

Nutrien[®]

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

**Нутритивная поддержка
при постинсультной
реабилитации**

«УТВЕРЖДАЮ»

Президент

Национальной ассоциации
клинического питания
и метаболизма

профессор С. В. Свиридов



**Методические рекомендации по применению смесей
«НУТРИЭН»
при постинсультной реабилитации**

Нутритивная поддержка при постинсультной реабилитации

Введение

Питание и реабилитация имеют решающее значение для восстановления после инсульта.

Поскольку инсульт является основной причиной длительной нетрудоспособности и ограниченной мобильности, необходимо применять специальные стратегии питания, ориентированные на пациентов с низкой двигательной активностью.

Пациенты, находящиеся на реабилитации после инсульта, имеют высокий риск обострения или развития хронических заболеваний, связанных с питанием, таких как саркопения, анемия, трофические нарушения мягких тканей, остеопороз и сахарный диабет. Кроме того, у большинства пациентов после перенесенного инсульта снижена двигательная активность, имеются когнитивные нарушения как проявления субстратной недостаточности и просто голода. Также могут усугубляться депрессивные состояния ввиду недостаточности питания. Накопленные данные свидетельствуют о том, что питание может оказывать нейротрофическое и нейропротективное действие, эффективно воздействуя в постинсультной реабилитации, напрямую влияя на восстановление функциональной активности центральной нервной системы. Принимая во внимание новый подход в понимании постинсультной нейропластичности, специализированные компоненты лечебного питания могут использоваться в качестве потенциальных нейропротекторов с антиоксидантными и противовоспалительными свойствами.

Инсульт – одна из самых частых причин инвалидности у взрослых. В настоящее время, несмотря на определенные успехи в области тромболиза и тромбэктомии, остается высокая потребность в сохранении жизнеспособности нейронов и нейроглии, а также в предотвращении неврологической дисфункции у пациентов, перенесших инсульт. Необходимо учитывать, что у пациентов, перенесших инсульт, риск рецидива в течение ближайших 10 лет выше на 43%²⁴.

Должным образом организованная система медицинской помощи для купирования факторов риска, включая оптимальную нутритивную поддержку, играет важную роль в процессе реабилитации данной группы пациентов. Профилактика инсульта и его рецидивов в основном базируется на изменении поведения, образа жизни, к которым относят отказ от курения, алкоголя, регулярная физическая активность, профилактика и лечение метаболического синдрома и, конечно же, правильно подобранная диета и нутритивная поддержка.

Эффективная реабилитация требует целостного подхода. Постинсультная реабилитация начинается непосредственно в ОРИТ после стабилизации витальных показателей после инсульта и продолжается в течение 2–3 месяцев, когда потенциал нейропластичности особенно высок. При правильно организованном процессе реабилитации в этот период уровень активности пациентов значительно повышается и направлен на функциональное, когнитивное и эмоциональное восстановление.

Известно, что в этот период нутритивная поддержка необходима для компенсации высоких потребностей в пластическом и энергетическом материале в процессе восстановления мозга, физической и когнитивной активности. Недостаточное питание напрямую коррелирует с неудовлетворительными клиническими и функциональными результатами у пациентов, перенесших инсульт, включая высокую частоту инфекционных осложнений, декубитальных язв (пролежней) и значительно более высокую продолжительность госпитализации².

Распространенность недостаточности питания у пациентов после инсульта колеблется от 6,1 до 62%, по данным других авторов от 8 до 49%^{3,4}.

Регулярный контроль нутритивного статуса необходимо проводить у всех пациентов, перенесших инсульт, чтобы повысить их потенциал восстановления и предотвратить развитие неблагоприятных осложнений.

Рисунок 1.

Факторы риска, симптомы инсульта и следствие недостаточности питания в реабилитации



Данные ряда клинических исследований показывают преимущества нутритивной поддержки в восстановлении функционального, когнитивного и эмоционального статуса пациентов, перенесших инсульт.

Важность оценки недостаточности питания после инсульта

Недостаточность питания напрямую связана с неврологическими проявлениями такими, как когнитивные дисфункции и расстройство сознания, нейрогенная рвота, дисфагия, депрессия, двигательный дефицит и дисфункция желудочно-кишечного тракта.

Правильная и всесторонняя оценка центральной нервной системы не достаточна без полноценной оценки и постоянного мониторинга состояния питания⁵.

Клинические состояния, связанные с нутритивным статусом у постинсультных пациентов

Дисфагия

Наиболее важной неврологической причиной нарушений питания является дисфагия, которая включает нарушения процесса глотания на любой из его стадий: от момента поступления пищи в ротовую полость до ее перехода из полости рта через глотку в пищевод и далее в желудок. Распространенность дисфагии в общей популяции оценивается в 7%; у пожилых – 50%⁶.

У пациентов с заболеванием ЦНС распространенность дисфагии оценивается в 50%⁷. Нейрогенная дисфагия может быть вызвана нарушением координации индивидуальной фазы глотания, парезом мышц, участвующих в акте глотания, снижением мышечного тонуса, нарушением координации глотания и дыхания, нарушением чувствительности во рту или горле, произвольными движениями, нарушениями центрального контроля глотания или чаще всего сочетанием этих симптомов. Нейрогенная дисфагия связана с неврологическим дефицитом, затрудняющим прием пищи и поддержание правильной позы во время приема пищи.

Важно отметить, что основная проблема диагностики дисфагии – это частое отсутствие сознания у пациентов, это указывает на необходимость рутинной оценки возможных нарушений глотания врачами и средним медперсоналом⁸.

Опасные последствия дисфагии независимо от этиологии, включают обезвоживание, недостаточность питания, аспирацию, что приводит к развитию синдрома Мендельсона: кислотно-аспирационный пневмонит, возникающий на фоне угнетения гортанно-глоточного рефлекса (заключается в попадании кислого желудочного содержимого в нижние дыхательные пути, в результате чего развивается воспалительная реакция, вызванная ожогом слизистой). По этой причине ранняя диагностика дисфагии и правильно организованная нутритивная поддержка имеет ключевое значение для реабилитационного потенциала. Без исключения у всех пациентов с дисфагией необходимо контролировать статус питания, включая качественную и количественную оценку потребляемой пищи, жидкости, специализированных смесей лечебного питания для пациентов с дисфагией с использованием загустителей, например, Нутриэн Дисфагия.

Также необходимо следить за гигиеной полости рта, при необходимости применять антирефлюксные средства.

Госпитализированные пациенты нуждаются в модификации диеты и должны иметь возможность получать специализированные продукты энтерального зондового и перорального питания.

Остеопороз

Снижение минеральной плотности костной ткани – частое явление у пациентов, перенесших инсульт. Потеря костной ткани начинается сразу после инсульта и прогрессирует в течение первых нескольких месяцев.

Затем этот процесс стабилизируется, но не снижается в течение как минимум года⁹.

Постинсультный остеопороз является комплексной проблемой, включает общее снижение массы костной ткани, снижение подвижности костно-суставного аппарата, парез и снижение мышечной массы и силы, что, в том числе, связано с дефицитом питания¹⁰. Длительная гипокальциемия также может способствовать развитию остеопороза. В исследовании Siotto et al., посвященном изучению уровня кальция у пациентов, перенесших инсульт, было обнаружено, что у 26,7% пациентов уровень общего кальция сыворотки крови был ниже референсных значений, что требовало коррекцию реабилитационной программы. Кроме того, были снижены уровни общего белка и альбумина на 77% и 67% соответственно. Поэтому рекомендовано измерение уровня кальция в начале и во время реабилитационной программы¹¹. Помимо лекарственной терапии необходимо включать тренировки для укрепления мышц и обогащенную нутритивную поддержку, содержащую помимо прочего витамин D, фолиевую кислоту, кальций. Стоит отметить, что только 15,5% пациентов, перенесших инсульт, получают специализированную программу коррекции гипокальциемии для предотвращения потери костной массы. Также необходимо учитывать, что фармакотерапия, включающая статины и варфарин, могут отрицательно влиять на плотность костной ткани¹².

Анемия

У пациентов, перенесших инсульт, анемия – это предиктор неблагоприятных исходов. У пациентов с данным состоянием более вероятен повторный инсульт. В случае анемии рекомендован прием препаратов железа, хотя чрезмерное употребление железа может вызвать побочные эффекты. Поэтому прием питательных смесей таких, например, как Нутриэн Энергия или Нутриэн Энергия с пищевыми волокнами, в том числе сбалансированных по микроэлементному составу, будет вариантом выбора у пациентов с инсультом. Начинать нутритивную поддержку необходимо как можно раньше, увеличение концентрации гемоглобина у пациентов, перенесших инсульт, положительно влияет на функциональное восстановление и может сократить продолжительность госпитализации¹³.

Саркопения

Частота встречаемости саркопии после инсульта составляет от 14 до 54%. Факторы риска саркопии включают пожилой возраст, недостаток физической активности, недостаточность питания. Изменения в мышечной ткани начинаются в течение нескольких часов после инсульта. Уменьшение мышечной массы происходит очень быстро и может привести к значительному снижению физических функций и даже инвалидности. Основа профилактики саркопии – это комплексная реабилитация и нутритивная поддержка. Программа реабилитации должна в первую очередь состоять из тренировок с отягощениями, ходьбы, ADL-тренировок, тренировок, направленных на активацию парализованных конечностей,

аэробных тренировок. С помощью нутритивной поддержки необходимо обеспечить организм высоким уровнем энергии, протеина и отдельных аминокислот, включая лейцин¹⁴. Примером специализированных продуктов лечебного питания могут быть Нутриэн Энергия или Нутриэн Энергия с пищевыми волокнами, которые легко переносятся и усваиваются пациентами, благодаря особенному составу.

Сахарный диабет

Сахарный диабет – не только серьезный фактор риска возникновения инсульта, но и один из факторов неблагоприятного исхода после инсульта. В исследовании Zhang Y. et al. показано, что пациенты с сахарным диабетом, кроме всего, чаще страдают постинсультной депрессией. Распространенность СД очень высокая: каждый третий пациент с инсультом имеет диабет. Основная задача реабилитации таких пациентов – это нормализация уровня глюкозы крови путем изменения образа жизни, контроля массы тела, минимизация потребления насыщенных жиров, исключение быстрых углеводов из рациона, потребление пищевых волокон. Сформировать новую диету возможно с помощью уже подготовленного с учетом потребностей таких пациентов специализированного лечебного питания с низким гликемическим индексом. Таким продуктом является, например, Нутриэн Диабет, в котором углеводы представлены сложными мальтодекстринами и инсулин независимой фруктозой, а пищевые волокна способствуют более медленному всасыванию углеводов в ЖКТ, что, в целом, минимизирует риск возникновения постпрандиальной гипергликемии. Полноценный по содержанию белка, энергии, витаминов, минералов и микроэлементов Нутриэн Диабет может быть при необходимости единственным источником питания. В большинстве же случаев такой продукт лечебного питания применяют как дополнение к основному рациону, либо как замену одного из приемов пищи^{15,16}.

Нейропротективная нутритивная поддержка

Нарастающая медицинская и социально-экономическая проблема инсульта требует новых подходов для обеспечения нейропротекции структур центральной нервной системы для предотвращения новых случаев инсульта, а также для уменьшения очага поражения после инсульта и профилактики осложнений.

Наличие взаимосвязи между нутритивным статусом и функционированием ЦНС четко установлено.

Диета с низким содержанием насыщенных жиров, холестерина, наличием в достаточном количестве полиненасыщенных жирных кислот, комплекса витаминов и микроэлементов обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектом, напрямую влияет на вазореактивность эндотелия и инсулинорезистентность²⁵.

Последнее исследование, проведенное в Японии, показало эффект индивидуализированной нутритивной поддержки в комплексной программе реабилитации. Нутритивная поддержка осуществлялась под контролем

оценки нутритивного статуса: с помощью гиперкалорических и гипернитрогенных смесей у пациентов с недостаточностью питания, и с ограничением калорий и нормализованным количеством белка для поддержания мышечной массы у пациентов с ожирением. В ходе исследования было установлено значительно лучшее функциональное восстановление у пациентов на индивидуализированной нутритивной поддержке¹⁷. Продуктами выбора для назначения нутритивной поддержки могут быть смеси лечебного питания «Нутриэн», широкий ассортимент которых позволяет не только индивидуально подобрать необходимое количество калорий, белка, микроэлементов и витаминов, но и обеспечить разнообразие вкусовой гаммы продуктов, их консистенции и концентрации.

Также были получены данные коррелирующие с индексом массы тела и функциональным восстановлением после инсульта: пациенты с высоким ИМТ ($27,5 \text{ кг/м}^2$) имели значительно лучшие результаты, чем другая группа пациентов (с недостаточностью массы тела или нормальной массой тела)¹⁷. Аналогичные данные были получены в исследовании 819 постинсультных пациентов, госпитализированных в реабилитационные отделения: группа пациентов с избыточной массой тела продемонстрировала лучшие показатели по шкале функциональной независимости (FIM), а пациенты с недостаточной массой тела наихудшие показатели по данной шкале¹⁸. Данные находки еще раз подчеркивают чрезвычайную важность профилактики недостаточности питания у пациентов после инсульта.

Важные нутритивные компоненты для реабилитации после инсульта

Нутритивная поддержка рекомендована пациентам, находящимся на реабилитации после инсульта в процессе комплексного восстановления.

В рандомизированном проспективном двойном слепом исследовании, в котором приняли участие 116 постинсультных пациентов, находящихся на специализированном питании на этапе реабилитации, было установлено, что группа пациентов, находившихся на интенсивной нутритивной поддержке достигла лучших клинических результатов по сравнению с группой пациентов, получавших стандартное питание. Позитивные клинические результаты отражены общим баллом шкалы функциональной независимости (FIM), двигательными показателями шкалы FIM, а также двух и шестиминутным шаговым тестом¹⁹.

Аминокислоты – являются важным фактором в предотвращении гиперкатаболизма мышечных белков, который часто возникает после инсульта. Реабилитация в сочетании с аминокислотами может способствовать увеличению мышечной массы и функциональной эффективности в ранней постинсультной фазе²⁰. Пациенты без дополнения рациона аминокислотами продолжали терять мышечную массу даже через 76 дней после инсульта²¹.

Лейцин играет решающую роль в запуске синтеза мышечного белка после приема пищи. Включение в программу нутритивной поддержки аминокислоты лейцин является эффективной стратегией у пациентов с

саркопенией после инсульта. В рандомизированном контролируемом исследовании пациенты с саркопенией были разделены на две группы: обе из них выполняли низкоинтенсивные тренировки с отягощениями во время реабилитационной программы (8 недель), реабилитационная программа одной группы была дополнена питанием, обогащенным лейцином (3 г незаменимых аминокислот – лейцин 40%, изолейцин 10,7%, валин 11,1%, другие 38,2%). Установлена положительная динамика в обеих группах таких показателей шкалы FIM, как индекс массы скелетных мышц (SMI) и сила сжатия кисти, хотя в группе «лейцин» положительные сдвиги были более значимы, чем в контрольной группе²².

Ikeda et al. пошли еще дальше и изучили наиболее эффективное время приема дополнительных аминокислот с разветвленной цепью (BCAA) (лейцин, изолейцин, валин) и их влияние на состав тканей организма и физическую работоспособность. Добавка включала 3,5 г аминокислот BCAA, 6,5 г белка и 40 МЕ витамина D. Пациенты были разделены на две группы, в зависимости от времени приема: первая – во время завтрака, вторая – после тренировки. Обе группы прошли реабилитационную программу в течение 2 месяцев.

Данные динамики мышечной массы были схожими в обеих группах; однако, употребление BCAA на завтрак было более эффективным для физической работоспособности и уменьшения подкожного жира.

Все вышеуказанные компоненты в исследовании Ikeda et al. соответствуют компонентам питательной смеси Нутриэн Гепа. Более того, количество BCAA, белка и витамина D в продукте Нутриэн Гепа даже превосходит указанные в исследовании количества в пересчете на 100 г сухой смеси. Специализированный продукт лечебного питания Нутриэн Гепа является полностью сбалансированной смесью с повышенным содержанием аминокислот с разветвленной цепью (лейцин, изолейцин, валин), которая может быть единственным или дополнительным источником питания пациентов после инсульта, особенно лиц пожилого возраста с различными нарушениями функции печени.

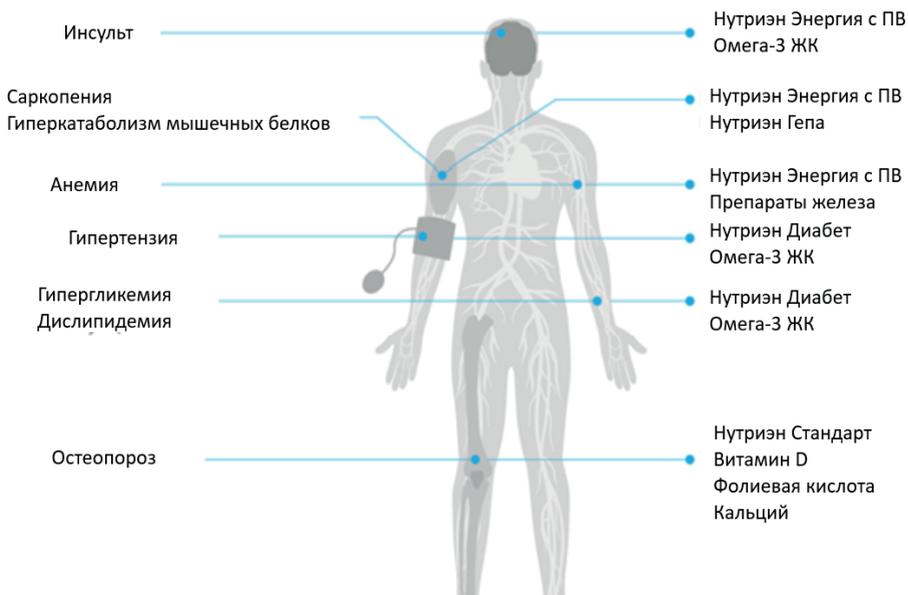
На рисунке 2 представлена обобщённая нутритивная стратегия пациентов перенёсших инсульт.

Заключение

Нутритивная поддержка постинсультных пациентов должна быть неотъемлемой составляющей комплексной реабилитации. Пациентов после инсульта, преимущественно старшей возрастной группы, часто сопровождают такие состояния как саркопения, остеопороз, анемия, сахарный диабет, которые должны в обязательном порядке учитываться при составлении индивидуальной программы специализированного питания.

Рисунок 2.

Нутритивная стратегия постинсультных пациентов.



Приложение

Клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки пациентов перенесших инсульт²⁶.

Данные рекомендации согласованы на нескольких консенсусных конференциях. В рекомендациях подчеркивается важность раннего скрининга и оценки дисфагии, необходимости избегать аспирации, недоедания и обезвоживания.

Пациенты с дисфагией не только склонны к обезвоживанию и недоеданию, но также имеют повышенный риск развития аспирационной пневмонии. Исследования показали увеличение риска этого осложнения до 12 раз у пациентов с инсультом и признаками дисфагии.

В связи с вышеизложенным раннее выявление инсульта, дисфагии и подбор соответствующего питания имеют огромное клиническое значение.

²⁶ Немецкий Комитет клинического питания DGEM

Скрининг и оценка дисфагии при инсульте

Какие методы следует использовать для скрининга на дисфагию? Как следует оценивать риск аспирации?

Рекомендация 1

Должен быть проведен формализованный скрининг на дисфагию у всех пациентов с острым инсультом (уровень рекомендации В) в рамках первичного осмотра или по прибытии пациента в стационар, в течение нескольких часов после госпитализации. Могут быть использованы следующие методы:

1. Тест глотания воды (WST)
2. Тест множественной согласованности (MST)
3. Провокационный глотательный тест (PST)

Каким пациентам показан тест на дисфагию?

Рекомендация 2

Всем пациентам с инсультом, не прошедшим скрининг на дисфагию необходимо провести один из методов тестирования (В).

Рекомендация 3

Пациенты с инсультом без признаков дисфагии на основании первичной оценки этого симптома должны быть направлены на дальнейшую оценку функции глотания, если присутствуют такие предикторы дисфагии, как тяжелый неврологический дефицит, выраженная дизартрия, афазия или паралич лицевого нерва (В).

Какие методы должны быть использованы для оценки дисфагии?

Рекомендация 4

Клиническая оценка у постели больного: может быть проведена обученным персоналом (С).

Рекомендация 5

Инструментальная оценка дисфагии: ограниченная возможность клинического тестирования говорит о том, что надежная, своевременная и экономически оправданная инструментальная оценка глотания у пациентов с острым инсультом может быть применена. Такие методы, как видеофлюороскопическое исследование (VFSS), а также исследование глотательных функций при помощи волоконно-оптического микроскопа (FEES) более информативны.

Рекомендация 6

Оценка дисфагии должна проводиться как можно раньше.

Насколько регулярно необходимо проводить оценку дисфагии?

Рекомендация 7

В первые дни болезни клиническую оценку дисфагии у пациентов с инсультом необходимо проводить ежедневно. Если дисфагия сохраняется, клиническая оценка повторяется дважды в неделю и перед выпиской (С). Если в процессе клинической оценки определяется улучшение или ухудшение глотания можно провести дополнительную инструментальную оценку глотания (FEES или VFSS).

Рекомендация 8

Если дисфагия сохраняется после выписки, обследование нужно проводить не реже одного раза в месяц в течение 6 месяцев после инсульта (С).

Какую шкалу использовать для оценки дисфагии?

Рекомендация 9

В зависимости от метода оценки дисфагии выбирается соответствующая шкала, например, шкала оценки тяжести дисфагии путем фиброоптической эндоскопии.

Оценка нутритивного статуса у пациентов после инсульта. Когда и каким образом следует оценивать нутритивные риски пациентов?

Рекомендация 10

Все пациенты с инсультом должны быть скринированы на предмет нутритивных рисков в течение первого дня после госпитализации.

Рекомендация 11

Пациенты с инсультом и нутритивным риском или с дисфагией должны быть обследованы более углубленно.

Есть ли необходимость в зондовом питании для пациентов со сниженным уровнем сознания и находящихся на механической вентиляции легких? Получают ли пользу от зондового питания такие пациенты?

Рекомендация 12

Пациентам со сниженным уровнем сознания и находящимся на механической вентиляции легких часто требуется энтеральное питание в течение длительного времени, и зондовое питание должно начинаться как можно раньше (С).

Есть ли необходимость в энтеральном питании через зонд для пациентов с предположительно длительной дисфагией?

Рекомендация 13

Пациенты с длительной тяжелой дисфагией более 7 дней должны получать зондовое питание. Однако, сам зонд препятствует раннему восстановлению глотания пациента. Поэтому рекомендуется не оставлять зонд надолго, либо переходить на гастростому, либо устанавливать зонд непосредственно перед кормлением.

Когда следует начинать нутритивную поддержку пациентам с инсультом с затруднениями глотания?

Рекомендация 14

При тяжелых нарушениях глотания, при которых нормальный прием пищи не возможен и предполагаемо эти симптомы продолжаются более 1 недели, необходимо подключать раннее зондовое энтеральное питание.

Какой способ энтерального питания предпочтителен? Каковы показания для назогастрального зонда или установки гастростомы?

Рекомендация 15

Если в период острой фазы инсульта пероральное питание невозможно, необходимо проводить энтеральное питание через назогастральный зонд (А).

Рекомендация 16

Если предполагается энтеральное питание в течение длительного периода времени (более 28 дней), следует предпочесть гастростому, которая устанавливается при стабильном клиническом состоянии (через 14 - 28 дней) (А).

Рекомендация 17

Пациенты с инсультом на ИВЛ должны получать энтеральное питание через гастростому на ранней стадии (В).

Рекомендация 18

Если назогастральный зонд случайно удален пациентом, и необходимо продолжать искусственное питание более 14 дней, следует рассмотреть возможность установки гастростомы (В), как альтернатива – установка носовой петли на назогастральный зонд (В).

Уменьшает ли установка зонда в двенадцатиперстную или тощую кишку риск аспирации у пациентов с инсультом?

Рекомендация 19

Зонд для кормления следует вводить в желудок (B). Установка желудочного зонда не представляет повышенного риска возникновения аспирационной пневмонии, по сравнению с размещением зонда в двенадцатиперстной или тощей кишке.

Подачу энтерального питания через зонд осуществлять непрерывно или болюсно?

Рекомендация 20

Если в анамнезе есть гастроэзофагеальный рефлюкс или если есть признаки гастроэзофагеального рефлюкса с аспирацией, или имеется высокий риск аспирации следует осуществлять непрерывную подачу энтерального питания (B).

Рекомендация 21

При установке зонда в двенадцатиперстную или тощую кишку следует осуществлять непрерывную подачу питания.

Энтеральное питание через зонд следует осуществлять с помощью насоса или гравитационным способом?

Рекомендация 22

У пациентов с инсультом предпочтительно использовать насос для зондового питания.

Мешает ли кормление через назогастральный зонд обучению глотанию и реабилитации?

Рекомендация 23

Питание через назогастральный зонд не мешает обучению глотанию. Поэтому следует начинать терапию дисфагии как можно раньше, даже у пациентов, находящихся на зондовом питании (A).

Рекомендация 24

Если есть необъяснимое ухудшение дисфагии, необходимо эндоскопически контролировать положение зонда в глотке (B).

Следует ли пациентам с инсультом и наличием дисфагии, находящимся на зондовом питании, рекомендовать дополнительно пероральное питание?

Рекомендация 25

Большинство пациентов с инсультом и дисфагией, находящиеся в сознании, при кормлении через зонд должны дополнительно принимать питание перорально, несомненно с учетом этиологии и степени тяжести дисфагии (B).

В какой ситуации показано парентеральное питание пациентов с инсультом?

Рекомендация 26

Парентеральное питание показано в тех случаях, когда энтеральное питание противопоказано или невыполнимо.

Рекомендация 27

Даже у пациентов с нормальным нутритивным статусом следует проводить парентеральное питание, если энтеральное питание не удовлетворяет нутритивные потребности более семи дней.

Рекомендация 28

Если нормальное поступление жидкости невозможно обеспечить при пероральном или энтеральном питании, следует немедленно применить парентеральную гидратацию.

Какие пациенты должны получать пероральное питание (сипинг)?

Рекомендация 29

Пациенты с инсультом, которые могут есть и подвержены риску недостаточности питания, с установленной недостаточностью питания, а также с риском развития пролежней, должны получать специализированное пероральное питание (B).

Показаны ли больным с дисфагией пищевые продукты с добавлением загустителей?

Рекомендация 30

После оценки акта глотания (например, клиническим или видеофлюороскопическим, или эндоскопическим методами) следует обеспечить питание с загустителем в безопасной консистенции.

Рекомендация 31

Необходима консультация диетолога и организация нутритивной поддержки в случаях недостаточного потребления пищи в течение длительного периода времени (C).

Приложение 2.

Пример заполнения индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Приложение №1

к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации

от 4 августа 2008 г. № 379 Н

Филиал № 24 ФГ «ГБ МСЭ по г. Москве» общего профиля
(наименование федерального учреждения
медико-социальной экспертизы)

ИНДИВИДУЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ИПР, ВЫДАВАЕМАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Карта № _____ к Акту освидетельствования № _____ от _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации (указываемое подчеркнуть): _____

4. Контактные телефоны _____

5. Группа инвалидности первая группа
установлена на срок до: бессрочно

6. Степень ограничения способности к трудовой деятельности 2 степень

7. Причина инвалидности Общее заболевание

8. Показания к проведению реабилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	3 степень
способности к передвижению:	2 степень
способности к ориентации:	----
способности к общению:	----
способности к обучению:	----
способности к трудовой деятельности:	2 степень
способности к контролю за своим поведением:	----

9. ИПР разработана впервые , повторно (нужное подчеркнуть)

на срок до: бессрочно

(после предлога «до» указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на которое назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

10. Дата очередного освидетельствования: _____

11. Дата выдачи ИПР: _____

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	<i>Не может завязывать шнурки и застегивать пуговицы, одевать перчатки, проблемы с мытьем посуды – плохая координация движений + руки не слушаются, после небольшой нагрузки правый кистевой сустав день-два ноет, вставить –вынуть вилку из розетки – уже проблема.</i>
способности к передвижению:	<i>Правая нога не слушается, хромает и ходит медленно, проблемы с подъемом и, особенно, со спуском по лестнице, частая потеря равновесия, возможно головокружение, при длительном хождении сустав стопы ноет.</i>
способности к ориентации:	<i>При большом скоплении людей и в общественном транспорте часто теряется, возможна потеря координации движений, возможно головокружение.</i>
способности к общению:	<i>100% оглох на левое ухо + замедленная и часто невнятная речь.</i>
способности к обучению:	<i>Старое помнит очень хорошо, а новое забывает быстро и неожиданно.</i>
способности к трудовой деятельности:	<i>Часто болит голова, частый, не зависящий от времени суток шум в голове, путает право-лево, не слушаются обе руки, правую сводит неожиданно, координация движений оставляет желать лучшего (см. пуговицы, перчатки и посуду).</i>
способности к контролю за своим поведением:	<i>Если что-то непонятно, бывает вспыльчив и не выдержан.</i>

Приложение 3.

Таблица выполнения контроля качества нутритивного статуса.

№	Критерий качества	Критерий выполнения	Примечание
1	У пациента проведен скрининг недостаточности питания одним из рекомендованных инструментов (MUST, MNA, NRS 2002)	Да \ Нет	
2	У пациента с риском недостаточности питания определены потенциальный фенотипические и этиологические критерии и установлен диагноз недостаточности питания (мальнутриции) при наличии соответствующих критериев	Да \ Нет	
3	У пациента с риском недостаточности питания произведена оценка пищевого статуса пациента и степени тяжести недостаточности питания	Да \ Нет	
4	У пациента с риском недостаточности питания или недостаточностью питания определены суточная потребность в энергии, макро- и микронутриентах	Да \ Нет	
5	У пациента с риском недостаточности питания выбран путь введения макро- и микронутриентов	Да \ Нет	
6	С пациентом проведено индивидуальное консультирование по вопросам нутритивной поддержки и питания	Да \ Нет	
7	У пациента с риском недостаточности питания/недостаточностью питания составлен индивидуальный план нутритивной поддержки и гидратационной терапии	Да \ Нет	

Приложение 4.

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Прежде чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента в стационар)

Ф.И.О.: _____ отделение _____ палата _____

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? да
Реагирует на обращение? нет
2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? да
нет

Если вы ответили «**НЕТ**» хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и
НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ

*Производите повторные оценки каждые 24 часа.
Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.*

3. Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом? да
нет
4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? да
нет
5. Может ли пациент облизать губы? да
нет
6. Может ли пациент свободно дышать? да
нет

Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» - переходите к тестированию

Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» -

ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ

7. Голос пациента влажный да обратитесь к специалисту по глотанию
или хриплый? нет приступайте к тестированию

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и /или врачом.

Лист заполнил(а):

Дата _____ Время _____ Подпись _____ Фамилия _____

Приложение 5.

СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН:

Дата: ____/____/____



Если все нормально – выпишите соответствующий стол (диету). Убедитесь, что пациент посажен для приема пищи и наблюдайте, как он справляется.

При любых сомнениях – обратитесь к специалисту по глотанию.

ПОВТОРИТЕ ОЦЕНКУ ПРИ УХУДШЕНИИ СОСТОЯНИЯ

Скрининговое тестирование произвел(а): _____

Список литературы

1. Шестопалов А.Е., Сергеева В.Н., Арутюнов Г.П. и др. "Методические рекомендации по применению смесей "Нутриэн" для диетического лечебного питания. Москва 2021 г.
2. Foley, N.C.; Salter, K.L.; Robertson, J.; Teasell, R.W.; Woodbury, M.G. Which reported estimate of the prevalence of malnutrition after stroke is valid? *Stroke* 2009, 40, e66–e74
3. Shen, H.C.; Chen, H.F.; Peng, L.N.; Lin, M.H.; Chen, L.K.; Liang, C.K.; Lo, Y.K.; Hwang, S.J. Impact of nutritional status on long-term functional outcomes of post-acute stroke patients in Taiwan. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2011, 53, e149–e152.
4. Sabbouh, T.; Torbey, M.T. Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management. *Neurocrit. Care* 2018, 29, 374–384.
5. Mullins, N. Nutrition and hydration management among stroke patients in inpatient rehabilitation: A best practice implementation project. *JBHI Evid. Implement.* 2021, 19, 56–67.
6. Altman, K.W. Causes of dysphagia among different age groups: A systematic review of the literature. *Otolaryngol. Clin. N. Am.* 2013, 46, 965–987.
7. Warnecke, T. et al. Neurogenic Dysphagia: Systematic Review and Proposal of a Classification System. *Neurology* 2021, 96, e876–e889.
8. Clavé, P.; Shaker, R. Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2015, 12, 259–270.
9. Yang, F.Z. et al. The impact of stroke on bone properties and muscle-bone relationship: A systematic review and meta-analysis. *Osteoporos. Int.* 2020, 31, 211–224.
10. Bevilacqua, M. Osteoporosis after stroke: A review of the causes and potential treatments. *Cerebrovasc. Dis.* 2009, 28, 191–200.
11. Siotto, M. et al. Total Serum Calcium and Recovery after Rehabilitation in Patients with Stroke. *Appl. Sci.* 2020, 10, 7893
12. Hsieh, C.Y.; Sung, S.F.; Huang, H.K. Drug treatment strategies for osteoporosis in stroke patients. *Expert Opin. Pharm.* 2020, 21, 811–821
13. Kaifa, G. et al. Anemia and stroke: Where do we stand? *Acta Neurol. Scand.* 2017, 135, 596–602.
14. Nagano, F.; Yoshimura, Y.; Bise, T.; Shimazu, S.; Shiraishi, A. Muscle mass gain is positively associated with functional recovery in patients with sarcopenia after stroke. *J. Stroke Cereb. Dis.* 2020, 29, 105017.
15. Lau, L.H.; Lew, J.; Borschmann, K.; Thijs, V.; Ekinci, E.I. Prevalence of diabetes and its effects on stroke outcomes: A meta-analysis and literature review. *J. Diabetes Investig.* 2019, 10, 780–792.
16. Gaillard, T.; Miller, E. Guidelines for Stroke Survivors with Diabetes Mellitus. *Stroke* 2018, 49, e215–e217
17. Shimazu, S.; Yoshimura, Y.; Kudo, M.; Nagano, F.; Bise, T.; Shiraishi, A.; Sunahara, T. Frequent and personalized nutritional support leads to improved nutritional status, activities of daily living, and dysphagia after stroke. *Nutrition* 2021, 83, 111091.
18. Nishioka, S.; Wakabayashi, H.; Yoshida, T.; Mori, N.; Watanabe, R.; Nishioka, E. Obese Japanese Patients with Stroke Have Higher Functional Recovery in Convalescent Rehabilitation Wards: A Retrospective Cohort Study. *J. Stroke Cereb. Dis.* 2016, 25, 26–33.
19. Rabadi, M.H.; Coar, P.L.; Lukin, M.; Lesser, M.; Blass, J.P. Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. *Neurology* 2008, 71, 1856–1861.
20. Ramasamy, D.K.; Dutta, T.; Kannan, V.; Chandramouleeswaran, V. Amino acids in post-stroke rehabilitation. *Nutr. Neurosci.* 2021, 24, 426–431.
21. Aquilani, R.; et al. Unaffected arm muscle hypercatabolism in dysphagic subacute stroke patients: The effects of essential amino acid supplementation. *BioMed Res. Int.* 2014, 2014, 964365.
22. Yoshimura, Y.; Bise, T.; Shimazu, S.; Tanoue, M.; Tomioka, Y.; Araki, M.; Nishino, T.; Kuzuhara, A.; Takatsuki, F. Effects of a leucine-enriched amino acid supplement on muscle mass, muscle strength, and physical function in post-stroke patients with sarcopenia: A randomized controlled trial. *Nutrition* 2019, 58, 1–6.
23. Wirth, R; Smoliner, C; Jäger, M; Warnecke, T; Leischker, A; Dziewas, R. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. The DGEM Steering Committee.
24. Hardie, K.; Hankey, G.J.; Jamrozik, K.; Broadhurst, R.J.; Anderson, C. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke* 2004, 35, 731–735.
25. Barnard, N.D.; Alwarith, J.; Rembert, E.; Brandon, L.; Nguyen, M.; Goergen, A.; Horne, T.; do Nascimento, G.F.; Lakkadi, K.; Tura, A.; et al. A Mediterranean Diet and Low-Fat Vegan Diet to Improve Body Weight and Cardiometabolic Risk Factors: A Randomized, Cross-over Trial. *J. Am. Coll. Nutr.* 2021, 62, 100060.
26. Немецкий Комитет клинического питания DGEM.

Nutrien®

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ
ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Нутриэн® **Дисфагия** загуститель для еды и напитков, сухая смесь 370 г



Загущает любые виды жидкостей



Не изменяет вкус блюда и напитка



Облегчает глотание, сокращает продолжительность трапезы



Жидкость легко усваивается в желудочно-кишечном тракте, устраняя дегидратацию



Быстро и легко приготовить еду любой вязкости в зависимости от степени дисфагии



Нутриэн® **Дисфагия** оптимально использовать с лечебным питанием Нутриэн



АО "ИНФАПРИМ"

 **+7 800 100 22 34**

 **www.nutrien-medical.com**