



Энтеральное питание в системе постурального менеджмента онкологических пациентов

Практическое руководство для медицинских сестер

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

Питание как полноценный компонент лечения

Главная задача в уходе за пациентом с онкологическим диагнозом — сделать всё возможное, чтобы его накормить. Это не просто поддержка комфорта — это полноценная терапевтическая задача.

1

Пациент ест

У него есть силы и энергия для борьбы

2

Лучше переносит лечение

Химио- и лучевая терапия переносятся легче

3

Больше шансов

На хороший клинический результат



Нутритивная поддержка сопоставима по значимости с лечением — это не вспомогательная мера, а основной компонент терапии.



Причины нутритивной недостаточности у онкопациентов

Онкологические пациенты сталкиваются с целым рядом факторов, которые существенно снижают их способность получать достаточное питание. Понимание этих причин — первый шаг к эффективному уходу.



Анорексия

Отсутствие аппетита на фоне опухолевой интоксикации и лечения



Общая слабость

Астения, снижающая способность самостоятельно питаться



Дисфагия

Нарушение глотания, требующее особых методов введения питания



Тошнота и рвота

Частые побочные эффекты химиотерапии и облучения



Мукозиты и лучевые ожоги

Воспаление слизистой рта и пищевода, болезненное глотание



Вкусовые изменения

Металлический привкус и изменение восприятия вкуса на фоне лечения

Энтеральное питание — приоритетный метод нутритивной поддержки

Что такое энтеральное питание?

Энтеральное питание (ЭП) — это метод нутритивной поддержки с использованием специализированных сбалансированных смесей, вводимых через желудочно-кишечный тракт. Это предпочтительный метод по сравнению с парентеральным питанием.

Преимущества перед парентеральным питанием

- **Поддержка функции ЖКТ** — сохранение структуры кишечника и нормальной микрофлоры
- **Физиологичность** — естественный способ поддержки с меньшим риском осложнений
- **Безопасность** — значительно меньше системных осложнений
- **Профилактика инфекций** — снижение риска катетер-ассоциированных инфекций
- **Экономичность** — более доступный и простой в организации метод

Формы энтерального питания

Готовые жидкие смеси (сипинги)

- Стерильные, сбалансированные эмульсии
- Расфасовка: дойпаки, тетрапаки
- Не требуют разведения
- Объем: 200 мл, 500 мл, 1000 мл
- Срок хранения: 12 месяцев при комнатной температуре

Сухие порошковые смеси

- Требуют разведения водой (температура **не выше 60°C**)
- Экономичнее жидких форм
- Более длительный срок хранения
- После вскрытия хранить не более 2 месяцев
- Удобны для домашнего применения

 Выбор формы питания определяется клинической ситуацией, способом введения и индивидуальными потребностями пациента.



Способы введения энтерального питания

1

Перорально (сипинг)

Для пациентов с сохраненным глотанием. Приём маленькими глотками, медленно, со скоростью 100–200 мл/час.

2

Через назогастральный зонд

Болюсный метод (шприцом Жане) или капельный метод (гравитационная система). Используется при нарушении глотания.

3

Через гастростомическую трубку

Хирургически установленный доступ для долгосрочного энтерального питания при невозможности перорального приёма.

Роль постурального менеджмента в энтеральном питании

Положение тела — ключевой фактор безопасности

Правильное позиционирование пациента во время кормления критически важно для профилактики аспирации — одного из наиболее опасных осложнений энтерального питания.

Стандарт безопасности

Положение полусидя с приподнятым изголовьем на **45–60°** во время кормления

После кормления

Сохранять положение полусидя в течение **1–2 часов** после завершения кормления

Комплексный подход

Постуральный менеджмент и энтеральное питание — неразрывно связанные компоненты ухода

Почему это важно?

Аспирация — попадание содержимого желудка в дыхательные пути — может привести к аспирационной пневмонии. Это жизнеугрожающее осложнение, которое напрямую связано с положением пациента во время и после кормления.

Правильное позиционирование — это простое и доступное каждой медицинской сестре вмешательство, способное предотвратить тяжелые осложнения.

Связь нутритивной поддержки и профилактики пролежней

Механизм взаимосвязи

Дефицит белка, витаминов и микроэлементов — ведущий фактор риска развития пролежней. При недостаточном питании ткани теряют способность противостоять механическому давлению, нарушается микроциркуляция и регенерация.

Адекватная нутритивная поддержка повышает резистентность тканей к давлению и ускоряет заживление уже имеющихся повреждений.

Доказательная база

-25%

Снижение риска пролежней при высокобелковой энтеральной поддержке (систематический обзор)

Питание должно быть индивидуально адаптировано с учётом потребностей в макро- и микронутриентах каждого конкретного пациента.



Международные рекомендации по позиционированию

⚠ Положение на животе

Непрерывное энтеральное питание в положении на животе ассоциируется со снижением нутритивного статуса и увеличением желудочно-кишечных и лёгочных осложнений.

✗ Положение на спине

Положение на спине (0°) повышает риск аспирации и не рекомендуется во время энтерального питания. Даже небольшой подъём изголовья существенно снижает риск осложнений.

✓ Рекомендуется

Критически больным взрослым пациентам рекомендуется приподнимать изголовье кровати на **30–45°**, если нет противопоказаний. Это снижает риск аспирации и вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Оснащение для введения энтерального питания

Перед проведением процедуры необходимо подготовить полный комплект оснащения. Правильная подготовка — залог безопасного и эффективного кормления.



СИЗ и асептика

Стерильный лоток, перчатки, средства индивидуальной защиты



Шприцы

Шприц Жане (для болюсного введения), шприцы 10 мл и 50 мл (для промывания зонда)



Питательная смесь

Готовая смесь температурой **не выше 40°C**, кипяченая вода (36–38°C)



Система подачи

Гравитационная система для энтерального питания при капельном методе введения



Утилизация

Ёмкости для утилизации отходов класса А и Б в соответствии с СанПиН

Пероральное энтеральное питание (сипинг)

Показания

Пациенты с **сохранённым глотанием**, которые могут пить самостоятельно, но не способны получить достаточное количество калорий из обычного питания.

Техника выполнения

- Пить очень маленькими глотками, через трубочку
- Скорость: **1 00–200 мл/час**
- Температура: комнатная
- Перед употреблением смесь взболтать

Особенности для онкопациентов

При изменении вкусового восприятия на фоне лечения — частом явлении при химиотерапии — можно улучшить вкус смеси, добавив:

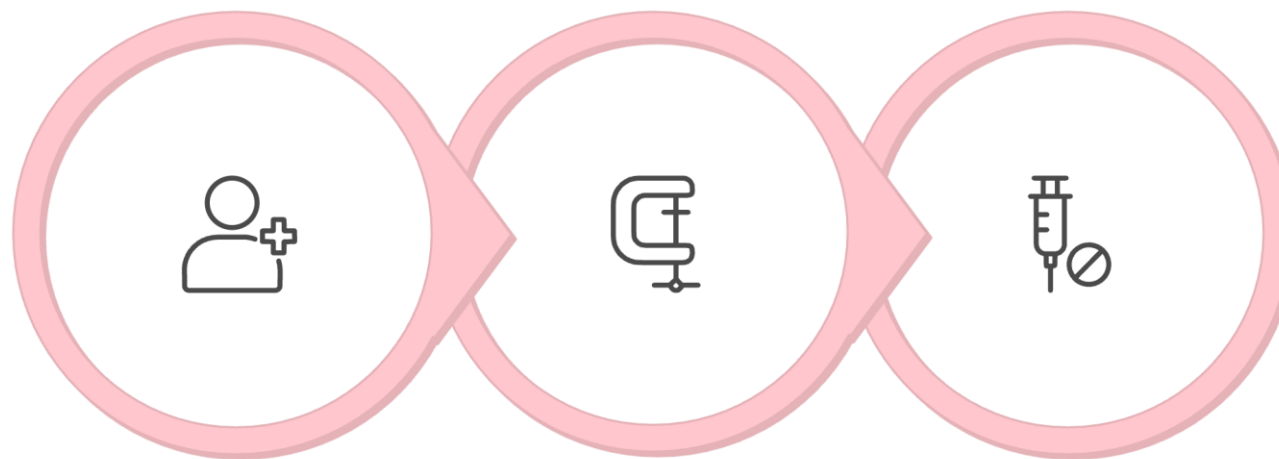
- Фруктовые сиропы
- Варенье или мёд
- Ягодное пюре

Это помогает пациенту принять необходимый объём питания и повышает приверженность к нутритивной поддержке.



Индивидуальный подход к вкусовым предпочтениям существенно повышает комплаентность пациента.

Введение через назогастральный зонд — подготовка



Позиция 45–
60°

Опустить
конец,
закреть
зажим

Проверить
аспирацией

Правильная подготовка пациента и проверка положения зонда — обязательные этапы перед каждым кормлением. Пропуск этих шагов может привести к серьёзным осложнениям, включая аспирацию и введение смеси не в желудок.

Техника болюсного кормления через назогастральный зонд

01

Промывание зонда

Промыть зонд водой, закрыть зажим для подготовки к кормлению

02

Присоединение шприца

Присоединить шприц Жане с питательной смесью нужного объёма

03

Введение смеси

Открыть зажим, поднять шприц на **40–50 см** выше уровня желудка. Вводить медленно, без давления на поршень (**20–30 мл/мин**)

04

Контроль состояния

Постоянно контролировать самочувствие пациента: тошнота, боль, вздутие живота

05

Промывание после кормления

Промыть зонд **30–50 мл** тёплой кипячёной воды для профилактики закупорки

Капельный метод через назогастральный зонд

Заккрыть винтовой зажим на системе перед наполнением ●

Наполнить систему питательной смесью, вытеснив воздух ●

Подвесить контейнер на штатив на необходимую высоту ●

Присоединить систему к зонду пациента ●

Открыть зажимы и **отрегулировать скорость капель** согласно назначению ●

Контролировать самочувствие пациента на протяжении всей процедуры ●

После кормления промыть зонд **30–50 мл** тёплой воды ●

Кормление через гастростомическую трубку

Ключевые принципы

Гастростомическая трубка — хирургически установленный доступ для долгосрочного питания. Техника аналогична введению через НГЗ, но требует особого внимания к уходу за стомой.

Алгоритм кормления

1. Придать пациенту положение полусидя (**45–60°**)
2. Закрепить зажим на трубке
3. Проверить проходимость — промыть водой
4. Вводить смесь медленно (**20–30 мл/мин**)
5. Контролировать самочувствие пациента
6. После кормления промыть трубку **30–50 мл** тёплой воды

Оценка опорожнения желудка

Контроль остаточного объёма желудка — обязательный элемент безопасного энтерального питания, позволяющий предотвратить аспирацию и перегрузку ЖКТ.

Как проверять

Аспирировать содержимое желудка шприцем через зонд или гастростомическую трубку

Когда проверять

Перед каждым болюсным кормлением или каждые **4–6 часов** при непрерывном питании

При превышении нормы

Вернуть аспирированное содержимое обратно в желудок и **задержать кормление**. Уведомить врача.

Нормальные значения

Взрослые: менее 200–250 мл
Дети: менее 100 мл или менее 50% объёма предыдущего кормления



Профилактика аспирации

Приподнятое изголовье

Поднимать изголовье кровати на **30–45°** во время кормления и в течение 1–2 часов после него

Контроль остаточного объёма

Регулярная оценка опорожнения желудка перед каждым кормлением — ключевая мера профилактики

Загустители при дисфагии

При нарушении глотания применять специальные загустители для снижения риска аспирации жидкостей

Избегать положения на спине

Горизонтальное положение тела — **значимый фактор риска** аспирации. Даже небольшой подъём снижает риск

Правила хранения открытых упаковок

Форма питания	Условия хранения	Максимальный срок
Сипинги (200 мл)	Холодильник или комнатная температура	4 часа
Дойпаки (плотно закрыть крышкой)	Холодильник или комнатная температура	24 часа
Сухие смеси (плотно закрыть)	Сухое прохладное место, влажность $\leq 75\%$	2 месяца
Физиологический раствор	После вскрытия	6 часов

 Температура хранения всех форм питания: 0–25°C, относительная влажность не более 75%.

Маркировка вскрытых упаковок

Обязательная информация на этикетке

- **Дата** вскрытия упаковки
- **Время** вскрытия
- **Подпись** лица, вскрывшего упаковку

Маркировка наносится сразу после вскрытия на каждую упаковку без исключения.

Важные правила безопасности

- Не использовать физиологический раствор позднее **6 часов** с момента вскрытия
- Не использовать растворы и смеси при **помутнении**, изменении цвета или запаха
- При сомнениях в сроке — утилизировать и вскрыть новую упаковку

⊗ Использование просроченных или неправильно хранившихся смесей может привести к инфекционным осложнениям у иммунокомпрометированного онкопациента.

Правила промывания зондов и трубок

Регулярное промывание — основная мера профилактики закупорки зонда и развития инфекционных осложнений.



Когда промывать

После каждого кормления и введения медикаментов через зонд



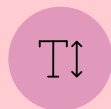
Объём воды

30–50 мл тёплой кипячёной воды температурой 36–38°C



Инструмент

Использовать шприц **50 мл**. Шприцы менее 10 мл — риск повреждения трубки!



Высота подъёма

При болюсном введении поднимать шприц на **40–50 см** выше уровня желудка

Асептика при работе с системами питания

01

Гигиена рук

Гигиеническая обработка рук до и после каждой процедуры — мытьё с мылом или антисептик

02

Стерильные перчатки

Использование стерильных перчаток при всех манипуляциях с зондом и системой питания

03

Вскрытие упаковок

Вскрывать стерильные упаковки непосредственно перед использованием, не заранее

04

Утилизация

Использованные материалы — в контейнеры класса **Б**; отходы без риска заражения — класс **А**

05

Смена систем

Инфузионные и энтеральные системы менять каждые **24 часа** без исключений

Документирование процедуры

Точное и своевременное документирование — профессиональная обязанность медицинской сестры. Записи обеспечивают преемственность ухода и безопасность пациента.



Время

Дата и точное время кормления



Метод

Способ введения (сипинг, НГЗ болюс/капельно, гастростома)



Смесь

Объем и состав питательной смеси



Переносимость

Реакция пациента, наличие тошноты, болей, вздутия



Остаток

Объем остаточного желудочного содержимого



Осложнения

Любые осложнения и принятые меры (при наличии)

Метаболически направленное энтеральное питание

ЛЕОВИТ ОНКО

Линейка продуктов Леовит Онко разработана специально для онкологических пациентов с учётом метаболических нарушений, характерных для опухолевого процесса и противоопухолевого лечения.

Восстанавливающие смеси

Содержат более **351 минорного соединения**. Применяются в период реабилитации и восстановления после лечения.

Детоксикационные смеси

Содержат **262 минорных соединения**. Применяются в период активного лечения для поддержки детоксикационных процессов.

Коферменты цикла Кребса

В состав входят коферменты и кофакторы, участвующие в цикле Кребса — ключевом пути клеточного энергообмена.



Белковый детоксикационный коктейль

СОСТАВ НА 100 МЛ

Нутриентный профиль

40.6

ккал

Энергетическая ценность

2.5г

Белок

25% энергии из белка

1.4г

Жиры

4.5г

Углеводы

Биоактивные компоненты

Растительные экстракты:

- Гранат, зелёный чай, лимонник
- Лопух, одуванчик

Витамины и минералы:

- Витамины С, Е, А, группы В
- Селен, цинк, марганец
- Таурин, кофеин

Пищевые волокна: 0,6 г

Белковый восстанавливающий коктейль — показания

Коктейль белковый восстанавливающий применяется на всех ключевых этапах онкологического лечения и реабилитации.



В период лечения и реабилитации

Поддерживает организм в период активной противоопухолевой терапии, восполняя белковый дефицит



При кахексии

Обеспечивает клинически значимое восстановление мышечной массы и физической активности



В период ремиссии

Улучшает клинико-биохимические показатели, поддерживает восстановительные процессы



При паллиативных состояниях

Обеспечивает нутритивную поддержку и улучшение качества жизни при неизлечимых формах заболевания

Белковый восстанавливающий коктейль — состав

СОСТАВ НА 100 МЛ

Нутриентный профиль

34.2

ккал

Энергетическая ценность

2.5г

Белок

0.55г

Жиры

4.8г

Углеводы

Биоактивные компоненты

Адаптогенные экстракты:

- Родиола, девясил, бессмертник
- Облепиха, барбарис, одуванчик

Витамины:

- С, Е, группы В, фолацин, биотин

Особый компонент: янтарная кислота — кофермент цикла Кребса

Пищевые волокна: 0,9 г

Метаболическое питание для восстановления костной ткани

Показания к применению

- Остеопороз на фоне гормонотерапии
- Метастатическое поражение костей
- Патологические переломы позвонков
- Реабилитация после ортопедических операций

Ключевые нутриенты (на 1 00 мл)

38

ккал

1.3г

Белки

30.3мг

Кальций

0.52мкг

Витамин D3

Метаболическое питание при инфекционных осложнениях

Показания к применению

- Инфекционные осложнения на фоне химио- и лучевой терапии
- Нейтропеническая лихорадка
- Послеоперационные инфекционные осложнения
- Септические состояния

Специализированный состав поддерживает иммунную функцию в период выраженного иммуносупрессии.

Состав (на 1 00 мл)

40

ккал

3.1 г

Белки

Иммунные нутриенты: цинк, медь, селен

Витамины: С, Е, группы В

Питание при дисфагии — загуститель для пищи и напитков

Дисфагия (нарушение глотания) — частое осложнение у пациентов с опухолями головы, шеи, пищевода. Загустители позволяют безопасно кормить пациентов перорально, снижая риск аспирации.

Состав Мальтодекстрин + ксантановая камедь. Нейтральный вкус, совместимость с большинством жидкостей и пищи	Консистенция «Сироп» 2 ст. л. на 200 мл Жидкая, медленно текущая
Консистенция «Крем» 4 ст. л. на 200 мл Густая, ложкообразная	Консистенция «Пудинг» 6 ст. л. на 200 мл Очень густая, не течёт

 Подбор консистенции проводится совместно с логопедом/специалистом по дисфагии с учётом степени нарушения глотания.

Правила разведения сухих смесей

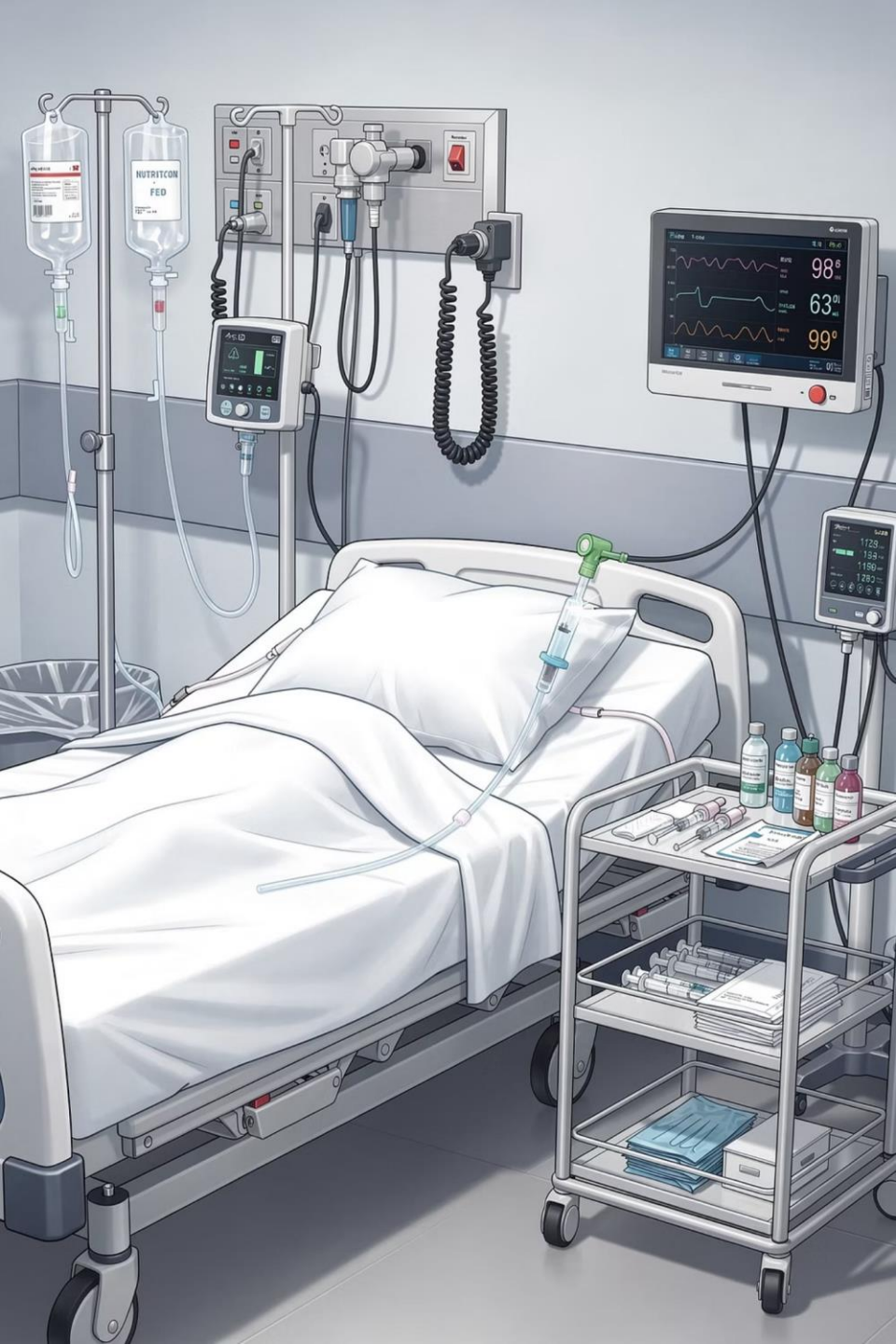
Для сипинга и болюсного введения

- **20 г** сухой смеси + **1 80–200** мл воды (36–40°C)
- Тщательно перемешать до полного растворения
- При необходимости использовать шейкер или блендер
- Температура воды не выше **60°C** при разведении

Для капельного введения

- **20 г** сухой смеси + **300** мл воды
- Большое разведение обеспечивает нужную текучесть смеси
- Использовать сразу после приготовления

 Не разводить смеси слишком горячей водой — разрушаются термолабильные витамины и ферменты.



Интеграция кормления с постуральным менеджментом

Положение тела при кормлении

Во время кормления

Положение полусидя с приподнятым изголовьем на **45–60°** — обязательный стандарт для всех видов энтерального питания

После кормления

Сохранять приподнятое положение в течение **1–2 часов** для завершения желудочного опорожнения

При гастростомии

Полусидячее положение обязательно также при кормлении через гастростомическую трубку

Запрещено

Кормление пациента, лежащего на спине. Это прямой фактор риска аспирации и аспирационной пневмонии

Профилактика аспирационной пневмонии

Аспирационная пневмония — жизнеугрожающее осложнение, которое можно предотвратить правильным позиционированием и контролем кормления.

ПРИПОДНЯТОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ. Угол 30-45 градусов снижает риск аспирации.



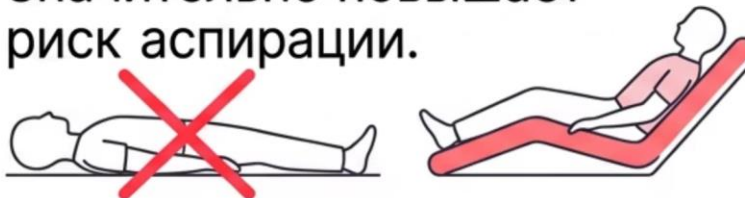
КОНТРОЛЬ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЖЕЛУДКА. Проверяйте перед каждым кормлением.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАГУСТИТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИСФАГИИ. Отрегулируйте до нужной консистенции.



ИЗБЕГАЙТЕ ПОЛОЖЕНИЯ "ЛЕЖА НА СПИНЕ". Значительно повышает риск аспирации.



Дневник кормления

Ежедневный мониторинг

Что фиксировать в каждой записи



Дата и время кормления



Способ введения



Объём смеси



Переносимость



Остаточный объём



Положение пациента

Зачем это важно?

Дневник кормления обеспечивает:

- Преемственность между сменами медперсонала
- Своевременное выявление осложнений
- Оценку динамики нутритивного статуса
- Юридическую защиту медицинской сестры
- Основу для коррекции плана питания врачом



Незафиксированная процедура считается непроведённой — документация обязательна.

Чек-лист медицинской сестры

Контрольный список перед, во время и после кормления

1

Гигиена рук

Гигиеническая обработка рук антисептиком или мытьё с мылом

2

Положение пациента

Приподнять изголовье на 45–60° и зафиксировать положение

3

Проходимость зонда

Проверить проходимость зонда/трубки, аспирировать остаточное содержимое

4

Температура смеси

Убедиться, что температура смеси не превышает 40°C

5

Скорость введения

Контролировать скорость: не более 20–30 мл/мин при болюсном методе

6

Промывание и документирование

Промыть зонд 30–50 мл воды и заполнить дневник кормления

Профилактика осложнений

Осложнение	Меры профилактики
Аспирация	Положение полусидя 45–60°, контроль остаточного объёма желудка перед каждым кормлением
Закупорка зонда	Регулярное промывание 30–50 мл воды после каждого кормления и введения препаратов
Инфекционные осложнения	Строгое соблюдение асептики, смена инфузионных систем каждые 24 часа, маркировка вскрытых упаковок
Тошнота и вздутие	Медленное введение смеси, контроль скорости, проверка температуры смеси
Пролежни	Адекватная нутритивная поддержка с высоким содержанием белка, регулярная смена положений тела

Нормативные документы

ASPEN Clinical Guidelines

Международные рекомендации по энтеральному питанию, включая позиционирование (подъем изголовья 30–45°)

ERUAP/NPIAP/PPPIA (2019)

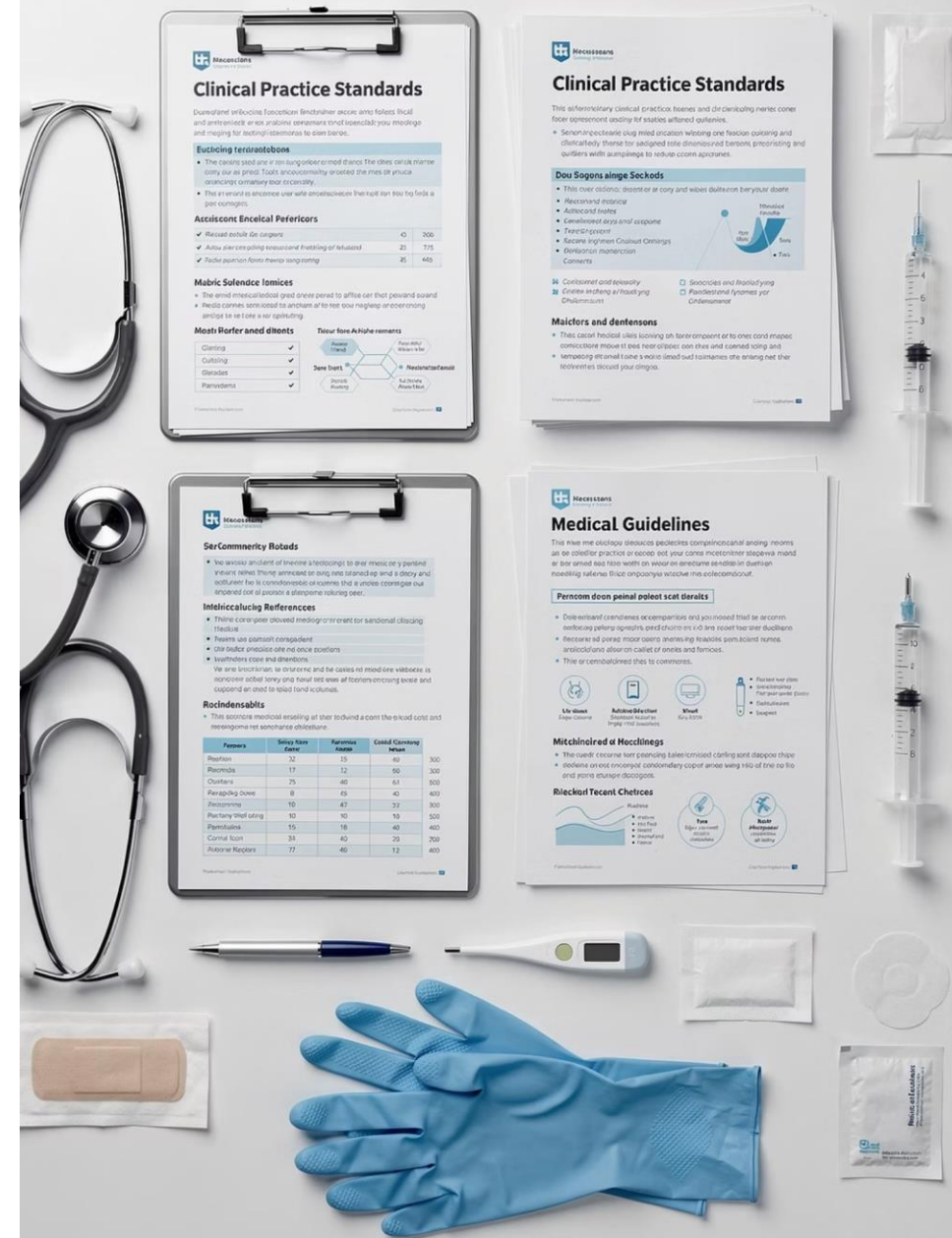
Международное клиническое руководство по профилактике и лечению пролежней — питание как ключевой компонент

СанПиН 2.1.3.2630-10

Санитарно-эпидемиологические требования к организации медицинской деятельности в РФ

Приказ Минздрава № 932н

Порядок оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в Российской Федерации



Рекомендуемая литература

1 ASPEN Clinical Guidelines

Positioning for enteral nutrition — рекомендации по подъёму изголовья 30–45°

2 EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019)

Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline

3 Систематический обзор и мета-анализ (2026)

Effects of prone versus supine position during enteral nutrition on clinical outcomes

4 Интегративный обзор (2022)

Impact of Nutrition on the Prevention and Treatment of Pressure Injuries in Critically Ill Patients

5 Методическое пособие Леовит Онко (2026)

Использование лечебного энтерального питания — ФГАОУ ВО. Клинические рекомендации МЗ РФ по энтеральному питанию (2021)



Ключевые выводы

Питание = лечение

Нутритивная поддержка — полноценный компонент терапии, сопоставимый по значимости с химио- и лучевой терапией

Положение — безопасность

45–60° во время кормления и 1–2 часа после — обязательный стандарт профилактики аспирации

Белок — защита кожи

Высокобелковое питание снижает риск пролежней на 25% и ускоряет заживление

Асептика — всегда

Строгое соблюдение правил асептики и документирования — профессиональный стандарт каждой процедуры

Роль медицинской сестры

Каждое кормление — это вклад в жизнь пациента

Медицинская сестра — ключевое звено в системе нутритивной поддержки онкологического пациента. Именно от профессионализма, внимательности и empathy сестринского персонала зависит, получит ли пациент необходимое питание в нужный момент, в правильном положении и с соблюдением всех мер безопасности.

Наблюдайте

Фиксируйте переносимость кормления, замечайте изменения в состоянии пациента, сообщайте врачу

Поддерживайте

Объясняйте пациенту и его родственникам важность питания, мотивируйте к участию в нутритивной поддержке

Совершенствуйтесь

Следите за обновлениями клинических рекомендаций и внедряйте лучшие практики в ежедневный уход



Спасибо за внимание

Данное руководство разработано для поддержки профессиональной деятельности медицинских сестёр, работающих с онкологическими пациентами. Применяйте эти знания ежедневно — ваша работа имеет значение.

«Хорошо накормленный пациент — пациент, у которого есть силы бороться»

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД