



Pro-Palliativ.ru

Парентеральное питание и гидратация в паллиативной помощи

**Заведующая ОПМП №3 и длительной респираторной
поддержки
Брусницына Варвара Николаевна**

Московский многопрофильный центр паллиативной помощи
Департамента здравоохранения города Москвы
Москва, 2019 г.



БОЛЬШИНСТВО ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИМЕЮТ ПРОБЛЕМЫ С НУТРИТИВНЫМ СТАТУСОМ



Врачу необходимы
знания по нутритивной
поддержке
паллиативных
пациентов



Много вопросов,
тревог, страхов у
пациентов и их
близких



Возможны конфликты
между медицинскими
работникам и близкими
пациента

ПОЭТОМУ ПОГОВОРИМ О ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ

- Важно оценить нутритивный статус
- Парентеральное питание: когда на пользу и когда во вред?
- Страхи и вопросы пациентов и родственников: как реагировать



С ЧЕГО НАЧАТЬ?

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ЖИЗНЕННЫЙ ПРОГНОЗ



крайне-тяжелое состояние и
неблагоприятный
жизненный прогноз



спросите себя «нужно ли
компенсировать
нутритивную
недостаточность»?



состояние средней степени
тяжести, благоприятный
жизненный прогноз



оцените нутритивный статус
пациента

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

КАК ОЦЕНИТЬ НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС

при состоянии средней степени тяжести и благоприятном
жизненном прогнозе



Субъективная
оценка

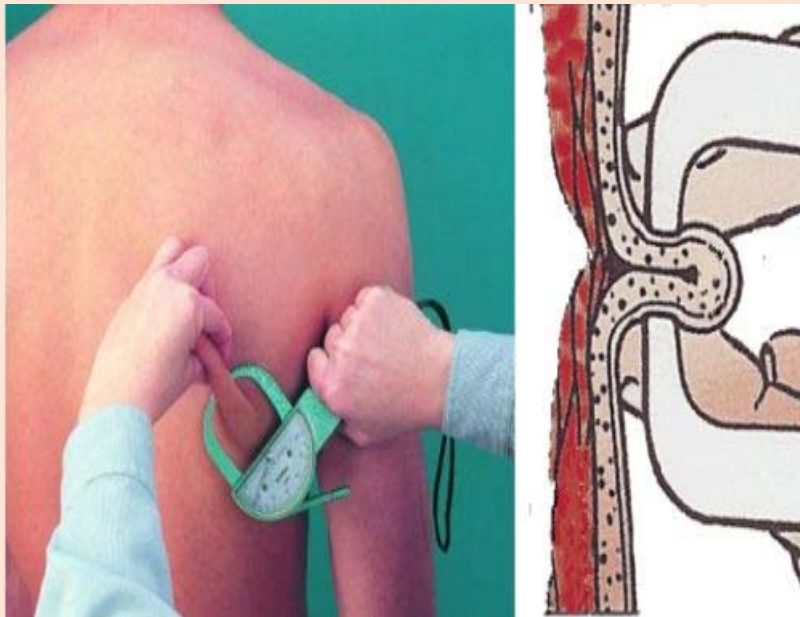


Объективная
оценка

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- снижение или отсутствие подкожной жировой прослойки
- дряблость кожных покровов



Для определения **толщины** подкожно-жирового слоя двумя пальцами захватывают складку кожи вместе с подкожно-жировой клетчаткой под углом лопатки или над трицепсом в средней части плеча. В норме толщина складки составляет 1-2 см. Толщина складки выше 2 см расценивается как признак ожирения (избыточное питание, гиподинамия, нарушение функции эндокринных органов). Уменьшение толщины складки (менее 1 см) свидетельствует о недостаточном питании, вплоть до кахексии

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: КРИТЕРИИ

- Худоба рук и ног
- Выступающие лопатки, ребра
- Мышечная атрофия в области дельтовидной, четырехглавой и жевательной мышц
- Сухость глаз
- Ломкость волос, ногтей



С ЧЕГО НАЧАТЬ?

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шаг 1. Проведите расчет индекса массы тела по Кетле (индекс массы тела)

Норма: 18,5-24,9 кг/м²

$$\text{ИМТ} = \text{Масса тела (кг)} / \text{Рост (м)}^2$$

Недостаточная масса тела, легкая степень:
18,4-17,5 кг/м²

Недостаточная масса тела, средняя
степень: 17,4-15,5 кг/м²

Недостаточная масса тела, тяжелая степень
: менее 15,5 кг/м² (*Методические рекомендации
«Стандарты лечебного питания», 2017*)

ПРИМЕР

$$\text{ИМТ} = 50 \text{ кг} / (1,71 \text{ м})^2 = 50 \text{ кг} / 2,9 = 17$$

**НО! Ориентироваться только на ИМТ нельзя из-за того,
что человек может быть астеником от природы**

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ШАГ 2. Проведите скрининг

Европейское общество клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендует проводить 2-ступенчатый скрининг с использованием **ШКАЛЫ NRS-20021**

Блок 1. Первичный скрининг

ИМТ менее 20,5	Да	Нет
Наблюдалась ли у пациента потеря веса на протяжении предыдущих 3 месяцев?	Да	Нет
Было ли снижено питание на предыдущей неделе?	Да	Нет
Страдает ли пациент серьезным заболеванием?	Да	Нет

Заключение

**Ответ «нет» на все вопросы =
нутритивная недостаточность
отсутствует. Провести повторный
скрининг проводится через неделю**

**При наличии ответа «да» на любой
вопрос продолжается скрининг по
следующему блоку**

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Блок №2. Финальный скрининг

СТЕПЕНИ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

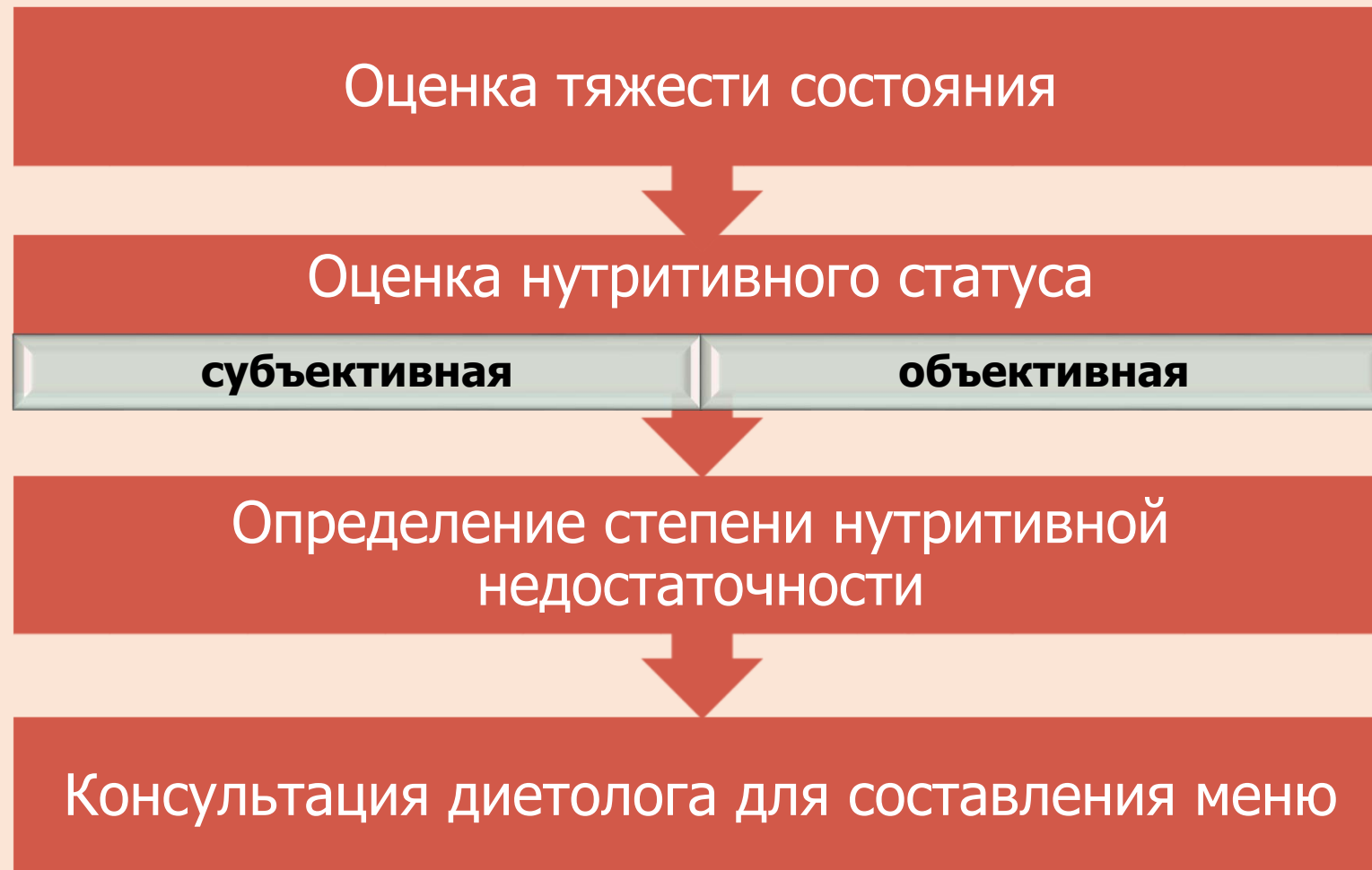
Легкая	Потеря массы более 5% за последние 3 месяца или потребление пищи в объеме 50-75% от обычной нормы в предшествующую неделю
Умеренная	Потеря массы более 5% за последние 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи в объеме 25-60% от обычной нормы в предшествующую неделю
Тяжелая	Потеря массы тела более 5% за 1 месяц или ИМТ менее 18,5+ ухудшение общего состояния или потребление пищи в объеме 0-25% от обычной нормы за предшествующую неделю

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Для определения степени нутритивной недостаточности (нн)
также можно использовать ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:

Степень НН	Показатели НН		
	Альбумин, г/л	Общий белок, г/л	Лимфоциты, клеток в млЗ
Легкая	35-30	60-55	1800-1500
Умеренная	30-25	55-50	1500-800
Тяжелая	Менее 25	Менее 50	Менее 800

ПОДВЕДЕМ ИТОГ... КАК МЫ ОЦЕНИВАЕМ НН



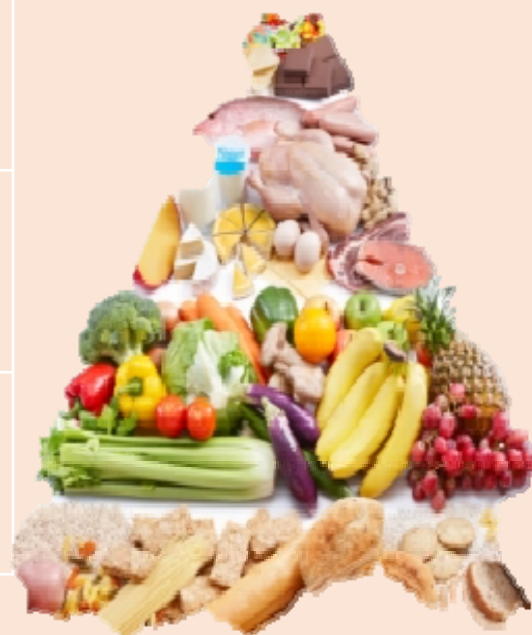


Что делать, если в штате
нет диетолога?

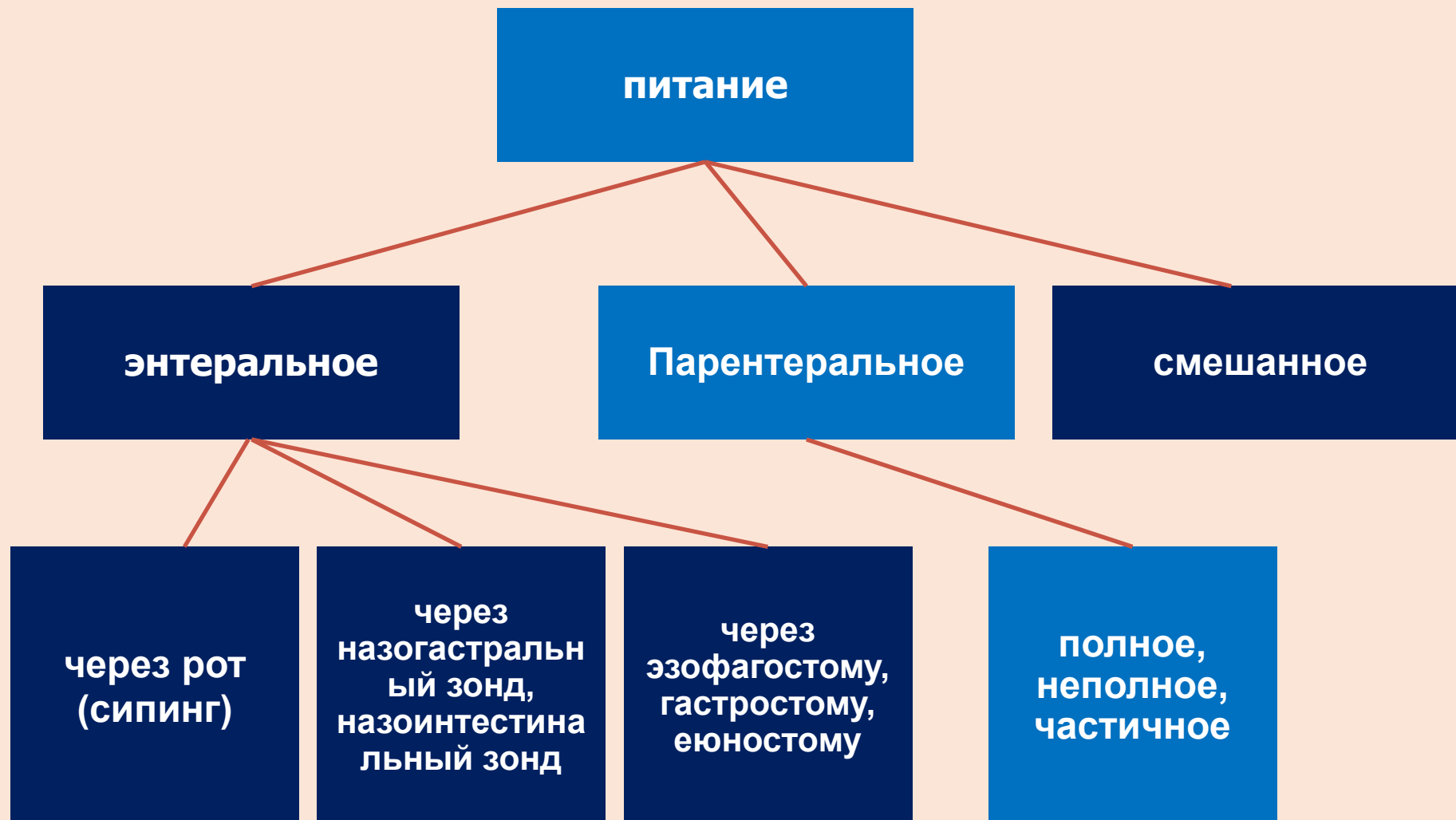
**Вести расчет потребностей пациента
в нутриентах по усредненным
значениям**

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТА В НУТРИЕНТАХ ПО УСРЕДНЕННЫМ ЗНАЧЕНИЯМ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ И ЛЕЖАЧИХ ПАЦИЕНТОВ (ESPEN, 2016)

Суточная Калорийность	25-30 ккал/кг массы тела
Суточная потребность в белке	1,2-2 г/кг массы тела
Суточная потребность в углеводах	9-10 г/кг массы тела
Суточная потребность в жирах	0,4-0,5 г/кг массы тела



КАК И ЧЕМ КОРМИТЬ



ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ КОГДА НАЗНАЧАТЬ?

Парентеральное питание-способ введения необходимых организму нутриентов непосредственно в кровь, минуя ЖКТ

Показания

Энтеральное питание противопоказано, но при этом ППЖ более месяца

Есть противопоказания для энтерального питания, ППЖ менее месяца, однако пациент в сознании, адекватен и имеет тягостное ощущение голода или страх голода, несмотря на психотерапевтическую поддержку- «я не хочу умирать от голода»

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- 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



ЧТО ВАМ ВАЖНО ЗНАТЬ О КАБИВЕНЕ?

Кабивен бывает 2 видов

Центральный

вводят ТОЛЬКО в магистральные вены-
яремная, подключичная, бедренная

Периферический

вводят в магистральные и в
периферические вены



Почему центральный кабивен нельзя вводить в периферические вены?

Кабивен центральный имеет высокую осмолярность (1060 мОсм/л), что при введении в периферические вены может привести к развитию тяжелого тромбофлебита

СОСТАВ КАБИВЕНА

- **Аминокислоты для парентерального питания**
- **Жировые эмульсии для парентерального питания**
- **Декстроза**
- **Минералы**



ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ КАБИВЕНА

- Пациентам с гипергликемией может потребоваться введение инсулина в силу высокого содержания глюкозы в растворе кабивена
- Рекомендуемая длительность инфузии Кабивена центрального составляет 12-24 ч.
- Венозный катетер, через который вводится полное парентеральное питание, не рекомендуется использовать для в/в введения других растворов и препаратов.
- Глюкозу при сахарном диабете 1 типа необходимо измерять до начала введения парентерального питания, каждые 4 часа в течение введения и через час после окончания инфузии. При сахарном диабете 2 типа достаточно измерения до начала введения и через час после окончания инфузии

ВАРИАНТЫ 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).

ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Осложнения ПП обусловлены следующими причинами:

- наличием центрального венозного катетера (ЦВК)-инфекционные осложнения, окклюзия ЦВК
- нестабильностью растворов ПП
- взаимодействием между вводимыми растворами и фармакологическими препаратами
- метаболическими расстройствами



ГИПОДЕРМОКЛИЗ

Методика коррекции дефицита жидкости путем подкожной инфузии

В подкожную клетчатку вводятся:

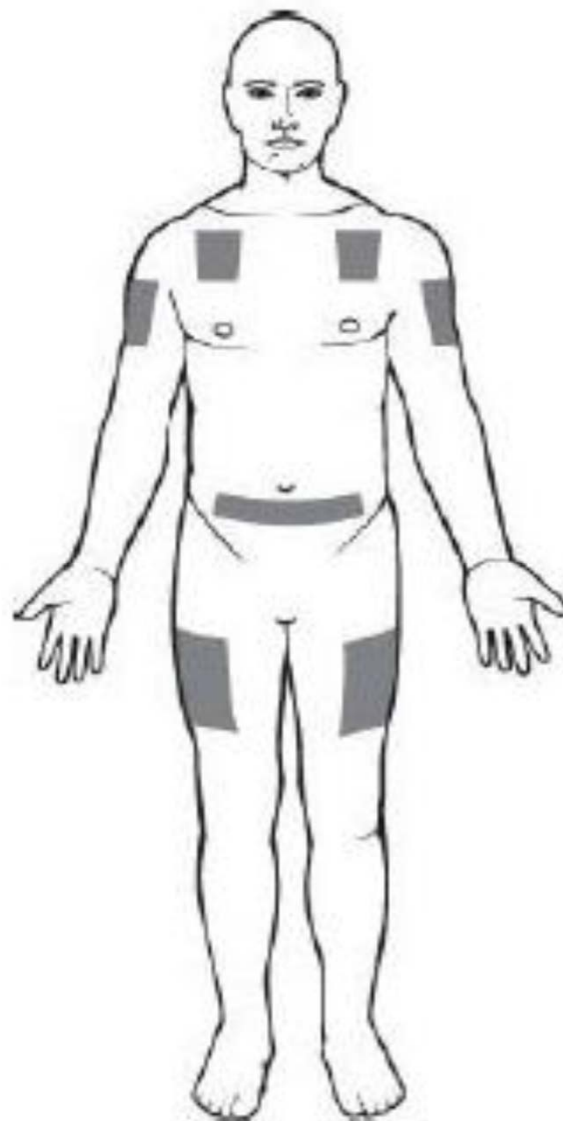
- изотонические растворы с целью коррекции легкой или умеренной дегидратации,
- когда установка венозного доступа может быть затруднительной

Подкожно можно вводить растворы :

- хлорида натрия 0,9%,
- глюкозы 5%

Как вводить:

со скоростью инфузии 1-3 мл/мин (от 120 до 500 мл/ч) от одного до трех раз в сутки с помощью иглы-бабочки размером 25G-27G.



**ВСПОМНИМ,
С ЧЕГО НАЧИНАЛИ**

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ЖИЗНЕННЫЙ ПРОГНОЗ



крайне-тяжелое состояние и
неблагоприятный
жизненный прогноз



спросите себя «нужно ли
компенсировать
нутритивную
недостаточность»?



состояние средней степени
тяжести, благоприятный
жизненный прогноз



оцените нутритивный статус
пациента

ПАЦИЕНТ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ БЕЗ СОЗНАНИЯ: КОРМИТЬ ИЛИ НЕТ?

ДА

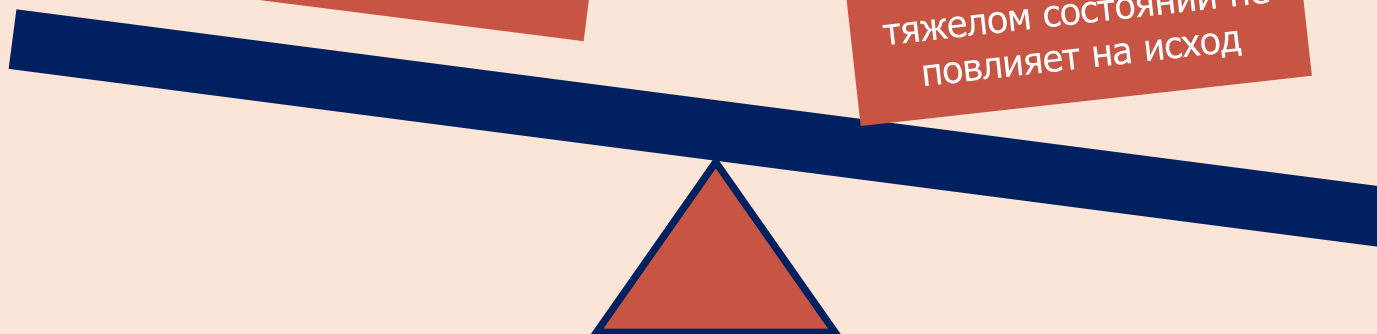
Родным кажется, что человек умирает именно от голода

НЕТ

Мы продлеваем мучения кормя пациента в тяжелом состоянии

Само наличие зонда это мучительно

Поступление пищи в тяжелом состоянии не повлияет на исход



СТРАХИ И ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ-КАК РЕАГИРОВАТЬ?

РОДНЫЕ	ВРАЧ
У моего близкого асцит, я слышал, что «весь белок уходит в жидкость в животе», а значит, ему нужно вводить альбумин	Альбумин не восполнит дефицит белка при терминальной онкологии/декомпенсированном циррозе печени, эффект будет временным.

СТРАХИ И ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ: КАК РЕАГИРОВАТЬ?

РОДНЫЕ

В реанимации моему близкому назначали внутривенное питание из-за невозможности принимать пищу естественным путем, можно ли это сделать у вас. Ведь он в сознании и очень переживает

ВРАЧ

Внутривенное питание-многокомпонентный препарат, который имеет конкретные показания. При невозможности приема пищи естественным путем, которая тревожит вашего близкого, мы рассмотрим применение внутривенного питания

СТРАХИ И ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ: КАК РЕАГИРОВАТЬ?

РОДНЫЕ	ВРАЧ
Мой близкий умирает, он уже меня не слышит, а я переживаю, что он умирает именно от голода, потому что ему не хватает питательных веществ. Я слышала, что есть такое питание, которое вводится в вену, можно ли его назначить?	На процесс «усваивания» такого питания тратится очень много энергии, а ваш родной человек в крайне тяжелом состоянии. У него этой энергии итак совсем мало. Кроме того, сейчас в его организме все процессы замедляются, и ему на их поддержание нужно гораздо меньше ресурса. Проведено много научных исследований, которые доказывают, что в таком тяжелом состоянии отсутствие питания не влияет на продолжительность жизни

КОНТАКТЫ

Брусницына Варвара Николаевна

varvarabrusnicy@mail.ru

8-929-592-23-37

8-499-940-19-50 доб.9300

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Рекомендации Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма (ESPEN)
- Нутритивная поддержка и гидратационная терапия в паллиативной медицинской помощи, Д.В.Невзорова
- Нутритивная поддержка и гидратация в паллиативной медицине, А.В. Сытов
- Нутритивная поддержка и гидратация в паллиативной медицине, А.Н. Комаров
- Методическое руководство «Стандарты лечебного питания», 2017