

«Искусственное питание тяжелобольных»

Выполнила студентка:

Колганова А.Д.

группы № 119

e-mail: alisakogan2012@gmail.com

"Artificial nutrition of seriously ill patients"

Kolganova A.D.

group number 119

e-mail: alisakogan2012@gmail.com

Введение

Актуальность темы: в наше время существует множество видов искусственного питания для поддержания организма больного в тех случаях, когда пациент не может, не хочет или не должен есть, но физиологически нуждается в этом. Актуальность темы заключается в том, что на этот вопрос нет однозначного ответа – какой вид искусственного питания будет наиболее эффективен в данном клиническом случае.

Цель: аналитически выяснить какие виды искусственного питания наиболее эффективны для тяжелобольных пациентов.

Задачи:

1. Собрать и изучить теоретический материал.
2. Найти плюсы и минусы каждого из методов.
3. Аналитически выяснить наиболее эффективный вид искусственного питания для тяжелобольных пациентов.
4. Подвести итоги.

Объект исследования : искусственное питание как способ поддержания процессов энергетического и пластического обменов в организме.

Методы исследования: изучение материала по теме, анализ текстового материала, комментирование.

Практическая значимость: значимость данного проекта заключается в том, что материалы данного исследования могут быть использованы в процессе преподавания в медицинском университете дисциплины «учебная практика получение первичных навыков и умений».

2.Основная часть

2.1.Общие сведения об искусственном питании

Искусственное питание — введение питательных веществ в организм при невозможности приёма пищи через рот. Может быть парентеральным, зондовым или же осуществляться через наложенную на участок желудочно-кишечного тракта стому. [1]

К искусственному питанию прибегают тогда, когда питание естественным путём невозможно, а также для обеспечения водно-электролитного гомеостаза, как энергетическое и пластическое обеспечение в соответствии со свойственным данному этапу развития уровню метаболизма.

Принципы искусственного питания:

1. своевременность начала его проведения, позволяющая исключить развитие труднообратимого истощения организма (кахексии)
2. оптимальность сроков осуществления искусственного питания, которое в идеале должно проводиться до полной стабилизации трофического статуса
3. должна соблюдаться адекватность искусственного питания состоянию пациента.

То есть, имеет место быть предупредительный фактор «болезнь проще предупредить, чем лечить»; сроки, количество потребляемой питательной среды, частота кормлений тщательно высчитываются, питание таким образом продолжается до полной стабилизации показателей состояния здоровья; в случае ухудшения состояния добавляются дополнительные способы искусственного питания, а также немаловажным является количество и качество незаменимых и заменимых нутриентов должно обеспечивать не только энергетические, но и пластические процессы (содержать незаменимые аминокислоты, незаменимые жирные кислоты, электролиты, микроэлементы и витамины)

2.2.Показания для перехода на искусственное питание:

- Нарушение сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации
- Наличие механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры)
- Состояния, сопровождающиеся повышенным катаболизмом (сепсис, политравма, ожоговая болезнь)
- Анорексии любого происхождения
- Кома
- Онкологические заболевания
- Тяжелые заболевания системы крови
- Болезнь Крона, кишечные свищи, панкреатит
- Хроническая почечная недостаточность

Используется как дополнительное питание при:

- Сильном обезвоживании организма(в результате упорных рвот и поносов)
- Большой кровопотери
- Интоксикации
- Хирургическом вмешательстве
- Прочих состояниях, при которых невозможно естественным путем обеспечить организм энергией

2.3. Основные виды искусственного питания

Точных формализованных границ перехода от парентерального к энтеральному питанию не существует; решение всегда находится в компетенции лечащего врача. Для того чтобы раньше перейти к энтеральному питанию, используется усиленное парентеральное питание, способствующее постепенному восстановлению функций пищеварения и резорбции.

Если имеется возможность, питательную поддержку необходимо осуществлять с помощью зонда, потому что поступление питательных веществ непосредственно в кровоток, минуя энтеральный путь, принципиально нефизиологично для организма, так как при этом они обходят все защитные механизмы органов, которые осуществляют функции фильтров (желудочно-кишечный тракт, печень) и трансформаторов. Однако тем больным, которые не могут принимать пищу обычным способом, не могут эффективно абсорбировать питательные вещества или их

состояние ухудшается при кормлении через рот, показано частичное или полное питание парентеральным путем до тех пор, пока они не будут в состоянии принимать пищу через рот и усваивать ее. [2]

2.3.1 Энтеральное(зондовое) искусственное питание

Основа- сбалансированные диеты

низкомолекулярные	высокомолекулярные	
углеводы	натуральные протеины - мясные, молочные, соевые	энергоносители

Доступ к пищеварительному тракту : с использованием назогастральных и назоэнтеральных зондов-катетеров

Зондирование: через нос или рот

Положительные характеристики :

- +качественно и количественно покрывает потребности организма
- +выпускается в готовой к употреблению форме (жидкой или в виде порошков, разводимых в воде)
- +Содержание витаминов, минеральных веществ и микроэлементов регулируется в соответствии с клинической ситуацией и количеством основных нутриентов
- +индустриальное производство, следовательно, доступность
- +многофункциональность зондов, длительное их использование
- +безболезненное и атравматичное введение растворов
- +непрерывное и равномерное введение растворов (внедрение насосов-инфузаторов, также позволят избежать осложнений в виде рвоты, переполненности желудка, поносов и др.)

2.3.2. парентеральное (внутривенное)искусственное питание

Обеспечивает коррекцию нарушенного метаболизма (при различных патологических состояниях) с помощью специальных инфузионных растворов, способных активно включаться в обменные процессы организма, которые вводятся, минуя желудочно-кишечный тракт

В практике любого врача имеют место случаи, когда по тем или иным причинам у больных возникает существенный дефицит питательных веществ. Важнейшей причиной возникающего дефицита является

невозможность использования нормального перорального способа питания в случаях, когда больной:

- 1) не в состоянии проглатывать пищу,
- 2) не переносит ее,
- 3) не способен переваривать пищу, поступающую энтеральным путем.

Парентеральное питание даже при тщательном контроле не исключает возможности возникновения осложнений. Поэтому его по возможности быстрее отменяют.

Виды парентерального питания

Полное парентеральное питание (ППП)

Как уже говорилось выше, ППП показано больным, которые не могут, не должны или не хотят питаться энтеральным путем. К ним относятся следующие категории пациентов:

1. Больные, не способные нормально принимать или усваивать пищу. При диагностике недостаточности питания учитывается наличие у больного мышечного истощения, гипоальбуминемии, безбелковых отеков, уменьшение толщины кожной складки и существенное снижение массы тела. Но изолированное снижение массы тела не следует рассматривать как признак недостаточности питания, поскольку наличие отека или предыдущего ожирения может скрывать фактически имеющуюся степень истощения запасов эндогенного азота.
2. Больные с исходно удовлетворительным состоянием питания, которые временно (по тем или иным причинам) не могут принимать пищу и для того, чтобы избежать чрезмерного истощения, требуют проведения ППП. Это особенно важно при патологических состояниях, сопровождающихся повышенным катаболизмом и истощением тканей (послеоперационные, посттравматические, септические больные).
3. Больные, страдающие болезнью Крона, кишечными свищами и панкреатитом. Обычное питание у таких больных обостряет симптомы болезни и ухудшает общее состояние больных. Перевод же их на ППП ускоряет заживление свищей, уменьшает объем воспалительных инфильтратов.
4. Больные с затянувшейся комой, когда невозможно осуществить кормление через зонд (в том числе после операций на головном мозге).
5. Больные с выраженным гиперметаболизмом или значительными потерями белка, например у больных с травмами, ожогами (даже в случае, когда

возможно осуществлять обычное питание).

6. Для осуществления питательной поддержки больных, получающих терапию по поводу злокачественных опухолей, особенно когда недостаточность питания обусловлена снижением потребления пищи. Часто последствиями химиотерапии и лучевого лечения является анорексия и воспаление слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, что ограничивает возможности энтерального питания.

7. Возможно проведение ППП истощенным больным перед предстоящим хирургическим лечением.

8. Больные с психической анорексией. ППП у таких больных необходимо, поскольку теоретически оправданное зондовое питание под наркозом таит в себе опасности, связанные не только с осложнениями наркоза, но и с возможностью возникновения легочных осложнений из-за попадания пищи или желудочного содержимого в дыхательные пути.

частичного парентерального питания(ЧПП)

Перечень заболеваний, при которых показано проведение частичного парентерального питания:

- язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- патология органов гепатобилиарной системы с функциональной недостаточностью печени;
- различные формы колита;
- острые кишечные инфекции (дизентерия, брюшной тиф);
- выраженный катаболизм в раннем периоде после больших внебрюшинных операций;
- ожоги;
- гнойно-септические осложнения травм;
- сепсис;
- гипертермия;
- хронические воспалительные процессы (абсцессы легкого, остеомиелиты и др.);
- онкологические заболевания;
- выраженные эндо- и экзотоксикозы;
- тяжелые заболевания системы крови;
- острая и хроническая почечная недостаточность.

Полное парентеральное питание (ППП)	Частичное парентеральное питание(ЧПП)	
коррекция нарушений всех видов обмена.	чаще всего является дополнением к энтеральному	необходимо для

	(естественному или зондовому), если с помощью последнего не обеспечивается полного покрытия дефицита питательных веществ	
заключается во внутривенном введении всех компонентов питания (азота, воды, электролитов, витаминов) в количествах и соотношениях, наиболее близко соответствующих потребностям организма в данный момент		суть метода
полного и длительного голодания.	1) значительный роста энергозатрат; 2) низкокалорийной диета; 3) неполноценного усвоение пищи и т.д.	возникает потребность вследствие
показано больным, которые не могут, не должны или не хотят питаться энтеральным путем	когда энтеральное питание не дает должного эффекта из-за нарушения моторики кишечника или недостаточного усвоения питательных веществ в пищеварительном тракте, а также, если уровень катаболизма превышает энергетические возможности обычного питания.	показания

Условия эффективности проведения парентерального питания

Для обеспечения эффективности парентерального питания необходимо выполнять следующие условия:

1. Началу проведения парентерального питания должны предшествовать максимально полная коррекция ОЦК, ВЭБ, кислотно-основного состояния. Должна быть устранена гипоксия, потому что полное усвоение компонентов парентерального питания происходит в аэробных условиях. Поэтому в первые часы после больших травматических операций, ожогов, в раннем постреанимационном периоде, при терминальных состояниях и клинических проявлениях выраженной централизации кровообращения можно использовать только растворы глюкозы.
2. Скорость введения препаратов должна соответствовать скорости их оптимального усвоения.
3. ППП наиболее целесообразно проводить в отделении реанимации и интенсивной терапии, где можно осуществлять как круглосуточное динамическое наблюдение за больным, так и соответствующий контроль за эффективностью мероприятий.
4. В расчете суточной калорийности парентерального питания вклад белка не

должен учитываться, ибо в противном случае недостаток энергии приведет к сжиганию аминокислот и процессы синтеза не будут реализованы в полном объеме.

5. Парентеральное питание должно быть адекватным, дефицитно-заместительным, что требует соответствующих исследований перед началом и постоянно во время лечения.

3. Заключение

<i>Энтеральный метод</i>	<i>парентеральный метод</i>	
углеводы, натуральные протеины	1) аминокислотные растворы, гидролизаты белка; 2) растворы углеводов; 3) жировые эмульсии; 4) растворы электролитов; 5) витамины.	ведущие препараты
простота метода, доступность , минимальное количество побочных эффектов,	подходит для больных, которые не могут принимать пищу через рот\ при кормлении через рот ухудшается состояние, обеспечивает коррекцию нарушенного метаболизма	положительные характеристики
необходимо для поддержания организма после какого-либо вида истощения, позволяет приблизиться к нормальному приему пищи	чаще всего необходимо после длительного голодания; как дополнительная терапия к <i>Энтеральному методу</i> , подходит для использования в реанимационном отделении, когда больной не способен переваривать пищу, поступающую энтеральным путем.	показания к применению
осложнения в виде ощущения полноты в желудке, тошноты, рвоты и поносов, нередких при порционном введении сбалансированных смесей	имеются противопоказания к некоторым ведущим препаратам , поступление питательных веществ непосредственно в кровоток, минуя энтеральный путь, принципиально нефизиологично для организма, так как при этом они обходят все защитные механизмы органов	отрицательные характеристики

Выявить четкие границы перехода от парентерального к энтеральному питанию не представляется возможным, так как это взаимодополняющие методы, неразрывно связанные друг с другом в зависимости от динамики состояния пациента

4. Список литературы

1. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/91358/%D0%98%D1%81%D0%BA%D1%83%D1%81%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5>
2. https://medinfo.social/reanimatsiya-uhod_907/iskusstvennoe-pitanie-50018.html
3. http://med-books.by/referati_pediatriya/8314-referat-iskusstvennoe-pitanie.html
4. <https://xreferat.com/55/1027-1-iskusstvennoe-lechebnoe-pitanie.html>