Санкт – Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Медицинский колледж им. В.М.Бехтерева»

**Киташева Любовь Васильевна студентка 41 группы вечернего отделения, Липатова Елена Курмангазаевна**

**К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ В ОАИР,ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК**

Тема клинического питания пациентов, или нутриционной поддержки (НП), крайне актуальна во всем мире. Проблема с предоставлением качественной НП до сих пор существует и в Европе. Согласно статистическим данным, НП в большинстве европейских стран оказывается только на уровне 60% от необходимого количества пациентов. С позиций современной доказательной медицины НП методами энтерального (через желудочно-кишечный тракт) и парентерального (внутривенно) питания является обязательным компонентом комплексной интенсивной терапии пациентов в критических состояниях, в том числе и с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В среднем применение стандартных схем НП позволяет сократить срок выздоровления пациента и время пребывания в стационаре. Следует отметить, что имеется проблема обучения не только врачей, но и медицинских сестер применению методов НП, так как кормление пациента прямая обязанность медсестры.

**Цель работы:** Изучить влияние различных способов полноценной НП у пациентов, перенесших инсульт, сравнить разные способы и методы энтерального зондового питания, собрать сведения об осведомлённости медицинских сестёр о методике нутриционной поддержки.

**Объект исследования:** пациенты с инсультом, находящиеся на стационарном лечении в отделении ОАиР СПБ ГБУЗ "Городская Больница № 26".

**Предмет исследования:** влияние различных способов «полноценной» НП у пациентов, страдающих ОНМК на частоту развития осложнений.

Оценка качества работы медицинского персонала при нутритивном питании производится по состоянию больных. Целевые показатели: отсутствие дефицита массы тела; снижение длительности нахождения пациентов на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ); уменьшение развития осложнений; уменьшение числа койко-дней в ОАиР.

Для того, чтобы проверить гипотезу о влиянии методов искусственного энтерального питания на количество осложнений у пациентов с ОНМК, находящихся в критическом состоянии, в апреле - мае 2016 года нами было проведено исследование на базе СПб ГБУЗ ГБ №26, в отделении анестезиологии и реанимации. Проведение данного исследования было согласовано с заведующей данного отделения.

Также нами было проведено анонимное анкетирование 10 медицинских сестер ОАиР. В ходе анкетирования было выявлено, что 90% опрошенных считают основным осложнением ЭП диарею, из них 60% считают, что только при болюсном введении и 30% при капельном ЭП.

Ученые давно определили, что время, затрачиваемое на переваривание пищи желудком, зависит от температуры принимаемой пищи. Теплая пища задерживается в желудке на 2-3 часа, за это время происходит нормальное расщепление ее крупных белковых молекул на аминокислоты. Если питательная смесь будет теплой, желудку не придется тратить энергию на ее подогревание, в нашем случае это очень актуально.

Холодная пища в желудке переваривается гораздо быстрее и не задерживается, через 20-30 минут происходит ее эвакуация, переваривание нарушается. Не до конца переваренные белки, попадая в тонкий кишечник, в котором осуществляется всасывание пищи, не усваиваются организмом. Это способствует размножению вредных бактерий, вызывает дисбактериоз и нарушения обмена веществ.

Для подтверждения гипотезы о влиянии методов НП на исход заболевания были проведены исследования в группе из 8 пациентов с ОНМК. По назначению лечащего врача-реаниматолога в составе мультидисциплинарной команды (МДК) применялось искусственное энтеральное питание готовой специализированной смесью «Isosource Energy Fiber» с рекомендуемым объемом на каждый день.

В исследуемую группу вошли пациенты с ОНМК в возрасте от 48 до 80 лет, средний возраст пациентов составил 64 года, из них 25% (2 чел.) составили мужчины и 75% (6 чел) - женщины. Всем проводилась ИВЛ. У всех пациентов отмечалось нарушение глотательной функции, но была сохранена функция тонкого кишечника.

Для определения влияния методов ЭП на исход заболевания мы разделили пациентов на три группы по методам введения питательной смеси:

1. 4 пациента - медленное капельное введение ПС комнатной температуры со средней скоростью 60-70мл/час с перерывом на 30 минут каждые 4 часа;
2. 2пациента - болюсное энтеральное питание комнатной температуры 20-25оС по 200 мл/5 раз в сутки;
3. 2 пациента - болюсное энтеральное питание, подогретое до 36-37оС, по 200 мл/5 раз в сутки.

Мы проводили измерение водного баланса в течение 3 суток:

* Количество введенной питательной смеси;
* Количество введенной энтерально жидкости;
* Количество введенной парентерально жидкости;
* Суточный диурез;
* Отделяемое по зондам;
* Взвешивание памперса после дефекации.

Вследствие болюсного введения ПС при комнатной температуре мы наблюдали через 20-40 минут частый жидкий стул после каждого кормления, что характерно выявляется в динамической картине данных по каждому пациенту в течение 3 суток (Таблица 1).

*Таблица 1*

*Результаты эксперимента*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **I группа** | **II группа** | **III группа** |
| **Объем ПС (мл)** | 1000 | 1000 | 1000 |
| **Объем энтерально введ. жид. (мл)** | 500 | 500 | 500 |
| **В/в инфузия (мл)** | 1000 | 1000 | 1000 |
| **Суточный диурез (мл)** | 1787,5 | 1758,3 | 1766,7 |
| **Объем отделяемого по зонду(мл)** | 229 | 217 | 225 |
| **Масса кала, г/мл** | 475/432 | 708/645 | 375/341 |
| **ОП / Потеря МТ ОП (см)** | 26,6/0,35 | 25/0,53 | 26,7/0,18 |
| **ОТ / Потеря МТ ОТ (см)** | 108,7/0,38 | 92,5/1,05 | 100,13/0,25 |

Из полученных данных видно, что в группе пациентов, которым вводили болюсно ПС комнатной температуры масса кала в 2 раза больше, чем у пациентов других групп.

Питательная смесь, подогретая до 36-37оС, способствует хорошему усвоению всех питательных веществ (сохраняя физиологический прием пищи), а также уменьшению госпитальных инфекций, сокращению сроков пребывания в ОАР и снижению летальности.

В заключении следует отметить, что в ходе наших исследований удалось повысить профессиональный уровень медицинских сестёр по вопросам нутриционной поддержки. Они стали использовать в своей работе метод подогрева питательной смеси с её капельной инфузией, стали применять в своей работе методы мониторинга трофического статуса пациента. Будем надеяться, что наша работа пойдёт на пользу всем медицинским сёстрам. Мы планируем продолжить исследование с целью получения статистически достоверной информации.

**Список литературы**

1. Александрович Ю.С., Барсукова И.М., Богомолов Б.Н., Полушин Ю. С. Основы анестезиологии и реаниматологии СПб: 2014., - 656 с.
2. Ануфриев В.А. Медицинские Диссертации http://medical-diss.com «Питание в базисной терапии больных с ишемическим инсультом» Москва, 2011. – 114 с.
3. Барановский А.Ю. Руководство. Диетология. 4-е издание 2012. - 1024 с.
4. Бахман А.Л. Искусственное питание. Санкт-Петербург,2011,.18-19 с.
5. Варлоу Ч.П., Меньше М.С., Жван Гейн и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. Пер. с англ. - СПб.- 2010. -.629 с.
6. Вретлинд А., Суджян А. . Клиническое питание.- Стокгольм-М.: Б.и., 2011,- 401 с.
7. Гаджиева Н.Ш. Основные закономенрности развития нарушений белкового и энергетического обмена у больных с острой церебральной недостаточностью сосудистого генеза. Екатеринбург, 2011. - 114 с.
8. Гаджиева Н.Ш., Лейдерман И.Н. Синдром гиперкатаболизма-гиперметаболизма при острой церебральной недостаточности сосудистого генеза. /Уральский Медицинский Журнал, №1, 2012.- 32 с.
9. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Чекнева Н.С. Лечение острого мозгового инсульта. (Диагностические и терапевтические алгоритмы). М.: Медицина. 2013. -14 с.
10. Крейдич С.А., Дубов А.М., Актуальность клинического питания при острых нарушениях мозгового кровообращения./Журнал « Медицина неотложных состояний» 4(5) 2011. -26 с.
11. Кузнецова И.М., Пирадов М.А., Умарова P.M. Острые изменения слизистой желудочно-кишечного тракта в острый период инсульта. / Инсульт. Приложение к журналу Неврология и психиатрия им. Корсакова H.H. 2013. -№9. - 167 с.
12. Костюченко A.JL, Костин Э.Д., Курыгин A.A. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. СПб: Специальная литература, 2014. 353 с.
13. Кирова М.Ю. Основы анестезиологии и интенсивной терапии / Архангельск:, 2011.-120 с.
14. Кохно В.Н. Основы анестезиологии и реаниматологии / Новосибирск: Новосибирский гос. мед. Университет, 2013.- 555 с.
15. Лейдерман И.Н., Левит А.Л. Ошибки и проблемы при проведении нутритивной поддержки в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Пятый международный конгресс "Парентеральное и энтеральное питание". Москва. 2011.- 54 с.
16. . Лейдерман И.Н., Николенко А.В., Сивков О.Г. Нутритивная поддержка в отделениях реанимации и интенсивной терапии // учебно-методическое издание для врачей.- М., 2010.- 36с.
17. Луфт В.М., Костюченко А.Л., Лейдерман И.Н.Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине // Спб, Екатеринбург, 2013.- 315 с.
18. Луфт В.М., Лапицкий А.В. Протоколы нутритивной поддержки больных в интенсивной терапии. СПб: 2012.- 62 с.
19. Луфт В.М. Энтеральное клиническое питание в интенсивной медицине: фармаконутриентная характеристика и возможности дифференцированного выбора // Клиническая анестезиология и реаниматология 2011. Т. 46 № 5. - 24 с.
20. Маев И.В., Черёмушкин С.В. Практическая гастроэнтерология Синдром раздраженного кишечника 2012. - 52 с.
21. Попова Л.М. Нейрореаниматология. М.: "Медицина". 2014. - 176с.
22. Попова Т.С., Шестопалов А, Е. Нутритивная поддержка у больных в критических состояниях // М.,2012.- 319 с.
23. Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р., Борисов А.Ю. Основы нутритивной поддержки больных в критических состояниях. 2012. - 160с.
24. Петрова М.В.; Бихарри Ш.Д.; Пулина Н.Н.; Бутров А.В. Роль гипернитрогенной нутритивной поддержки в коррекции гиперкатаболического синдрома у больных ишемическим инсультом» « Эфективная фармакотерапия. Анестезиология и реаниматология». № 1 (12) | 2015.- 25 с.
25. Фомичев В.А. Интенсивная терапия нутритивной недостаточности. Новосибирск 2015.- 18 с.
26. Хорошилова И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию.С. - Петербург. 2012 - 376 с.
27. Хомяков С.В. Нутритивная поддержка больных в остром периоде тяжелого не травматического внутримозгового кровоизлияния. Воронеж – 2012г. -145 с.
28. Хубутия М. Ш., Т. С. Поповой, А. И. Салтанова Национальное руководство Парентеральное и энтеральное питание. 2014 - 800c.
29. Чиссов В.И., Тутельян В.А. Клинические рекомендации по организации энтерального питания онкологических больных в лечебно-профилактических учреждениях. Москва 2010.- 25 с.
30. www.CyberLeninka.ru
31. www.meduniver.com
32. www.medical-diss.com
33. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
34. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ».
35. Приказ Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».
36. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.10.2012 № 920н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „диетология“».
37. Приказ Минздрава СССР от 05.05.1983 № 530 «Об утверждении инструкции по учету продуктов питания в лечебно-профилактических и других учреждениях здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР».
38. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 23.12.2011 № 1851 «О совершенствовании организации диетического (лечебного и профилактического) питания».
39. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 24.10.2012 № 1144 «Об утверждении алгоритмов (стандартных схем) нутритивной поддержки (парентерального и энтерального питания) больным, находящимся в критическом состоянии при оказании анестезиолого-реанимационной помощи».