

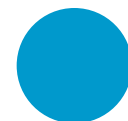
Nutriční podpora kriticky nemocných



**MUDr. Iveta Zimová
KARIM FN Brno
LF MU Brno**

OBSAH :

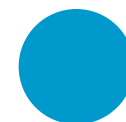
- ✓ **Klinická výživa**
- ✓ **Malnutrice, etiologie, typy, diagnostika**
- ✓ **Cíl a algoritmus nutriční podpory**
- ✓ **Výběr výživy**
- ✓ **Stanovení aktuální energetické potřeby**
- ✓ **Parenterální výživa**
- ✓ **Cukry**
- ✓ **Tuky**
- ✓ **Aminokyseliny**
- ✓ **Enterální výživa**
- ✓ **Souhrn nutričních zásad**



KLINICKÁ VÝŽIVA

Klinická výživa je interdisciplinární obor, kdy nutriční intervence vytváří optimální podmínky pro vlastní obranné mechanismy, autoregulaci a ve svých důsledcích i prostředí pro úspěch cílené léčby.

**Základním cílem umělé výživy je
zajistit přívod živin a tekutin
těm skupinám nemocných, kteří
nemohou, nechtějí nebo nesmějí
přijímat běžnou stravu v aktuálně
nutném množství i složení
obvyklou cestou.**



MALNUTRICE

- ✓ **značný podíl hospitalizovaných pacientů je malnutriční**
- ✓ **3% pacientů v nemocnici vyžaduje umělou výživu (1000 lůžek - 30 pacientů trpí těžkou malnutricí)**
- ✓ **je vztah mezi malnutricí a zvýšenou morbiditou a mortalitou**

ETIOLOGIE MALNUTRICE

- ✓ **ekonomické**
- ✓ **extrémní diety**
- ✓ **anorexia mentalis**
- ✓ **malnutrice v nemocnosti**



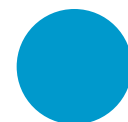
TYPY MALNUTRICE

Marantický typ (marasmus)

dlouhodobé hladovění

Kwashiorkor

stresový metabolismus




MARANTICKÝ TYP (marasmus)

- ✓ **dlouhodobé hladovění**
- ✓ **metabolizmus glukózy stoupá**
- ✓ **metabolizmus tuků stoupá**
- ✓ **metabolizmus proteinů klesá**



KLASIFIKACE MALNUTRICE PODLE ZÁVAŽNOSTI

- ✓ **Klinicky nevýznamná:** ↓ hmotnosti o méně než 10%, bez větších somatických a funkčních změn
 - ✓ **Středně závažná:** ↓ hmotnosti kolem 10%, nepokračující, lehká deplece podkožního tuku, bez funkčních projevů
 - ✓ **Těžká malnutrice:** ↓ hmotnosti přes 10%, pokračující, deplece podkožního tuku a svalů, funkční alterace (kašel, stisk ruky, hojení ran)
- 

DIAGNOSTIKA STUPNĚ MALNUTRICE

Lehký stupeň

albumin 30- 35 g/l

transferin 2,0-1,8 g/l

kožní řasa tricepsu

M: 10,2 mm Ž: 13,2 mm

odpady N v moči/24 hod pod 8g

Kreatinin: sérum v normě

moč vzestup +

DIAGNOSTIKA STUPNĚ MALNUTRICE

Střední stupeň

albumin 30 – 25 g/l

transferin 1,8-1,6 g/l

kožní řasa tricepsu

M: 8,8 mm Ž: 11,6 mm

odpady N v moči/24 hod 8-15 g

Kreatinin sérum pokles +

moč vzestup +++

DIAGNOSTIKA STUPNĚ MALNUTRICE

Těžký stupeň

albumin

pod 25 g/l

transferin

pod 1,6 g/l

kožní řasa tricepsu

M: 7,5 mm

Ž: 9,9 mm

odpady N v moči/24 hod

nad 15g

Kreatinin sérum

pokles +++


moč

pokles ++

INDIKACE NUTRIČNÍ PODPORY

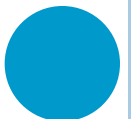
- ✓ **proteino - energetická malnutrice (pokles hmotnosti o více než 10%, pacient hladoví déle než 5 dnů)**
- ✓ **předoperační příprava a pooperační péče**
- ✓ **onemocnění GIT (pankreatitida, Morbus Crohn, colitis ulcerosa, píštěle GIT atd)**

INDIKACE NUTRIČNÍ PODPORY

- ✓ **neurologické indikace (myastenia gravis, cerebrovaskulární onemocnění)**
 - ✓ **nádorová kachexie**
 - ✓ **aktinoterapie, chemoterapie**
 - ✓ **geriatřiční pacienti**
- 

KWASHIORKOR

- ✓ **stresový katabolizmus**
- ✓ **metabolizmus glukózy klesá**
- ✓ **metabolizmus tuků klesá**
- ✓ **metabolizmus proteinů stoupá
především VLI**



ZMĚNY METABOLIZMU VE STRESU

- ✓ **aktivace osy hypothalamus – hypofýza - nadledviny**
- ✓ **zvýšení hladiny kortizolu, katecholaminů, glukagonu**
- ✓ **inzulinorezistence**
- ✓ **stimulace glykogenolýzy a glukoneogenézy**
- ✓ **zvýšení metabolismu bílkovin**
- ✓ **proteolýza s úbytkem svalové hmoty**
- ✓ **zvýšené ztráty N 40 g/den a více**



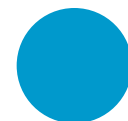
Na rozdíl od metabolických změn při hladovění, v kritickém stavu se energetickým substrátem stávají tělu vlastní struktury, v důsledku typicky stresem změněného hormonálního profilu.



Bez dostatečného přívodu živin by u pacientů v kritickém stavu nastala prudce progredující deplece svalové hmoty, co by ve značné míře ovlivnilo celkovou prognózu, četnost komplikací a v konečném důsledku i přežití.

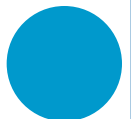


Prospektivní randomizované klinické studie hodnotící krátkodobý i dlouhodobý léčebný výsledek , dokládají příznivý efekt nutriční podpory na snížení morbidity, četnosti infekčních komplikací, mortality, délky hospitalizace na JIP i celkově v nemocnici a také ekonomický přínos.



ALGORITMUS NUTRIČNÍ PODPORY V IP

- ✓ **stanovení nutričního rizika při přijetí na JIP,**
- ✓ **kalkulace energetické a proteinové potřeby - stanovení nutričního cíle**
- ✓ **zahájení EV 24-48 hod. od rozvoje kritického stavu,**
- ✓ **dosažení nutričního cíle v prvním týdnu hospitalizace na JIP**
- ✓ **prevence a redukce rizika aspirace, ovlivnění tolerance EV**
- ✓ **implementace protokolu EV**
- ✓ **časný start PV u pacientů s vysokým nutričním rizikem pokud je EV kontraindikovaná nebo není dostatečná**



STANOVENÍ NUTRIČNÍHO STAVU, IDENTIFIKACE NUTRIČNÍHO RIZIKA

- ▶ **NRS – Nutritional Risk Score ev. NUTRIC score by mělo být stanoveno u každého pacienta přijímaného na JIP (oba tyto skórovací systémy byly vybrány na základě retrospektivních analýz RCT)**
- ▶ **NRS > 3 nutriční riziko**
- ▶ **NUTRIC > 5 (NUTRIC s IL6 >6) vysoké nutriční riziko**

A.S.P.E.N. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient



NRS - NUTRITIONAL RISK SCORE

ESPEN



Screening:

NRS 2002 – based on evidence from RCTs

ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr 2003;22:415-421.

Nutritional status				
	Grade Score	Mild 1	Moderate 2	Severe 3
BMI			$\leq 20.5 > 18.5$	≤ 18.5
Recent dietary intake, % of requirement		50-75	25-50	0-25
5% recent weight loss		3 months	2 months	1 month

The patient is categorized according to most affected variable

NUTRIC SCORE

Table 1: NUTRIC Score variables

Variable	Range	Points
Age	<50	0
	50 - <75	1
	>75	2
APACHE II	<15	0
	15 - <20	1
	20-28	2
	>28	3
SOFA	<6	0
	6 - <10	1
	≥10	2
Number of Co-morbidities	0-1	0
	≥2	1
Days from hospital to ICU admission	0 - <1	0
	≥1	1
IL-6	0 - <400	0
	≥ 400	1



- ✓ **tradiční markery nutričního stavu jako je – albumin prealbumin, transferin, retinol-binding protein, stejně tak i antropometrické měření nemají u kriticky nemocného pacienta v hodnocení nutričního stavu dostatečnou validitu**

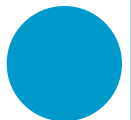
Budoucnost:

- ✓ **UZ měření svalové hmoty a sledování změn svaloviny pacienta na JIP je novou vyvíjející se metodou - jednoduchá, dostupná**
- ✓ **CT vyšetření – kvantifikace svalové a tukové hmoty**
- ✓



A.S.P.E.N. GUIDELINES FOR THE PROVISION AND ASSESSMENT OF NUTRITION SUPPORT THERAPY IN THE ADULT CRITICALLY ILL PATIENT:

U pacientů s vysokým nutričním rizikem (NRS 2002 ≥ 5 nebo NUTRIC score ≥ 5 , bez interleukin 6) nebo u těžce malnutričních pacientů by měl být dosažen nutriční cíl co nejrychleji v závislosti od tolerance pacienta a za přísné monitorace s ohledem na refeeding sy.



STANOVENÍ AKTUÁLNÍ ENERGETICKÉ POTŘEBY

Výpočet bazální potřeby dle HARRIS - BENEDICT rovnice

Muži

$$\text{BMR} = 66 + (13,7 \times \text{BW}) + (5 \times \text{H}) - (6,8 \times \text{A})$$

Ženy

$$\text{BMR} = 665 + (9,6 \times \text{BW}) + (1,8 \times \text{H}) - (4,7 \times \text{A})$$

BW = hmotnost H = výška v cm A = věk

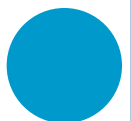


STANOVENÍ AKTUÁLNÍ ENERGETICKÉ POTŘEBY

✓ Ideálně nepřímá kalorimetrie

Metabolické studie indirektní kalorimetrií u pacientů v intenzivní péči stanovily, že průměrná kalorická potřeba pacienta v prvním týdnu kritického stavu dosahuje 20 - 25 kcal (84 – 105 kJ)/kg NBW/den. Po zlepšení klinického stavu pacienta je plně indikováno navýšení energetického přívodu na 30-35 kcal (126 -147kJ)/kg NBW/den

(Zanello 2006).



STANOVENÍ AKTUÁLNÍ ENERGETICKÉ POTŘEBY

BMI do 30, 25-30kcal/kg AcBW/d,

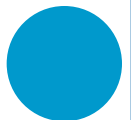
BMI 30-50, 11-14kcal/kg AcBW/d

BMI nad 50, 20-25kcal/kg IBW/d



STANOVENÍ ADEKVÁTNÍ DODÁVKY PROTEINŮ

- ▶ doporučená dávka proteinů 1,2–2,0 g/kg NBW/den,
- ▶ u pacientů popálených a polytraumatizovaných dokonce ještě vyšší
- ▶ monitorování N- bilance není pro stanovení potřeby proteinů u kriticky nemocných validní, stejně tak i sledování sérových proteinů (albumin, prealbumin, transferin atd)



NUTRIČNÍ SUBSTRÁTY

cukry, proteiny, tuky, vitamíny, stopové prvky slouží jako:

- ✓ **zdroj energie**
- ✓ **stavební komponenty**
- ✓ **signální a regulační látky (omega 3, 6)**
- ✓ **mají farmakologický efekt - podávají se ve farmakologických dávkách (arginin, glutamin, taurin, selén)**



TIMING NUTRIČNÍ PODPORY

Nutriční podpora u kriticky nemocného pacienta se zahajuje ihned po zvládnutí šoku , t.j. po dosažení hemodynamické stability

- **adekvátní perfuzní tlak**
- **MAP ≥ 60 mm Hg.**
- **stabilní dávky vasopresorické podpory**
- **stabilní nebo klesající laktát a ustupující metabolická acidóza**



VÝBĚR VÝŽIVY

- ✓ **při intaktním GIT je metodou volby enterální výživa**
- ✓ **v případě, že je u kriticky nemocného časná enterální výživa kontraindikována a nelze očekávat obnovení adekvátního perorálního příjmu do 4-5 dnů je indikována totální parenterální výživa**

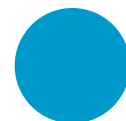


PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA



KDY POUŽÍT PARENTERÁLNÍ VÝŽIVU V IP

- ✓ u pacientů s vysokým nutričním rizikem (NRS 2002 ≥ 5 nebo NUTRIC score ≥ 5), nebo u pacientů s těžkou malnutricí a s kontraindikací EV je doporučeno nasazení PV hned jakmile to stav pacienta umožňuje (48-72 hod od příjmu)
- ✓ u pacientů kriticky nemocných, bez ohledu na jejich nutriční riziko, u kterých není možné EV po 7-10 dnech (ASPEN) po 4-5 dnech (ESPEN) dosáhnout $>60\%$ energetické a proteinové potřeby, se doporučuje použití doplňkové PV



CUKRY

- ✓ **energetickým substrátem volby u parenterální výživy je glukóza.**
- ✓ **tolerance glukózy u kriticky nemocného pacienta je nízká**

2 – 3 g/kg NBW /den

- ✓ **pravidelné kontroly hladiny glykémie, vzhledem k možným prudkým změnám glukózového metabolismu u kriticky nemocného pacienta**
- ✓ **cílová hladina glykémie v rozmezí 6-10 mmol/l - korekce inzulinem kontinuálně**



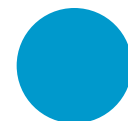
TUKY

- ✓ **ve stresovém katabolizmu je špatná
utilizace vlastní tuková tkáň**
- ✓ **indikace tukových emulzí ve výživě kriticky
nemocných**
- ✓ **vysoce stabilní, čisté a standardizované
tukové emulze s minimálními vedlejšími
účinky**
- ✓ **vysoký energetický obsah**
- ✓ **isoosmolální (lze je podávat do periferní žíly)
0,7 – 1,5 g/kg NBW/den**



TUKY

- ✓ **nenahraditelný zdroj esenciálních MK**
- ✓ **tukové emulze obsahující kombinaci triacylglycerolů s dlouhým a středně dlouhým řetězcem (LCT/MCT emulze) jsou snadněji oxidovatelné**
- ✓ **MCT se lépe hydrolyzují, nejsou prekurzory prostaglandinů, indukují ketogenézu a snižují katabolizmus proteinů**



TUKY

Metabolity omega 3 MK zlepšují celulární, protinádorovou a protiinfekční imunitu a mají vasodilatační a antiagregační účinky.

V poslední době se užívají tukové emulze ve kterých poměr omega3 a omega6 je ve prospěch omega3 MK a MCT.



SMOFLIPID®

NOVÁ GENERACE TUKOVÝCH EMULZÍ

Správně vyvážené složení mastných kyselin

- ✓ Unikátní kombinace esenciálních MK, MCT, MUFA, ω -3 MK
- ✓ Optimální poměr ω -6/ ω -3 MK
- ✓ Imunomodulační a protizánětlivé účinky

30% Sojový olej
30% Kokosový olej
25% Olivový olej
15% Rybí olej



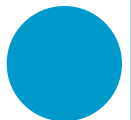
PROTEINY

**Aminokyseliny v kritickém stavu slouží
jako energetický zdroj**



Výběr roztoků AK s konvenčním spektrem, výjimkou jsou pacienti se zjevnými změnami v plasmatickém aminogramu, při těžké dysfunkci jater s encefalopatií

$$\begin{aligned} & \mathbf{1,2 - 2 \text{ g AK / kg NBW/den}} \\ & \mathbf{= 0,2 - 0,3 \text{ g N / kg NBW/den}} \end{aligned}$$



PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

✓ **multi bottle systém**

✓ **firemní A-I-O vaky**

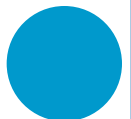
dvoukomorové vaky

glukóza + aminokyseliny

tříkomorové vaky

glukóza + aminokyseliny + tuky

✓ **A-I-O z lékárny**

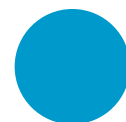


- ✓ **upřednostňujeme aplikaci formou A-I-O do CVK**



A-I-O VAKY

- ✓ **ústavní lékárna připravuje 15 druhů standardních A-I-O vaků ,**
- ✓ **režimy nabízí postupně se zvyšující obsah energie s různým poměrem glukózy a tuku, jako hlavních zdrojů energie**
- ✓ **režimy I-VII mají variantu do periferní žíly**
- ✓ **je možné připravit i vaky individuálního složení – změna poměru glukózy a tuku, koncentrované s minimálním objemem nebo vaky bez elektrolytů, atd.**



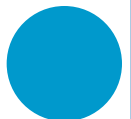
AiO verze 6.0/2007 FN Brno

Tab.1. Standardní režimy I-XV

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
		5,2/50	6,3/50	6,5/63	6,5/75	7,1/75	7,3/75	7,7/88	8,6/88	8,4/100	8,8/100	9,8/100	10,7/100	10,0/125	11,0/125	12,4/150
Energie	<i>kJ</i>	5225	6270	6490	6480	7100	7300	7740	8570	8360	8780	9800	10660	10030	11080	12440
	<i>kcal</i>	1250	1500	1550	1550	1700	1750	1850	2050	2000	2100	2350	2550	2400	2650	2975
Aminokyseliny	<i>g</i>	50	50	63	75	75	75	88	88	100	100	100	100	125	125	150
Dusík	<i>g</i>	8	8	10	12	12	12	14	14	16	16	16	16	20	20	24
Glukóza	<i>g</i>	200	200	200	250	225	300	250	300	275	300	300	350	350	350	400
	<i>energ</i>	64%	53%	52%	65%	53%	69%	54%	58%	55%	57%	51%	55%	58%	53%	54%
Tuk	<i>g</i>	25	50	50	25	50	25	50	50	50	50	75	75	50	75	75
	<i>energ</i>	20%	33%	32%	16%	29%	14%	27%	24%	25%	24%	32%	29%	21%	28%	25%
np-KJ/1gN		550:1	680:1	540:1	440:1	490:1	505:1	450:1	510:1	420:1	440:1	510:1	560:1	400:1	450:1	410:1
np-kcal/1gN		130:1	160:1	130:1	105:1	115:1	120:1	105:1	120:1	100:1	105:1	120:1	135:1	95:1	110:1	98:1
Neonutrin 15%	<i>ml</i>	0	0	0	500	500	500	500	500	0	0	0	0	500	500	1000
Neonutrin 10%	<i>ml</i>	500	500	625	0	0	0	125	125	1000	1000	1000	1000	500	500	0
Glukóza 40%	<i>ml</i>	500	500	500	500	500	750	500	750	500	750	750	750	750	750	1000
Glukóza 10%	<i>ml</i>	0	0	0	500	250	0	500	0	750	0	0	500	500	500	0
SMOF lipid 20%	<i>ml</i>	125	250	250	125	250	125	250	250	250	250	375	375	250	375	375
Objem minerálů	<i>ml</i>	110	110	110	170	170	165	170	170	170	225	225	225	225	225	280
Objem	<i>ml</i>	1235	1360	1485	1795	1670	1540	2045	1795	2670	2225	2350	2850	2725	2850	2655
Osmolarita	<i>mosm/l</i>	1490	1390	1360	1390	1435	1795	1300	1640	1110	1420	1360	1220	1350	1310	1500
Orient. cena s DPH	<i>Kč</i>	705	710	900	850	800	690	1040	1065	1010	1030	1020	1120	1140	1115	1210

FIREMNÍ VAKY (DVOUKOMOROVÉ)

- ✓ **Aminomix 1 Novum 1500ml /1500 kcal
2000 ml /2000 kcal,**
- ✓ **Aminomix 2 Novum 1500ml /1020 kcal ,
2000 ml / 1360kcal,**
- ✓ **Clinimix N9G20E 1500ml/765 kcal ,
2000ml/1020 kcal ,**
- ✓ **Nutriflex peri 2000ml /960 kcal,**



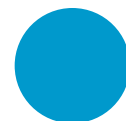
- ✓ **vhodné u pacientů ve vysoce stresovém metabolismu s cílem snížit endogenní katabolismus luxusní dodávkou AK**
- ✓ **určené pro krátkodobé použití nebo v kombinaci s enterální výživou**



FIREMNÍ VAKY (TŘÍKOMOROVÉ)

**Smofkabiven 1477 ml/1600 kcal ,
1970 ml/2200 kcal , 1gN : 108 np-kcal
obsahuje SMOF lipid - kombinace
esenciálních MK, MCT, MUFA, optimální
poměr ω -6/ ω -3 MK
imunomodulační a protizánětlivé účinky**

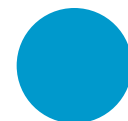
**Smofkabiven peripheral 1448 ml /1000 kcal,
1904 ml/1300 kcal, 1gN : 108 np-kcal
obsahuje SMOF lipid,**



FIREMNÍ VAKY (TŘÍKOMOROVÉ)

SmofKabiven extra Nitrogen

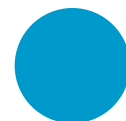
- ✓ **Jedinečná kombinace vysokého obsahu bílkovin a sníženého množství energie**
- ✓ **Složení odpovídá požadavkům ASPEN, ESPEN na nutriční intervenci v akutní fázi kriticky nemocných pacientů**
- ✓ **B: 1,5 g/kg/den , E: 20 kcal/kg/den**
- ✓ **Snížený obsah glukózy a tuků**



FIREMNÍ VAKY (TŘÍKOMOROVÉ)

**Nutriflex Omega plus 1250 ml/1265 kcal,
1875 ml/1900 kcal 1gN :158 np- kcal**

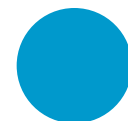
- **tuková složka Lipoplus – kombinace sojového oleje, MCT a rybího tuku**
- **vyšší podíl EPA a DHA v rybím tuku ve srovnání se SMOF lipidem**
- **přítomnost kyseliny glutámové**
- **stabilizovaný metabolismus**



FIREMNÍ VAKY (tříkomorové)

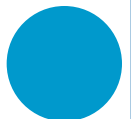
Nutriflex Omega special 1250 ml / 1475 kcal
1875 ml / 2215 kcal 1gN/ 119 np- kcal

- tuková složka Lipoplus - kombinace sojového oleje, MCT a rybího tuku
- vyšší podíl EPA a DHA v rybím tuku ve srovnání se SMOF lipidem
- vyšší obsah kys. glutámové
- vhodný pro středně těžký katabolizmus



PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ výhodou je aplikace A-I-O
- ✓ je nefyziologická, obchází první průtok živin játry,
- ✓ dochází při ní k rychlé atrofii střevní sliznice
- ✓ je rizikovější, technicky obtížnější,



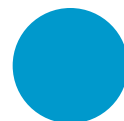
PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ většinou je nutná kanylace velkých cév,
- ✓ riziko infekčních a trombotických komplikací
- ✓ je výrazně dražší než výživa enterální



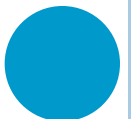
PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ v některých případech lze podávat parenterální výživu i do periferní žíly (osmolalita max. 800 mosm/l)
- ✓ pro pacienta mnohem bezpečnější,
- ✓ dříve však vznikají zánětlivé komplikace (flebitidy)



Výhody A-I-O

- ✓ **rovnoměrný přívod všech živin v čase**
- ✓ **1 infúzní set, 1 infúzní pumpa, méně infúzních spojek, jednoduchost**
- ✓ **snížení nároků na práci sester**
- ✓ **nižší riziko mikrobiální kontaminace**
- ✓ **snížení finančních nákladů**



Výhody A-I-O

- ✓ **příprava v nemocniční lékárně**
- ✓ **dodržení aseptických podmínek**
- ✓ **kontrola kompatibility roztoků**
- ✓ **periodická bakteriologická kontrola**
- ✓ **možnost individualizované výživy**



Enterální výživa



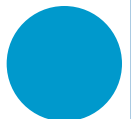
ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ **renesance enterální výživy**
- ✓ **po 7 dnech nedostatečného p.o. příjmu nastává poškození GIT včetně střevního lymfatického systému (GALT) s následnou poruchou funkční integrity střevního traktu**
- ✓ **takto alterovaný GIT se stává zdrojem proinflamatorních procesů**
- ✓ **u kriticky nemocných pacientů je tato doba ještě kratší**



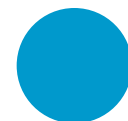
ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ před zahájením EV zhodnotit funkci GIT, nicméně pro start EV není podmínkou auskultačně přítomná peristaltika
- ✓ u většiny kriticky nemocných pacientů je akceptovatelné zahájit EV do žaludku
- ✓ dosažení $>80\%$ stanoveného energetického a proteinového cíle v průběhu 48–72 h by mělo vést ke klinickému benefitu EV v prvním týdnu hospitalizace



KONTRAINDIKACE

- ✓ náhlé příhody břišní, krvácení do GIT
- ✓ střevní obstrukce
- ✓ profuzní zvracení, těžké průjmy
- ✓ paralytický ileus
- ✓ těsné stenózy trávicího ústrojí,
- ✓ toxické megakolon,
- ✓ relativní: těžká pankreatitis, GIT píštěle, ischemie GIT



VÝHODY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ lepší utilizace nutrientů
- ✓ zachování struktury a funkce střeva se snížením bakteriální translokace
- ✓ stimulační účinky na motilitu GIT
- ✓ produkce mediátorů v GIT - adenosin, NO - dilatace mesenterického řečiště (splachnická hypoperfuze se podílí na patogenezi MOF)



VÝHODY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ podporuje normální střevní mikroflóru a trvalou sekreci střevního IgA
- ✓ snižuje riziko rozvoje cholestázy a jaterní steatózy
- ✓ je méně nákladná
- ✓ včasné nasazení enterální nutriční podpory je úzce spjaté s nižším výskytem infekčních komplikací a s lepším celkovým léčebným výsledkem u kriticky nemocných

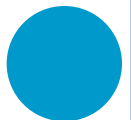


- ✓ **předpoklad krátkodobé výživy (méně než 3–6 týdnů) – aplikace sondou nasogastrickou nebo nasojejunální**
- ✓ **předpoklad dlouhodobé výživy vyžaduje chirurgickou jejunostomii nebo perkutánní gastrostomii**



ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

- ✓ u pacientů s vysokým rizikem aspirace a u pacientů s intolerancí gastrické EV se doporučuje postpylorická aplikace EV
- ✓ u pacientů s vysokým rizikem aspirace se doporučuje podpořit motilitu GIT podáním prokinetik



PROTOKOL EV

- ✓ je doporučeno zavedení a používání protokolu EV
- ✓ je doporučen „volume – based“ protokol EV (stanovený cíl EV v ml/den místo hodinové rychlosti EV)
- ✓ „top-down“ protokol (užívá současně více různých strategií k podpoře tolerance EV - „volume – based“ strategie v kombinaci s prokinetiky + iniciálně postpylorická výživa)

Protokol definuje cíl EV, rychlost infuse, speciální ordinace - měření GRV, frekvence proplachů, podmínky a problémy při kterých by měla být EV upravena či zastavena.



DRUHY ENTERÁLNÍCH VÝŽIV

Polymerní

- ✓ směs celých proteinů, polysacharidů, triglyceridů
- ✓ vyvážený vzájemný poměr všech živin, vitamínů, stopových prvků
- ✓ nízká viskozita stravy
- ✓ zachovaná resorpční schopnost GIT



DRUHY ENTERÁLNÍCH VÝŽIV

Oligomerní

- ✓ oligopeptidy, oligosacharidy, dextriny, esencilání MK, MCT,
- ✓ nízká viskozita a osmolarita
- ✓ u pacientů se zhoršenou trávicí a resorbční funkcí GIT



DRUHY ENTERÁLNÍCH VÝŽIV

Elementární

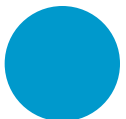
- ✓ **Dipeptidy a tripeptidy s glycínem, mono- a disacharidy, frakcionovaný kokosový olej**
- ✓ **vysoká osmolarita**
- ✓ **bezzbytková**
- ✓ **u zánětlivých onemocnění střev**



Standardní roztoky s nebo bez vlákniny

- ✓ **polymerní, nutričně definované enterální výživy**
- ✓ **obsahují 1kcal/ml nebo 1,5 kcal/ml**
- ✓ **energetické zastoupení : 16-20% bílkoviny, 25-30% tuky a 50-54 % cukry**
- ✓ **většina přípravků pokrývá běžné potřeby elektrolytů, vitamínů a stopových prvků**
- ✓ **vhodné k enterální výživě u pacientů s dobrým výchozím nutričním stavem,**
- ✓ **poměr 1gN : 130 – 140 np - kcal vhodný pro anabolický metabolismus**

Nutrison standard, Fresubin original, Isosource standard, Nutrison Energy MF, Fresubin Energy, Isosource Energy Fibre ...



Vláknina

- ✓ **zlepšuje bariérovou funkci střeva**
- ✓ **upravuje střevní mikroflóru**
- ✓ **upravuje konzistenci stolice**
- ✓ **upravuje funkci tenkého střeva**
- ✓ **je fermentovaná střevními bakteriemi v tlustém střevě, produktem této fermentace jsou SCFA, které jsou důležitým energetickým substrátem pro buňky tlustého střeva**



Roztoky s vyšším obsahem proteinů

- ✓ **polymerní, nutričně definované enterální výživy obohacené o bílkoviny**
- ✓ **zvýšený podíl bílkovin na energetickém zastoupení na 22% a to na úkor cukrů**
- ✓ **poměr 1gN : 50 – 100 np-kcal vhodný pro stresový katabolizmus**
- ✓ **některé obsahují vlákninu**

Protison, Jevity plus HP, Nutrison protein plus MultiFibre, Fresubin HP, Fresubin HP Energy, Fresubin Intensive,



HIGH PROTEIN (+ENERGY) (+FIBRE)	Nutrison Protein Plus Multifibre	Nutricomp Energy HP (Fibre)	Fresubin 2kcal HP (Fibre)	Novasource GI Advance	Jevity Plus HP
balení (ml)	500	500/1000	500	500	500
ve 1000ml	POLYMER	POLYMER	POLYMER	POLYMER	POLYMER
E (kcal)	1280	1560	2000	1550	1310
B (g)	63	75	100	96	82
S (g)	141	188	167	175	142
T (g)	49	50	100	47	43
vláknina	15	(20)	(15)	22	5
kcal E/g N	127(95):1	130(105):1	125(100):1	101(76):1	100(75):1

INTENSIVE	Nutrison Advanced Protison	Nutricomp Intensive	Peptamen AF	Fresubin Intensive
balení (ml)	500	500	500	500
ve 1000ml	POLYMER	POLYMER	OLIGOMER	OLIGOMER
E (kcal)	1280	1300	1520	1220
B (g)	75	65	94	100
S (g)	154	130	140	129
T (g)	37	58	65	32
vláknina	15	<0,1g	0	6,4g
kcal E/g N	107(89):1	125(100):1	101(84):1	76(51):1

Speciální enterální výživy

DM

- ✓ **polymerní, nutričně definované enterální výživy**
- ✓ **většina energie je dodána ve formě tuků**
- ✓ **příznivě upravený poměr ω -6 a ω -3 MK**
- ✓ **glycidová složka je tvořena především rostlinným škrobem s pomalou a postupnou hydrolýzou a vstřebáváním**
- ✓ **přídavek vlákniny**

Glucerna Select, Diason, Diben HP,



Speciální enterální výživy

Cubison , Reconvan

- ✓ **polymerní, nutričně definovaná enterální výživa**
- ✓ **1 ml = 1 kcal**
- ✓ **vysoký obsah bílkovin a argininu,**
- ✓ **Reconvan je bohatý na glutamin, ω -3 MK a selén**
- ✓ **určené k nutriční podpoře metabolicky stabilních pacientů s nehojícími se ranami a proleženinami**



Speciální enterální výživy

Pulmocare

- ✓ **kompletní balancovaný nutriční preparát**
- ✓ **1,5 kcal v 1ml**
- ✓ **vyšší obsah tuků jako zdroje energie**
- ✓ **enterální výživa vhodná pro pacienty s CHOPN a při obtížném weaningu**



Speciální enterální výživy

Intestamin

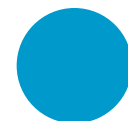
- ✓ hypokalorická (1 ml = 0,5kcal)
- ✓ nutriční podpora enterocytů
- ✓ vysoký obsah glutaminu – 6g/100 ml
- ✓ antioxidanty- vit. C,E, beta-karoten, Se, Zn,
- ✓ SCFA - podpora kolonocytů
- ✓ obsahuje vlákninu
- ✓ neplní funkci kompletní enterální výživy



TOLERANCE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ **denně hodnotit toleranci EV,**
- ✓ **cílem je zabránit neadekvátnímu nutričnímu příjmu**
- ✓ **ordinace nic p.o., nic do NGS v průběhu diagnostických a terapeutických procedur by se měla minimalizovat - prevence rozvoje ileu a nedostatečné výživy**
- ✓ **intolerance EV – zvracení, bolestí břicha, břišní distenze, dyskomfort pacienta, vysoký odpad z NGS, průjem, vymizelá peristaltika**

✓



PROTOKOL ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Cílem podání enterální výživy je kromě zachování integrity a funkce střevní sliznice, zvýšení splachnické perfúze a také dosažení plného krytí energetické potřeby pacienta enterální nutricí, v ideálním stavu do 5 dnů.



PROTOKOL ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ **časná enterální výživa - hned po hemodynamické stabilizaci (pokud nejsou KI jejího podání)**
- ✓ **nutriční přípravek se podává kontinuálně pomocí peristaltické pumpy do žaludku nebo do proximálního jejunu**
- ✓ **počáteční rychlost podání enterální výživy je 10-20 ml/h**
- ✓ **rychlost se zvyšuje při její toleranci**
- ✓ **v případě gastrické výživy je doporučeno dodržovat ve výživě noční pauzu**



PROTOKOL ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ rezidua v žaludku se kontrolují každé 4 hodiny - sonda na odvod
- ✓ při žaludečním obsahu do 200 ml pokračujeme nezměněnou, eventuálně postupně se zvyšující dávkou výživy
- ✓ při žaludečním obsahu nad 200 ml snižujeme rychlost podání výživy o 50%
- ✓ pokud se po dalších 4 hodinách opakuje návrat ze žal. sondy ve stejném množství, podávání nutrice se zastaví a sonda se ponechá na odvod
- ✓ gastrická výživa sondou se opět zahájí následující den ráno rychlostí 10-20 ml/h



PROTOKOL ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ✓ **při intoleranci gastrického podání nutrice (do 3-5 dnů) se zavádí endoskopicky nasojejunální sonda a výživa se podává kontinuálně pomocí peristaltické pumpy do jejunu**
- ✓ **počáteční rychlost podání je 10-20 ml/h s postupným zvyšováním rychlosti dle klinického stavu pacienta.**
- ✓ **gastrická sonda se ponechá dočasně na odvod a pokud je odpad ze sondy < 500 ml/24 hod., výživa NGS opět zahájí výše uvedeným způsobem**



KOMPLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Technické

- ✓ chybné umístění sondy
- ✓ ucpání sondy
- ✓ reflux
- ✓ eroze z otlaku



KOMPLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Vyvolané nutričními přípravky

- ✓ **nadýmání**
- ✓ **nauzea**
- ✓ **křeče**
- ✓ **regurgitace**
- ✓ **průjmy**



Včasné zavedení enterální výživy u kriticky nemocného pacienta je nesmírně důležité. Již samotné užití enterální cesty podání živin je schopno významně snížit produkci cytokinů, katabolických hormonů i proteinů akutní fáze a omezit tak metabolický stres organismu.



PODPŮRNÁ TERAPIE

Prokinetika:

při gastroparéze :

- ✓ metoclopramid 3 x 10-20 mg i.v. nebo 60 – 80 mg kontinuálně/ 24 hod
- ✓ Erytromycin 100 – 250 mg v krátkodobé infuzi 1-2x denně v případě neúspěchu metoclopramidu



PODPŮRNÁ TERAPIE

Antiulceróza:

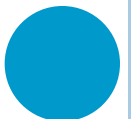
- ✓ **sucralfate 4 x 1 tbl u všech pacientů s výživou jejunálně a u pacientů s objemem gastrické výživy pod 500 ml/24 h., nad 1000 ml/24 h. - 1 tbl na začátku noční pauzy**
- ✓ **H2 blokátory a PPI podávat pouze u pac. s vředovou chorobou gastroduodena (i anamnesticky), u polytraumat, kraniotraumat, popálenin a u pac. s terapeutickými dávkami kortikoidů**



ZÁSADY NUTRIČNÍ PODPORY U PACIENTA V KRITICKÉM STAVU

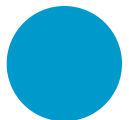
- ✓ **20 – 25 kcal /kg NBW/den - stresový metabolismus**
- ✓ **30 – 35 kcal /kg NBW/den - stabilizace metabolismu**

- ✓ **cukry = 2 – 2,5 g max. 4g/kg NBW/den**
- ✓ **AK = 1,2 – 2 g/kg NBW/den**
- ✓ **tuky = 0,7 – 1,5 g/kg NBW/den**
- ✓ **minerály, vitamíny, stopové prvky**



ZÁSADY NUTRIČNÍ PODPORY U PACIENTA V KRITICKÉM STAVU

- ✓ **čím je pacient v těžším stavu, tím opatrnější musíme být v dávkách jednotlivých substrátů, nejsme schopni dosáhnout vyrovnanou N-bilanci !**
- ✓ **zatížení metabolických drah již beztak přetížených stresem vede ke zhoršování celé řady funkcí vitálně důležitých pro kriticky nemocné**



ZÁSADY NUTRIČNÍ PODPORY U PACIENTA V KRITICKÉM STAVU

- ✓ **postupné zvyšování nutriční zátěže**
- ✓ **časné zavedení enterální výživy**
- ✓ **zvyšování energetické nálože při zlepšování stavu pacienta, který se dostává do anabolické fáze a je schopný zvýšený přísun živin využít**
- ✓ **sledování klinického stavu**
- ✓ **monitorace tolerance a odpovědi pacienta na nutriční podporu**



**Nutriční podpora je
neoddělitelnou součástí
intenzivní péče o pacienta
kriticky nemocného.**



Děkuji za pozornost.

