

СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР

№ 4
декабрь
2015



Приложение к журналу «Лечебное дело»

Редакция журнала

Главный редактор: *Хапалюк Александр Васильевич*
Заместитель главного редактора: *Силивончик Н.Н.*
Литературный редактор: *Давыдик И.Г.*
Дизайн и верстка: *Лукашонок Т.В.*

Научно-редакционный совет

Адаменко Е.И.
Богущи Л.С.
Василевский И.В.
Воронко Е.А.
Данилова Л.И.
Егоров К.Н.

Жерносек В.Ф.
Жилевич Л.А.
Заремба Е.Ф. (Львов)
Кашицкий Э.С.
Котова Г.С.
Максимюк А.В.

Мартусевич Н.А.
Нечесова Т.А.
Остапенко Е.Н.
Пересада О.А.
Подпалов В.П.
Пристром А.М.

Смирнова Л.А.
Соловьева Л.Г.
Трисветова Е.Л.
Хурса Р.В.
Чуйко З.А.
Щавелева М.В.

Научно-практическое издание для врачей общей практики

Учредитель и издатель: ООО «Медицинские знания»
Адрес редакции: 220049, г. Минск, ул. Черняховского, 3, к. 28
Тел. +375 17 2844049, e-mail: akhara@tut.by
Свидетельство о регистрации № 1563 от 27.08.2012
Выдано Министерством информации Республики Беларусь
Подписные индексы журнала по каталогу РУП «Белпочта»:
74992 (инд.), 749922 (вед.)
Автор несет ответственность за направление статей, ранее опубликованных или принятых к печати в других изданиях.

Полиграфическое исполнение: ОАО «Промпечать»
220049, г. Минск, ул. Черняховского, 3
ЛП № 02330/233 от 11.03.2009 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 8,6. Заказ № 1477.
Тираж 300 экз.

Периодичность издания: 1 раз в квартал
Мнение авторов не всегда отражает точку зрения редакции.
При использовании материалов ссылка на журнал обязательна.

О сюжете картины Г. Семирадского (1843–1902)

«Доверие А. Македонского врачу Филиппу»

(комментарий кандидата юридических наук доцента В.М. Ерчака)

Что означает название картины? Оно означает не просто доверие к своему врачу. Если Вы присмотритесь к выражению лица врача Филиппа, то увидите крайнее удивление, смешанное с возмущением и страхом. Чем вызвана такая гамма чувств? Оказывается, врач Филипп читает донос... на самого себя! В нем «доброжелатель» сообщает Александру Македонскому, что «врач преподнесет ему чашу с ядом, выпив которую, Александр умрет».

Можете себе представить чувства молодого повелителя Вселенной после прочтения этого доноса! Но страх перед смертью уступил доверию к своему лечащему врачу. И на картине мы видим, как, выпив чашу из рук Филиппа, Александр дает ему прочесть сострепанный на него донос. Этот момент величайшего душевного накала как врача, так и его могущественного пациента изображен на картине.

Полотно несет в себе мощнейший нравственный заряд: человек – образ и подобие Божие. В человеке, по выражению Ф.М. Достоевского, «...борется дьявол с Богом, а поле битвы – сердце человека...». На чью сторону стать – доносчика или А. Македонского – и есть смысл бытия.



Г. Семирадский. Доверие А. Македонского врачу Филиппу

39. Wachtell K., Okin P.M., Olsen M.H. et al. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive therapy and reduction in sudden cardiac death: the LIFE Study // *Circulation*. 2007; 116: 700–705.

40. Wu F., Wang H.Y., Cai F. et al. Valsartan decreases platelet activity and arterial thrombotic events in elderly patients with hypertension // *Chin. Med. J. (Engl.)*. 2015; 128:153–158.

41. Yokohama S., Tokusashi Y., Nakamura K. et al. Inhibitory effect of angiotensin II receptor antagonist on hepatic stellate cell activation in non-alcoholic steatohepatitis // *World J. Gastroenterol.* 2006; 12: 322–326.

42. Yokohama S., Yoneda M., Haneda M. et al. Therapeutic efficacy of an angiotensin II receptor antagonist in patients with nonalcoholic steatohepatitis // *Hepatology*. 2004; 40: 1222–1225.

43. Yoshiji H., Noguchi R., Namisaki T. et al. Combination of sorafenib and angiotensin II receptor blocker attenuates preneoplastic lesion development in a non-diabetic rat model of steatohepatitis // *J. Gastroenterol.* 2014; 49: 1421–1429.

44. Zlotnicki R.A., Boucher Y., Lee I. et al. Effect of angiotensin II induced hypertension on tumor blood flow and interstitial fluid pressure // *Cancer Res.* 1993; 53: 2466–2468.

Поступила 17.09.2015

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОДУКТОВ ПРОИЗВОДСТВА КОМПАНИИ NUTRICIA (НИДЕРЛАНДЫ)

Н.Н. Силивончик¹, Е.И. Адаменко²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск ² Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Изложены базовые сведения о нарушениях статуса питания и методах его коррекции, об энтеральном питании, представлены смеси для энтерального питания компании Nutricia (Нидерланды), которые могут применяться на амбулаторном этапе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: белково-энергетическая недостаточность, оценка статуса питания, энтеральное питание.

В настоящее время сформированы представления о роли питания и его нарушений для здорового и больного человека, методах оценки статуса питания и коррекции его нарушений. Одним из методов коррекции является энтеральное питание, которое используется в клинической практике на протяжении последних 40 лет.

Роль питания для клинической медицины. Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма человека, определяет возможность переносить заболевание, физические и психоэмоциональные нагрузки. Особенно большое значение нарушение питания и белково-энергетическая (питательная, нутритивная) недостаточность имеют для клинической медицины – у значительного числа пациентов наблюдаются нарушения нутритивного питательного статуса.

Принципиальные причины нарушения питания – анорексия, неадекватное поступление пищи, снижение всасывания, повышенные интестинальные потери и нарушение синтеза протеинов.

Существенную роль в нарушении усвоения пищи, прогрессировании нутритивной недостаточности играет состояние пациента – снижение аппетита, нарушение сознания, лихорадка, тошнота и рвота, что приводит к уменьшению фактического потребления пищи или полному отказу от нее. Кроме того, после оперативных вмешательств, травм, особенно при наличии повреждений или функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), пациент не только не может или

не хочет, но и не должен принимать обычную пищу.

Риск развития нутритивной недостаточности значительно возрастает (до 50–80 %) у пациентов в критических состояниях, с респираторными заболеваниями, сахарным диабетом, воспалительными процессами, злокачественными опухолями.

Нутритивная недостаточность при критических состояниях – особая проблема. Для метаболического ответа на агрессию любой этиологии (травма, кровопотеря, ожоги, хирургическое вмешательство) характерно развитие неспецифической реакции гиперметаболизма, гиперкатаболизма с комплексным нарушением обмена белков, углеводов, липидов, усиленным расходом углеводно-липидных резервов и распадом тканевых белков, потерей массы тела. Как следствие – формирование полиорганной недостаточности, сепсиса. За 10–15 дней нахождения в стационаре до 60–64 % пациентов, особенно перенесших оперативное вмешательство или травму, теряют в среднем 10–12 % массы тела.

Значение нарушения статуса питания. Исходные нарушения питания, недостаточность питания пациента и неадекватная коррекция метаболических нарушений в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, особенно при травмах, ожогах, обширных оперативных вмешательствах и т. п., увеличивают риск развития септических и инфекционных осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания пациентов в стационаре, повышают

показатели летальности. Как показывает опыт отечественных и зарубежных клиницистов, устранение питательной недостаточности существенно улучшает исходы лечения различной категории больных и пострадавших, снижает частоту и тяжесть послеоперационных осложнений и летальность, повышает качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями, уменьшает в 2 раза стоимость лечебно-диагностического процесса и на 15–30 % расход дорогостоящих препаратов. *Белково-энергетическая недостаточность и связанные с ней осложнения и летальные исходы признаны важнейшей составляющей тяжелого заболевания или травматического повреждения.*

Методы оценки статуса питания. Оценка статуса питания проводится на основании анализа клинической ситуации (состояние органов пищеварения, заболевание, операция, лихорадка, травма, ожог и др.), стандартных антропометрических, лабораторных и иммунологических методов.

Антропометрические методы включают определение индекса массы тела (ИМТ), толщины кожной складки над трицепсом (КЖСТ), окружности плеча (ОП) и окружности мышц плеча (ОМП).

Лабораторные биохимические методы – определение общего белка, сывороточного альбумина и трансферрина.

Иммунологические методы – определение содержания абсолютного числа лимфоцитов (АЧЛ) и др.

Интегральная оценка статуса питания проводится на основании суммарной оценки наличия и степени снижения результатов исследования.

Принципы коррекции статуса питания. Основные задачи поддержания и коррекции статуса питания включают:

- обеспечение энергетических и пластических потребностей организма;
- поддержание активной белковой массы, функции органов и тканей, особенно иммунной системы, скелетных и дыхательных мышц;
- восстановление имеющихся потерь;
- коррекция метаболических нарушений;
- профилактика и лечение полиорганной недостаточности.

Решить проблему лечения нутритивной недостаточности путем диетотерапии (мясные бульоны, каши, пюре, творог, кефир, соки и т. д.) достаточно сложно, так как из общей калорийности рассчитанного рациона фактическое поступление пациенту не превышает 60 %.

Нутритивной поддержкой называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи. В период, когда естественный путь восполнения прогрессирующих дефицитов основных питательных веществ исключен или предельно ограничен, особое значение в комплексе лечебных мероприятий приобретает проведение парентерального или энтерального питания. Это может быть:

1) энтеральное питание специальными смесями перорально (напиток, дополнение к диетическому питанию); 2) энтеральное питание через зонд, частичное или 3) полное парентеральное питание; энтеральное + парентеральное питание. В последнее десятилетие энтеральное питание привлекает к себе все больше внимания. *Нутритивная поддержка, наряду с лечебными мероприятиями, является неотъемлемой частью обязательного комплекса лечебных мероприятий, проводимых у пациентов при различных патологических состояниях.* Современные технологии энтерального и парентерального питания позволяют корректировать сложнейшие метаболические расстройства и поддерживать в течение длительного времени жизнедеятельность организма.

Энтеральное питание

Энтеральное питание – вид нутритивной поддержки, при котором питательные вещества вводятся в виде специальных смесей для энтерального питания через рот, зонд или стому при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем.

Создание современных питательных смесей для энтерального питания базируется на теории сбалансированного питания на основе физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии здорового человека, но с учетом особенностей патогенеза, клинического течения, стадии болезни, уровня и характера метаболических нарушений, функционального состояния желудочно-кишечного тракта, влияния определенных нутриентов на интенсивность обменных процессов.

В состав питательных смесей входят белки, пептиды, аминокислоты, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины, а также в зависимости от задач – пищевые волокна, нутрицевтики. В качестве примера приводим полный состав смеси Нутризон® производства компании Nutricia (Нидерланды) для основного этапа нутритивной поддержки пациентов (табл. 1).

Достоинства энтерального питания – физиологичность, низкий уровень осложнений, простота доставки нутриентов и низкая стоимость. Энтеральное введение питательных веществ способствует сохранению и восстановлению целостности слизистой оболочки кишечника, что имеет существенное значение в поддержании гомеостаза и укреплении иммунитета.

Показания к применению энтерального питания. Все пациенты с функционирующим ЖКТ, не способные принимать пищу через рот в количестве, достаточном для удовлетворения их физиологических потребностей, являются кандидатами для применения энтерального питания.

Показания:

• белково-энергетическая недостаточность при недостаточном пероральном поступлении пищевых продуктов;

Таблица 1

Состав смеси Нутризон® производства компании Nutricia (Нидерланды)	
Характеристики	На 100 мл
Энергетическая ценность, ккал	100
Белок (16 % энергии), г	4
Жиры (35 % энергии), г	3,9
Насыщенные жиры, г	0,4
Линолевая кислота, г	0,92
А-линоленовая кислота, г	0,19
Натрий (Na), мг	100
Калий (K)	150
Хлориды (Cl), мг	125
Кальций (Ca), мг	80
Фосфор (P), мг	72
Магний (Mg), мг	23
Железо (Fe), мг	1,6
Цинк (Zn), мг	1,2
Медь (Cu), мкг	180
Марганец (Mn), мг	0,33
Фтор (F), мг	0,10
Молибден (Mo), мкг	10
Селен (Se), мкг	5,7
Хром (Cr), мкг	6,7
Йод (I), мкг	13
Углеводы (49 % энергии), г	12,3
Сахар, г	1
Полисахариды, г	11
Пищевые волокна	отсутствуют
Осмолярность, мОсм/л	255
Каротиноиды, мг	0,2
Витамин А, мкг-RE	82
Витамин D3, мкг	0,7
Витамин Е, мг а-ТЕ	1,3
Витамин К, мкг	5,3
Тиамин (B1), мг	0,15
Рибофлавин (B2), мг	0,16
Ниацин, мг	1,8
Пантотеновая кислота (B5), мг	0,53
Пиридоксин (B6), мг	0,17
Фолиевая кислота, мкг	27
Цианкобаламин (B12), мкг	0,21
Биотин, мкг	4
Витамин С, мг	10
Холин, мг	37

новообразования, особенно локализованные в области головы, шеи, желудка;

лучевая и химиотерапия при онкологических заболеваниях;

расстройства центральной нервной системы: коматозные состояния, нарушения мозгового кровообращения, болезнь Паркинсона;

заболевания желудочно-кишечного тракта: болезнь Крона, язвенный колит, синдром короткой кишки, мальабсорбции;

заболевания печени;
питание в пред- и послеоперационном периоде; осложнения послеоперационного периода (свищи желудочно-кишечного тракта, сепсис, несостоятельность швов анастомозов);

травмы, ожоги, острые отравления;
сепсис, инфекционные заболевания, в том числе туберкулез, СПИД;

психические расстройства: нервная анорексия, тяжелая депрессия.

Противопоказания к применению энтерального питания: кишечная непроходимость, острый панкреатит (определенный период), тяжелые формы мальабсорбции, продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение, непереносимость компонентов энтеральной смеси.

Виды смесей для энтерального питания. Принципиально смеси классифицируются по составу и назначению (таб. 2).

Полимерные смеси содержат цельный белок в качестве источника азота, источник углеводов – частично гидролизированный крахмал, жир в виде длинноцепочечных триглицеридов; содержание пищевых волокон различно. Олигомерные питательные смеси содержат в качестве источника азота пептиды или свободные аминокислоты, углеводы представлены низкомолекулярными мальтодекстринами и дисахаридами, жиры – длинноцепочечными и среднецепочечными триглицеридами. Цель их применения – улучшение нутритивного статуса.

Таблица 2

Классификация современных питательных смесей для энтерального питания пациентов [4]

Принцип классификации	Виды питательных смесей
По химическому составу	1. Полимерные: без пищевых волокон содержащие пищевые волокна 2. Олигомерные 3. Метаболически направленные: при сахарном диабете и стрессорной гипергликемии печеночной недостаточности почечной недостаточности дыхательной недостаточности иммунодефицитах 4. Модульные
По содержанию энергии	Изокалорические (1 мл – 1 ккал) Гипокалорические (1 мл < 1 ккал) Гиперкалорические (1 мл > 1 ккал)
По содержанию белка	Изонитрогенные (35–50 г/л) Гипонитрогенные (менее 35 г/л) Гипернитрогенные (более 50 г/л)
По физическим свойствам	Изоосмолярные (280–310 мОсм/л) Гипоосмолярные (менее 280 мОсм/л) Гиперосмолярные (более 310 мОсм/л)
По форме упаковки	В гравитационной самоспадающей упаковке В упаковках, требующих воздушного замещения объема или переливания в мешок (порошкообразные и жидкие в тетрапаках или бутылках)

Метаболически направленные смеси разработаны с учетом изменяющихся метаболических потребностей при конкретной патологии – сахарном диабете, печеночной, почечной, дыхательной недостаточности. Например, смеси, назначаемые при патологии печени, содержат измененный аминокислотный состав белков – в них больше аминокислот с разветвленной цепью (валин, изолейцин, лейцин) и меньше ароматических (фенилаланин, тирозин, триптофан).

Способы введения энтеральных питательных смесей. В зависимости от продолжительности курса энтерального питания и сохранности функционального состояния различных отделов ЖКТ выделяют следующие пути введения питательных смесей:

употребление питательных смесей в виде напитков через трубочку или мелкими глотками (сипинг);

зондовое питание с помощью назогастральных, назодуоденальных, назоюнальных и двухканальных (для аспирации желудочного содержимого и интракишечного введения питательных смесей преимущественно, для хирургических пациентов) зондов;

путем наложения стом: гастро-, дуодено-, еюно-, илеостом. Стомы могут быть наложены хирургическим или эндоскопическим методом.

Выбор смесей для энтерального питания.

На выбор смесей энтерального питания влияют потребности пациента в нутриентах, нарушение гастроинтестинальной абсорбции, моторики, возможных потерь с диареей и наличие повреждений в других системах, таких как почечная и печеночная. Соблюдение данного принципа позволяет не только скорректировать белково-энергетический дефицит, но и стабилизировать основные показатели гомеостаза на фоне органной недостаточности (табл. 3).

Смеси для энтерального питания производства компании Nutricia (Нидерланды). Компания Nutricia (Нидерланды) поставляет в Республику Бе-

ларусь ряд смесей для энтерального питания взрослых и детей. Смеси для перорального и зондового питания взрослых пациентов представлены в табл. 4.

Нутризон® выпускается в виде готового к употреблению раствора или порошка для приготовления раствора для перорального и зондового применения на основном этапе нутритивной поддержки пациентов: подготовка к операции, во время восстановительного периода после хирургического вмешательства; пациентов в тяжелом состоянии, перенесших множественные травмы, ожоги или серьезную инфекцию; пациентов, получающих химиотерапию или лучевую терапию, а также тех, кто физически не может самостоятельно употреблять пищу (травмы лица, черепно-мозговая травма), страдает психическими расстройствами и отказывается от приема пищи. Разрешено назначать Нутризон® при беременности для восполнения дефицита белка.

Нутризон с пищевыми волокнами® – готовая к употреблению жидкая смесь, обогащенная шестью пищевыми волокнами для основного этапа нутритивной поддержки пациентов при состояниях, требующих нормализации работы кишечника. Для перорального и зондового применения.

Нутризон Энергия с пищевыми волокнами® – готовое к употреблению жидкое гиперкалорическое питание с высоким содержанием белка, энергии и пищевых волокон (шесть видов растворимых и нерастворимых пищевых волокон). Предназначен для основного этапа нутритивной поддержки пациентов без ограничений по приему пищевых волокон. Для длительного зондового питания пациентов с высокими потребностями в белке и энергии; при необходимости ограничения введения жидкости (например, при отеках, сердечно-легочной недостаточности и др.); антибактериальной терапии. Для перорального и зондового применения.

Нутризон Эдванст Пептисорб® – готовая к употреблению жидкая смесь, предназначенная для самого начального, адаптирующего, этапа

Таблица 3

Принципы выбора смесей для энтерального питания	
Состояния	Общая характеристика оптимальных для данного состояния питательных смесей
Нормальные потребности и сохранность функций ЖКТ	Стандартные с/без пищевых волокон
Повышенные потребности в белках и энергии	Высококалорийные
Ускорение заживления	С высоким содержанием белка, обогащенные микроэлементами
Критические и иммунодефицитные состояния	С высоким содержанием белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами
Сахарный диабет	С пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна
Нарушение функции легких	С высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов
Нарушение функции почек	Высококалорийная с содержанием высокобиологически ценного белка и аминокислот
Нарушение функции печени	Высококалорийная с высоким содержанием аминокислот с разветвленной боковой цепью
У детей	Специальные смеси

Таблица 4

Смеси для перорального и зондового питания взрослых пациентов производства компании Nutricia (Нидерланды)						
Препараты	Форма выпуска	Общая характеристика смесей	Характеристика энергетической ценности (ккал) и основных нутриентов (г) на 100 г раствора или 100 г порошка			
			калорийность	белки	жиры	углеводы
Нутризон*	Раствор для приема внутрь, 500, 1000 мл	Универсальная, полимерная	100	4	3,9	12,3
Нутризон с пищевыми волокнами*	Раствор для приема внутрь, 1000 мл	Универсальная, полимерная с пищевыми волокнами	103	4	3,9	12,3
Нутризон Энергия с пищевыми волокнами*	Раствор для приема внутрь, 1000 мл	Гиперкалорическая, с высоким содержанием белка, энергии и пищевых волокон	150	6	5,8	18,4
Нутризон Эдванст Пептисорб*	Раствор для приема внутрь, 500, 1000 мл	Универсальная, полуэлементная	100	4	1,7	17,6
Нутризон Эдванст Диазон*	Раствор для приема внутрь и через зонд, 1000 мл	Универсальная, полимерная	100	4,3	4,2	11,3
Нутризон Эдванст Протизон*	Раствор для приема внутрь, 500 мл	Универсальная, полимерная	128	7,5	3,7	15,4
Нутризон Энергия*	Раствор для приема внутрь, 1000 мл	Универсальная, полимерная	150	6	5,8	18,5

питания, для пациентов с резко пониженной способностью усвоения питательных веществ. Позволяет восстанавливать функцию ЖКТ, полноценно питать пациентов с частично удаленной тонкой кишкой, выраженной ферментопатией, состоянием мальабсорбции и др. Для перорального и зондового применения.

Нутризон Эдванст Диазон* – готовая к употреблению жидкая смесь, предназначенная для пациентов с сахарным диабетом и сниженной толерантностью к глюкозе, при наличии стрессорной гипергликемии или риске ее возникновения. Имеет пониженное содержание углеводов (44 %) в виде фруктозы и крахмала, который медленно расщепляется и усваивается. Содержит смесь из шести пищевых волокон, оказывающих положительное влияние на функцию кишечника и снижающих скорость всасывания углеводов. Для перорального и зондового применения.

Нутризон Эдванст Протизон* – готовое жидкое питание с высоким содержанием белка высокой биологической ценности (казеин), умеренно повышенным содержанием энергии. Содержит смесь шести видов пищевых волокон. Предназначен для применения на этапе реабилитации в интенсивной терапии при тяжелых травмах, ожогах, сепсисе, инсульте. Для перорального и зондового применения.

Нутризон Энергия* – готовое жидкое питание с высоким содержанием белка и энергии. Содержит в 1,5 раза больше белка и энергии, чем Нутризон*. Предназначен для основного этапа нутритивной поддержки пациентов с высокими потребностями в белке и энергии, которым необходимо ограничение введения жидкости (например, при отеках, сердечно-легочной недостаточности и др.). Не со-

держит пищевых волокон. Для перорального и зондового применения.

Смеси (напитки) для перорального сипингового питания взрослых пациентов компании Nutricia (Нидерланды) представлены в табл. 5.

Нутридринк* – напиток с высоким содержанием молочного белка и сбалансированным составом, применяющийся для обеспечения основным или дополнительным питанием. Кроме белка, 1 флакон смеси содержит 5,8 г жиров, 18,4 г углеводов, микроэлементы (натрий, фосфор, медь, кальций, магний, калий, фтор, железо, цинк, йод, марганец, молибден, витамины А, Е, К, С, В). Обычное рекомендуемое потребление – 2–3 флакона в день.

Нутридринк Компакт Протеин* – полноценное сбалансированное по составу стерильное питание с высоким содержанием белка и энергии в малом объеме (125 мл). Может являться дополнительным или единственным источником питания. Предназначен для людей с повышенными потребностями в белке и энергии.

Нутридринк Компакт с пищевыми волокнами* – полноценное сбалансированное по составу питание с высоким содержанием белка и энергии в малом объеме (125 мл). Содержит растворимые (пребиотические) волокна, необходимые для нормализации работы кишечника. Может являться дополнительным или единственным источником питания. Предназначен для людей с повышенными потребностями в белке и энергии.

Нутридринк Эдванст Нутризон* – универсальное полноценное сбалансированное питание в виде порошка для приготовления раствора. Возможны гипо-, гипер- и стандартное разведения, что позволяет его использовать для адаптивного

и основного этапов энтерального питания. Не содержит пищевых волокон. Может являться единственным источником питания. Для перорального, а также зондового применения.

Применение имеющихся в распоряжении врача продуктов для энтерального питания расширяет возможности надлежащего оказания помощи пациентам.

Таблица 5

Смеси (напитки) для перорального сипингового питания взрослых пациентов производства компании Nutricia (Нидерланды)					
Препараты	Форма выпуска	Характеристика энергетической ценности (ккал) и основных нутриентов (г) на 100 мл раствора или 100 г порошка			
		калорийность	белки	жиры	углеводы
Нутридринк* (вкус апельсина, банана, ванили, клубники, шоколада, нейтральный вкус)	Пластиковые флаконы 200 мл	150	5,9	5,8	18,4
Нутридринк Компакт Протеин* (вкус банана, ванили, клубники, кофе)	Пластиковые флаконы 125 мл	240	14,4	9,4	24,4
Нутридринк Компакт с пищевыми волокнами* (вкус кофе)	Пластиковые флаконы 125 мл	240	9,4	10,4	25,2
Нутридринк Эдванст Нутризон* сухая смесь	Порошок для приема внутрь, банка 322 г	462	18,5	18,2	56,4

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахман А.Л. Искусственное питание: пер. с англ. М. – СПб.: БИНОМ: Невский диалект, 2001. 192 с.
2. Ван Вэй III Ч.В., Айвертон-Джонс К. Секреты питания: пер. с англ. М. – СПб.: БИНОМ: Диалект, 2006. 320 с.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курьгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. СПб.: Спец. лит., 1996. 330 с.
4. Луфт В.М., Костюченко А.Л., Лейдерман И.Н. Руководство по клиническому питанию в интенсивной медицине. СПб.: Фарм Инфо; Екатеринбург, 2003. 310 с.
5. Лященко Ю.Н., Петухов А.Б. Основы энтерального питания. М.: Вега Интел XXI, 2001. 343 с.
6. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Янушевич О.О. Общая нутрициология: учеб. пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 392 с.
7. Основы клинического питания: материалы лекций для курсов Европ. ассоциации парентерального и энтерального питания: пер. с англ. / под ред. Л. Соботка. 2-е изд. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 416 с.
8. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий / под ред. А. Robertson [и др.]; Регион. публикации ВОЗ, Евр. сер., № 96. 505 с.
9. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. М.: М-Вести, 2002. 320 с.
10. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / под. ред. И.Е. Хорошилова. СПб.: Нормед-Издат, 2000. 376 с.
11. French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism: Clinical nutrition guidelines of the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SENEP): Summary of recommendations for adults undergoing non-surgical anticancer treatment // Dig. Liver Dis. 2014; 46: 667–674.
12. Kondrup J., Allison S.P., Elia M. et al. ESPEN Guidelines for nutrition screening // Clin. Nutr. 2003; 22: 415–421.
13. Lochs H., Valentini L., Schutz T. et al. ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition // Clin. Nutrition. 2006; 25: 177–360.
14. Stroud M., Duncon H., Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients // Gut. 2003; 52 (Suppl. VII): vii1–vii12.
15. Van Gossum A., Cabre E., Hebuterne X. et al. ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: Gastroenterology // Clin. Nutr. 2009; 29: 415–427.

Поступила 01.10.2015