

Национален консенсус за парентерално и ентерално хранене

Разработен от: доц. Владов, доц. Гаврилова, доц. Георгиев, доц. Жекова, доц. Желев, доц. Казанджиев, проф. Карадимов, проф. Кръстев, доц. Петров, доц. Попова, доц. Попов, д-р Райчева, доц. Танчева, доц. Христова, д-р Цанева

Парентерално и ентерално хранене в гастроентерологията

Около 30% от пациентите в Европа страдат от малнутриция при постъпване в болница. Значителен брой патологични състояния в гастроентерологията протичат с недостатъчност или невъзможност както за нормален прием на храната, така и за нейното храносмилане и усвояване. Това налага прилагането на клинично хранене. Основната схема за клинично хранене е следната:

1. Възможно ли е ентерално хранене на пациента?

Ако да – да се осигури висококалорична храна по подходяща формула за орално хранене.

Ако не – да се започне парентерално хранене.

2. Задоволени ли са енергийните нужди?

Ако да – да се продължи.

Ако не – да се започне сондово хранене.

3. Задоволени ли са енергийните нужди на пациентите със сондово хранене?

Ако да – да се продължи.

Ако не – да се започне парентерално и ентерално хранене.

Енергийни нужди

Енергийните нужди в гастроентерологията са: **основните енергийни нужди (30 kcal/kg/g) x 1.2**. От тях 10–20% азот, 30–50% липиди, 50–70% захари.

Водни нужди

40 ml/kg.

Препоръчителни енергийни формули при отделните заболявания

1. Болест на Крон – използва се комбинирана терапия (ентерално хранене и медикаменти) през активната фаза, а при ремисия определени орални хранителни добавки.

Препоръчва се постоянното предболусното сондово хранене.

Оралният внос се предпочита до 600 kcal/kg/d, при по-високи нужди се препоръчва сондовото.

Няма доказана разлика в ефектите на специалните формули и обичайната ентерална храна.

2. Улцерозен колит – препоръчва се нутритивен съпорт при пациенти с неадекватен хранителен прием. Добавянето на 500–600 kcal/kg/d може да е от полза.

3. Синдром на късото черво – парентералното хранене е задължително по време на постоперативната хиперсекреторна фаза, за да гарантира адекватен хранителен прием и пълно електролитно равновесие.

По време на адаптационната фаза в редки случаи е възможно използването на непрекъснато сондово хранене, а в стабилизирания фаза се ползват специфични дефицити. Ако теллото на изпразненията е под 3 kg/d и приемът е над 2000–2500 kcal/kg/d, парентерално хранене не е необходимо.

4. Алкохолен стеатохепатит – препоръчва се енергиен внос 35–40 kcal/kg/d и белтъчен внос 1.2–1.5 g/kg/d:

- препоръчва се допълнително ентерално хранене;

- препоръчва се пълноценна протеинова диета.

При пациенти с хепатоенцефалопатия да се използват хранителни формули, базирани на разклоненоверижни аминокиселини.

5. Чернодробна цироза – при възможен адекватен перорален прием да се добавят перорални суплемементи или да се започне сондово хранене.

Препоръчва се използването на белтъчна диета.

6. Остър панкреатит.

При умерено активен панкреатит ентералното хранене не се препоръчва в рамките на 5–7 дни и е неуместно, ако пациентът може да консумира храна. Желателно е диетата да съдържа много въглехидрати и белтъци и с 30% по-малко мазнини, да е предимно от растителен произход.

При тежък некротичен панкреатит е показано ентерално хранене. При необходимост то трябва да бъде допълвано с парентерално.

Повече от 80% от пациентите с панкреатит са с хиперкатаболизъм. Ето защо е нужно да бъде повишен както калорийния внос, така и белтъчния – 1.0–1.5 g/kg/d.

Сондовото хранене е приложимо при всички пациенти, но може да се наложи да бъде допълвано с парентерално хранене.

Оралният прием на храна и хранителни добавки може да се осъществи, когато стомашната обструкция е преодолена, храната не предизвиква болка и усложненията са под контрол.

Парентералното хранене покрива всички нужди в началото на болеста. В случай на стомашна непроходимост може да се опита иеюнално хранене чрез интраоперативно поставена иеюностома или чрез ендоскопски поставена иеюнална сонда.

7. Хроничен панкреатит – 30–50% от пациентите са недохранени. Болката, малабсорцията и диетата оказват негативно влияние. Адекватната хранителна терапия, както и лечението на болката имат позитивно влияние върху хранителния статус. Повече от 80% от пациентите могат да бъдат лекувани адекватно с приемането на нормална храна и добавянето на панкреатични ензими. Само 10–15% от пациентите с хроничен панкреатит се нуждаят от орални хранителни добавки.