

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

«

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

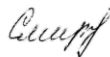
Наименование дисциплины	Паллиативная сестринская помощь
<i>Специальность</i>	<i>34.03.01 – Сестринское дело</i>
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 2	Основы лечебного питания тяжелых больных
---------------	---

Лекционный материал по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель Ознакомить обучающихся с паллиативной сестринской помощью
Учебные вопросы 1. Основы лечебного питания тяжелых больных.
2. Искусственное питание

1. Основы лечебного питания тяжелых больных.

Основные принципы питания, если нет особых назначений, онкологических пациентов таковы:

Суточное потребление энергии и белка для онкологического больного в возрасте от 40 до 60 лет составляет приблизительно 2100 ккал для мужчин и 1800 ккал для женщин; необходимое количество белка 65 г и 58 г соответственно.

Режим питания должен быть дробным (пять и более приемов пищи). Ужин должен быть за 2-3 часа до сна.

Необходимо обязательно включать в ежедневный пищевой рацион разнообразные овощи и фрукты, источники витамина С, Р, бета-каротина и витамина К: белокочанная, цветная, брюссельская капуста, кресс-салат, редька, репа, редис, лук, морковь, петрушка сельдерей, укроп, кориандр, пастернак, свекла, шпинат, томаты, красный перец, баклажаны, картофель, соя, горох, тыква, дыня, цитрусовые (апельсин, мандарин, грейпфрут, лимон,), абрикосы, персики, яблоки, вишня, темный виноград, слива, ягоды (черника, черная и красная смородины, шиповник, облепиха, черноплодная рябина, малина, ежевика, брусника, клюква, земляника), сухофрукты (финики, инжир)

Включать в рацион неочищенные злаки - ограничить прием очищенных (рафинированных) углеводов, злаков.

Ограничить потребление мяса, особенно жирного и подвергнутого переработке (колбасные изделия и т.п.). Но постную говядину, телятину, нежирные сорта свинины и баранины, мясо кролика, кур, индеек обязательно необходимо включить в рацион питания.

Для достаточного потребления белка необходимо включать: бобовые культуры, крупные рыбы из отряда лососевых (лосось, семга, радужная форель, сиг), осетровые (белуга, севрюга). В малобелковых рыбах (макрорус, мойва и др.) около 10-13% белка, в высокобелковых (горбуша, кета, семга, лосось, тунец и ДР-) - 21-22%. Икра осетровых и лососевых рыб, куриные яйца (2-3 в неделю), орехи - грецкие, фундук, миндаль, кешью, кедровые, а также арахис.

В диете не должно быть однообразия, способствующего угнетению аппетита. Отдавать предпочтение сырым растительным продуктам, свежим фруктам и овощам (морковь, свекла, помидоры). Фрукты, и особенно арбузы и дыни лучше есть не менее, чем за полчаса до основных блюд.

Употреблять мед - высококалорийный продукт, содержащий аминокислоты, углеводы, витамины, микроэлементы и ферменты. Мед обладает свойством уменьшать явления интоксикации, повышает сопротивляемость организма. Суточное количество меда не должно превышать 80 г.

Следует отдавать предпочтение растительным маслам. Можно рекомендовать орехи (грецкие, арахис, фундук, кедровые, миндаль), в

которых, помимо жира, составляющего 45 -- 65%, содержатся белки (16 -- 27%), витамины Е и группы В, калий и другие элементы.

Из молочных продуктов должны быть все виды молока, сливочное масло, сыр, сгущенное молоко, простокваша, кефир, йогурт, творог неострые, малосоленые и предпочтительно нежирные сыры.

Хлебные изделия также необходимо употреблять: хлеба и крупяные продукты, таких, как каши, печенье, «соломки», макаронные изделия. Выбирать пищу, которая помогает поддерживать оптимальную массу тела.

Продукты нужно сочетать так, чтобы в суточном рационе присутствовали белковые, фруктово-овощные, молочные и злаковые компоненты.

2. Искусственное питание

Под искусственным питанием понимают введение в организм больного пищи (питательных веществ) энтерально (греч. *entera* – кишки), т.е. через ЖКТ, и парентерально (греч. *para* – рядом, *entera* – кишки) – минуя ЖКТ.

Виды искусственного питания:

I. Энтеральное (через ЖКТ):

- а) через назогастральный зонд (НГЗ);
- б) с помощью желудочного зонда введенного через рот; в) через гастростому;
- г) ректальное (с помощью питательных клизм).

II. Парентеральное (минуя ЖКТ):

- а) с помощью инъекций; б) с помощью инфузий

При помощи зонда и воронки

Когда естественным путём кормить пациента невозможно, пищу вводят в желудок или кишечник через зонд или стому, или с помощью клизмы. Когда и такое введение не возможно, тогда вводят питательные вещества и воду (солевые растворы) парентерально. Показания к искусственному питанию и его способы выбирает врач. Медсестра должна хорошо владеть методикой кормления пациента через зонд. К введенному зонду подсоединяется воронка или система для капельного введения питательных растворов, или шприц Жанэ и с помощью этих приборов кормят пациента.

Алгоритмы введения зонда и искусственного питания через зонд см. в алгоритмах.

Парентеральное питание

Инъекция – введение питательных веществ в мягкие и жидкие ткани.

Инфузия – вливание больших количеств жидкостей внутривенно.

При искусственном питании пациента суточная калорийность пищи составляет около 2000 ккал, соотношение белков – жиров – углеводов:

1: 1: 4. Воду пациент получает в виде водно-солевых растворов в среднем 2 литра в сутки.

Витамины добавляют к питательным смесям или вводят парентерально. Через зонд или гастростому можно вводить только жидкую пищу: бульоны, молоко, сливки, сырые яйца, растопленное масло, слизистый или протёртый суп, жидкий кисель, фруктовые и овощные соки, чай, кофе, или специально приготовленные смеси.

Парентеральное питание – особый вид заместительной терапии, при которой питательные вещества для восполнения энергетических и пластических затрат и поддержания нормального уровня обменных процессов, вводят минуя пищеварительный тракт.

Виды парентерального питания:

1. Полное парентеральное питание - питательные вещества вводятся только парентерально (минуя желудочно-кишечный тракт).

2. Частичное парентеральное питание – питательные вещества вводят парентерально и энтерально.

Полное парентеральное питание проводят, когда введение питательных веществ через пищеварительный тракт невозможно или неэффективно. При некоторых операциях на органах брюшной полости, тяжелых поражениях слизистой пищеварительного тракта.

Частичное парентеральное питание применяют, когда введение питательных веществ через пищеварительный тракт возможно, но мало эффективно. При обширных ожогах, эмпиеме плевры и других гнойных заболеваниях, связанных с большими потерями гноя (следовательно, жидкости).

Адекватность парентерального питания определяется азотным балансом

Для удовлетворения пластических процессов применяют белковые препараты: гидролизат казеина; гидролизин; фибриносол; сбалансированные синтетические аминокислотные смеси: аминозол, полиамин, альвезин новый, левамин.

В качестве источников энергии используют высококонцентрированные углеводные растворы: (5% - 50% растворы глюкозы, фруктозы), спирт (этиловый), жировые эмульсии: интралипид, липофундин, инфузолинол.

Введение белковых препаратов без удовлетворения энергетических потребностей неэффективно, так как большая их часть будет расходована на покрытие энергетических затрат, а только меньшая - на пластические. Поэтому белковые препараты вводят одновременно с углеводами.

Использование донорской крови и плазмы в качестве питания не эффективно т. к. белки плазмы утилизируются организмом пациента через 16 – 26 дней, а гемоглобин – через 30 – 120 дней.

Но в качестве заместительной терапии при анемии, гипопроteinемии и гипоальбуминемии они не заменимы (эритроцитарная масса, все виды плазмы, альбумин).

Парентеральное питание будет эффективнее, если его дополнять введением анаболических гормонов (неробол, ретаболил).

Средства для парентерального питания вводят капельно внутривенно. Перед введением их подогревают на водяной бане до температуры 37°- 38°.

Необходимо строго соблюдать скорость введения препаратов: гидролизин, гидролизат казеина, фибриносол - в первые 30

мин вводят со скоростью 10 - 20 капель в минуту, а затем, при хорошей переносимости скорость введения увеличивают до 40 – 60 (профилактика аллергических реакций и анафилактического шока).

Полиамин в первые 30 минут вводят со скоростью 10-20 капель в минуту, а затем – 25 – 35 капель в мин. Более быстрое введение препарата нецелесообразно, так как избыток аминокислот не успевает усваиваться и выводится с мочой. При более быстром введении белковых препаратов у пациента могут возникнуть ощущения жара, гиперемия лица, затруднение дыхания.

Липофундин S (10% раствор) и другие жировые эмульсии вводят в первые 10 – 15 минут со скоростью 15 – 20 капель в минуту, а затем постепенно (в течение 30мин) увеличивают скорость введения до 60 капель в минуту. Введение 500 мл препарата должно длиться примерно 3 – 5 часов.

Углеводы перед введением также подогревают и вводят со скоростью 50 капель в минуту. При введении углеводов очень важно одновременно вводить инсулин на каждые 4г глюкозы – 1 Е.Д. инсулина для профилактики гипергликемической комы.

Витамины вводятся в/в (внутривенно), п/к (подкожно), и в/м (внутримышечно).

Запомните! Вводить все компоненты для парентерального питания следует одномоментно!

Проблемы пациента при парентеральном питании: гипергликемическая кома, гипогликемическая кома, аллергические реакции, анафилактический шок, пирогенные реакции.

Заключение

Организация сестринской паллиативной помощи требует развития, которое должно выразиться в подготовке квалифицированных медицинских кадров, определении штатных нормативов среднего медицинского персонала для системы паллиативной помощи, разработке и утверждении стандартов деятельности специалистов при ведении инкурабельных пациентов, разработке и внедрению в работу системы контроля качества сестринской паллиативной помощи.