



Профессор В. К. Милькаманич

КОРМЛЕНИЕ ОСЛАБЛЕННОГО И ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Белорусский государственный университет

Для ослабленного человека самостоятельный прием готовой пищи в течение дня, совершаемый несколько раз в сутки в определенный период времени, – большая нагрузка, а порой и непреодолимое препятствие. Бывает также, что человек не хочет есть или теряет способность питаться обычной пищей и обычным способом. Из-за болезни одни продукты перестают усваиваться, другие начинают вызывать неприятные симптомы.

Для тяжелобольного человека еда и питье приобретают особое значение, часто определяющее либо выздоровление, либо прогрессирование болезни. Неполноценное питание в несколько раз повышает риск развития пролежней, замедляет выздоровление, способствует прогрессированию основного заболевания.

Кормление тяжелобольного человека может осуществляться следующим образом:

- поддержка и помощь при обычном приеме пищи через рот;
- подача необходимых организму нутриентов перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд – энтеральное питание;
- введение необходимых нутриентов в сосудистое русло – парентеральное питание.

Широко известно правило «7 дней, или снижение массы тела на 7%». Оно означает, что энтеральное и парентеральное питание необходимо проводить в тех случаях, когда больной 7 дней и более не может питаться естественным путем или если потерял более 7% от рекомендуемой массы тела.

Поддержка и помощь при обычном приеме пищи

К сожалению, иногда бытует мнение, что кормление подопечного при обычном приеме пищи – это простая и механическая работа, доступная персоналу самой низкой квалификации. Поэтому считается, что ее можно поручить любому человеку, не имеющему специального образования. Такое мнение – это проявление неуважения к тяжелобольному человеку.

Однако нужно отказаться от устаревшего принципа «чем меньше тяжелобольной человек будет

что-то делать сам, тем лучше». Следует помогать подопечным только в случаях, когда они сами не могут справиться. Очень важно убедить человека самостоятельно делать столько, сколько он может. Так, например, можно помочь открыть упаковку молока тому, у кого слабы или трясутся руки, либо помочь порезать мясо тому, у кого одна сторона тела парализована. Можно во время еды осторожно поддержать за локоть человека, у которого слабая рука. Если человек может держать ложку в руке, но у него нет сил, чтобы есть самостоятельно, можно использовать метод «рука в руке» – придерживать его руку и помогать ей управлять. Ухаживающий персонал (медицинские и социальные работники, обученные родственники и др.) терпеливо и настойчиво учит ослабленного больного человека самостоятельно пользоваться столовыми приборами, правильно пережевывать пищу и глотать ее, использовать во время еды салфетку и т. п.

Расспрос больного человека о характере лечебного питания, затруднениях при приеме пищи и вкусовых предпочтениях

В первую очередь куратор должен сразу ознакомиться с характером лечебного питания своего подопечного, режимом питания и режимом потребления жидкости, перечнем рекомендуемых и противопоказанных продуктов, особенностями приготовления пищи, а также рекомендациями по его кормлению. Нужно узнать у клиента об аллергиях на пищу и о том, какие продукты ему не нравятся. Если какие-либо продукты, например сахар, соль или масло, не включены в его питание, не подавать их без предварительной консультации с врачом.

Следует выяснить все затруднения своего подопечного, связанные с приемом пищи, которые могут быть обусловлены отсутствием или неисправностью зубных протезов, а также нарушением способности:

- глотать твердую и жидкую пищу;
- подносить руку ко рту;
- поднимать и держать столовые принадлежности, брать пищу и напитки;
- одновременно использовать обе руки, чтобы нарезать пищу;

Наблюдение, реабилитация и уход

- координировать свои действия, правильно оценивать расположение пищи на тарелке, брать ее вилкой или ложкой и подносить ко рту.

Учет указанных проблем является залогом предупреждения возможных серьезных осложнений, а также правильного выбора меню и вида кулинарной обработки пищи.

Собираясь накормить подопечного, нужно спросить у него, в каком порядке он предпочитает принимать пищу и какие приправы ему больше нравятся.

Подопечный часто не может принять какое-либо решение и выбрать, что ему выпить или съесть, если у него на столе или прикроватном столике стоит много стаканов, баночек, бутылок, упаковок с печеньем и др. В результате он ничего не ест и остается голодным.

Содержание комнаты

Содержание комнаты должно быть аккуратным и чистым. Поэтому перед едой нужно убрать оставшиеся от лечебных манипуляций и гигиенических процедур предметы. Перед кормлением следует хорошо проветрить комнату, чтобы в ней не было неприятных запахов, и обеспечить достаточное освещение.

Желательно перед едой предложить подопечному вымыть руки, причесаться, поправить одежду.

Гигиена питания

Большое значение в питании и кормлении имеют красота сервировки стола, чистота скатерти, салфеток и столовых приборов. Подавая пищу на стол либо прикроватный столик, рекомендуется снять посуду с подноса, создавая тем самым домашнюю обстановку.

Посуда, белье, столик и другие предметы должны быть чистыми. Пролитую еду надо тотчас удалять.

Больной человек обязательно откажется от пищи, если ему будет предложена грязная кружка или баночка от сметаны, в которой плавают посторонние частички, а жидкость имеет сомнительные вкус и запах. Он никогда не поест из грязной тарелки, не будет пользоваться непромытой вилкой или ложкой.

По желанию подопечного его одежду и постельное белье также следует предохранить от загрязнения. Шею и грудь подопечного покрывают клеенкой, фартуком или салфеткой, предлагают полотенце или салфетку, чтобы он мог вытирать остатки еды с лица или капельки, попавшие на одежду или постельное белье.

Закончив кормить тяжелобольного человека, нужно предложить ему воду, чтобы вымыть руки, почистить зубы или прополоскать рот. Затем надо убрать посуду и навести порядок на столе либо прикроватном столике.

Нужно обрабатывать полость рта больного человека утром и вечером, а также полоскать рот после каждого приема пищи, приступа рвоты. Если нет возможности чистить зубы, ротовую полость очищают салфеткой, накрученной на палец, смочив ее в растворе глицерина и лимона в пропорции 1 : 1. Если не нарушено глотание, можно делать полоскание из отвара ромашки.

Правила приема пищи и питья

Подопечный должен иметь дневное расписание приема пищи и строго следовать ему. Однако, если он не голоден ко времени, когда по расписанию должен принимать пищу и хочет есть в другое время, по возможности нужно пойти ему навстречу.

Основное правило питья и еды для ослабленных больных людей состоит в том, чтобы предлагать в каждый момент только одно блюдо, одну тарелку, одну ложку или вилку, один стакан.

Чтобы тяжелобольной мог сконцентрироваться на приеме пищи, необходимо устранить любые помехи: например, выключить телевизор или предложить посетителям на это время покинуть комнату.

Лихорадящих подопечных кормят в период улучшения состояния и снижения температуры тела.

Не нужно будить подопечного, если он спит в часы приема пищи, лучше отложить кормление. Обычно применяется 4-разовое питание. В то же время при многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и других пищу принимают чаще – 5 или 6 раз в день небольшими порциями. Наиболее целесообразно следующее. Суточный рацион при 4-разовом питании распределяется по классической схеме: завтрак – 30%, второй завтрак – 10%, обед – 40%, ужин – 20%.

Кормить подопечного надо медленно, независимо от способа кормления. Кормление должно длиться не менее 10–15 мин, если сделать это быстрее, у человека могут возникнуть неприятные ощущения: вздутие живота, рвота, отрыжка. Часто человек устает во время приема пищи, поэтому нужно делать перерывы. Не следует настаивать и критиковать, если он не съел всю порцию. Лучше предложить ему снова поесть немного позже, а не кормить насильно.

Надо, чтобы посуда была одна и та же, к которой подопечный привык. Желательно, чтобы посуда стояла на контрастном фоне – тогда она привлекает внимание подопечного и легко им распознается.

Не надо отказывать человеку в любимой еде, даже если эта пища не совсем ему полезна. Дайте хотя бы небольшой кусочек – человеку нужно вкусовое удовольствие.

Хотячего подопечного следует кормить за столом. Выбор способа кормления подопечных, которые не могут сидеть за столом, зависит от их состояния и характера заболевания.

Если подопечному разрешено сидеть в постели, ему нужно помочь сесть удобно и прямо, с поднятой головой и ногами, расположенными под углом 90°. Положение тяжелобольного в кровати должно быть максимально близким к естественной физиологической позе приема пищи и питья сидячего. В этом положении ему легче жевать и глотать, а также пользоваться столовыми принадлежностями (рис. 1).



Рис. 1. Положение больного человека при кормлении, которому разрешено сидеть в постели

Истощенному и сильно ослабленному подопечному, который не может сам сидеть в кровати, следует придать полусидячее положение, приподняв подголовник или подложив под спину несколько подушек либо путем регулирования функциональной кровати. Кормят таких подопечных в наиболее удобном для них положении, используя для этого различные технические приспособления (рис. 2).



Рис. 2. Положение при кормлении больного человека, который не может сам сидеть в постели

Для кормления лежачих подопечных используют прикроватный стол, который устанавливают около постели (рис. 3). Нижняя часть двигается на колесах, что позволяет легко передвигать весь стол в любом направлении. При использовании стола его придвигают к кровати сбоку и нижнюю часть подводят под нее так, что верхняя доска закрывала кровать во всю ширину и служила прочным столом. Поверхность придвинутого к подопечному прикроватного столика не должна быть слишком гладкой или наклоненной во избежание скольжения по ней тарелки или чашки и падения на пол либо на постель.



Рис. 3. Прикроватный столик

Тяжелобольных кормят гомогенной пищей небольшими порциями в протертом, измельченном или полужидком виде (протертый суп, бульон, чай, соки, компот, кисели и др.), лучше всего маленькими глотками из поильника (рис. 4).



Рис. 4. Кормление подопечного гомогенной пищей из поильника

Наблюдение, реабилитация и уход

В качестве поильника можно также использовать заварочный чайник. При отсутствии последнего следует пользоваться чайной или десертной ложкой. При этом голову и шею подопечного следует поддерживать через подушку так, чтобы ему было удобно пить. Больному, который не может сесть и поднять голову, нужно предоставить поильник или бутылочку с соской, предназначенные для маленьких детей.

Ослабленный подопечный или подопечный с нарушением координации движений будет увереннее удерживать специальный поильник с двумя ручками.

После кормления нужно оставить подопечного в сидячем положении еще на 30–45 мин.

Достаточный питьевой режим

Достаточный питьевой режим тяжелобольного человека является действенной профилактикой интоксикации, сухости кожи и слизистых оболочек, уменьшения общего количества крови, падения объема мышечной массы, запоров, мочекаменной болезни, пролежней и т. п. Поэтому ухаживающему персоналу рекомендуется предлагать приятные и полезные для подопечного напитки.

В то же время нельзя допускать бесконтрольного употребления жидкости. Необходимо точно знать, сколько давать подопечному жидкости в сутки. Для этого нужно регулярно измерять количество выпитой и выделенной жидкости. Социальный работник должен вести карту учета выпитой жидкости, включая жидкие блюда (бульон, компот и др.), и выделенной мочи, подводя итог ежедневно. Необходимо отмечать температуру тела подопечного, повышение которой усиливает потоотделение и, соответственно, потребность организма в жидкости.

Особая ответственность ложится на специалиста при уходе за подопечными с отеками, повышенным артериальным давлением, нарушением мочеотделения или терморегуляции. При этих патологических состояниях необходимо значительно снизить потребление жидкости, несмотря на имеющуюся у подопечного жажду. Ухаживающий персонал должен точно узнать у врача, сколько жидкости можно давать подопечному в сутки, сколько раз в день и какие напитки предпочтительны. Для указанной конкретной ситуации подопечного нарушение режима потребления жидкости чревато тяжелыми последствиями.

Поддержание аппетита

Необходимо добиваться высоких вкусовых качеств бессолевых (пресных) диетических блюд. Для повышения вкусовых качеств и смягчения неприятного ощущения пресной пищи необходимо широко использовать специи, зелень, белые корни, кислые овощные и фруктовые соки.

Пища и напитки должны выглядеть привлекательно и аппетитно. Например, еда, состоящая из картофельного пюре, цветной капусты, куриной грудки, будет одного белого цвета. Для разнообразия цвета блюда достаточно добавить туда морковь, а вместо картофельного пюре подать гречневую кашу.

Резкий запах пищи, повышенная или пониженная ее температура, непривычный вид блюд могут вызвать отрицательные эмоции у подопечных, вплоть до отказа от еды.

Качество пищи

Подавать блюда нужно быстро, чтобы быть уверенным, что горячая пища останется горячей, а холодная – холодной.

Протертую пищу нужно подавать отдельно. Соль, перец и другие приправы добавляются в протертую пищу только с разрешения врача. Протертая еда должна иметь консистенцию пудинга, а также иметь четкое отличие от другой протертой пищи.

Если еда должна быть более жидкой, следует определить, какую жидкость использовать для разбавления.

Температура пищи не должна быть слишком высокой, чтобы не обжигать слизистую оболочку рта, но и не слишком низкой, способной вызвать неприятные ощущения. Температура первых блюд не должна превышать 60–65 °С, вторых блюд – 55–60 °С, температура холодных закусок должна находиться в пределах от 7–14 °С.

Профилактика осложнений

Перед кормлением нужно каждый раз пробовать еду самому. Температуру таких горячих напитков, как чай или кофе, можно проверить перед подачей их подопечному, капнув несколько капель на свое запястье. Если жидкость еще горячая, надо дать ей немного остыть и только потом подавать. Оптимальная температура особенно важна, если человек пьет горячую жидкость через трубочку, так как, минуя губы, она попадает глубоко в рот, что может привести к серьезным ожогам полости рта и глотки. Предлагая пить горячий напиток через трубочку, следует вначале помешать его, чтобы распределить тепло равномерно. Если подопечный набрал слишком много жидкости в рот и не в состоянии ее проглотить, нужно незамедлительно вынуть трубочку изо рта и дать ему время проглотить жидкость.

Перед приемом пищи подопечному предлагается попить. Смочив рот, ему будет легче глотать. Затем можно предложить твердую пищу. Ложку наполняют пищей на две трети. Сначала нужно осторожно коснуться ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот. Затем прикоснуться ложкой к его языку. Это прикосновение к губам и языку даст ему знать, что ложка у него во рту. Затем делается пауза, чтобы подопечный мог про-

жевать и проглотить еду. После нескольких приемов твердой пищи вновь предлагается питье. Всякий раз следует называть то, что вы предлагаете съесть либо выпить. Это обеспечит полноценный прием пищи (подопечный не останется голодным), а также поможет избежать таких нежелательных последствий переедания, как рвота, чувство тяжести в животе, отрыжка и т. п.

Во время кормления голова подопечного должна быть немного приподнята во избежание аспирации пищи. Подопечного, лежащего с запрокинутой головой, нельзя ни поить, ни кормить. В таком положении вход в трахею всегда полностью открыт, что при кормлении неизбежно приведет к проникновению туда инородного тела. Если давать такому подопечному пить из чашки или стакана, он может захлебнуться.

Поэтому при кормлении голову надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок подопечному подкладывают одну руку и, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее. Другой рукой в это время подают подопечному поильник или ложку с пищей. Предлагать жидкость можно только в том случае, когда у него во рту нет пищи.

Подопечным, у которых нарушено носовое дыхание, дают пить медленно, с перерывами для вдоха и выдоха.

Особо ослабленным подопечным надо оставлять время для отдыха между глотками. Поить их нужно понемногу и часто. Во избежание травматизма при кормлении тяжелобольных нельзя применять вилки или другие острые предметы.

Кормление слепого человека

При кормлении слепого человека надо назвать еду, которая находится перед ним на столе и в тарелке, и описать расположение обеденных приборов. Различные блюда располагаются так, как если бы они находились на часовом циферблате. Например, тарелка с супом ставится на очень близком расстоянии от слепого человека. Тогда можно сказать: «Тарелка с супом расположена там, где на циферблате цифра 6». Если стакан с водой находится на столе в верхней правой его части, можно сказать: «Стакан с водой расположен там, где на часах цифра 2». Нужно заранее порезать мясо или любой другой продукт, который нужно разрезать на более мелкие части, открыть упаковки и т. п. Если слепой человек во время приема пищи долго не может найти какое-либо блюдо, следует предложить ему свою помощь.

Кормление больного человека с психическими расстройствами

Подопечного с психическими нарушениями (например, со старческой деменцией) накормить особенно тяжело, поскольку он либо отказывается от еды, либо ведет себя неадекватно. В этих случа-

ях надо в мягкой форме настоять на своем и накормить или напоить его, не акцентируя внимания на нежелательной для него процедуре. При этом надо стараться чем-либо отвлечь его или «обмануть».

Выборочные вспомогательные средства при еде и питье

При кормлении подопечного могут использоваться вспомогательные средства (рис. 5–15).



Рис. 5. Приспособление на посуду для пациентов с утратой хватательных движений



Рис. 6. Модель ложки с комфортным эластичным ободком, предназначенная для пациентов, имеющих мышечную слабость



Рис. 7. Тарелка с высокими бортиками, которая предотвращает возможность уронить пищу



Рис. 8. Пластиковые рукоятки столовых приборов улучшают способность захвата их рукой (рекомендуются пациентам, имеющим проблемы с движением кисти)



Рис. 9. Столовые приборы со специальной пластиковой ручкой для пациентов с ослабленными хватательными движениями



Рис. 10. Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды (может быть использована пациентами, имеющими только одну руку)



Рис. 11. Круглая глубокая тарелка на подставке предназначена для тех, у кого только одна рука или нарушена координация



Рис. 12. Нескользящие миски-ковшики со срезанными краями помогают при приеме пищи пациентам с нарушениями мышечного тонуса или имеющим только одну руку; высокий край миски помогает накладывать пищу на ложку



Рис. 13. стакан со съёмной крышкой, снабженный носиком, ограничивает проливание и протекание жидкости при питье



Рис. 14. Кружка с двумя ручками рекомендуется тем, у кого ограничены возможности хватания, гибкости и ослабленная координация движений; съёмный носик уменьшает проливание и протекание жидкости, широкое дно гарантирует устойчивость



Рис. 15. Чашка с вырезом для носа минимизирует движения шеи и обеспечивает правильное положение подбородка во время питья (рекомендуется пациентам, имеющим ограничение движения шеи)

Подача необходимых организму нутриентов перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд

Энтеральное питание (ЭП) – вид нутритивной поддержки, при которой питательные смеси вводятся перорально или через зонд при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний.

В англоязычной медицинской литературе часто встречается фраза «If gut works – use it» («Если кишка работает – используй ее»).

Показания для ЭП:

- пациент не может есть пищу (отсутствие сознания, нарушения глотания и др.);
- пациент не должен есть пищу (острый панкреатит, желудочнокишечное кровотечение и др.);
- пациент не хочет есть пищу (нервная анорексия, инфекции и др.);
- питание не адекватно потребностям (травмы, ожоги, катаболизм).

ЭП позволяет поддерживать желудочно-кишечный тракт в нормальном физиологическом состо-

янии и предотвращать многие осложнения, возникающие у пациентов в критическом состоянии. Оно ведет к улучшению кровообращения в кишечнике и способствует консолидации кишечных анастомозов после операций на желудочно-кишечном тракте за счет улучшения трофики кишечника. К тому же ЭП не требует стерильности.

Питательные смеси – искусственно созданные сочетания макро- и микронутриентов биотехнологического или синтетического происхождения, обладающие не только высокой питательной ценностью, но и определенным фармаконутриентным воздействием на структурно-функциональные и метаболические процессы организма.

В состав питательных смесей входят цельные или гидролизованные белки, длинно- и среднецепочечные жиры, поли- и олигосахариды, витамины, макро- и микроэлементы. Смеси отличаются точный химический состав, сбалансированность всех нутриентов между собой. В этом их принципиальное отличие от обычной пищи. В настоящее время на отечественном рынке ЭП представлено широким ассортиментом специализированных лечебно-

профилактических энтеральных смесей как для зондового, так и для перорального применения.

Разовую и суточную дозу назначаемых питательных смесей и показания к их применению определяет лечащий врач.

Выделяют два основных варианта ЭП:

1) зондовое питание – введение энтеральных смесей в зонд или стому;

2) сиппинг (sipping, sip feeding) – пероральный прием специальной смеси для ЭП маленькими глотками (как правило, через трубочку).

Зондовое питание

Доступ может осуществляться с сохранением анатомической целостности желудочно-кишечного тракта или путем проведения специальных хирургических вмешательств, обеспечивающих создание искусственной стомы (гастростомы, еюностомы). В настоящее время разработаны технологии, позволяющие накладывать микрогастро- или еюностомы без лапаротомии.

Введение смесей для ЭП непосредственно в желудок через зонд является наиболее простым технически и наиболее физиологичным методом. Самым доступным и популярным вариантом зондового питания являются назогастральный и назоинтестинальный пути доставки питательных смесей (рис. 16). Для этого используются специальные, не присасывающиеся к слизистой оболочке зонды, изготовленные из различных материалов: полихлорвинила, силикона или полиуретана. Эти материалы устойчивы к воздействию желудочно-кишечного сока и сохраняют эластичные свойства



Рис. 16. Питание через назогастральный зонд

в течение длительного времени, не вызывая синуситов, фарингитов, эзофагитов и пролежней слизистой оболочки как верхних дыхательных путей, так и желудочно-кишечного тракта.

Назогастральные и назоинтестинальные зонды могут несколько различаться по конструкции: иметь разноуровневые отверстия, отводы, быть одно-, двух- или трехканальными, снабжаться оливками (утяжелителями), которые способствуют их введению. Применение толстых упругих желудочных зондов оправдано лишь как временный доступ, поскольку эти зонды быстро вызывают развитие пролежней в отличие от мягких зондов небольшого диаметра.

Питание через гастростому назначается пациентам при заболеваниях, сопровождающихся непроходимостью глотки, пищевода, входного отдела желудка (рис. 17). Питание через гастростому врач обычно назначает на вторые сутки после операции.



Рис. 17. Зондовое питание через гастростому

Существует несколько режимов ЭП.

1. Питание с постоянной скоростью. Питание через желудочный зонд начинают с изотонических смесей со скоростью 40 мл/ч. При тошноте, рвоте, судорогах или диарее требуется уменьшить скорость введения или концентрацию раствора. При этом следует избегать одновременного изменения скорости питания и концентрации питательной смеси.

2. Циклическое питание. Непрерывное капельное введение постепенно «сжимают» до 10–12-часового ночного периода. Такое питание, удобное для больного, можно проводить через гастростому.

Выбор режима проведения и вида питательной смеси определяется конкретной клинической ситуацией и состоянием моторно-эвакуаторной, переваривающей и всасывающей функциями желудочно-кишечного тракта пациента. Скорость введения и суточный объем питательной смеси зависят также от выраженности нарушения питания и от метаболического ответа организма на вводимые субстраты.

Наблюдение, реабилитация и уход

Болюсное введение питательных смесей представляет собой регулярные введения небольших объемов питательной смеси в желудок. Обычно стартовая доза составляет 50–100 мл с постепенным в течение нескольких дней увеличением до 200–250 мл на одно введение. Питательная смесь вводится шприцем со скоростью не более 250 мл за 10–15 мин 4–6 раз в день. При этом головной конец кровати должен быть приподнят не менее чем на 45° для профилактики рефлюкса.

Введение необходимых нутриентов в сосудистое русло – парентеральное питание

Когда невозможно применение ЭП реализуется *парентеральное питание* (ПП) – питательные вещества попадают не в пищеварительный тракт, а в вену, и затем разносятся с кровью по всему организму.

Основные показания к проведению ПП:

- невозможность перорального или энтерального приема пищи в течение не менее 7 дней у стабильного больного или в более короткие сроки у истощенного пациента (эта группа показаний обычно связана с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта);
- выраженный гиперметаболизм или значительные потери белка, когда только ЭП не позволяет справиться с дефицитом нутриентов (классическим примером является ожоговая болезнь);
- необходимость временного исключения кишечного пищеварения – «режим отдыха кишечника» (например, при язвенном колите).

Состав раствора для искусственного питания (дополнительные вещества и лекарственные средства) назначает врач, он же устанавливает нормы кормления. Растворы готовятся под медицинским контролем с соблюдением санитарных норм для предотвращения бактериального заражения. На упаковке должны быть указаны перечень и количество компонентов раствора.

Дома раствор следует хранить в холодильнике. Перед применением его подогревают до комнатной температуры. На упаковке должны быть указаны сроки годности и режим хранения.

Раствор, содержащий все необходимые питательные вещества, включая белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные вещества, вводится в вену курсами, длящимися несколько часов.

Игла устанавливается в вену на тыльной стороне запястья, внутреннем сгибе локтя и т. п. Дополнительные жидкости, питательные или лекарственные вещества могут вводиться с помощью шприца.

Люди с серьезными и продолжительными заболеваниями нуждаются во внутривенном питании, покрывающем их потребности в минеральных веществах, на протяжении месяцев, а иногда

лет. Таким пациентам может потребоваться постоянная внутривенная установка. Специальный катетер вводится под кожу в подключичную вену (рис. 18). Раствор в течение долгого времени поступает непосредственно в кровь. Правильность установки катетера проверяется с помощью рентгеновских снимков.



Рис. 18. Питание через подключичную вену

ПП может проводиться в нескольких режимах:

- круглосуточное введение сред;
- продленная инфузия (в течение 18 ч);
- циклический режим (инфузия в течение 8–12 ч).

При проведении внутривенного питания требуется строгое соблюдение стерильности и скорости введения ингредиентов, что сопряжено с определенными техническими трудностями. При ПП чаще развиваются угрожающие жизни осложнения. Это осложнения, связанные с необходимостью обеспечения центрального венозного доступа, и возможность жировой эмболии при использовании жировых эмульсий, и возникновение осмотического диуреза при использовании высококонцентрированных растворов, и гнойно-септические осложнения, связанные с инфицированием мест стояния катетеров и генерализацией инфекции, и др.

Необходимо регулярно следить за чистотой катетера и менять повязку по крайней мере один раз в неделю. Следует также обращать внимание на наличие покраснений, воспалений и выделений в месте введения иглы. Отек конечностей указывает на наличие дисбаланса питательных веществ.

В любом случае при проведении полного ПП наступает атрофия кишечника – атрофия от бездеятельности. Атрофия слизистой оболочки ведет к ее изъязвлению, атрофия секретирующих желез – к формированию в последующем ферментативной недостаточности, происходят застой желчи, неконтролируемый рост и изменение состава кишечной микрофлоры, атрофия ассоциированной с кишечником лимфоидной ткани.

Таким образом, во всех случаях, когда это возможно, выбор способа нутритивной поддержки должен склоняться в сторону ЭП.

Использованная литература

1. Марченко С. В. Энтеральное питание в интенсивной терапии / С. В. Марченко, Ю. Н. Доценко. – Гомель, 2019. – 49 с.

2. Милькаманович В. К. Уход за тяжелобольными людьми в условиях домашнего и стационарного

обслуживания: пособие для повышения квалификации и переподготовки специалистов по социальной работе, социальных работников учреждений социального обслуживания. – Минск, 2017. – 204 с.

3. Фогель А. Основы ухода за больными на дому / А. Фогель, Г. Водрашке. – М., 2001. – 212 с.

4. Шимановская Я. В. Паллиативная помощь: учебник / Я. В. Шимановская, А. С. Сарычев, К. А. Шимановская. – М., 2021. – 360 с.

Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

Карасева, Л. А. Безопасная больничная среда – качество медицинской помощи / Л. А. Карасева // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 18–27.

Карасева, Л. А. Оценка тяжести труда сестринского персонала / Л. А. Карасева, М. Я. Мишкина // Главврач. – 2021. – № 10. – С. 109–119.

Карасева, Л. А. Предупреждение развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер / Л. А. Карасева // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 47–52.

Карпова, О. Б. Региональные особенности обеспеченности медицинским персоналом в России / О. Б. Карпова, А. А. Загоруйченко // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 8. – С. 82–88.

Каспрук, Л. И. В. Ф. Войно-Ясенецкий и его сестра милосердия / Л. И. Каспрук // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 52–55.

Ковальчук, М. Изделия медицинского назначения: какие бывают и правила их хранения / М. Ковальчук // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 35–42.

Ковшова, О. С. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / О. С. Ковшова // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 42–46.

Лаврентьева, Н. Е. Аллергические заболевания профессионального генеза у медицинских работников / Н. Е. Лаврентьева, Т. А. Азовскова // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 9–13.

Лазарева, Л. А. Причины стресса в профессиональной деятельности сестринского персонала / Л. А. Лазарева, К. П. Бердникова, О. В. Беликова // Главврач. – 2021. – № 10. – С. 95–99.

Лебедева, А. Т. Участие медицинской сестры в профилактике алкоголизма / А. Т. Лебедева, И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 41–46.

Мальшиева, Л. Г. Опыт очного формата обучения в условиях пандемии / Л. Г. Мальшиева, М. А. Лозовская // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 15–16.

Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.

Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью. Обзор нового учебного пособия / Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 15–18.

Медицинский уход за ребенком. Сестринское обследование ребенка : учеб.-метод. пособие / В. В. Строгий [и др.] ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск : БГМУ, 2021. – 33 с.

Методичка : как провести дезинфекцию в клинике с учетом передовых разработок по эпидбезопасности / А. Тутьянян [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 30–43.

Овчинникова, И. Г. Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у специалистов сестринского дела / И. Г. Овчинникова, Ю. В. Борчанинова, Л. А. Лазарева // Главврач. – 2021. – № 5. – С. 47–52.

Парфенова, Л. Как обеспечить безопасность трансфузиологической помощи? / Л. Парфенова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 14–20.

Петрухин, Н. Н. Распространенность парантеральных вирусных гепатитов как профессионального заболевания у медицинских работников в Северо-Западном федеральном округе / Н. Н. Петрухин, О. Н. Андреев, И. В. Бойко // Медицина труда и промышленная экология. – 2021. – № 5. – С. 324–329.

Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ