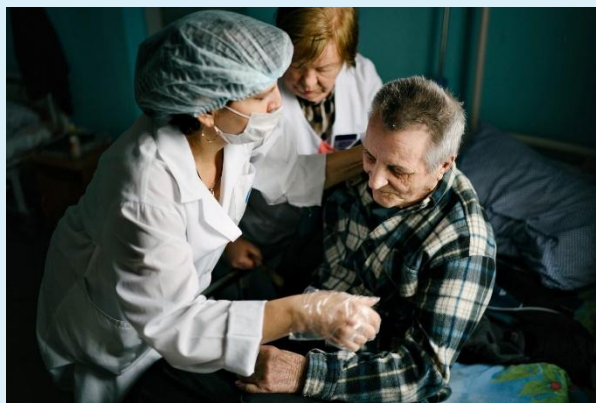


# ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. ПИТАНИЕ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ



Презентацию  
подготовила  
Бадашова Т.В.

# СОДЕРЖАНИЕ

- Обеспечение лечебно-охранительного режима.
- Шкала оценки общего состояния пациента паллиативной помощи.
- Обеспечение общего ухода за пациентом.
- Создание оптимальных условий для жизнедеятельности пациента.
- Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены (уход за полостью рта, за глазами, за полостью носа, за ушами, за промежностью и наружными половыми органами, смена нательного и постельного белья).
- Питание тяжелобольного. Нутритивные проблемы. Энтеральное питание. Кормление пациента (через рот, гастростому,

## Обеспечение лечебно-охранительного режима

- **Лечебно-охранительный режим** - это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, которые направлены на восстановление утраченного здоровья пациентов.
- Для организации работы по обеспечению должного лечебно-охранительного режима в ЛПУ разработаны в документе «Инструктивно-методические указания по организации лечебно-охранительного режима в ЛПУ», утвержденные приказом МЗ СССР от 16.11.87 № 1204 «О лечебно-охранительном режиме в лечебно-профилактических учреждениях». Этот документ сохраняет свою актуальность и в

# Обеспечение лечебно-охранительного режима

Лечебно-охранительный режим  
заключается в следующем:

- *внешнее преобразование больничной среды обитания пациента;*
- *продление естественного ночного сна;*
- *защита пациента от отрицательных эмоций и болевых ощущений;*
- *дополнение режима покоя физической активностью (лечебная физкультура);*
- *улучшение нервно-психического состояния пациентов.*

# Обеспечение лечебно-охранительного режима

**Лечебно-охранительный режим включает:**

- 1) санитарно-гигиенический режим с определенными требованиями к устройству и расположению учреждений паллиативной помощи, ее корпусов и внутренней отделке помещений, оборудованию палат, мебели, освещению, отоплению, вентиляции, санитарному состоянию территории**
- 2) санитарно-противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение распространения внутрибольничной инфекции, обеспечение санитарно-гигиенического режима;**

## **Обеспечение лечебно-охранительного режима**

**Лечебно-охранительный режим включает:**

**3) мероприятия по дезинфекции предметов ухода за инкурабельными больными**

**4) комплекс мероприятий по обеспечению личной гигиены пациента и медицинского работника. Объем мероприятий личной гигиены зависит от тяжести больного, его индивидуального режима, методов лечения**

**5) индивидуальный режим пациента (постельный, полупостельный, активный): двигательная активность зависит от физических возможностей пациента, и также должна включать гимнастические упражнения**

## **Обеспечение лечебно-охранительного режима**

**Лечебно-охранительный режим включает:**

**6) правила этики и деонтологии медицинских работников**

**7) внутрибольничный режим - определенный порядок, установленный в учреждении паллиативной помощи. Правила внутреннего распорядка дня устанавливают строго определенное время для питания пациентов, выполнения лечебно-диагностических процедур, санитарно-гигиенических мероприятий, обхода врача, посещения родственников.**

## Обеспечение лечебно-охранительного режима

- **Потребность в движении – физиологическая потребность человека.**

Для больных неизлечимыми заболеваниями характерно снижение физической активности.

Зависимость, возникающая при ограничении подвижности, влечет за собой нарушение удовлетворения таких необходимых для человека видов повседневной деятельности, **как употребление пищи и жидкости, физиологические отправления, общение (коммуникативная деятельность) и**



# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск нарушений целостности кожи:

*пролежни, опрелости, инфицирование ран*



# Обеспечение лечебно-охранительного режима *Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов*

риск развития воспалительных изменений в полости рта



# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск изменений со стороны опорно-двигательного аппарата:

гипотрофия мышц и контрактуры суставов



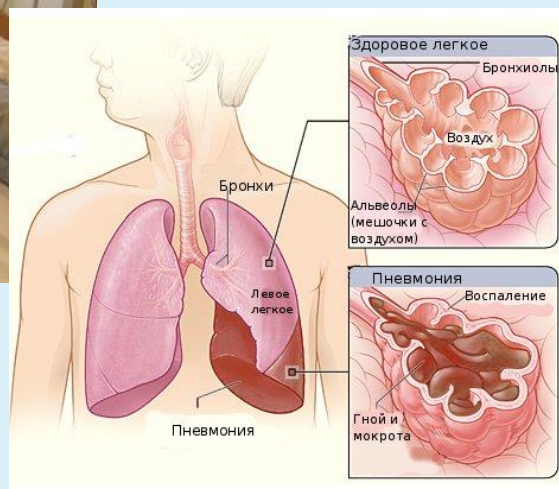


# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск дыхательных нарушений:

застойные явления в легких с возможным развитием ПНЕВМОНИИ

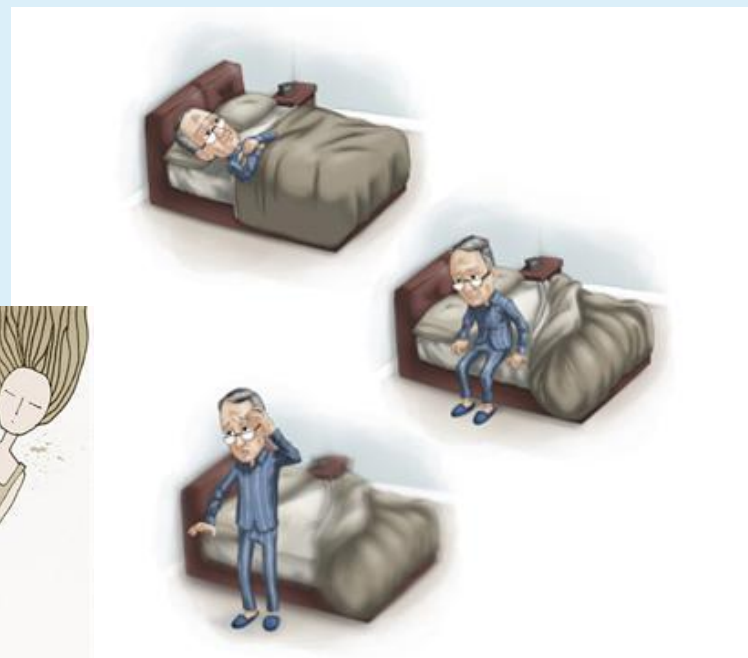
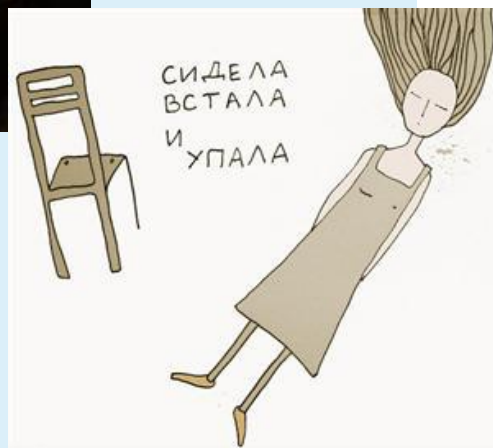


# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск изменений в сердечно-сосудистой системе:

гипотония, ортостатический коллапс

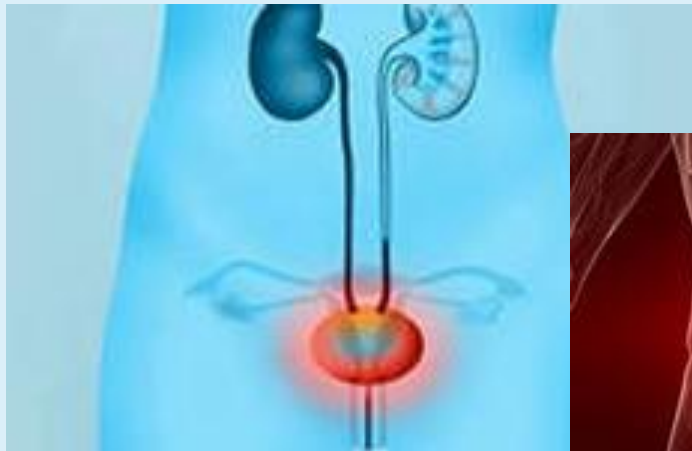


# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск нарушений со стороны мочевыделительной системы:

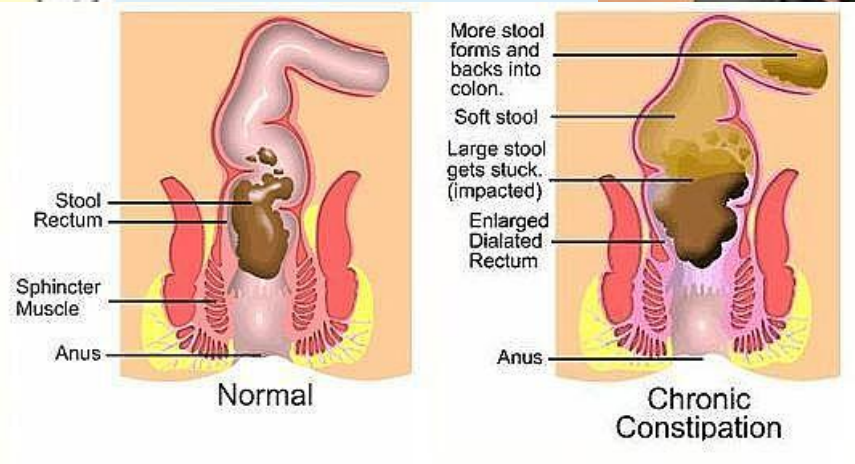
уроинфекция, образование конкрементов



# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск атонических запоров и метеоризма





# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск обезвоживания

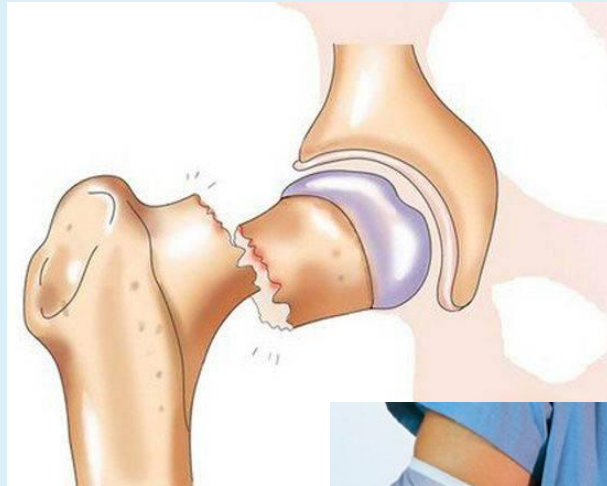




# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск падений и травм при перемещениях



# Обеспечение лечебно-охранительного режима

## Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов

риск нарушения сна



# Обеспечение лечебно-охранительного режима *Потенциальные проблемы инкурабельных пациентов*

риск дефицита общения





# ШКАЛА ОЦЕНКИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

(PALLIATIVE PERFORMANCE SCACE, PPS<sup>1)</sup>)

Уровень по шкале PPS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства
100%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Нет признаков заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
90%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
80%	Полноценная	Нормальная деятельность требует усилий Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание

# ШКАЛА ОЦЕНКИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

(PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE, PPS<sup>1)</sup>)

Уровень по шкале PPS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства
70%	Снижена	Неспособность к профессиональной деятельности /работе Серьезные признаки заболевания	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание
60%	Снижена	Неспособность заниматься хобби и выполнять работу по дому Серьезные признаки заболевания	Периодически необходима помощь	В норме или сокращен	Ясное или спутанность сознания
50%	Преимущественно сидит/лежит	Полная нетрудоспособность Распространенный патологический процесс	Необходима значительная помощь	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость
40%	Преимущественно лежит	Неспособность к большинству видов деятельности Распространенный патологический процесс	Помощь необходима большую часть времени	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания

# ШКАЛА ОЦЕНКИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

(PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE, PPS<sup>1)</sup>)

Уровень по шкале PPS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства
30%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
20%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только пьет маленькими глотками	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
10%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только уход за полостью рта	Вялость или кома +/- спутанность сознания
0%	Смерть	-	-	-	-

## Обеспечение общего ухода за пациентами

- *Под уходом за пациентами понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей.*
- К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря.
- В стационаре уход осуществляют, как правило, младший и средний медицинский персонал, а дома – родственники больного.



# Обеспечение общего ухода за пациентами

## Итак, под уходом понимают:

- создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома;
- устройство удобной постели и содержание ее в чистоте;
- гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отправлениях организма;
- выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного;
- поддержание в больном бодрого



# Обеспечение общего ухода за пациентами

## **Основные принципы ухода за тяжелобольными и обездвиженными пациентами:**

- **безопасность** (предупреждение травматизма пациента)
- **конфиденциальность** (подробности личной жизни не должны быть известны посторонним)
- **уважение чувства достоинства** (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение уединения, если необходимо)
- **общение** (расположение пациента и членов его семьи к беседе, обсуждение хода предстоящей процедуры и плана ухода в целом).
- **независимость** (поощрение каждого пациента к самостоятельности)
- **инфекционная безопасность** (осуществление

# Обеспечение общего ухода за пациентами

## **Критерии оценки качества ухода за тяжелобольными:**

- **Соблюдение стандартов технологий ухода за пациентами.**
- **Соблюдение стандартов технологий выполнения манипуляций и процедур.**
- **Соблюдение стандартов ведения медицинской документации по уходу за больными.**
- **Своевременность и точность выполнения врачебных назначений.**
- **Соблюдение технологий санитарно-противоэпидемических мероприятий.**
- **Соблюдение деонтологических принципов (с учетом мнения пациентов о медицинском**

# Обеспечение общего ухода за пациентами

## Особенности ухода за тяжелобольным на дому

- Тяжелобольной лучше чувствует себя дома. Для организации эффективного целенаправленного домашнего ухода за тяжелобольным нужно помнить об основных потребностях и о тяжести состояния пациента, насколько пациент сам способен удовлетворить нарушенные потребности. Но часто тяжелобольной не может удовлетворить свои потребности в полном объеме, он становится зависимым от окружающих его людей.
- Ухаживающий должен выявить нарушенные потребности, определить настоящие, возможные проблемы пациента и создать наиболее благоприятные и комфортные

# Обеспечение общего ухода за пациентами

## Особенности ухода за тяжелобольным на дому

*Уход за тяжелобольным пациентом на дому имеет свои особенности. Имеет значение:*

- выраженность патологии пациента и способность к самообслуживанию
- степень нарушения потребностей
- психологическая обстановка в семье
- особенности питания
- соблюдение санитарно-гигиенических условий
- взаимоотношение между лицами различного возраста
- социально - бытовые условия

# Обеспечение общего ухода за пациентами

*Работа медицинской сестры и ухаживающего персонала не должна быть механической. В центре внимания должен быть сам больной, жаждущий заботой и внимания лично к себе.* Пациенту необходимо обеспечить сохранение своей индивидуальности, его привычек.

Медсестра, выполняя рекомендации врача, обучает родственников, используя элементы стандартов ухода. Важны такие черты как терпение, чувство такта, сострадание. Установление психологического контакта подразумевает способность приспособиться к больному, узнать и понять его особенности.

Необходимо стараться уменьшить неудобства, с которыми сталкивается больной, не ущемляя его инициативы в смысле самообслуживания.

Больного надо стимулировать уходу за собой, сохранению привлекательности, опрятности, к контактам с окружающими.

## Обеспечение оптимальных условий для жизнедеятельности пациента

- **Индекс активности повседневной жизни Бартела позволяет определить степень независимости от каких-либо видов помощи.**

**Индекс Бартела включает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности.**

**Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста.**

# **Индекс активности повседневной жизни Бартель (Barthel ADL index)**

- **Контролирование дефекации**
- **Контролирование мочеиспускания**
- **Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)**
- **Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)**
- **Прием пищи**
- **Перемещение (с кровати на стул и обратно)**
- **Мобильность (перемещения в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)**
- **Одевание**
- **Подъем по лестнице**
- **Прием ванны**

## ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

**При подсчете индекса Бартела необходимо придерживаться следующих правил:**

- 1. Индекс отражает реальные действия больного, а не предполагаемые.**
- 2. Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (больной не независим).**
- 3. Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса больного, его друзей/родственников, однако важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.**



## ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

- 4. Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24-48 часов, однако иногда обоснован и более продолжительный период оценки.**
- 5. Средние категории означают, что больной осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.**
- 6. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.**
- 7. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.**

## ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

**Суммарный балл — 100.**

**Показатели от 0 до 20 баллов  
соответствует полной зависимости,  
от 21 до 60 баллов — выраженной  
зависимости,  
от 61 до 90 баллов — умеренной,  
от 91 до 99 баллов — легкой  
зависимости в повседневной жизни.**

## ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

### **Прием пищи**

**10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами**

**5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи**

**0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)**

### **Персональный туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье)**

**5 - не нуждаюсь в помощи**

**0 - нуждаюсь в помощи**

# *Индекс активности повседневной жизни Бартела*

## Одевание

- 10 - не нуждаюсь в посторонней помощи
- 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т. д.
- 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи

## Прием ванны

- 5 - принимаю ванну без посторонней помощи
- 0 - нуждаюсь в посторонней помощи

# **Индекс активности повседневной жизни Бартела**

## **Контроль тазовых функций (мочеиспускания, дефекации)**

**20 - не нуждаюсь в помощи**

**10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)**

**0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций**

## **Посещение туалета**

**10 - не нуждаюсь в помощи**

**5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т. д. )**

**0 - нуждаюсь в использовании судна, утки**

# ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

## **Вставание с постели**

**15 - не нуждаюсь в помощи**

**10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке**

**5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка**

**0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью.**

## **Подъем по лестнице**

**10 - не нуждаюсь в помощи**

**5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке**

**0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой**

# ***Индекс активности повседневной жизни Бартела***

## **Передвижение**

**15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м**

**10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м**

**5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски**

**0 - не способен к передвижению**

**Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.**

# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

- ❖ Гигиену ротовой полости осуществляют ежедневно
- ❖ Чистить зубы 2 раза в сутки.
- ❖ Промывание (орошение) полости рта - с помощью шприца, резинового баллона, кружки Эсмарха 0,5% р-ром натрия гидрокарбоната, физ. р-ром, 0,6% р-ром перекиси водорода и р-ром калия перманганата 1: 10 000.
- ❖ Протираание полости рта - стерильной марлевой салфеткой, расположенной между пальцами ухаживающего, фиксируют язык. Снимают налет с языка.





# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

**ПРОМЫВАЮТ ГЛАЗА** стерильным тампоном, смоченным в теплом 3% растворе борной кислоты или настоем трав (ванночки)

### **ЗАКАПЫВАНИЕ ГЛАЗ:**

разводя пальцы, нижнее веко оттягивают слегка вниз и правой рукой из пипетки вносят 1-2 капли набранного лекарства **на внутреннюю поверхность нижнего века ближе к наружному (височному) углу глаза.**



**ЗАКЛАДЫВАНИЕ МАЗИ В ГЛАЗА –**  
**на внутреннюю поверхность нижнего века**

# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## УХОД ЗА УШАМИ

Чистить уши 2 -3 раза в неделю

Промывает слуховой проход медсестра на приеме у ЛОР врача по его назначению.



### **ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В УХО:**

- Наклонить голову больного.
- Оттянуть ушную раковину назад и вверх.
- Закапать капли подогретые до  $t$  тела в слуховой проход.
- Больному оставаться в положении с наклоненной головой 15- 20 мин.
- Ухо протереть стерильной ватой.



# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## УХОД ЗА НОСОМ

### Закапывание капель в нос:

- Наклонить голову больного в сторону.
- Закапать капли в носовой ход.
- Через 2 мин закапать капли в другой носовой ход.



### Удаление корочек из носа:

- Намотать на зонд вату, смоченную вазелиновым маслом.
- Ввести зонд в носовой ход.
- Вращательным движением удалить корочки.





# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## СМЕНА ПРОСТЫНИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ:

простыню складывают или скатывают с двух сторон валиком, осторожно подводят под крестец больного (а, б), после чего расправляют в направлении к голове (в) и к ногам (г).

Способ №1



Смена белья больному в палатах производится: не реже 1 раза в 7 дней и по мере необходимости.

# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## СМЕНА ПРОСТЫНИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ:

Способ № 2



Смена постельного белья у тяжёлого больного (второй способ).

# Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, правилам проведения манипуляций по обеспечению личной гигиены

## СМЕНА РУБАШКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ:

Подвести руку под спину больного и поднять край его рубашки до затылка (а). Снять рубашку с головы (б), потом с рук (в). Надеть рубашку в обратной последовательности.



Нательное бельё меняют **не реже 1 раза в неделю после приёма ванны,** а также при случайном загрязнении.



## Питание тяжелобольного

Одна из важных составляющих правильного ухода за тяжелобольными людьми – **рациональное питание.**

Пациент должен получать достаточно питательных веществ, витаминов и микроэлементов.

Диета для лежачих больных планируется, как правило, врачом. Он дает рекомендации родным, обращая их внимание на разрешенные и запрещенные продукты, способы их приготовления.

## Питание тяжелобольного

Если человек долго болеет и пребывает в лежачем положении, то аппетит пропадает. Умиравшие больные часто вообще отказываются от еды.

*Процесс кормления должен не только удовлетворять физиологическую потребность в еде, но и производить психотерапевтический эффект – вызывать положительные эмоции и давать позитивный настрой на выздоровление.*

# Питание тяжелобольного

Чтобы поддерживать желание больного есть, рацион лучше составлять из тех продуктов, вкус которых ему нравится.

При этом не стоит забывать о правилах сбалансированного питания и рекомендациях по питанию с учетом основного заболевания.



## Питание тяжелобольного

Питание для лежачих больных подбирается с учетом его особенных потребностей.

Несмотря на отсутствие физических нагрузок, таким людям требуется еда с повышенным содержанием калорий и белка.

Это обеспечивает нормальное течение восстановительных процессов.

# Питание тяжелобольного

Основные требования, которым должна соответствовать диета для лежачих больных:

- присутствие полного набора питательных веществ, витаминов и микроэлементов, их оптимальное соотношение;
- повышенное содержание белка (**120-150** г в сутки);
- достаточная калорийность (**2,5-3,5** тыс. ккал в зависимости от роста и веса человека);

## Питание тяжелобольного

- преимущественно медленные углеводы (быстро усвояемые сахара свести к минимуму);
- сниженное потребление жиров (до **100** г);
- наличие клетчатки в рационе (натуральной в виде овощей или аптечной в виде порошка);
- достаточный объем воды (**30-40** мл на **1** кг веса) для активного выведения метаболитов из организма.



## Питание тяжелобольного

Блюда должны включать в себя только то, что можно есть лежащему больному. В процессе приготовления пищи отдается предпочтение варке, готовке на пару, запеканию.

Овощи и фрукты можно давать в сыром виде, предварительно тщательно вымыв их.

Еда для лежачих больных должна быть мягкой, не пересушенной, порезанной на небольшие куски для удобства или измельчена в блендере.

**Оптимальная форма пищи – пюре.**

# Питание тяжелобольного

## Нутритивные проблемы

- это проблемы, часто возникающие в паллиативной практике и обусловленные дефицитарным питанием по содержанию пищевого рациона и по калорийности



# Питание тяжелобольного

## Нутритивная недостаточность

– это дисбаланс между потребностями организма в питательных веществах и количеством поступающих нутриентов.

Нутритивная недостаточность зависит не только от количества потребляемых питательных веществ, но и от изменений потребностей организма в связи с заболеванием, а также усваиваемости нутриентов.



# Питание тяжелобольного

*Оценка антропометрических (соматометрических) показателей недостаточного питания (по А. В. Пугаеву и Е. Е. Ачкасову, 2007).*

Показатели	Норма	Недостаточное питание		
		легкое	умеренное	тяжелое
Потеря массы тела (% от исходной)	0-2	2-5	5-10	> 10
Индекс массы тела	26-19	19-17, 5	17, 5 – 15, 5	< 15, 5
Окружность плеча (см)	29-36	28-25	26-23	25-22,5
мужчины	23-20	22,5-19, 5	< 20	< 19,5
женщины				
Толщина складки над трицепсом (мм)	14, 5-13	13-11, 6	10, 5-9, 5	9, 5-8, 4
мужчины	11, 6-10, 1	< 10, 1	8, 4-7, 4	< 7, 4
женщины				

# Питание тяжелобольного

Определение нутритивного статуса по шкале **Nutritional Risk Screening (NRS)** — Оценка Нутритивного Риска - была впервые использована в **2002** году и основана на поэтапном исключении из всей совокупности больных пациентов без трофологических нарушений.

На первом этапе (первичная оценка) проводится скрининг пациентов всего по трем параметрам.

# Питание тяжелобольного

## Шкала NRS 2002.

<i>Блок 1 - Первичная оценка пациента.</i>		
Индекс массы тела менее <b>20, 5</b>	Да	Нет
Больной потерял массу тела за последние <b>3</b> месяца	Да	Нет
Имеется недостаточное питание за последнюю неделю	Да	Нет
Состояние больного тяжёлое (или находится в отделении реанимации и интенсивной терапии)	Да	Нет

*Если при Первичной оценке все ответы отрицательные, то у пациента констатируется отсутствие нарушений нутритивного статуса.*

*Если при Первичной оценке хотя бы на один вопрос есть положительный ответ «Да», то следует перейти к оценочному блоку **2**.*



# Питание тяжелобольного

## Блок 2. Финальная оценка

### Питательный статус

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

# Питание тяжелобольного

## Блок 2. Финальная оценка (продолжение)

Тяжесть заболевания - повышенные потребности в нутриентах	
<b>1</b> балл	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет
<b>2</b> балла	Радикальная абдоминальная хирургия, инсульт, тяжёлая пневмония, гемобластоз
<b>3</b> балла	Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия <b>(APACHE-II &gt; 10)</b>

# Питание тяжелобольного

Если возраст больного **70** лет и более, то необходимо добавить ещё один балл к общей сумме.

**Полученные баллы суммируются.**

Если сумма баллов по шкале **NRS 2002** составляет не менее **3**, то проводится оценка критериев питательной недостаточности с использованием ряда лабораторных и клинических показателей: общий белок, альбумин сыворотки крови, лимфоциты периферической крови, индекс массы тела (ИМТ).

Питательная недостаточность и ее степень диагностируется при наличии одного и более критериев, представленных в таблице.

# Питание тяжелобольного

## Степени выраженности питательной недостаточности

Степени питательной недостаточности	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Альбумин, г/л	<b>35-30</b> г/л	<b>30-25</b> г/л	<b>&lt; 25</b> г/л
Общий белок, г/л	<b>60-55</b>	<b>55-50</b>	<b>&lt; 50</b>
Лимфоциты, клеток в мл <sup>3</sup>	<b>1800-1500</b>	<b>1500-800</b>	<b>&lt; 800</b>
Дефицит массы, % от идеальной массы тела (рост * <b>100</b> )	<b>11-10</b> %	<b>21-30</b> %	<b>&gt; 30</b> %
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	<b>19-17,5</b>	<b>17. 5-15,5</b>	<b>&lt;15,5</b>

# Питание тяжелобольного

Нутриционную поддержку можно определить как комплекс лечебных мероприятий, направленных на поддержание структурно-функционального и метаболического равновесия в организме тяжелых больных.



# Питание тяжелобольного

Основными задачами нутритивной поддержки являются:

- купирование проявлений синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма;
- сохранение соматического и висцерального пулов белков;
- профилактика и лечение иммуносупрессии;
- снижение рисков инфекционных осложнений;
- активация репаративных процессов;
- повышение уровня качества жизни больных.



# Питание тяжелобольного

Показаниями к проведению нутритивной поддержки являются:

- 1) потеря 10% и более массы тела за 1 месяц и/или 20% за 3 месяца;**
- 2) снижение индекса массы тела до 19 кг/м<sup>2</sup> и менее;**
- 3) гипопроteinемия и гипоальбуминемия (60 и 30 г/л соответственно);**
- 4) гиперметаболизм (по экскреции с мочой азота более 6 г/сутки);**
- 5) парентеральное питание проводится при неэффективности или невозможности проведения энтеральной нутритивной поддержки;**

# Питание тяжелобольного

Показаниями к проведению НП являются:

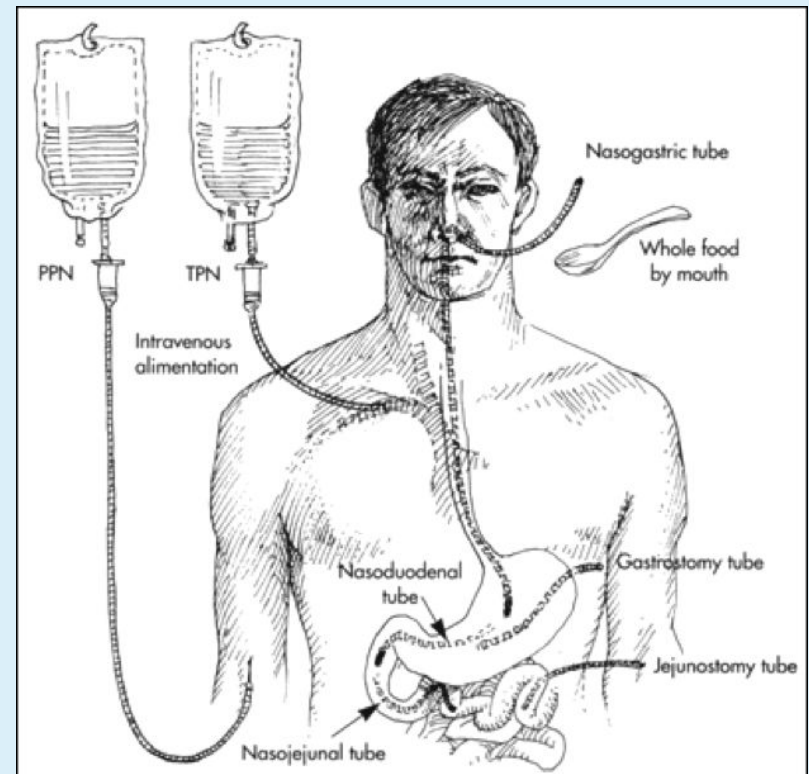
**б)** сопутствующие заболевания (эрозивно-язвенные поражения пищевода и зоны анастомоза, желчнокаменная болезнь, наличие расстройств опорожнения кишечника и др.).

Критериями эффективности проведения лечебного питания в паллиативной медицине служат *сохранение массы тела, купирование белково-энергетической недостаточности и метаболических нарушений.*

# Питание тяжелобольного

## Нутритивная поддержка включает в себя:

- энтеральное питание специальными смесями перорально (напиток, дополнение к диетическому питанию)
- энтеральное питание через зонд
- частичное или полное парентеральное питание
- энтеральное + парентеральное питание



# Питание тяжелобольного

## Выбор формы питания должен определяться:

- степенью тяжести состояния пациента
- наличием или отсутствием сознания
- возможностью глотать
- выраженностью токсикоза, сопровождающегося рвотой, диареей
- тяжестью и объёмом оперативного вмешательства
- состоянием желудочно-кишечного тракта - оперативное вмешательство, стресс нарушают моторику желудочно-кишечного тракта, структуру и целостность эпителия, снижают секреторную активность, всё вместе это приводит к мальабсорбции, что ещё больше усугубляет дефицит нутриентов

Чем тяжелее состояние, тем более щадящий метод коррекции нутритивного статуса применяется.

# Питание тяжелобольного

На начальном этапе предпочтение отдаётся парентеральному питанию, так как только таким способом можно обеспечить адекватное поступление необходимых пластических и энергетических материалов в условиях выраженного гиперкатаболизма.



# Питание тяжелобольного

**Тем не менее, проведение парентерального питания более 3 дней чревато серьезными осложнениями, в отсутствии стимулирующего воздействия пищи может отмечаться:**

- неконтролируемый рост и изменение состава кишечной микрофлоры
- атрофия слизистой тонкой и толстой кишки
- нарушение функции лимфоидной ткани кишечника и развитие иммуносупрессии



# Питание тяжелобольного

## Парентеральное питание

— способ введения питательных веществ в организм путём внутривенной инфузии в обход желудочно-кишечного тракта.



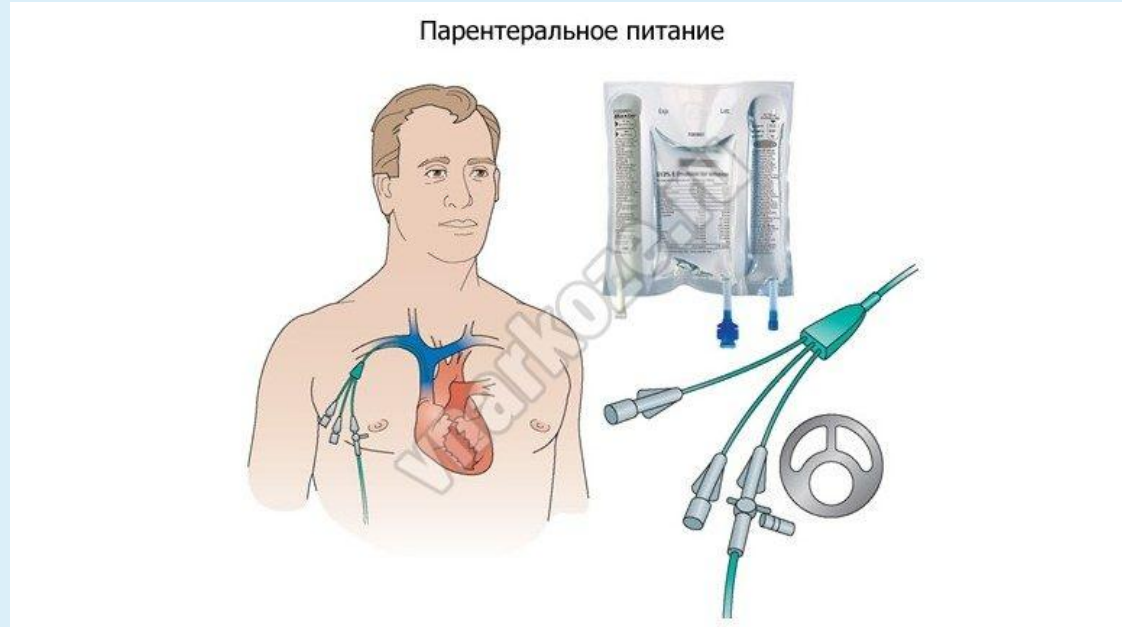
# Парентеральное питание

**Парентеральное питание — неотъемлемая часть комплексной терапии пациента в нескольких случаях:**

- когда он не может принимать и/или усваивать пищу через рот (травмы и операции в области лица и черепа, на пищеварительном тракте), либо когда имеется опасность ухудшения болезни при питании через рот (обострение панкреатита, синдром короткого кишечника),**
- а также если питание через рот недостаточно и требуется дополнительная пищевая поддержка.**

# Парентеральное питание

Основная цель парентерального питания — обеспечение поступления смеси ингредиентов (нутриентов) в количестве, соответствующем потребностям пациента, так чтобы это было безопасно и не вызывало каких либо осложнений.



## Виды парентерального питания

В настоящее время применяют следующие виды парентерального питания:

- Тотальное (или полное), при котором в сосудистое русло больного внутривенно вводят полный комплекс нутриентов, обеспечивающих жизнедеятельность организма, представленными средствами энергетического обеспечения, микроэлементами, водой, пластическими материалами, витаминами, электролитами, веществами, стимулирующими усвоение инфузионных растворов. Поскольку вода входит в состав инфузионного раствора, у больного, находящегося на полном парентеральном питании, отпадает необходимость в питье.

## Виды парентерального питания

- **Частичное (или неполное)**, предусматривающее внутривенное введение лишь определенных питательных веществ (например, углеводов и белков).
- **Дополнительное (или вспомогательное)**, характеризующееся сочетанием парентерального питания с зондовым или пероральным. Этот вид нутритивной поддержки организма применяют в случаях, когда поступление питательных веществ через рот оказывается недостаточным.
- **Смешанное**, предусматривающее сочетание двух видов клинического питания: парентерального + энтерального.

# Питание тяжелобольного

## Главные цели парентерального питания состоят:

- В обеспечении организма пациента энергией и комплексом нутриентов (представленных, в первую очередь, углеводами, белками и жирами).
- В предотвращении распада белка и в поддержании его количества в организме больного в пределах определенных значений.
- В восстановлении ресурсов организма, утраченных в течение болезни.





## **Показания и противопоказания**

**Основанием для назначения полного парентерального питания является наличие:**

- **серьезных травм и заболеваний пищеводной трубки, желудка, кишечника;**
- **острой непроходимости некоторых отделов желудочно-кишечного тракта, тяжелых ожогов (в течение и пред-, и послеоперационного периода);**
- **психической анорексии (тяжелого психического заболевания, заставляющего пациента отказываться от еды и провоцирующего сильное истощение организма);**
- **острого панкреатита и гнойно-септических осложнений болезней органов желудочно-кишечного тракта.**

# Питание тяжелобольного

**Частичное парентеральное питание может быть назначено больным при:**

- сепсисе (тяжелейшем инфекционном состоянии, спровоцированном попаданием в кровоток патогенных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности);
- гнойно-септических осложнениях травм, сопровождаемых нагноением ран и проникновением патогенной микрофлоры в кровяное русло;
- болезнях, характеризующихся белковой недостаточностью, возникающей вследствие нарушений, связанных с перевариванием и всасыванием пищи;

# Питание тяжелобольного

Частичное парентеральное питание может быть назначено больным при:

- онкологических заболеваниях;
- лучевой болезни;
- тяжелых патологиях крови (например, при лейкозе – онкологическом заболевании, характеризующемся перерождением лейкоцитов в злокачественные клетки);
- коматозных состояниях, сопровождающихся потерей сознания, нарушением работы жизненно важных органов и угнетением деятельности ЦНС (центральной нервной системы).

# Питание тяжелобольного

## Парентеральное питание противопоказано больным:

- имеющим аллергию на отдельные компоненты применяемых инфузионных растворов;
- способным принимать пищу физиологически адекватным путем;
- в период гиповолемии (патологии, характеризующейся уменьшением объема крови, циркулирующей по сосудам), электролитных расстройств или шоковых состояний;
- страдающим патологиями, при которых применение этого вида нутритивной поддержки организма не в силах улучшить прогноз болезни.

# Питание тяжелобольного

**В условиях современных клиник могут применяться такие варианты доступов для парентерального питания:**

- Для обеспечения кратковременного (на протяжении суток) парентерального питания инфузионный раствор вводят через канюлю или катетер в периферическую вену руки.
- Для осуществления более продолжительного – свыше четырех недель – парентерального питания инфузионные растворы вводят через одну из центральных вен (полую, подключичную или яремную) при помощи мягких катетеров системы Бровиака, Хикмана и Грошонга.
- К использованию альтернативных внесосудистых и сосудистых доступов (через перитонеальную полость) прибегают значительно реже.

# Питание тяжелобольного

Парентеральное питание может осуществляться в режиме:

- круглосуточного введения;
- циклического введения (в течение **8-12** часов);
- продленного введения (в течение **18-20** часов).





# Питание тяжелобольного

Основными препаратами для парентерального питания являются:

- гидролизаты белка, аминокислотные растворы;
- растворы углеводов;
- жировые эмульсии;
- электролиты;
- витамины.

Поскольку протеины усваиваются в расщепленном виде, основным источником белка при ПП служат аминокислоты гидролизатов белка:

Полиамин, Левамин-**70**, Вамин.

Жировые эмульсии: Интралипид, Липофундин, Липозин.

Углеводы: глюкоза — с концентрацией растворов **5–50%**;

фруктоза (**10** и **20%**);

# Питание тяжелобольного

**Энтеральное питание, ЭП** (от др.-греч. ἔντερον — «кишечник») — тип лечебного или дополнительного питания специальными смесями, при котором всасывание пищи (при её поступлении через рот, через зонд в желудке или кишечнике) осуществляется физиологически адекватным путём, то есть через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.



# Питание тяжелобольного

Цель энтерального питания – обеспечить полноценное получение всех нутриентов плюс минералов и витаминов, даже если больной пребывает в бессознательном состоянии.



# Питание тяжелобольного

Энтеральное питание для ослабленных больных разработано для того, чтобы пациент получал полноценную норму сбалансированного питания, которое способно заменить обычную еду.

В сущности, это смеси, поступающие в **желудок** или **кишечник** либо через **назогастральный зонд**, либо **через стому**.

Кормить пациента таким образом можно и в больнице, и дома.



# Питание тяжелобольного

## ПРИЧИНЫ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Есть **4** группы причин, по которым назначается клиническое энтеральное питание:

- **Неспособность принимать пищу самостоятельно** (кома, серьезные нарушения глотательной функции, переломы лицевых костей черепа, последствия инсульта, черепно-мозговых травм и т.д.).
- **Невозможность употреблять обычную еду после или во время лучевой и химиотерапии при онкозаболеваниях, до и после операций, проведенных на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) либо иных органах.**

# Питание тяжелобольного

## ПРИЧИНЫ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- Невозможность нормально питаться из-за патологий (например, в желчных путях и почках) или болезней (панкреатит, диабет, язвенный колит, болезни Паркинсона, Крона и т.д.).
- Отказ принимать пищу по психологическим или психиатрическим причинам (нервная анорексия, шизофрения, депрессия и т.д.).

Благодаря принудительному питанию с помощью зонда, введенного через нос, слизистая оболочка ЖКТ не атрофируется, а бактерии не проникают в стенки кишечника.



# Питание тяжелобольного

## ВИДЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Не смотря на то, что лечебное питание делится на два типа - сухое и жидкое, на практике удобней применять уже готовое энтеральное питание в жидком виде, так как с ним не нужно проводить дополнительных манипуляций – вскрыли упаковку, подключили к системе введения или назогастральному зонду и все.



# Питание тяжелобольного

*Жидкие смеси для энтерального питания по составу разделяются на 4 категорий:*

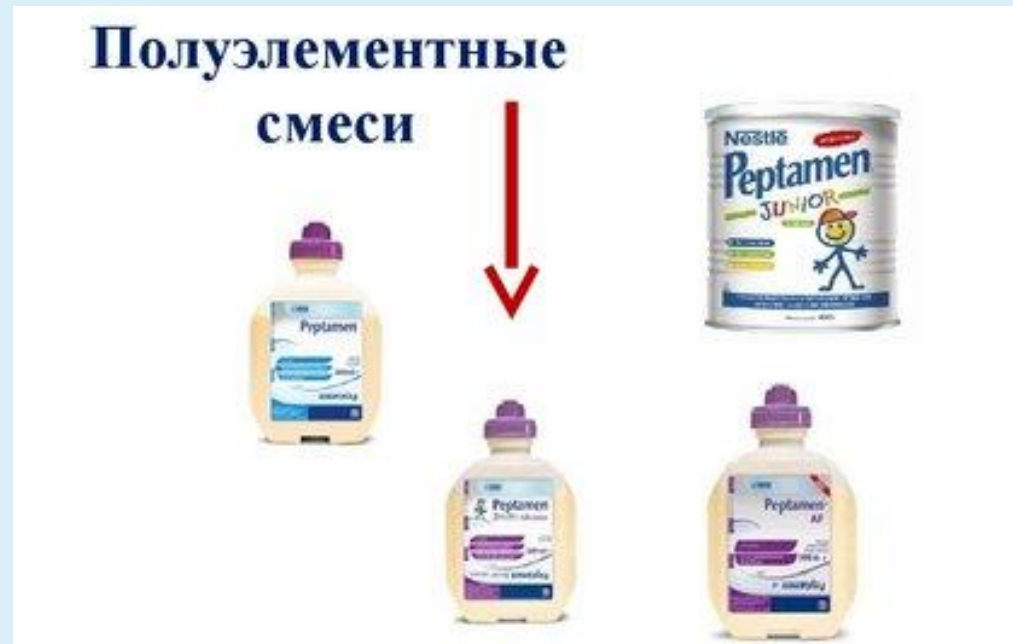
**1. Стандартные** или **полимерные** (нутриенты, аминокислоты, витамины и микроэлементы) - они полностью соответствуют по составу здоровому, правильному питанию.

Такие смеси используются при нормально работающей пищеварительной системе и отсутствии травм слизистых в ЖКТ.



# Питание тяжелобольного

**2. Полуэлементные** – их компоненты частично гидролизованы и предназначены для пациентов, страдающих от диареи, панкреатита, прочих нарушений пищеварения либо всасывания пищи.



# Питание тяжелобольного

**3. Модульные** (только один компонент) – врач выбирает смесь в соответствии с диагнозом – например, питание с легкоусвояемыми ненасыщенными жирными кислотами используются для кормления пациентов, у которых диагностирована дисфункция поджелудочной железы, муковисцидоз, ожоги и т.д. Картиновые смеси - основа энтерального питания для истощенных больных, а также их рекомендуют спортсменам и вегетарианцам.

**4. Направленного действия** – используются для кормления при нарушении работы конкретных органов (например, почек или печени), при сахарном диабете или проблемах с иммунитетом.

# Питание тяжелобольного

Способы введения энтерального питания довольно разнообразны, и определение вида, объема, режима и скорости подачи смеси проводится в соответствии с состоянием пациента.

## 3 типа питания:

**1. Сипинговое питание** – человек сам пьет смесь маленькими глотками.



# Питание тяжелобольного

**2. Энтеральное зондовое питание** – смеси подаются через зонды, т.е. трубки, введенные в организм через нос. Оно тоже подразделяется на **3** вида:

- назогастральный зонд (трубка проведена в желудок)
- назодуоденальный зонд (трубка проведена в двенадцатиперстную кишку)
- назоюнальный зонд (трубка проведена в тонкую кишку)



# Питание тяжелобольного

**3. Энтеральное питание через стому** означает, что зонд введен через стому, т.е. сделанное хирургом отверстие в брюшной стенке.

Стомы подразделяются на **3** категории:

- гастростома - отверстие в желудке;
- дуоденостома - отверстие в двенадцатиперстной кишке;
- еюностома - отверстие в тонкой кишке.





# Питание тяжелобольного

## ПОДАЧА ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

*Режим подачи смесей подбирается индивидуально.*

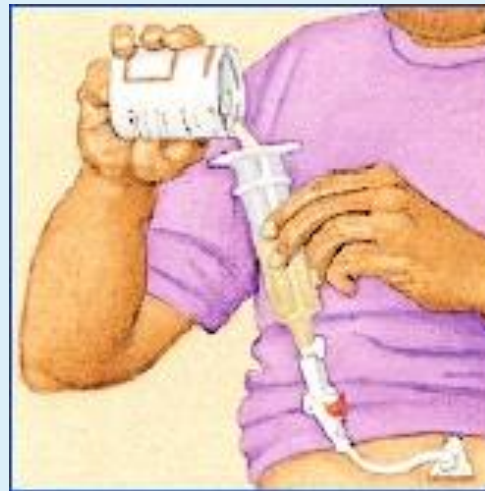
*Есть **4** метода введения питания пациенту:*

- **Круглосуточно и с постоянной скоростью** – для начала скорость подачи питания невысока, около **60** мл/час. Если у больного нет рвоты, диареи, судорог, то скорость плавно увеличивают на **25** мл/час за **8-12** часов.

# Питание тяжелобольного

## ПОДАЧА ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

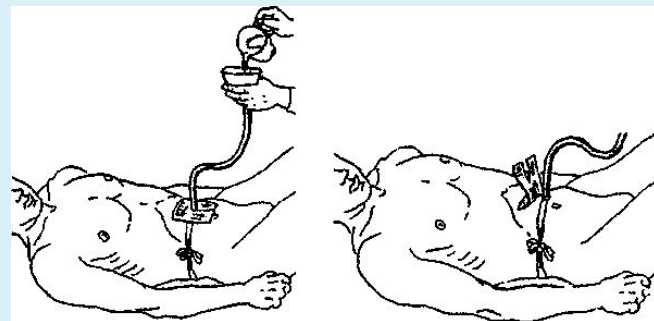
- Капельно в течение дня, но с перерывом в ночное время – чаще всего используется при питании через гастростому.
- Периодами по **4-6 часов**, что хорошо подходит для больных после операций на ЖКТ или страдающих диареей.



# Питание тяжелобольного

## ПОДАЧА ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- Болюсно, т.е. небольшими порциями, практически так же, как при обычном питании. Это стимулирует естественное функционирование ЖКТ. Кормление проходит **3-5** раз в день, порциями не более **240** мл в **30** минут, хотя первая порция смеси не должна превышать **100** мл. Ее постепенно увеличивают.



## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Самое тяжелое осложнение – это аспирация рвотных масс, т.е. ее подъем в легкие. Для предотвращения такого развития событий следует тщательно подбирать режим питания, устанавливать не желудочный, а кишечный зонд, а во время кормления - приподнимать голову пациента. Есть еще 2 группы осложнений: нарушение работы ЖКТ (понос, рвота, диарея, вздутие живота) и нарушение общего метаболизма (кислотно-щелочной баланс, соотношение микроэлементов в крови и т.п.). Потому необходимо раз в неделю проводить лабораторное биохимическое исследование крови для определения кислотно-щелочного баланса и числа электролитов.

*Если же во время питания у пациента появляется тошнота, рвота, диарея или судороги, то следует снизить или концентрацию смеси, или скорость ее введения.*