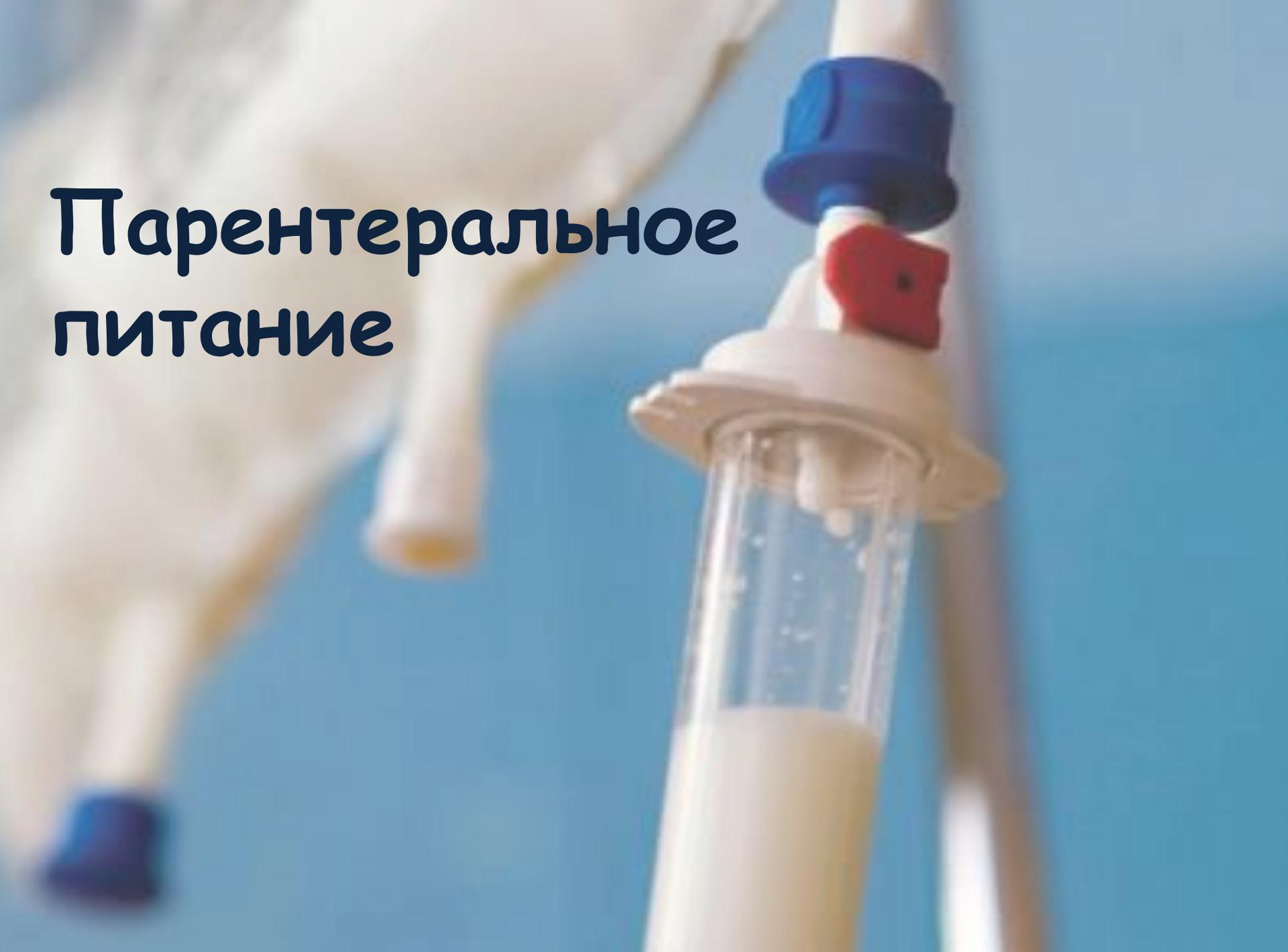


Парентеральное питание



Нутриционная поддержка (=искусствен.питание)

- диагностич. + лечебн. мероприятия
- цель: выявить/скорректировать нарушения нутриционного статуса организма
- обеспечить организм нутриентами с пом. методов, отличных от обычного приема пищи

Искусственное питание =
парентеральное + энтеральное



-используются для нутриционной поддержки хирургических, онко-, нефро-, гастроэнтерологических и гериатрических контингентов больных.

Принципы нутриционной поддержки

1. Своевременность

«проще предупредить, чем лечить»
начинать как можно раньше, ДО развития каких-л.
нутриц.нарушений

2. Оптимальность

-питание проводить до стабилизации показателей
нутриц. статуса и восстановления возможности
адекватного питания естественным путем

3. Адекватность.

-питание сбалансированно по составу пит. веществ
отвечает потребностям больного в них.

Нутриционная поддержка

-полная (все искусственным путем)

-частичная (часть нутриентов вводится энтеральным/парентеральным путем + часть перорально)

Показания

когда потребность в нутриентах нельзя обеспечить естествен. путем

- из-за нарушений структуры и ф. ЖКТ, не дающих пациенту питаться адекватно
 - пациенты не хотят питаться (анорексия, тошнота, рвота)
 - не могут (повреждения пищевода и тд)
 - не должны (панкреатит, кровотечения)
- из-за метаболич. проблем — выраженный гиперметаболизм и катаболизм, высокая потеря нутриентов (инфекции)



7

правило «7 дней или снижение массы тела на 7%»

-искусственное питание необходимо проводить случаях:

- 1) 7 дней и более пациент не может питаться естественным путем
- 2) пациент потерял более 7% от рекомендуемой массы тела

Парентеральное питание

-способ введения необходимых организму нутриентов, исключая ЖКТ!

вводить непосредственно во внутренние среды организма (чаще кровяное русло)

- 1) Полное (все нутриенты поступают только внутривенно)
- 2) Дополнительное (в сочетании с зондовым или пероральным)
- 3) Смешанное (энтеральное+парентеральное, в соотн. 1:1)

Основные задачи

- восстановление и поддержание водно-электролитного и кислотно основного равновесия;
- обеспечение организма Е и пластическими субстратами;
- обеспечение организма всеми необходимыми витаминами, макро и микроэлементами.

Две основные концепции ПП

«Американская концепция»

-раздельное введение растворы углеводов с электролитами + источники азота.

«Европейская концепция»

-раздельное введение пластических, углеводных и жировых субстратов.

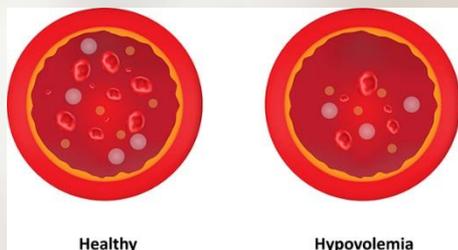
Как ее вариант - концепция «три в одном» все необходимые компоненты питания (амк-ты, моносахариды, жировые эмульсии, электролиты и витамины) смешиваются перед введением в едином контейнере в асептических условиях.

Если невозможно смешивание -> инфузия пластических и энергетических субстратов должна проводиться параллельно (желательно через V образный переходник).



Противопоказания к проведению ПП

- период шока, гиповолемии, электролитных нарушений



- возможность адекватного энтерального и перорального питания;
- аллергические реакции на компоненты парентерального питания



- отказ больного (или его попечителя)
- случаи, в которых ПП не может улучшить прогноз заболевания.



Обеспечение парентерального питания

-удобный и безопасный доступ!!

Сейчас используются следующие варианты доступов:

—чз периферическую вену (с помощью канюли или катетера)

применяется 1)при инициализации ПП в сроки до 1 сут

2)при дополнит. ПП, мало значимым по сравнению с
ОСНОВНЫМ

—чз центральную вену

- с пом. временных центральных катетеров
- с пом. постоянных центральных катетеров

—в альтернативные сосудистые доступы и внесосудистые доступы (напр.: перитонеальная полость).



Центральные вены:

-чаще v. subclavia

-реже

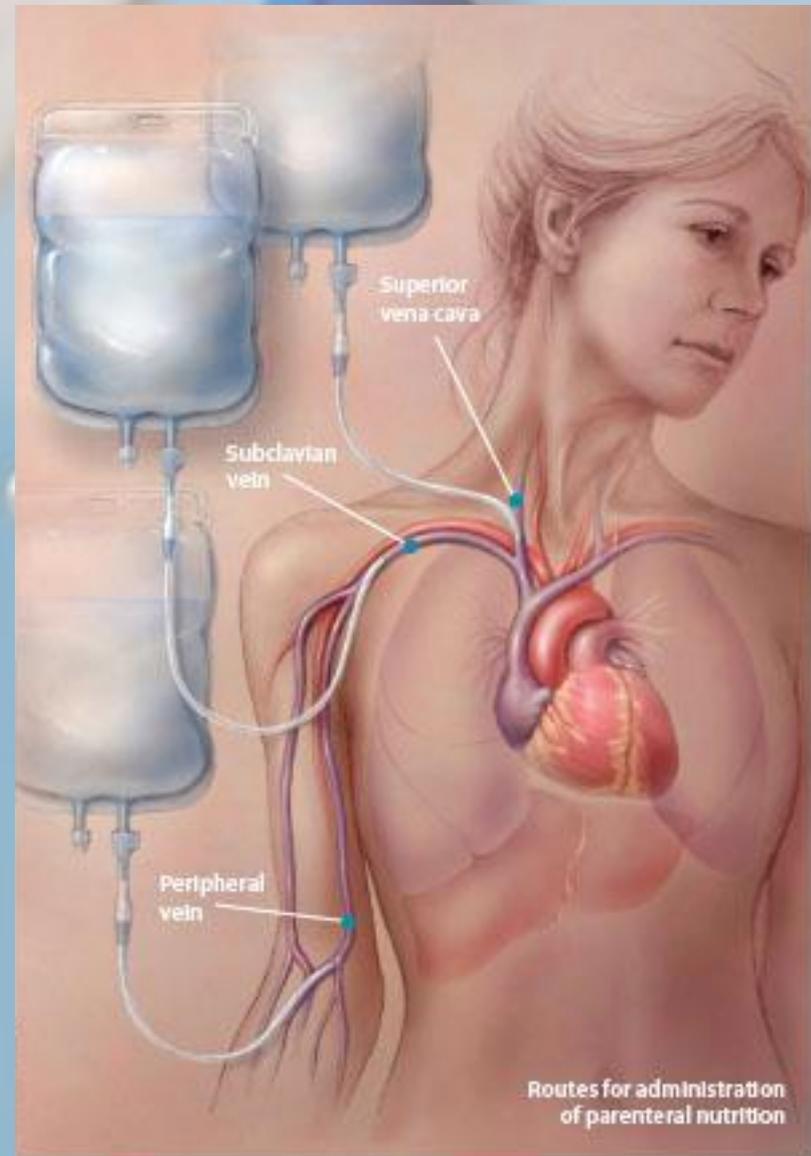
v. jugularis interna и v. femoralis

Режимы ТП:

—круглосут. введение сред;

—продленная инфузия
(в теч. 18-20часов);

—циклический режим
(инфузия в теч. 8-12часов).



Осложнения парентерального питания

1) Технические

-связаны с созданием доступа к сосудистой системе: пневмоторакс, эмболия, надрыв катетер-несущей вены и др.

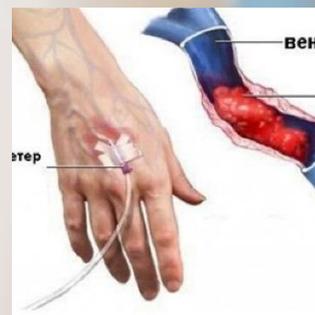
Профилактика: соблюдение техники установки и эксплуатации внутривенного питающего тракта.

2) Инфекционные катетерные инфекции с развитием ангиогенного сепсиса

Профилактика: соблюдение правил асептики, уходе за катетером, использование силиконизированных венозных катетеров и защитных пленок.



Технические+инфекционные осложнения - тромбозы катетера, центральной и периферической вен



3) Метаболические

связаны с неразумным введением питательных субстратов

Нарушения гомеостаза:

- гипо и гиперсостояния: гипо- и гипергликемия, дизэлектремии (-калиемия, -натриемия, -хлоремия и т. д.) и др
- нарушения осмолярности (гиперосмолярная кома);
- расстройства кислотно щелочного состояния:

4) Органопатологические

связаны с нарушением ф. органов в усл. искусственного питания.

* при введении углеводных растворов: гипергликемия и глюкозурия, развитие гиперосмолярного синдрома.

+активация липогенеза, формирование жировой инфильтрации печени

* при введении амк растворов: азотемия

Избыток белка стимулирует вентиляцию легких у пациентов с ХОБЛ, в итоге может развиваться легочная дисфункция

+печеночная энцефалопатия (у больных с нарушениями ф. печени)

* при введении жировых эмульсий:

Ранние - обусловлены острыми реакциями на инфузию (одышка, цианоз, аллергии, тошнота, рвота, головная боль, лихорадка, головокружение, потоотделение) и реакциями гиперчувствительности.

Поздние (=синдром перегрузки жирами) проявляются гепатомегалией с холестаазом и гематологическими нарушениями (спленомегалия, тромбоцитопения и лейкопения).

+развитие гипертриглицеридемии,