



**БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Пособие для педиатров
и средних медицинских работников**

**Москва
2014**



**БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Е.В. Полевиченко, Э.В. Кумирова

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Пособие для педиатров
и средних медицинских работников**

Москва
2014

УДК 616.083.2
ББК 53.51
П 49

Рецензенты:

Г.Я. Цейтлин, доктор медицинских наук, профессор, зав. отделением реабилитации ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

И.Г. Хамин, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

П 49 Полевиченко Е.В., Кумирова Э.В.

Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов (пособие для врачей и средних медицинских работников). — М.: Р.Валент, 2014, 44 с.

ISBN 978-5-98597-459-3

В данном пособии представлены современные основы клинического питания для детей и подростков, получающих паллиативный объем медицинской помощи. Издание содержит таблицы и приложения, разработанные авторами по ведущим нормативным международным и российским документам и рекомендациям в области клинического питания.

Пособие предназначено для педиатров и средних медицинских работников, организующих клиническое питание паллиативных педиатрических пациентов в стационарных и внегоспитальных условиях.

УДК 616.083.2
ББК 53.51

ISBN 978-5-98597-459-3

© Полевиченко Е.В., Кумирова Э.В., 2013
© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи детям, 2013
© Издательство «Р.Валент», 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В КОМПЛЕКСЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	5
II. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОРМЛЕНИЯ	7
III. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ НА ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ	10
IV. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД	12
1. Техника и процедура введения назогастрального зонда	12
2. Уход за назогастральным зондом	13
3. Режимы зондового питания	15
3.1. Болюсное введение	15
3.2. Прерывистое введение	16
3.3. Непрерывное введение	16
4. Процедура введения зондового питания пациенту	16
V. ВЫБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ	19
1. Виды питательных смесей	19
2. Техника разведения сухой питательной смеси	21
3. Техника введения жидких смесей в банках или пакетах	22
4. Техника введения готового питания в герметичной упаковке	23
5. Введение зондового питания	23
VI. ПИТАНИЕ ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ НА ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ	27
1. Вскармливание недоношенных детей	27
2. Питание детей, больных муковисцидозом	30
VII. ПРИЛОЖЕНИЯ:	33
Приложение 1. Основные дефиниции педиатрической паллиативной помощи	32

Приложение 2. Основные группы пациентов, подлежащих педиатрической паллиативной помощи Европейская Ассоциация Паллиативной Помощи, 2009).	33
Приложение 3. Отличительные черты педиатрической паллиативной помощи (European Association of Palliative Care, 2009)	35
Приложение 4. Приложения к Приказу Министра здравоохранения РФ № 330 от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».	38

I. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В КОМПЛЕКСЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Хронические расстройства питания и пищеварения являются одной из самых частых проблем паллиативных больных. Согласно данным J. Wolfe (2000), среди симптомов и синдромов последнего месяца жизни у 103 паллиативных педиатрических пациентов с онкологической патологией плохой аппетит отмечался у 80 % детей, тошнота и рвота – у 55 %, запоры – у 50 %, диарея – у 40 % больных. Необходимо отметить, что данные клинические проявления крайне трудно поддавались адекватному лечению: улучшить состояние аппетита удалось лишь у 4 % детей, купировать тошноту/рвоту и устранить запоры – у 10 % пациентов, купировать диарею – у 1 % инкурабельных больных (J. Wolfe, H.E. Grier, N. Klar et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med*, 2000; 342: p. 326–333).

Несмотря на то, что питание инкурабельных детей организуется по общим принципам клинического питания, в детском возрасте, включая период новорожденности и первый год жизни, имеется множество существенных отличий от нутритивной поддержки неизлечимо больных взрослых пациентов. К возрастным особенностям питания детей на паллиативной терапии, в отличие от таковых у взрослых, относятся следующие:

1. Постоянно изменяющиеся потребности ребенка в основных пищевых ингредиентах (белках, жирах, углеводах, калориях, микроэлементах, витаминах). Они меняются не только в зависимости от клинического состояния пациента (аналогично взрослым), но и очень динамично – в зависимости от его возраста, что делает необходимым периодически проводить перерасчет питания в установленные сроки и принимать решения о введении новых блюд и видов питания, которые ранее в питании не использовались (в частности, прикормов). Особенно важно это для тяжелобольных детей раннего возраста, для которых расчет и необходимая коррекция питания предусмотрены не реже 1 раза в неделю при стабильном состоянии, а при оказании интенсивной помощи – и чаще, в зависимости от клинической динамики. Рост и развитие ребенка продолжают, несмотря на его инкурабельность, и требуют гораздо более тщательного отношения к пищевым ингредиентам, чем у неизлечимо больных взрослых пациентов.

Расчет питания относится к профессиональной компетенции врача, однако не менее важная роль медсестры заключается в точном контроле

ле объема и характера потребляемого ребенком рациона, а главное — в обеспечении качественного ухода, при котором питание и различные виды нутритивной поддержки больного доводятся до максимально полного исполнения. Только производя систематические расчеты, можно адекватно обеспечить инкурабельного ребенка необходимым количеством и качеством пищи. Однако любые рациональные расчеты должны дополняться адекватным сестринским мониторингом, что обеспечивает эффективность клинического питания в целом.

2. Для детей раннего возраста существуют общепринятые стандарты и алгоритмы вскармливания (Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2008). В большинстве паллиативных ситуаций эти клинические рекомендации могут применяться без существенных видоизменений, с применением тех питательных смесей и блюд прикорма, которые в них указаны. Однако даже у детей старше 3 лет перечень рекомендуемых блюд, их кулинарная обработка, объем и кратность приема пищи продолжают существенно отличаться от таковых у взрослых. В целом питание детей является гораздо более стандартизированной технологией, чем питание взрослых, что требует дополнительной подготовки и обучения медицинского персонала.
3. Среди детей, нуждающихся в паллиативной помощи, значительна доля инвалидов с наследственными заболеваниями, получающих особую пожизненную диету (муковисцидоз, галактоземия), а также детей-инвалидов на длительном зондовом питании (тяжелая неврологическая патология, инкурабельные пороки развития ЖКТ после паллиативного хирургического вмешательства).
4. Навыки самостоятельности и пищевое поведение у детей, в отличие от взрослых, только формируются. Дети гораздо более зависимы от помощи персонала при кормлении, чем взрослые, и менее способны осознанно переносить пищевые ограничения и неудобства, связанные с кормлением. Поэтому наряду с непосредственным обеспечением пищевых потребностей, необходимо уделять внимание выработке у ребенка-инвалида необходимых пищевых навыков, каким бы серьезным ни был прогноз его заболевания и жизни, а также поощрять самостоятельность в еде. Данная задача реализуется при повседневном участии матери, однако роль медицинской сестры лечебного учреждения (Дома ребенка, интерната, детской больницы, хосписа) в ее решении может оказаться не менее существенной.

II. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОРМЛЕНИЯ

В большинстве случаев необходимо не только организовать и правильно провести кормление ребенка, но и обучить его максимально использовать свои ограниченные возможности и пользоваться специальными приспособлениями для независимого и самостоятельного питания.

Перед кормлением больному ребенку необходимо придать правильное положение, что во многом определяется его возрастом и нервно-психическим статусом. Для детей старше года следует пользоваться обычной системой предпочтений, принятой у взрослых: лучше всего есть за столом (1), если нет такой возможности – то в положении сидя на кровати (2) с опущенными к полу ногами, затем – сидя с ногами в кровати (3), у которой поднят головной конец и/или подушки, и наконец, – самый нежелательный вариант – лежа с приподнятой головой (4), что используется у самых тяжелых пациентов. Детей первых месяцев жизни, еще не способных самостоятельно удерживать голову и сидеть, перед кормлением при возможности следует взять на руки (5), что снижает количество возможных осложнений и гигиенических проблем (аспирация, метеоризм, попадание пищи на лейкопластырные наклейки и одежду), а также оптимизирует психоэмоциональные аспекты кормления, столь важные для младенцев. К сожалению, кормление грудного ребенка в положении на руках взрослого затрудняется при использовании интенсивных лечебных технологий (содержание в кювезе, непрерывная инфузионная терапия, ИВЛ, иммобилизация). Прикроватные и накроватные портативные столики облегчают кормление старших детей. Перед началом кормления больного ребенка следует убедиться в полноценности его жевания и глотания, что не всегда ясно изначально. Повторное поперхивание при еде – потенциально опасная симптоматика, о которой мать или медицинская сестра должна сообщать врачу, прекратив кормление. Для большинства тяжелобольных детей прием пищи является существенной физической нагрузкой, от которой они утомляются. Поэтому, как правило, кормление требует умеренного темпа с промежутками отдыха, что не всегда просто обеспечить при высокой функциональной загруженности медицинской сестры. Однако ее спешка и нервозность при кормлении ребенка неизбежно снижают эффективность процедуры. Весьма сомнительны рекомендации к использованию отвлекающих факторов (телевизор, видео, настольные игры) в момент кормления ребенка, так как это не физиологично и требует особого внимания и

трудозатрат персонала. Поскольку тяжелобольным детям трудно самостоятельно собрать из тарелки самые последние порции пищи, можно попытаться класть им больше еды, чем необходимо. С другой стороны, многие дети уже приучены родителями не оставлять пищу в тарелке – и вид недоеденного блюда может восприниматься самим ребенком как досадная неудача. Перед едой обязательно нужно вымыть руки ребенку, находящемуся на постельном режиме, и обеспечить поблизости достаточное количество салфеток (бумажных, влажных или тканевых нагрудных). Если кормление проводится в больничной палате, важно организовать его так, чтобы оно не сочеталось с медицинскими процедурами и манипуляциями у соседей по палате, а также у самого ребенка. Немало ценных замечаний по кормлению тяжелобольных пациентов можно найти в «Записках об уходе» выдающейся английской медсестры Флоренс Найтингейл (1820–1910). В частности, она подчеркивает, что «больной может почувствовать полное отвращение к пище, если блюдо, к которому он не прикоснулся, не убрать с его стола в надежде на то, что он все-таки примется за него попозже. Кушанье должно быть подано вовремя и убрано вовремя, безразлично, съедено ли оно или осталось нетронутым. Крайне вреден обычай всегда ставить что-нибудь у постели на случай, если бы больному вздумалось поесть: это – вернейший способ окончательно лишить его аппетита». Также важно, по ее мнению, «не говорить о еде в присутствии больного – это правило не имеет исключения... Вид кушаний и людей, занятых едой, отнимает у больного аппетит, причем он сам в большинстве случаев и не сознает этого».

При возможности подобрать особую посуду, облегчающую прием пищи, следует поощрять к этому родителей (поильники с носиком, кружки с двумя большими ручками, чашки-«непроливайки» со съёмной крышкой, тарелки с бортиками разной высоты спереди и сзади, детские вилки и ложки подходящего размера с особо толстыми пластиковыми нескользящими ручками либо ручками, изогнутыми под углом для удобства кормления). Не допускаются никакие упреки в неопрятности ребенка при кормлении, напротив – необходимо стимулировать активность и самостоятельность ребенка в еде, для чего иногда допускается еда твердой пищи руками. Адаптация к меняющимся двигательным навыкам ребенка требует большого внимания со стороны медсестры, поскольку эти навыки в первые два года жизни развиваются очень динамично, и даже у тяжелобольного малыша нельзя их тормозить. С возрастом ребенку требуется все меньше времени для того, чтобы съесть что-нибудь твердое и вязкое (котлетка, густая кашка), но это не относится к более жидким пюре или супам, которые малышу труднее донести до рта. Способность ребенка держать ложку,

обращаться с чашкой или захватывать рукой кусок твердой пищи также улучшается с возрастом. Нужен большой такт и чувство меры, чтобы найти оптимальное соотношение между «первобытными приемами» и «цивилизованными требованиями» к тому, что происходит во время еды малыша. Например, дети стараются быть самостоятельными и могут съесть побольше, если разрешать им пользоваться пальцами для того, чтобы брать еду. Однако превращать это занятие в бесцельную игру с пищей нельзя ни в коем случае.

По мнению Ф. Найтингейл, «охотнее всего больные едят, когда их никто не беспокоит. Если сиделка сама дает пищу больному, она не должна позволять ему разговаривать в это время и сама не должна много говорить, а меньше всего — о еде». Однако последнее замечание в большей степени относится к взрослым, чем к детям. Следует подчеркнуть, что для детей раннего возраста особенно важно чуткое реагирование взрослого при их кормлении. В прежние годы врачи рекомендовали если не спартанскую, то довольно-таки сдержанную манеру кормления двух-, трехлетнего ребенка, основанную прежде всего на строгости гигиенических требований и точности выполнения меню. Сегодня педиатры, педагоги и даже эксперты ВОЗ по вопросам питания более склонны к тому, что детей можно поощрять, уговаривать, предлагать добавку, разговаривать с ними за едой и следить за тем, сколько они съели. Количество еды, съеденной ребенком, зависит от активного одобрения взрослого человека не меньше, чем от исходного объема и качества порций. Если медицинская сестра умеет поощрять ребенка во время еды, это так же важно, как и врачебные знания о том, чем его нужно кормить. При чутком деликатном поощрении во время еды дети съедают больше, чем в ситуациях, когда на время кормления они предоставлены сами себе.

После кормления важно вытереть лицо, руки ребенка, при необходимости переменить одежду либо постельное белье, убрать посуду и навести порядок на столике и в кровати. Если еда вызывала отвращение ребенка, а кормление прошло на негативном эмоциональном фоне либо завершилось рвотой, необходимо проветрить помещение и убрать остатки пищи как можно быстрее. Следует заранее продумать положение больного ребенка в постели после кормления и время, в течение которого это положение нужно сохранять (профилактика аспирации).

III. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ НА ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

В некоторых паллиативных клинических ситуациях кормить ребенка обычным путем оказывается невозможным или даже строго противопоказанным. В таких случаях принято переходить на так называемое клиническое питание, энтеральное или парентеральное. Показания к парентеральному питанию у детей весьма ограничены и относятся, как правило, к практике отделений реанимации и интенсивной терапии. Гораздо чаще у детей используется более физиологичное, безопасное и менее затратное энтеральное питание.

Энтеральное питание — введение специализированных смесей перорально или через зонд в различные отделы ЖКТ.

Пути введения энтерального питания:

- орально (метод сипинга, то есть дробного питья смеси малыми порциями);
- внутривнутрижелудочно — назогастральный зонд, гастростома;
- внутрикишечно (в тощую кишку, jejunum) — назоюнональный зонд, гастроюнональный зонд, юнональный зонд. Данный метод применяется у детей редко и в основном в хирургической и реанимационной практике.

Принято считать, что идеальным кандидатом для энтерального питания является ребенок с функционирующим ЖКТ, *который либо не хочет, либо не может, либо не должен обычно питаться, или истощен, или имеет риск истощения.*

Примером ситуации, когда ребенок попросту *не хочет* есть обычным путем, является анорексия (полное отсутствие аппетита). Она часто отмечается у больных в терминальной стадии хронических заболеваний и особенно часто в комплексе с кахексией (крайним истощением) — у детей с онкологическими заболеваниями.

К ситуациям, когда ребенок *не может* питаться обычным путем без энтерального питания, относятся: некоторые пороки развития ЖКТ, дисфагия (нарушение глотания) при патологии ЦНС. *Не должен* получать обычное питание ребенок, страдающий такими неизлечимыми генетически обусловленными заболеваниями, как фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз, целиакия. Ребенок оказывается *истощен* при десятках неизлечимых хронических заболеваний и *имеет высокий риск истощения* перед операциями, курсами химиотерапии, после обширных травм. Приведенный перечень клинических ситуаций объясняет, насколько ши-

роко может и должно применяться энтеральное питание в паллиативной педиатрии.

Преимущества энтерального питания перед обычной диетой заключаются в том, что врачу точно известен состав и питательная ценность рациона, который обладает такими важными характеристиками, как сбалансированность, строгое соответствие возрастным потребностям и заданность свойств (например, отсутствие лактозы, сахарозы, глютена, когда это нужно больному). Невозможно корректно обеспечить все данные расчетные характеристики при назначении питания по стандартной диете.

Основные принципы назначения энтеральных смесей заключаются в том, что детям с сохранной функцией пищеварения назначаются смеси на основе цельного белка – «стандартные смеси» (Ресурс оптимум, Клинутрен Юниор, Изосурс стандарт, Нутризон, Нутрини, Инфантрини, Педиашур и др.), а детям с нарушением процесса пищеварения – так называемые «полуэлементные диеты» (Пептамен, Пептамен Юниор, Пептамен энтерал, Алфаре, Нутризон эдванст пептисорб и др.), содержащие питательные вещества в виде полученных после специальной технологической обработки (ферментативного гидролиза белков) гидролизатов и мономеров. Полуэлементные смеси легче всасываются и быстрее усваиваются, что позволяет успешно добиваться коррекции нутритивной недостаточности.

IV. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

1. Техника и процедура введения назогастрального зонда

Оснащение для введения назогастрального зонда:

- назогастральный зонд;
- пробка;
- зажимы;
- язычные шпатели;
- шприц Жане;
- фонендоскоп;
- лейкопластырь;
- перчатки;
- вазелиновое масло;
- фартук влагонепроницаемый;
- водостойкий маркер (шариковая ручка);
- контейнер для дезинфекции.

Подготовка к процедуре введения назогастрального зонда

При наличии матери, осуществляющей уход, необходимо объяснить ей (а если ребенок в сознании и старше 3–4 лет, то также и ему) цель и ход предстоящей процедуры, особенности поведения ребенка во время постановки зонда. Затем следует вымыть руки с мылом или антисептиком и осушить их, надеть поверх медицинского халата непромокаемый фартук (у больного возможна рвота) и медицинские перчатки.

Выполнение процедуры

1. Определить глубину введения зонда. Для этого наконечник зонда совместить с мочкой уха ребенка, затем протянуть его до кончика носа и далее к мечевидному отростку грудины. Нанести на зонд метку, до которой его следует вводить.
2. Ввести зонд в нос изогнутым концом вниз, предварительно смазав зонд вазелиновым маслом на длину 12–15 см. Направление введения зонда – вниз и назад (после носа – в носоглотку, глотку, пищевод, желудок). Если появились признаки нарушения дыхания, цианоз или кашель, немедленно извлечь зонд обратно (возможно, он коснулся входа в трахею).
3. Продвигать зонд в желудок медленно, постепенно до соответствующей метки. При этом попросить больного немного наклонить голову

вперед и делать глотательные движения по мере продвижения зонда (если пациент в сознании). У детей раннего возраста трудно добиться согласованных с медперсоналом действий. В этих случаях медицинской сестре следует продвигать зонд глубже именно тогда, когда маленький ребенок самостоятельно делает глотательные движения, до того момента, когда отметка на зонде достигнет края ноздри, через которую он введен.

4. Проверить правильное положение зонда в ротовой полости, шпателем открыв больному рот.
5. Проконтролировать местонахождение зонда в желудке. Для этого подсоединить шприц Жане с 20 см³ воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно аускультуруя звуки в желудке при помощи фонендоскопа (должны быть слышны булькающие звуки).
6. Закрепить зонд. Для этого пережать зажимом дистальный конец зонда, закрепив его лейкопластырем за ушной раковиной, затем закрыть зонд пробкой, снять зажим.

Завершение процедуры

Необходимо сбросить использованный материал и снятые перчатки в контейнер для дезинфекции. Затем следует вымыть руки с мылом или антисептиком и сделать соответствующую запись о выполнении процедуры в медицинской документации.

2. Уход за назогастральным зондом

Медсестра должна регулярно осуществлять уход за назогастральным зондом (проверка места расположения зонда в полости рта, контроль нахождения зонда в желудке, промывание зонда), а также осуществлять уход за полостью рта и носа у пациента с установленным назогастральным зондом.

Оснащение процедуры ухода за зондом:

- шприц Жане;
- фонендоскоп;
- вазелиновое масло;
- емкость с физиологическим раствором;
- перчатки;
- перевязочный материал;
- антисептический раствор;
- лейкопластырь;
- контейнер для дезинфекции.

Подготовка к процедуре ухода за назогастральным зондом

Объясните матери (и ребенку, если он старше 2–3 лет и находится в сознании) цель и ход предстоящей процедуры, уточните, не испытывает ли ребенок какой-либо дискомфорт от зонда и определите необходимость изменения положения зонда. Затем необходимо вымыть руки с мылом и антисептическим раствором и осушить их, надеть медицинские перчатки. Тщательно осмотрите место введения зонда на предмет признаков раздражения или давления на слизистую носа. В случае выявления осложнений сообщите об этом врачу.

Выполнение процедуры ухода за назогастральным зондом

1. Проверить место расположения зонда в ротовой полости. Для этого необходимо попросить ребенка открыть рот, чтобы увидеть зонд. Проверить, нет ли перегибов зонда. Обратит внимание на слизистую ротовой полости.
2. Проконтролировать фонендоскопом место нахождения зонда в желудке (см. пункт 5 процедуры введения зонда).
3. Очистить носовые ходы пациента от корочек и жидкого отделяемого марлевой салфеткой, увлажненной физиологическим раствором. Нанести вазелин на область введения зонда. Уход за зондом выполняется каждые 4 часа, с увлажнением полости рта и губ физиологическим раствором. При перемене зонда следует каждый следующий раз вводить его в другую ноздрю, чтобы снизить проявления травматизации и даже пролежней слизистой носа.
4. Промыть зонд несколько раз физиологическим раствором (по 20–30 мл). Для этого к зонду присоединить шприц Жане, наполненный физиологическим раствором, медленно и аккуратно вести раствор в зонд, а затем аккуратно провести аспирацию (отсасывание) жидкости, обращая внимание на ее вид. Повторить промывание и аспирацию желудочного содержимого до чистых промывных вод. Промывку зонда физиологическим раствором выполнять согласно назначениям врача: как правило, после завершения каждого зондового кормления, если врачом не назначено иначе.

Завершение процедуры

Если лейкопластырь отклеился или загрязнен, следует снять его и наклеить новый. Сбросить использованные материалы и перчатки в контейнер для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика и сделать соответствующую запись в медицинской документации.

3. Режимы зондового питания

Этот вид питания назначается пациентам с нормальной функцией ЖКТ при невозможности кормления через рот из-за бессознательного состояния, паралича глотательной мускулатуры, отвращения к пище, психогенных причин отказа от питания.

Существуют 2 режима зондового питания:

- прерывистый (фракционный);
- непрерывный (капельный).

Некоторые авторы выделяют 3 режима введения зондового питания: 1) болюсное; 2) прерывистое и 3) непрерывное. При этом первые два режима очень сходны между собой, но с той разницей, что одно болюсное кормление, как правило, короче, чем одно прерывистое, и никогда не проводится через помпу (шприцевой насос). Болюсный режим питания требует либо шприца, либо воронки.

3.1. Болюсное введение

Определение: при болюсном режиме взрослому пациенту вводят 200–400 мл питательной смеси в течение 20–30 минут несколько раз в день. Введение осуществляется шприцем или самотеком через воронку. У детей объем смеси на одно болюсное кормление зависит от возраста и массы тела и поэтому значительно варьирует, но принцип остается тем же: введение относительно больших объемов пищи в короткое время.

Преимущества:

- пациент не столь ограничен в своей двигательной активности, как при длительном непрерывном капельном введении смеси через зонд. Болюсное введение смеси позволяет больному свободно двигаться в постели в промежутках между кормлениями;
- снижение времени введения питательной смеси;
- нет необходимости в применении шприцевого инфузионного насоса (инфузомата, помпы).

Недостатки:

- повышение частоты диареи, спазмов, тошноты, метеоризма и дискомфорта в брюшной полости по сравнению с другими режимами введения питательных смесей.

3.2. Прерывистое введение

Определение: введение взрослому больному 500 мл и более питательной смеси в течение 30–90 минут 3–5 раз в день либо большего объема смеси в ночное время (ночное кормление) с помощью насоса (помпы) либо само-теком из емкости на штативе.

Преимущества:

- позволяет больному двигаться;
- многократное питание имитирует обычные приемы пищи и поэтому более физиологично.

Недостатки:

- требует полноценного глотательного рефлекса;
- увеличивает риск аспирации, тошноты и рвоты, диареи, спазмов, метеоризма и задержки опорожнения желудка по сравнению с более медленными режимами введения питательной смеси.

3.3. Непрерывное введение

Определение: режим, при котором питательная смесь вводится непрерывно в течение 16–24 часов.

Преимущества:

- повышает переносимость (толерантность) энтерального питания у тяжелобольных пациентов;
- снижает задержку питательной смеси в желудке (остаточный объем смеси);
- уменьшает растяжение желудка;
- снижает риск аспирации;
- снижает риск диареи.

Недостатки:

Необходимость ежедневного подключения больного к системе подачи питания на продолжительное время.

4. Процедура введения зондового питания пациенту

Критерии качественного выполнения процедуры введения питательной смеси через зонд: отсутствие признаков аспирации пищи, регулярная дефекация.

Осложнения: рвота, метеоризм, диарея, аспирация.

При питании пациента через зонд необходимо следить за эвакуацией пищи и моторикой ЖКТ. Каждый час необходимо аускультировать перистальтику во всех отделах живота и каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. Трактовка полученных данных и принятие врачебных решений в зависимости от остаточного объема пищи определяется возрастом пациента и клиническим контекстом ситуации. Например, если остаточный объем пищи в желудке у ребенка старшего возраста превышает 100 мл, то медсестре необходимо сообщить об этом врачу, если остаточный объем менее 100 мл, то обычно рекомендуется ввести пищу вновь и промыть зонд физиологическим раствором (30 мл).

Оснащение для зондового питания:

- шприц Жане;
- воронка;
- фонендоскоп;
- перчатки;
- антисептический раствор;
- лейкопластырь;
- контейнер для дезинфекции;
- зажимы;
- система для внутривенного введения жидкости со штативом;
- емкость с физиологическим раствором;
- полотенце.

Подготовка к процедуре зондового питания

Необходимо проинформировать мать ребенка, если она осуществляет за ним уход, о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления, либо разъяснить основные моменты кормления ребенку в зависимости от его возраста и клинического состояния.

Для питания в прерывистом режиме приготовить смесь, подогрев ее до $30-35^{\circ}\text{C}$ и поставить на прикроватный столик. Для питания в непрерывном режиме приготовить емкость с раствором и разместить ее на столике. Затем следует помочь пациенту занять высокое положение, для чего поднять головной конец кровати и поправить подушки.

Выполнение процедуры зондового питания

1. Проконтролировать место нахождения зонда в желудке фонендоскопом.
2. Проконтролировать остаточное содержимое желудка. Присоединить шприц Жане к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое

желудка. Оценить характер содержимого. При появлении признаков нарушенной эвакуации желудочного содержимого (большой остаточный объем жидкости) или кровотечения – прекратить процедуру.

3. Питание в прерывистом режиме. Соединить шприц Жане с питательной смесью (или воронку) со свободным концом зонда. Ввести активно медленно (или пассивно с помощью воронки) питательную смесь в желудок порциями по 20–30 мл с интервалами по 1–3 минуты. После введения каждой порции пережимать зажимом дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению.
4. Питание в непрерывном режиме. Заполнить систему питательным раствором, соединить зонд с системой для кормления и открыть зонд, отрегулировав скорость вливания. Контролировать скорость введения раствора каждый час с помощью дозатора.
5. Промыть зонд физиологическим раствором (30 мл) после окончательного кормления и закрыть пробкой свободный конец зонда, закрепив его лейкопластырем.

Завершение процедуры

Как описано выше в процедуре ухода за зондом.

V. ВЫБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ

1. Виды питательных смесей

Существует несколько видов адаптированных молочных смесей для детей первого года жизни (рис. 1):

- для детей первых 5-6 месяцев жизни — «начальные», или «стартовые», смеси;
- для детей второго полугодия жизни — «последующие» смеси;
- смеси от «0 до 12 месяцев» могут применяться на протяжении всего первого года жизни ребенка.

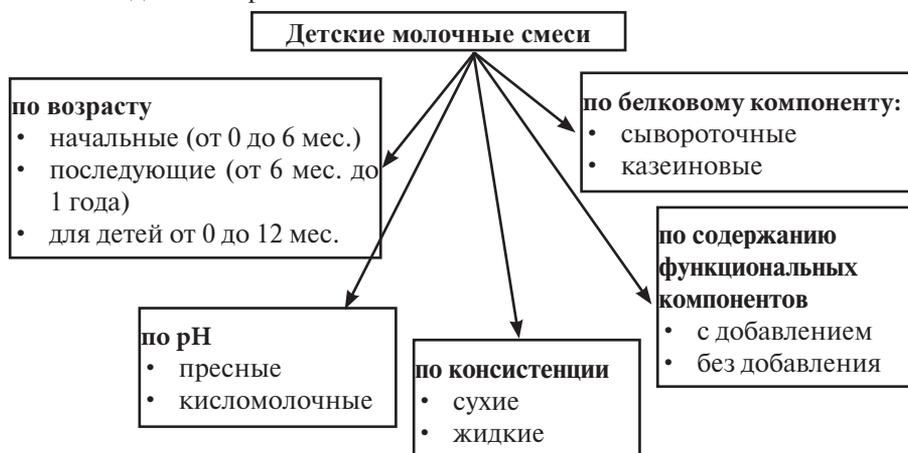


Рис. 1. Характеристика современных адаптированных молочных смесей (Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2008)

Выбор смеси для вскармливания ребенка первого года жизни на паллиативной терапии полностью относится к компетенции врача-педиатра.

При выборе смеси учитываются следующие факторы:

- степень адаптированности смеси, то есть приближенности ее состава к грудному женскому молоку. Чем меньше возраст ребенка, тем в боль-

шей степени он нуждается в максимально адаптированных смесях. Это «стартовые» или «начальные» смеси, предназначенные для детей от 0 до 5–6 месяцев жизни. В первом полугодии жизни можно использовать смеси «от 0 до 12 мес.», а с 5–6 мес. назначаются «последующие» формулы;

- функциональное состояние желудочно-кишечного тракта (при нарушении процессов кишечного всасывания возможно назначение лечебных специализированных смесей для энтерального питания);
- индивидуальная переносимость смеси. В реальной педиатрической практике первоначальный выбор смеси затем обязательно корректируется в зависимости от того, как ребенок переносит назначенную смесь (возможны срыгивания, рвота, сыпь, отказ от пищи, метеоризм) и как он выбирает смесь по своему вкусу.

Специализированные смеси для энтерального питания подразделяются на:

- стандартные (полимерные, на основе цельного молочного белка или соевого протеина) – Ресурс Оптимум, Клинутрен Юниор, Изосурс стандарт, Ресурс 2,0 Файбер, Нутризон стандарт, Нутридринк;
- полуэлементные (на основе гидролизатов белка) – Алфаре, Пептамен, Пептамен Юниор, Пептамен энтерал;
- специального назначения (иммуномодулирующие, метаболически ориентированные) – Модулен IBD, Импакт орал, Импакт энтерал.

Особое внимание следует обращать на возрастные ограничения в применении смесей для энтерального питания, так как большинство из них применяются для детей старше 1 года жизни. Кроме того, смеси для энтерального питания с практической точки зрения подразделяются в соответствии с их консистенцией на:

- *сухие* (их большинство: Ресурс оптимум для детей старше 7 лет, «Клинутрен Юниор» – для детей от 1 года до 10 лет, «Алфаре» – с первого месяца жизни, «Пептамен» – для детей старше 10 лет, «Пептамен Юниор» – для детей от 1 года до 10 лет, «Нутризон» – для детей старше 1 года и др.);
- *жидкие* («Импакт орал» – с 3-летнего возраста, «Импакт энтерал» – с 3-летнего возраста, «Пептамен энтерал» – для детей старше 1 года, «Нутризон стандарт» – для детей старше 1 года, «Нутридринк» – для детей старше 3 лет, «Нутрини» – для детей от 1 года до 6 лет, «Педиашур» – детям в возрасте от 1 года до 10 лет, «Инфантрини» – детям от 0 до 1 года и др.).

Способ приготовления, а также использования сухих и жидких смесей несколько различается.

2. Техника разведения сухой питательной смеси

Оснащение:

- банка с сухой смесью для энтерального питания (в данной форме выпускается большинство смесей для энтерального клинического питания: «Ресурс оптимум», «Клинутрен Юниор», «Пептамен», «Пептамен Юниор», «Нутризон» и др.);
- чистая питьевая вода (бутилированная или предварительно кипяченая и охлажденная);
- чистая посуда или емкость для приготовления смесей (желательно – градуированная);
- мерная ложка из упаковки с питанием;
- чистая ложка для перемешивания смеси;
- емкость для кормления (если питание разводится непосредственно перед кормлением) либо емкость для хранения (если питание разводится заранее).

Выполнение процедуры:

1. Вымойте руки.
2. Используя таблицу дозирования (см. на банке), определите необходимое количество воды и сухой смеси.
3. Отмерьте рассчитанное количество воды и налейте в чистую посуду или емкость (удобнее, если она проградуирована в миллилитрах).
4. Отмерьте рассчитанное количество сухой смеси, используя для этого мерную ложку, прилагаемую к банке с питанием.
5. Добавьте сухую смесь в воду и тщательно перемешайте другой ложкой до получения однородной жидкости без комочков.
6. Готовую смесь либо используйте немедленно, либо храните в холодильнике, но не более 24 часов (это менее желательный вариант, чем приготовление смеси непосредственно перед кормлением).
7. Если выбран вариант с немедленным введением смеси, то откройте крышку емкости для кормления, не касаясь внутренней стороны крышки. Налейте готовую смесь в емкость для кормления и введите питание немедленно тем способом, который назначен врачом. Емкость для непрерывного капельного кормления через назогастральный зонд может быть подвешена на штативе при комнатной температуре на срок не более 4 часов. Прежде чем заполнить емкость

новой порцией питания, вымойте и затем ополосните ее чистой (не водопроводной) водой.

8. Если выбран вариант с хранением смеси в холодильнике, то перелейте разведенную смесь в чистую емкость для хранения, закройте крышкой (пробкой) и наклейте этикетку с указанием фамилии больного, датой и временем приготовления (если энтеральное питание проводится в больничных условиях).
9. Распечатанные банки с сухой смесью следует хранить в сухом прохладном месте. Каждый раз после использования необходимо плотно закрывать крышку. Мерная ложка, к ручке которой уже прикасались, не должна храниться внутри банки с сухим питанием. Используйте содержимое банки в течение 4 недель. Не используйте питание после истечения срока хранения.

3. Техника введения жидких смесей (в банках или пакетах)

Оснащение:

- жидкое питание в готовой упаковке;
- емкость для кормления.

Выполнение процедуры:

1. Вымойте руки.
2. Взболтайте содержимое банки для перемешивания содержимого.
3. Прежде чем открыть банку, ополосните ее крышку с наружной стороны горячей водой. Имеются рекомендации протирать крышку банки спиртом перед тем, как вскрывать ее.
4. Откройте крышку емкости для кормления, не касаясь ее внутренней стороны.
5. Вылейте содержимое банки в емкость для кормления. Наклейте этикетку с указанием фамилии больного, датой и временем приготовления.
6. Введите питание немедленно. Если пациент получает непрерывное капельное введение смеси через назогастральный зонд, то емкость для кормления при комнатной температуре может быть подвешена на срок не более 4 часов. Ополосните емкость чистой, не водопроводной, водой, прежде чем заполнить новой порцией питания.
7. Открытые банки с неиспользованным питанием закройте крышкой, промаркируйте и храните в холодильнике. На этикетке открытой банки следует указать дату и время ее вскрытия. Питание, не использованное в течение 24 часов, следует выбросить.
8. Запечатанные банки храните при комнатной температуре. Не используйте питание после истечения срока хранения.

4. Техника введения готового питания в герметичной упаковке

Оснащение:

- герметичные мешки с готовым стерильным жидким питанием;
- система для введения питательной смеси.

Выполнение процедуры:

1. Вымойте руки.
2. Энергично взболтайте содержимое банки для перемешивания содержимого.
3. Наклейте этикетку на контейнер и систему введения с указанием фамилии больного, датой и временем, когда был подвешен мешок с питательной смесью.
4. Закройте роликовый фиксатор на системе введения.
5. Вновь вымойте руки.
6. Оторвите язычок с области, где расположен порт, или снимите защитный колпачок. Не касайтесь стержневого порта.
7. Соедините стержневой порт мешка с питательной смесью с системой введения, для чего:
 - снимите защитный колпачок со стержневого кончика системы введения и порта мешка;
 - возьмите стержень ниже фланца, не касаясь стержня или внутренней поверхности порта руками или пальцами;
 - введите стержень в порт до предела, проталкивая и вкручивая его. Стержень должен полностью войти в стержневой порт (корректируйте свои действия в соответствии с инструкцией производителя).
8. Повесьте мешок на штатив для введения растворов.
9. Мешок и система введения могут оставаться в таком положении в течение 24–48 часов, в соответствии с указаниями производителя. По истечении отведенного времени мешок, систему введения и неиспользованную питательную смесь следует выбросить.

5. Введение зондового питания

Проверка правильности установки зонда

Наиболее надежным является рентгенологический метод контроля за положением зонда, однако он применим лишь для госпитализированных больных. Менее надежным, но наиболее часто применяемым на практике является метод аускультации брюшной полости после введения воздуха в зонд (см. описание установки назогастрального зонда).

Скорость введения питательных смесей в начале курса

В начале курса энтерального питания смеси можно вводить в необходимой концентрации, но с осторожностью и малыми объемами. Взрослым тяжелобольным пациентам питание сначала вводят в объеме 20–40 мл в час. У больных, находящихся в стабильном состоянии, курс зондового питания начинают с 40–60 и более мл в час. У детей начальная скорость введения энтеральных смесей (мл/час) зависит от многих факторов – веса, роста, возраста, тяжести состояния, вида патологии и подбирается индивидуально лечащим врачом. Постепенно в зависимости от реакции больного увеличивают объем вводимого питания на 10–20 мл в час несколько раз в течение дня до тех пор, пока не будет достигнута расчетная необходимая скорость введения питательной смеси.

Снижение риска аспирации питательной смеси через глотку

Наиболее важным шагом на пути к профилактике аспирации является правильное расположение кончика зонда. Наряду с этим риск аспирации можно снизить путем:

- поднятия головного конца кровати на 30–45° на время кормления. После болюсного (струйного) введения питательной смеси кровать следует оставить в таком положении еще на 30–60 минут;
- использования, по возможности, прерывистого или непрерывного капельного режима введения смеси взамен болюсного (струйного);
- применения еюнального (тонкокишечного) расположения зонда у больных, склонных к аспирации. Данная профилактика возможна в основном для госпитализированных больных.

Контроль содержимого желудка

Наличие желудочного содержимого в верхних его отделах указывает на замедление скорости его опорожнения и повышение риска аспирации питательной смеси. Скорость введения питательной смеси через зонд в желудок следует увеличивать только тогда, когда объем содержимого желудка у взрослого пациента будет составлять менее 150–200 мл. Просвет небольших по диаметру гибких зондов может спадаться при отсасывании шприцем содержимого желудка. Инъекция воздуха в зонд перед отсасыванием желудочного содержимого позволяет сохранить просвет зонда не спавшимся, а открытым.

Время подвески питательной смеси

Подготовленные для введения пациенту питательные смеси могут находиться при комнатной температуре в течение лишь недолгого ограничен-

ного времени, поскольку они подвержены бактериальному загрязнению и могут быть потенциальным источником желудочно-кишечных инфекций. Несмотря на то, что при изготовлении смесей в промышленных условиях обеспечивается их стерильность при расфасовке, все же существует значительный риск их последующего загрязнения микроорганизмами до опасных уровней, после того как упаковка со смесью будет вскрыта, в результате:

- контакта смеси с посторонними предметами (руками персонала, посудой) в ходе ее приготовления и введения;
- длительного хранения при комнатной температуре;
- повторного использования емкостей или систем для введения смесей;
- добавления в смесь нестерильных компонентов — жидкостей для разведения, питательных веществ или лекарств.

Время подвески смеси при комнатной температуре указывается на упаковке производителем. Как правило, питание, приготовленное разведением сухой смеси водой, может находиться в подвеске не более 4 часов, жидкое питание из банок — 8–12 часов, готовое питание в герметичной упаковке — 24–48 часов. Готовое питание в герметичной упаковке имеет ряд преимуществ перед другими формами питательных смесей для зондового питания:

- в герметичный мешок с питательной смесью нет доступа воздуха. Это означает, что при поступлении смеси из мешка в назогастральный зонд воздух в мешок не попадает. В связи с этим резко снижается вероятность загрязнения питательной смеси микробами, находящимися в воздухе;
- питательная смесь, выпускаемая в герметичной упаковке, является стерильной и не подвержена действию микробов из окружающей среды, если присоединение мешка к системе введения производится в точном соответствии с инструкциями. Поэтому мешок со смесью может находиться при комнатной температуре в течение 24–48 часов после подсоединения, что облегчает труд медсестры и уменьшает объем отходов;
- готовое питание в герметичной упаковке выпускается с разным объемом смеси, что позволяет удовлетворить потребности больных в широком диапазоне.

Введение лекарств через назогастральный зонд

1. Каждый раз перед введением лекарства и после него следует промывать назогастральный зонд во избежание его засорения.

2. Следует избегать смешивания лекарства с питательной смесью непосредственно в емкости для кормления. Это может изменить терапевтический эффект лекарства из-за лекарственно-пищевых взаимодействий, а также нарушить однородную жидкую консистенцию питательной смеси (сгустки, осадок) и привести к закупорке просвета зонда.
3. При возможности используйте жидкие лекарственные формы для введения через назогастральный зонд (отдавая предпочтение сиропам, каплям, шипучим растворимым таблеткам, растворимым гранулам).
4. При зондовом применении лекарств в твердой форме их следует тщательно измельчать, поскольку крупные частицы могут перекрыть просвет зондов небольшого диаметра (последние особенно часто используются у детей раннего возраста).
5. Не измельчайте препараты, влияющие на пищеварение (например, ферментные препараты поджелудочной железы), поскольку при измельчении они теряют активность или вызывают расстройство ЖКТ.
6. Не измельчайте препараты, покрытые оболочкой, поскольку освободившееся лекарство может вызвать раздражение слизистой желудка.

VI. ПИТАНИЕ ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ НА ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

1. Вскармливание недоношенных детей

Среди детей, родившихся преждевременно (недоношенных детей), паллиативную медицинскую помощь в основном получают больные с тяжелыми врожденными пороками развития, несовместимыми или мало совместимыми с жизнью. В их числе — дети с неоперабельными врожденными пороками сердца, пороками центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта. Кроме того, дети, родившиеся преждевременно, могут нуждаться в паллиативной помощи после завершения периода новорожденности.

Перевод на паллиативные мероприятия у таких детей является результатом:

1. разнообразных осложнений их врожденной патологии;
2. повреждений, полученных в процессе родов;
3. последующего многоэтапного стационарного выхаживания.

В частности, недоношенные дети могут длительно нуждаться в ИВЛ в результате бронхолегочной дисплазии — заболевания, поражающего паренхиму легких и делающего невозможным эффективный газообмен. В связи с тяжестью состояния таких детей, а также с учетом глубокой незрелости их пищеварительной системы и сопутствующих разнообразных пороков развития, их питание относится к наиболее сложным разделам паллиативной педиатрии.

Глубоко недоношенные новорожденные обычно вскармливается через зонд. Питание через зонд может быть порционным или осуществляться путем длительной инфузии (рис. 2).

При порционном питании в зависимости от его переносимости частота кормлений составляет 7–10 раз в сутки. Учитывая очень маленький объем желудка, глубоко недоношенные дети при данном способе кормления получают недостаточное количество нутриентов, особенно в раннем неонатальном периоде, что диктует необходимость дополнительного парентерального введения питательных веществ.



Рис. 2. Способы и методы вскармливания недоношенных детей в зависимости от массы тела (Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2008).

Длительное зондовое питание проводится с помощью шприцевых инфузионных насосов. Существуют различные схемы проведения длительной инфузии (см. табл.).

Таблица

Схемы проведения длительной зондовой инфузии грудного молока или молочной смеси

(Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2008)

Круглосуточное непрерывное введение с постоянной скоростью	Трехчасовые инфузии с часовыми перерывами	Двухчасовые инфузии с такими же перерывами
Без перерыва	6–9 ч 10–13 ч 14–17 ч 18–21 ч 22–01 ч 5-часовой ночной перерыв	6–8 ч 10–12 ч 14–16 ч 18–20 ч 22–24 ч 6-часовой ночной перерыв

Первоначальная скорость введения молока может составлять 1,5–3 мл/кг в час. Постепенно скорость увеличивается, достигая 7–9 мл/кг в час к 6–7 суткам жизни.

Если тяжесть состояния ребенка не позволяет проводить энтеральное питание, то назначается парентеральное введение питательных веществ. Полное парентеральное питание назначается детям, находящимся в очень тяжелом состоянии, но даже в этих случаях параллельно с парентеральным проводится «трофическое» (минимальное) энтеральное питание. Оно необходимо для предотвращения атрофии слизистой кишечника и застойных явлений в желудочно-кишечном тракте. Минимальное энтеральное питание должно начинаться в первые 12–48 часов после рождения ребенка. Первоначальный объем питания составляет не более 10 мл/кг/сутки и увеличивается постепенно. Предпочтительным является проведение длительной инфузии женского молока с помощью инфузионных насосов, поскольку медленное и продолжительное введение пищи, в отличие от дробного кормления, стимулирует перистальтику кишечника.

Показаниями к назначению искусственного вскармливания недоношенным детям являются лишь полное отсутствие материнского или донорского молока, а также непереносимость женского молока.

В искусственном питании детей, родившихся раньше срока, должны использоваться только специализированные смеси, предназначенные для вскармливания недоношенных детей (Пре-НАН, Пре-Нутрилак, Фрисо-

пре и др.), питательная ценность которых повышена по сравнению со стандартными адаптированными продуктами.

Отмена специализированных продуктов у недоношенных детей на фоне паллиативной терапии и их перевод на стандартные смеси осуществляется постепенно. При недостаточной прибавке в массе глубоко недоношенных детей эти специальные смеси в ограниченном объеме должны применяться в сочетании с обычными смесями для доношенных детей на протяжении нескольких месяцев (до 9-месячного возраста).

2. Питание детей, больных муковисцидозом

Муковисцидоз — системное наследственное заболевание, связанное с нарушением синтеза белка-регулятора трансмембранного тока ионов, при котором поражаются все экзокринные железы организма, а также жизненно важные органы (особенно часто — легкие и ЖКТ).

Основной причиной истощения при муковисцидозе является хроническая панкреатическая недостаточность. Потребность в энергии у детей с муковисцидозом обычно повышена на 20–50 % по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола. Больные муковисцидозом нуждаются также в повышенном количестве белка из-за его потерь вследствие мальабсорбции (нарушенного кишечного всасывания). Панкреатические ферменты (креон, панкреатин) назначаются во время каждого приема пищи. Детям грудного возраста фермент назначают из расчета 2500–3300 ЕД на 120 мл молока (молочной смеси).

Большинство больных муковисцидозом нуждаются в дополнительном введении калия, натрия и хлора (подсаливание пищи).

Дети первых месяцев жизни, больные муковисцидозом, должны получать материнское молоко. При невозможности кормления грудью из-за тяжелого состояния, дети должны получать сцеженное не пастеризованное материнское молоко из бутылочки или через назогастральный зонд.

При смешанном/искусственном вскармливании предпочтительны смеси, имеющие в качестве жирового компонента среднецепочечные триглицериды и растительные жиры в эмульгированной форме, что позволяет улучшить утилизацию жира и снизить дозу ферментов. Этим требованиям отвечают отдельные смеси для недоношенных и маловесных детей (Пре-НАН, Пре-Нутрилак). При гипотрофии II—III степени больным муковисцидозом назначают смеси на основе гидролизатов белка. К ним относятся лечебные питательные смеси на основе высоко гидролизованных молочных белков («Алфаре», «Нутрамиген», «Прегестимил», «Фрисопеп», «Нутрилон Пепти ТСЦ»), а также лечебные смеси на основе умеренно гидролизо-

ванного молочного белка («НАН ГА», «Фрисолак ГА», «Нутрилон ГА»). Ребенок, больной муковисцидозом, должен получать лечебное питание на протяжении всей жизни с учетом индивидуальных особенностей (тяжести заболевания, наличия осложнений, социально-бытовых аспектов).

VII. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Основные дефиниции педиатрической паллиативной помощи

В настоящее время в международной медицинской практике не существует единого общепринятого определения педиатрической паллиативной помощи. Во многом это определяется незавершенностью организационно-методического подхода к проблемам неизлечимо больных детей, а также разнообразием структуры и финансирования различных национальных систем здравоохранения.

Предлагаем вашему вниманию наиболее часто используемые в международных документах определения понятий «педиатрическая паллиативная помощь»:

Согласно определению Американской Академии Педиатрии (American Academy of Pediatrics, 2000), «Паллиативная помощь детям – это модель оказания помощи пациентам и семьям, которые страдают от жизнеугрожающих заболеваний».

Согласно определению Ассоциации паллиативной помощи детям Великобритании (2008) (с 2011 года – “Together for short life”), «Паллиативная помощь детям – это активная всеобъемлющая помощь детям/подросткам с онкологическими и другими угрожающими жизни и приводящими к преждевременной смерти хроническими заболеваниями, целью которой является выявление и удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей больного ребенка и членов его семьи, улучшение качества их жизни с момента выявления заболевания, на всем протяжении болезни до смерти и в период тяжелой утраты».

Согласно определению ВОЗ на декабрь 2012 (www.who.int/cancer/palliative/definition/en/), Паллиативная помощь детям – активная комплексная помощь телу, уму и душе больного ребенка с неизлечимым, ограничивающим срок жизни заболеванием, а также поддержка его семьи. Паллиативная помощь (ПП) направлена на повышение качества жизни пациента. ПП начинается, когда заболевание только диагностировано и продолжается независимо от того, получает ребенок специальную (направленную на излечение) терапию или нет. ПП требует мульти-дисциплинарного подхода.

Ключевыми понятиями паллиативной медицины являются «состояния, ограничивающие продолжительность жизни» и «угрожающие жизни состояния». Приводим их определения (A. Goldman, R. Hain, S. Liben. Palliative Care for Children. Second Edition of Oxford Textbook, 2012):

Состояния, ограничивающие продолжительность жизни (Life-limiting conditions) – заболевания или состояния, при которых нет обоснованной надежды на излечение и которые неизбежно приводят к преждевременной смерти.

Угрожающие жизни состояния (Life-threatening conditions) – заболевания или состояния, при которых куративное лечение может быть как эффективным, так и неэффективным (например, онкология). Ограничивающие срок жизни заболевания могут включать и угрожающие жизни заболевания.

Приложение 2.

Основные группы пациентов, подлежащих педиатрической паллиативной помощи (Европейская Ассоциация Паллиативной Помощи, 2009)

I группа

Жизнеугрожающие состояния или заболевания, для которых куративное лечение возможно, но оно может быть неэффективным.

Примеры подобных заболеваний:

- злокачественные новообразования;
- необратимая недостаточность внутренних органов (сердце, почки, печень).

II группа

Заболевания, при которых длительное интенсивное лечение направлено на продление жизни и позволяет вести нормальную активность, но возможна преждевременная смерть.

Примеры заболеваний данной группы:

- муковисцидоз;
- нейродегенеративные заболевания (болезнь Дюшенна, спинальная мышечная атрофия);
- ВИЧ/СПИД;
- некоторые врожденные пороки сердца;
- глубокая недоношенность.

III группа

Прогрессирующие состояния без возможностей куративного лечения, терапия которых является паллиативной с момента установления диагноза.

Примеры заболеваний данной группы:

- мукополисахаридозы;
- болезнь Баттена.

IV группа

Необратимые, но не прогрессирующие состояния с тяжелой инвалидностью и подверженностью пациента осложнениям.

Примеры таких заболеваний:

- тяжелые формы детского церебрального паралича;
- генетические нарушения;
- недоношенность;
- повреждения головного/спинного мозга.

Приложение 3.

Отличительные черты педиатрической паллиативной помощи

(European Association of Palliative Care, 2009)

1. **Немногочисленность пациентов** (по сравнению с паллиативной помощью взрослому населению);
2. **Широкое разнообразие патологии** (неврологическая, метаболическая, хромосомная, кардиологическая, респираторная, инфекционная, онкологическая, травматологическая, неонатальная и др.) с непредсказуемой продолжительностью болезни; многие заболевания носят семейный характер, некоторые остаются не окончательно верифицированными;
3. **Официальные возрастные ограничения по применению лекарственных средств для детей**, в результате чего многие из медикаментов вынужденно назначаются педиатрами в режиме “off label”;
4. **Факторы возрастного развития**: дети находятся в процессе постоянного физического, эмоционального и когнитивного развития, влияющего на все аспекты паллиативной помощи — от дозирования лекарств до способов коммуникации, обучения и поддержки;
5. **Значительная роль семьи**: родители пациента глубоко вовлечены в процесс принятия решений, связанных с оказанием паллиативной помощи — клинических, этических, социальных;
6. **Педиатрическая паллиативная помощь** — относительно новая ветвь медицины, что обуславливает на данном этапе ее развития недостаточное количество экспертов и специалистов, прошедших специальное обучение по паллиативной помощи;
7. **Высокий уровень эмоциональной вовлеченности**: когда умирает ребенок, членам семьи и персоналу бывает исключительно трудно принять неуспех терапии, необратимость болезни и смерть;
8. **Утрата и горевание**: после смерти ребенка эти процессы у родителей и родственников оказываются чаще всего тяжелыми, пролонгированными и осложненными, что определяет характер длительного профессионального сопровождения родителей после утраты ребенка;
9. **Правовые и этические аспекты паллиативной помощи детям**: как правило, данные аспекты адресуются к родителям или официальным представителям интересов ребенка. Желания самого ребенка и его участие в процессе принятия решений часто не рассматриваются, что может приводить к большим моральным и юридическим сложностям при оказании помощи;

10. Социальные последствия: ребенку и членам его семьи трудно поддерживать свои социальные роли на фоне болезни (школа, работа, материальное обеспечение семьи).

4 группы различий паллиативной помощи детям от паллиативной помощи взрослым (Pain Module Text ICPCN, 2012)

Связанные с детьми

Ребенок по закону не является правомочным; находится в процессе развития; зачастую не может описать словами свои потребности, боль и т.д.; иногда защищает родителей/опекунов в ущерб себе; часто находится в больничном окружении, которое является для него пугающим и чуждым местом.

Связанные с семьей

Роль семьи для ребенка гораздо важнее, чем для взрослого. Семья хочет защитить ребенка, хочет сделать все возможное для спасения ребенка; может столкнуться с проблемами того, как сиблинги реагируют на происходящее; боится, что помощь на дому хуже, чем помощь в стационаре; нуждается в помощи, облегчающей тяжесть ежедневного ухода за неизлечимо больным ребенком; может иметь различный спектр потребностей в период горевания.

Связанные с программами

Многие программы не принимают во внимание особенности детей, так как существует ограниченное количество программ, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям; имеют слабое понимание принципов детской паллиативной помощи; предоставляют специалистов, не имеющих адекватных навыков оказания паллиативной помощи детям; могут иметь недостаточное количество доступной литературы; боятся использовать наркотические анальгетики и считают, что дети не испытывают боль; разработаны самостоятельно без привлечения специалистов в этой области.

Связанные с оказанием ПП

У детей, получающих паллиативную помощь, чаще имеются неонкологические заболевания, онкологические — в 10–20 % случаев. Лекарственные препараты чаще разрабатываются для взрослых и у детей используются в режиме “off label”, отмечается нехватка подходящих форм

и доз лекарственных препаратов у детей. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств у детей отличается от взрослых, понимание детьми смерти и процесса умирания меняется с возрастом; этическая дилемма в том, что по закону дети не правомочны давать разрешение, хотя могут давать согласие; дети обычно боятся быть разьединенными с семьей.

Приложение 4.

ПРИЛОЖЕНИЯ

к Приказу Министра здравоохранения РФ № 330 от 05.08.2003 г. № 330
«О мерах по совершенствованию лечебного питания
в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»
(в редакции Приказов Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005 г. № 624,
от 10.01.2006 г. № 2, от 26.04.2006 г. № 316)

Утверждено

Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 05.08.2003 г. № 330

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности врача-диетолога

1. На должность врача-диетолога назначается врач-специалист, имеющий подготовку по лечебному питанию и сертификат по специальности «диетология».
2. Врач-диетолог отвечает за организацию лечебного питания и адекватное применение его во всех отделениях учреждений здравоохранения.
3. Врач-диетолог руководит медицинскими сестрами диетическими, осуществляет контроль за работой пищеблока.
4. Врач-диетолог обязан:
 - а) консультировать врачей отделений по вопросам организации лечебного питания;
 - б) консультировать больных по вопросам лечебного и рационального питания;
 - в) проводить выборочную проверку историй болезни по соответствию назначаемых диет и этапности диетотерапии;
 - г) проводить анализ эффективности лечебного питания;
 - д) проверять качество продуктов при их поступлении на склад и пищеблок; контролировать правильность хранения запаса продуктов питания;
 - е) осуществлять контроль за правильностью закладки продуктов при приготовлении блюд;
 - ж) готовить документацию по организации лечебного питания:
 - карточки-раскладки;
 - семидневное меню;
 - семидневное сводное меню — летний и зимний вариант;

- з) контролировать правильность ведения документации медицинской сестрой диетической (меню-раскладка, меню-требование и др.);
- и) осуществлять контроль за качеством готовой пищи перед выдачей ее в отделения путем снятия пробы в каждый прием пищи;
- к) совместно с заведующими отделениями определять перечень и количество продуктовых домашних передач у больного, находящегося на лечении в лечебно-профилактическом учреждении;
- л) контролировать своевременность проведения профилактических медицинских осмотров работников пищеблока и буфетных и не допускать к работе лиц, не прошедших профилактических медицинских осмотров, и больных гнойничковыми, кишечными заболеваниями, ангиной;
- м) систематически организовывать повышение уровня квалификации работников пищеблока по вопросам лечебного питания;
- н) проводить активную санитарно-просветительную работу по рациональному и лечебному питанию для всех сотрудников лечебно-профилактического учреждения и больных;
- о) повышать уровень профессиональной квалификации на циклах усовершенствования по диетологии не реже 1 раза в 5 лет.

Утверждено
Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 05.08.2003 г. № 330

ПОЛОЖЕНИЕ
о совете по лечебному питанию
лечебно-профилактических учреждений

1. Совет по лечебному питанию является совещательным органом и создается в лечебно-профилактическом учреждении с количеством коек от 100 и выше.
2. Число членов Совета по лечебному питанию и его персональный состав утверждается приказом главного врача учреждения.
3. В состав Совета по лечебному питанию входят: главный врач (или его заместитель по лечебной работе) – председатель; врач-диетолог – ответственный секретарь, заведующие отделениями – врачи, врачи анестезиолог-реаниматолог, гастроэнтеролог, терапевт, трансфузиолог, хирург (члены бригады нутритивной поддержки), заместитель главного врача по хозяйственной части, медицинские сестры диетические, заведующий производством (или шеф-повар). К работе Совета при необходимости могут привлекаться и другие специалисты лечебно-профилактического учреждения.
4. Задачи Совета по лечебному питанию:
 - а) совершенствование организации лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении;
 - б) внедрение новых технологий профилактического, диетического и энтерального питания;
 - г) утверждение номенклатуры диет, смесей для энтерального питания, биологически активных добавок, подлежащих внедрению в данном учреждении здравоохранения;
 - д) утверждение семидневных меню, картотеки блюд и набора смесей для энтерального питания;
 - ж) усовершенствование системы заказов диетических наборов и смесей для энтерального питания;
 - з) разработка форм и планов повышения квалификации сотрудников по лечебному питанию;
 - и) контроль за организацией лечебного питания и анализ эффективности диетотерапии при различных заболеваниях.
5. Совет по лечебному питанию проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в три месяца.

Утверждено
Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 05.08.2003 г. № 330

ИНСТРУКЦИЯ по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях

Организация лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий. С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в лечебно-профилактических учреждениях вводится новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты № 1–15) объединяются или включаются в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем (таблица 1).

Наряду с основной стандартной диетой и ее вариантами в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с их профилем используются:

- хирургические диеты (0–I; 0–II; 0–III; 0–IV; диета при язвенном кровотечении, диета при стенозе желудка) и др.;
- разгрузочные диеты (чайная, сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др.);
- специальные рационы (диета калиевая, магниевая, зондовая, диеты при инфаркте миокарда, рационы для разгрузочно-диетической терапии, вегетарианская диета и др.).

Индивидуализация химического состава и калорийности стандартных диет осуществляется путем подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания, увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло), контроля продуктовых домашних передач для больных, находящихся на лечении в лечебно-профилактическом учреждении, а также путем использования в лечебном и энтеральном питании биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждом лечебно-профилактическом учреждении устанавливается в соответствии с его профилем

и утверждается на Совете по лечебному питанию. Во всех лечебно-профилактических учреждениях устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на Совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в лечебно-профилактическом учреждении. При формировании стандартных диет для детей и взрослых, получающих санаторно-курортное лечение, используют более дорогие сорта продуктов с учетом суточных норм питания в санаториях и санаториях-профилакториях. При отсутствии полного набора продуктов на пищеблоке, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим при сохранении химического состава и энергетической ценности используемых лечебных рационов.

Контроль правильности проводимой диетотерапии должен осуществляться путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общее руководство диетпитанием в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет главный врач, а в его отсутствие – заместитель по лечебной части.

Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог. В тех случаях, когда должность врача-диетолога в лечебно-профилактическом учреждении отсутствует, ответственным за эту работу является медицинская сестра диетическая.

В подчинении врача-диетолога находятся медицинские сестры диетические и все работники пищеблока, обеспечивающие лечебное питание в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с данным Приказом.

На пищеблоке лечебно-профилактического учреждения контроль за соблюдением технологии приготовления и выходом готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, ст. повар), контроль за качеством готовых диетических блюд – врач-диетолог, медицинская сестра диетическая, дежурный врач, разрешающий выдачу готовой пищи в отделения.

Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении, систематически (не менее 1 раза в квартал) заслушиваются и решаются на заседаниях Совета по лечебному питанию.

Пособие для педиатров и средних медицинских работников

Полевиченко Елена Владимировна
Кумирова Элла Вячеславовна

**Основы организации питания
педиатрических паллиативных пациентов**

Корректор М.И. Шкаровская
Компьютерная верстка В.В. Колесниченко

Подписано в печать 12.02.2014. Формат 90×60 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Гарнитура «Newton». Усл. печ. л. 2,75. Тираж 1000 экз. Заказ №



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Авторы:

Полевиченко Елена Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кумирова Элла Вячеславовна, доктор медицинских наук, директор Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зав. отд. мобильной службы паллиативной помощи детям и молодым взрослым Медицинского центра РООИ «Здоровье человека».