

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України»

НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА: ЗАСТОСУВАННЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ МАРШРУТАХ

Методичні рекомендації



Одеса • Поліграф • 2023

УДК 616-036:613.2

Укладачі: д. мед. н., проф. Бабов К.Д., д. мед. н., проф. Бабова І.К., д. мед. н. Рожков В.С., к. мед. н. Федяєва С.І.

Рецензент: **Плакід Александр Леонідович**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання Одеського національного медичного університету.

*Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»
(протокол № 8 від 18 серпня 2023 року).*

Н90 Нутритивна підтримка: застосування на реабілітаційних маршрутах: методичні рекомендації / за заг. ред. Бабової І. К. – Одеса: Поліграф, 2023. – 40 с.

ISBN 978-966-2326-85-7

У методичних рекомендаціях представлено нормативну базу, міжнародні рекомендації та диференційовані підходи щодо призначення харчових продуктів для спеціальних медичних цілей у якості нутритивної підтримки на реабілітаційних маршрутах залежно від стану пацієнта та клінічних проявів захворювання, зокрема у військових, наведено основні інструменти оцінювання станів з порушенням нутритивного статусу в реабілітації.

Методичні рекомендації призначені для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, лікувальної фізкультури, лікарів фізіотерапевтів, дієтологів, спортивних лікарів, ортопедів-травматологів, неврологів; спеціалістів з вищою немедичною освітою – фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, терапевтів мови та мовлення та інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а також для широкого медичного загалу.

ISBN 978-966-2326-85-7

© ДУ «Укр НДІ МР та К МОЗ України», 2023.

ЗМІСТ

Вступ	4
Перелік умовних скорочень	5
1. Визначення основних термінів	6
2. Міжнародні рекомендації щодо нутритивної підтримки на етапі реабілітації	10
2.1. Рекомендації NICE «Підтримка харчування для дорослих: підтримка перорального, ентерального зондового і парентерального харчування» (2017)	10
2.2. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі (2018)	12
2.3. Рекомендації NICE «Травматичні ушкодження: клінічна настанова NICE-2022 з реабілітації» (2022)	13
2.4. Рекомендації ВООЗ «Пакет реабілітаційних втручань» (2023)	15
3. Рекомендації щодо нутритивної підтримки на реабілітаційних маршрутах осіб, які потребують реабілітації	17
3.1. Реабілітаційні маршрути та напрями реабілітаційної допомоги	17
3.2. Нутритивна підтримка харчовими продуктами для спеціальних медичних цілей при наданні реабілітаційної допомоги	19
4. Інструменти оцінювання станів з порушенням нутритивного статусу в реабілітаційній практиці	26
4.1 Інструмент оцінювання мальнутриції	26
4.2. Інструмент оцінювання саркопенії	30
4.3. Інструмент оцінювання повсякденних функцій, рекомендований на реабілітаційних маршрутах: Індекс Бартел	31
Висновки	35
Список використаної літератури	36

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІМТ	–	Індекс маси тіла
МДРК	–	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
ПМГ	–	Програма медичних гарантій
ШКТ	–	Шлунково-кишковий тракт
ФРМ	–	Фізична та реабілітаційна медицина

ВСТУП

Неадекватність харчування негативно впливає на якість життя хворих та переносимість лікування при різноманітних патологічних станах, а особливо в умовах зростаючих в процесі реабілітації енергетичних потреб.

Згідно розроблених МОЗ України реабілітаційних маршрутів в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах стаціонарна реабілітаційна допомога надається при травмах спинного мозку, головного мозку, опіках, ампутаціях, складних скелетних травмах. У таких хворих, а також після гострого мозкового інсульту, онкопатології тощо, протягом тривалого періоду (не тільки під час гострого реабілітаційного періоду) можуть зберігатися потреби в нутритивній підтримці завдяки порушенням ковтання, саркопенії та мальнутриції тощо. Саме на етапі реабілітації зростають потреби в білках та інших макро- та мікронутрієнтах, які важко компенсувати звичайним дієтичним харчуванням. Нутритивна підтримка як вид реабілітаційного втручання включена також до новітніх рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Package of interventions for rehabilitation» (2023).

Отже, питання раціональної нутритивної підтримки на етапі реабілітації в усіх її періодах: гострому, післягострому та довготривалому є вкрай актуальними, а набуття членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) знань та практичних навичок щодо основних принципів її призначення є обов'язковим елементом надання якісної реабілітаційної допомоги.

Клінічне харчування (нутритивна підтримка, лікувальне харчування) – це процес забезпечення адекватного харчування за допомогою ряду методів, які доповнюють або заміняють звичайний прийом їжі, що включають в себе парентеральне харчування, пероральне харчування, ентральне зондове харчування або їх комбінацію.

В методичних рекомендаціях розглянуті питання призначення саме перорального (ентрального) харчування – самостійне вживання хворим харчових продуктів для спеціальних медичних цілей *per os* (сіпінг). Призначення нутритивної підтримки на етапі реабілітації саме у вигляді готових до медичного використання продуктів / сумішей для перорального харчування, які мають збалансований склад, є зручним у застосуванні для медичного персоналу, зменшує імовірність помилок при виготовленні сумішей, що, в свою чергу, економить час роботи медичного персоналу, є безпечним та ефективним для пацієнта та підвищує якість реабілітаційної допомоги.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ

Призначення харчування для медичних цілей та використання харчових продуктів для спеціальних медичних цілей в Україні регламентовано **Законом України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» в редакції від 31.03.2023** в якому визначено, що:

Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей – харчовий продукт, спеціально розроблений і вироблений для годування пацієнтів (включаючи тих, які є дітьми грудного та раннього віку), що повинен споживатися за призначенням лікаря в закладі охорони здоров'я та/або поза його межами.

Такий харчовий продукт призначається для часткової або повної заміни звичайного раціону харчування пацієнтів (включаючи тих, які є дітьми грудного та раннього віку) з обмеженою, ослабленою або порушеною здатністю приймати, перетравлювати, засвоювати, метаболізувати та/або виводити з організму звичайні харчові продукти та/або певні поживні речовини, що містяться в них, та/або їх метаболіти. Такий харчовий продукт також може призначатися для повного або часткового годування пацієнтів (включаючи тих, які є дітьми грудного та раннього віку) з іншими визначеними лікарем потребами, які неможливо задовольнити шляхом модифікації звичайного раціону харчування.

Продукти лікувального харчування – це спеціальні харчові композиції для лікування захворювань, які ефективно сприяють терапевтичному режиму, покращуючи загальний стан пацієнта. Продукти в категорії лікувального харчування іноді разом називають лікувальним харчуванням, клінічним харчуванням, ентеральним харчуванням. Крім того, термін «медичне харчування» часто використовується для позначення певної категорії харчових продуктів, визначених у харчовому законодавстві як харчові продукти для спеціальних медичних цілей.

Парентеральне харчування також є формою лікувального харчування, але воно регулюється як **лікарський засіб і не входить до категорії харчові продукти для спеціальних медичних цілей.**

Клінічне харчування (**нутритивна підтримка, лікувальне харчування**) – це процес забезпечення адекватного харчування за допомогою ряду методів, відмінних від звичайного прийому їжі, що включають в себе парентеральне харчування, пероральне ентеральне харчування або їх

комбінацію. По суті, воно охоплює всі методи підтримки харчування за винятком дієтичного консультування, яке передбачає зміну нормальної дієти та нормальної їжі.

Харчові продукти для перорального застосування – це рідкі, напівтверді або порошкоподібні продукти, які містять макронутрієнти та мікроелементи з метою збільшення перорального споживання їжі. Зазвичай використовуються для доповнення споживання їжі, якщо її недостатньо для задоволення потреб. Однак багато з них є повноцінними з поживної точки зору і в деяких ситуаціях можуть використовуватися як єдине джерело живлення.

Ентеральне зондове харчування – це харчова підтримка, яка доставляється безпосередньо в шлунково-кишковий тракт (ШКТ) через зонд. Доступні різноманітні зонди для ентерального годування та шляхи годування, а рішення щодо найбільш доцільної техніки залежать від низки факторів, а саме основного захворювання, ймовірної тривалості годування через зонд, функції ШКТ та переваги пацієнта.

Ентеральне харчування передбачає задоволення потреб у макро- та мікронутрієнтах **перорально або через зонд** та уможлиблює забезпечення енергетичних і пластичних потреб організму у разі збереження функцій ШКТ. За допомогою спеціально розробленого та науково обґрунтованого складу нутрієнтів ентеральне харчування здатне забезпечити корекцію метаболізму, порушеного у результаті патологічних процесів.

Парентеральне харчування – це внутрішньовенне введення поживних речовин безпосередньо в великий кровотік, минаючи ШКТ. Залежно від доступності венозної системи та запланованої тривалості (короткострокової або тривалої) підтримки харчування, розчини для парентерального харчування вводять через центральний венозний катетер або через периферичні венозні канюлі. Цей вид харчування являє собою альтернативний або додатковий підхід до дієтичного втручання, коли харчові потреби не можуть бути задоволені пероральним або ентеральним шляхом, або протипоказані. Таки продукти є лікарськими засобами.

Згідно з формулюванням, розробленим спеціалістами американського товариства парентерального та ентерального харчування (ASPEN), **нутритивна підтримка** визначається як процес забезпечення організму оптимальним повноцінним харчуванням за допомогою використання певних продуктів і низки методів, що відрізняються від звичайного прийому їжі. Цей процес включає додаткові харчову фортифікацію, ентеральне

харчування (перорально та/або зондово), а також часткове або повне парентеральне харчування.

Пероральне харчування. Цей термін позначає харчування у вигляді спеціалізованих високобілкових високоенергетичних сумішей, які пацієнт п'є самостійно. За призначення такого харчування, спеціалізована суміш через рот надходить до ШКТ, де розщеплюється, після чого поживні речовини всмоктуються у кров.

Саме тому харчування називається **пероральним** (від лат. «per os» – «через рот») чи **сіпінговим** (від англ. «to sip» – «пити маленькими ковточками»). Обов'язковою умовою для призначення такого виду клінічного харчування є нормальне функціонування ШКТ пацієнта та відсутність порушення свідомості та функції ковтання.

Пероральне харчування є найбільш фізіологічним способом прийому спеціалізованого харчування, оскільки у цьому випадку залучаються усі відділи травної системи людини. Завдяки цьому підтримується робота ШКТ пацієнта, зменшується ризик розвитку різноманітних інфекційних ускладнень, а також забезпечується адекватне надходження поживних речовин в організм хворого у відповідності до його потреб. Саме тому призначення лікарем спеціалізованого харчування у якості доповнення до основного раціону пацієнта часто є необхідним та безпечним.

В рекомендаціях ВООЗ «Пакет реабілітаційних втручань» (2023) наведено терміни:

Оцінка нутритивного стану/статусу. Нутритивний статус описує стан організму щодо споживання та використання поживних речовин і може бути класифікований як повноцінний або недоїдання/надлишок. Оцінка харчового статусу використовує антропометричні вимірювання для оцінки складу тіла (вимірювання ваги, зросту, індексу маси тіла (ІМТ), окружності тіла та товщини шкірної складки), лабораторні дослідження для оцінки біохімічних параметрів, клінічну оцінку супутніх захворювань та опитування для оцінки дієтичних уподобань. Оцінка має на меті з'ясувати вплив стану харчування на здоров'я та функціонування, а також інформувати про планування догляду, включаючи потребу в подальшому обстеженні.

Ентеральне харчування. Ентеральне харчування (або годування через зонд) визначається як доставка поживних речовин через зонди для годування, розміщені в носі, шлунку або тонкій кишці. Ентеральне харчування за-

стосовується для забезпечення достатнього надходження поживних речовин і, таким чином, для запобігання мальнутриції (гіпотрофії).

Нутритивний менеджмент. Нутритивний менеджмент має на меті досягнення та підтримку відповідного статусу харчування та забезпечення необхідними поживними речовинами у людей з мальнутрицією (або з ризиком її розвитку). Мальнутриція включає недоїдання, надмірну вагу або мальнутрицію, пов'язану з нестачею мікроелементів. Нутритивний менеджмент включає зміну дієти, надання відповідних харчових продуктів для спеціальних медичних цілей (пероральне або ентеральне харчування) або зміну консистенції їжі та рідини для забезпечення безпечного споживання їжі. Нутритивний менеджмент включає навчання та поради щодо відповідної дієти.

Нутритивна підтримка. Має на меті досягти та підтримувати відповідний нутритивний статус і постачання необхідних поживних речовин при мальнутриції або ризику її розвитку. Надання відповідних нутрієнтів (наприклад, вітамінів, мінералів) включає навчання та консультації щодо належного їх споживання.

2. МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ

2.1. Рекомендації NICE «Підтримка харчування для дорослих: підтримка перорального, ентерального зондового і парентерального харчування» (2017).

В рекомендаціях «Підтримка харчування для дорослих: підтримка перорального, ентерального зондового і парентерального харчування», розроблених National Collaborating Centre for Acute Care та National Institute of Health and Care Excellence (NICE) у 2006 та оновлених у 2017 році у Великій Британії, окреслені основні принципи призначення різних методів нутритивної підтримки. Рекомендації мають наступні розділи: організація нутритивного супроводу в стаціонарі та громаді; скринінг мальнутриції та ризику її розвитку; показання та засоби нутритивної підтримки в лікарні та громаді; моніторинг нутритивної підтримки; підтримка перорального, ентерального зондового та парентерального харчування в стаціонарі та в умовах громади.

Згідно рекомендаціям NICE (2017):

1. Медичні працівники, які є кваліфікованими та навченими вимогам до харчування та методам підтримки харчування, повинні переконатися, що загальне споживання поживних речовин людьми, яким призначено підтримку харчування, відповідає:

- потребам в енергії, білках, рідині, електролітах, мінералах, мікроелементах і клітковині;
- рівню активності та основному клінічному стану – наприклад, катаболізм, гарячка;
- шлунково-кишковій толерантності, потенційній метаболічній нестабільності і ризику проблем із відновленням харчування;
- очікуваної тривалості харчової підтримки.

Загальне споживання включає споживання з будь-якої їжі, пероральної рідини, пероральних харчових добавок, ентерального та/або парентерального харчування та внутрішньовенної рідини. Термін «мікроелемент» охоплює всі необхідні вітаміни та мікроелементи.

2. Для людей, які не є тяжко хворими чи травмованими, а також не схильні до ризику синдрому відновлення харчування, рекомендації з харчування повинні забезпечувати:

- від 25 до 35 ккал/кг/день загальної енергії (включаючи ту, що отримується з білка); цей рівень може бути нижчим у людей із надмірною вагою

та індексом маси тіла (ІМТ) понад 25; при використанні парентерального харчування часто необхідно скоригувати загальні енергетичні значення, зазначені в інформації виробника, яка може не включати енергетичні значення білка;

- 0,8-1,5 г білка (0,13-0,24 г азоту)/кг/день;

- від 30 до 35 мл рідини/кг (з урахуванням додаткових втрат, наприклад, дренажами та фістулами, а також додаткового надходження з інших джерел, наприклад, внутрішньовенних препаратів);

- адекватні рівні електролітів, мінералів, мікроелементів (з урахуванням будь-якого попереднього дефіциту, надмірних втрат або підвищених потреб) і клітковини, якщо це необхідно.

Загальне споживання включає споживання з будь-якої їжі, пероральної рідини, пероральних харчових добавок, ентерального та/або парентерального харчування та внутрішньовенної рідини.

3. Рекомендації слід переглядати відповідно до стану хворого, слід бути обережним, коли має місце:

- використання збагачення їжі, яке має тенденцію доповнювати енергію та/або білок без відповідних мікроелементів і мінералів;

- використання продуктів і добавок, які повністю задовольняють потреби в енергії та азоті, оскільки вони можуть не забезпечувати достатньо мікроелементів та мінералів;

- використання попередньо змішаних пакетів для парентерального харчування, які не мали спеціальних добавок.

4. Підтримку харчування слід обережно вводити важкохворим або травмованим, які потребують ентерального зондового або парентерального харчування. Його слід починати з не більше ніж 50% розрахункової цільової потреби в енергії та білку, а для задоволення повних потреб необхідні перші 24-48 годин відповідно до метаболічної та шлунково-кишкової толерантності. Повні потреби в рідині, електролітах, вітамінах і мінералах повинні бути забезпечені з самого початку годування.

5. Людям, які їли мало або нічого не їли більше 5 днів, слід вводити додаткову підтримку харчування не більше ніж на 50% від потреби протягом перших 2 днів, перш ніж збільшувати норми годування для задоволення повних потреб, якщо клінічний і біохімічний моніторинг не виявить проблем з відновленням харчування.

6. Хворі, які відповідають критеріям, наведеним у таблиці 1, слід вважати групою високого ризику розвитку проблем із відновленням харчування.

Таблиця 1. Критерії високого ризику розвитку проблем із відновленням харчування

Критерії високого ризику	
Пацієнт має 1 або більше критеріїв з наступного:	Пацієнт має 2 або більше критеріїв з наступного:
<ul style="list-style-type: none"> - ІМТ менше 16 кг/м²; - ненавмисна втрата ваги більш ніж на 15% протягом останніх 3-6 місяців; - невелике споживання або відсутність поживних речовин протягом більше 10 днів; - низький рівень калію, фосфату або магнію перед годуванням. 	<ul style="list-style-type: none"> - ІМТ менше 18,5 кг/м²; - ненавмисна втрата ваги більш ніж на 10% протягом останніх 3-6 місяців; - невелике споживання або відсутність поживних речовин протягом більше 5 днів; - зловживання алкоголем або наркотиками, а також вживання інсуліну, антацидів або діуретиків, хіміотерапія.

Джерело: Рекомендації NICE «Підтримка харчування для дорослих: підтримка перорального, ентерального зондового і парентерального харчування» (2017)

7. Хворі з високим ризиком розвитку проблем із відновленням харчування (табл. 1) потребують нагляду медичних працівників, які мають належну кваліфікацію та підготовку, а також мають експертні знання щодо потреб у харчуванні та харчової підтримки.

2.2. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі (2018)

«Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі» (2018) фактично є довідником для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) європейських країн, який був розроблений у співпраці Європейської академії реабілітаційної медицини, Європейського товариства ФРМ, Секції ФРМ Європейського союзу медичних спеціалістів, Європейського коледжу ФРМ. «Біла книга з ФРМ» визначає сутність ФРМ як первинної медичної спеціальності. В ній представлені базові визначення та концепції ФРМ, обґрунтована важливість реабілітації для окремих осіб та суспільства в цілому, представлені основи ФРМ, історія спеціальності, структура та діяльність організацій ФРМ у Європі, висвітлений обсяг знань і практичних навичок лікаря ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ у системах охорони здоров'я та суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів

ФРМ, специфіку наукових досліджень у галузі ФРМ, майбутнє та перспективи розвитку ФРМ.

До терапевтичних втручань, наведених в «Білій книзі з ФРМ» відносяться:

1. Медичні втручання.
2. Заходи ФРМ з фізичними агентами та терапевтичними вправами.
3. Ерготерапія.
4. Терапія мови та мовлення.
5. Менеджмент дисфагії.
6. Нейропсихологічні втручання.
7. Психологічні втручання.
8. Нутритивна терапія.
9. Забезпечення обладнанням при обмеженнях життєдіяльності: допоміжні технології, протезування, ортезування, технічні та допоміжні засоби.
10. Навчання пацієнтів, родини / доглядачів, професіоналів, включаючи навчання самоорганізації ФРМ / реабілітаційне медсестринство.

Таким чином, в «Білій книзі з ФРМ» в двох окремих видах втручань акцентовано увагу на необхідності надання нутритивної підтримки.

Менеджмент дисфагії включає покращення порушених функцій, використання компенсаційних втручань для сприяння ковтанню та адаптаційних засобів (використання специфічних поз, маневрів при ковтанні, модифікація консистенції і розміру болюсу, специфічні вправи та нервово-м'язова електростимуляція, тощо). До нутритивної терапії віднесено дієтичні втручання та поради та консультування з питань харчування.

Під час надання реабілітаційної допомоги до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) залучаються консультанти, у тому числі лікарі дієтологи.

2.3. Рекомендації NICE «Травматичні ушкодження: клінічна настанова NICE-2022 з реабілітації» (2022)

У 2022 р. Національним інститутом охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги (National Institute for Health and Care Excellence), Великобританія, опубліковано настанову з реабілітації після травматичних ушкоджень. Вона включає основні принципи реабілітації після будь-яких серйозних або незначних травм, які потребують госпіталізації: травми опорно-рухового апарату, внутрішніх органів і нервів, пошкодження м'язових тканин, ушкодження хребта, реконструкцію кінцівки та втрату кінцівки. У ре-

комендаціях охоплено питання комплексної реабілітації, включаючи діагностику, планування реабілітаційних програм, фізичну, психологічну та когнітивну реабілітацію, програми відновлення при специфічних травмах, координацію цього процесу в лікарні, амбулаторно і на етапі ресоціалізації.

Окремі позиції охоплюють оцінку можливого ризику недоїдання та його корекції. Так, при початковій оцінці реабілітаційних потреб та плануванні ранніх реабілітаційних втручань, згідно рекомендаціям, слід:

1. Обговорити з людиною її раціон та харчові звички.
2. Переконатися у здатності пацієнта безпечно ковтати.
3. Оцінити ризик недоїдання.
4. Відстежувати прийом їжі та масу тіла людини протягом всього періоду перебування в лікарні, забезпечуючи підтримку харчування, за необхідності – консультація лікаря-дієтолога.

Окремою позицією є необхідність залучення до складу МДРК у якості консультанта лікаря дієтолога. Слід приймати до уваги, що причинами порушень ковтання та дисфагії в пацієнта можуть бути травматичні пошкодження скелету обличчя тощо, що потребує корекції харчування.

В рекомендаціях в пункті «Харчові добавки» вказано:

- Стежити за споживанням людиною достатньої кількості їжі та напоїв для підтримки маси тіла, беручи до уваги наслідки післяопераційної анорексії, призначення знеболювальних препаратів, розвитку закрепів і нудоти, а також підвищену потребу в енергетичній цінності раціону для успішного одужання.

- Регулярно переглядати потреби людини в харчуванні та план дієти.

- Знесиленим пацієнтам, особам із захворюваннями шлунково-кишкового тракту або тим, які мають численні травми, додаткове збагачення раціону білком призначати лише після консультації дієтолога.

- У пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю питання про рівень потреби в білках має вирішувати фахівець-дієтолог.

- У пацієнтів зі схильністю до переломів визначити рівень вітаміну D і призначити харчову добавку на основі вказаного вітаміну.

- В осіб з опіками в поєднанні з іншими травмами регулярно контролювати масу тіла, залучаючи до консультації дієтолога, наприклад, якщо маса тіла людини коливається, або є ризик втрати м'язової маси та сили.

- Якщо існує занепокоєння щодо безпеки ковтання та ризику аспірації, якомога швидше провести консультацію з відповідним медичним працівником. Якщо це неможливо, підтримувати достатню гідратацію та харчування, оминаючи рот.

- Підтримка достатнього рівня енергетичного забезпечення, включаючи, наприклад, використання назогастрального зонду, черезшкірної ендоскопічної гастростомії, черезшкірної гастростомії під контролем рентгену або призначення парентерального харчування, має здійснюватися за узгодженням з дієтологом.

2.4. Рекомендації ВООЗ «Пакет реабілітаційних втручань» (2023)

Влітку 2023 року ВООЗ було розроблено пакет рекомендацій «Пакет реабілітаційних втручань» («Package of interventions for rehabilitation») за сімома напрямками реабілітації для 20 станів здоров'я (таблиця 2).

Таблиця 2. Напрями та стани здоров'я в «Пакеті реабілітаційних втручань» ВООЗ (2023)

Disease area / Група захворювань	Health condition / Клінічні стани	Наявність рекомендацій до нутритивної підтримки
Musculoskeletal conditions <i>М'язово-скелетні стани</i>	Low back pain / <i>Біль в нижній частині спини</i>	Немає (-)
	Osteoarthritis / <i>Остеоартрит</i>	Немає (-)
	Rheumatoid arthritis / <i>Ревматоїдний артрит</i>	Є (+) дієтичні рекомендації
	Sarcopenia / <i>Саркопенія</i>	Є (+) обов'язкове втручання
	Fractures / <i>Переломи</i>	Немає (-)
	Amputation / <i>Ампутації</i>	Немає (-)
Neurological conditions <i>Неврологічні стани</i>	Stroke / <i>Гострий мозковий інсульт</i>	Є (+) + ентеральне харчування + терапія ковтання
	Parkinson disease / <i>Хвороба Паркінсона</i>	Є (+) корекція остеопорозу + терапія ковтання
	Traumatic brain injury / <i>Черепно-мозкова травма</i>	Є (+) + ентеральне харчування + терапія ковтання
	Spinal cord injury / <i>Спинальна травма</i>	Є (+) + ентеральне харчування + терапія ковтання
	Cerebral palsy / <i>Церебральний параліч</i>	Є (+) + ентеральне харчування + терапія ковтання
	Dementia / <i>Деменція</i>	Є (+) + терапія ковтання
Cardiopulmonary conditions <i>Кардіопульмонарні стани</i>	Ischemic heart disease / <i>Ішемічна хвороба серця</i>	Немає (-) дієтичні рекомендації
	Chronic obstructive pulmonary disease / <i>Хронічне обструктивне захворювання легень</i>	Є (+)

Neurodevelopmental disorders <i>Порушення розвитку нервової системи</i>	Autism spectrum disorder / <i>Аутизм</i> Disorders of intellectual development / <i>Порушення інтелектуального розвитку</i>	Немає (-) Є (+)
Sensory impairments <i>Сенсорні порушення</i>	Vision impairment / <i>Порушення зору</i> Hearing loss / <i>Втрата слуху</i>	Немає (-) Немає (-)
Malignant neoplasm <i>Злоякісні новоутворення</i>	Cancer / <i>Злоякісні новоутворення</i>	Є (+)
Mental health <i>Ментальне/психічне здоров'я</i>	Schizophrenia / <i>Шизофренія</i>	Немає (-)

Примітка автора: При наявності мальнутриції, що супроводжує будь-який з клінічних станів, рекомендації з нутритивної підтримки доповнюються оцінкою та менеджментом мальнутриції.

Рекомендації вміщують наступну інформацію щодо:

- обов'язкових реабілітаційних втручань;
- часу, необхідного для проведення одного сеансу втручання;
- матеріальних ресурсів для проведення втручань;
- спеціалістів в сфері реабілітації, які задіяні в реалізації заходів.

До основних функціональних доменів в «Пакеті реабілітаційних втручань» поряд з іншими віднесено також менеджмент дисфагії та нутритивну підтримку, а спеціалісти з дієтології та нутритивної підтримки входять до складу МДРК.

Заходи з оцінки нутритивного стану та нутритивної підтримки в рекомендаціях ВООЗ (2023) здебільшого входять до **переліку втручання для профілактики та лікування вторинних станів**, пов'язаних з вказаними станами здоров'я та захворюваннями, але при таких станах, як саркопенія, їх віднесено до **обов'язкових втручань з реабілітації** (табл. 2). Окремо слід зазначити, що до терміну «терапія ковтання» входить й модифікація консистенції їжі, для чого застосовуються спеціальні продукти та терапію ковтання відносять до **обов'язкових втручань з реабілітації**.

3. НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА НА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ МАРШРУТАХ ОСІБ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Реабілітаційні маршрути та напрями реабілітаційної допомоги

Згідно Програми медичних гарантій (ПМГ) Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2023 році реабілітаційна допомога надається за пакетами ПМГ у **післягострому та довготривалому періодах** стаціонарно та амбулаторно: «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах».

Стаціонарна реабілітаційна допомога за одним напрямом складає один реабілітаційний цикл – 14 днів, за двома – 21 день; протягом року можна отримати два реабілітаційні цикли, а при важкій патології, наприклад, спинальні травми, – 8 циклів на рік. Амбулаторна реабілітаційна допомога складає один реабілітаційний цикл – 14 днів 2 рази на рік. Лікуючим лікарем особи, яка потребує реабілітації, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів є лікар фізичної та реабілітаційної медицини.

Реабілітаційні послуги в **гострому періоді** надаються за відповідними пакетами ПМГ згідно галузевих стандартів при відповідних станах здоров'я: стаціонарна допомога дорослим та дітям без хірургічних операцій та після хірургії, лікування гострого інфаркту міокарда та інсульту тощо. Лікуючим лікарем особи, яка потребує реабілітації, протягом гострого реабілітаційного періоду є лікар-спеціаліст відповідно до основної патології.

Харчування та нутритивна підтримка харчовими продуктами для спеціальних медичних цілей (за потреби) при наданні реабілітаційних послуг в стаціонарних умовах передбачені в ПМГ НСЗУ на 2024 рік (Проект ПМГ за напрямом «Реабілітація» на 2024 рік).

Згідно Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» №2083 від 16.11.2022 реабілітаційна допомога надається на наступних п'яти маршрутах (таблиця 3).

Як зазначено в наказі МОЗ, наявність у особи, яка потребує реабілітації, пролежнів чи застійної пневмонії наприкінці гострого реабілітаційного періоду є показником відсутності надання, або неякісного надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду. Слід зауважити, що менеджмент пролежнів потребує відповідної нутритивної підтримки.

Таблиця 3. Рекомендації щодо нутритивної підтримки на реабілітаційних маршрутах

Реабілітаційний маршрут	Рекомендації щодо нутритивної підтримки
1. Реабілітаційний маршрут при травмах спинного мозку	Надається під час гострого періоду реабілітації
2. Реабілітаційний маршрут при травмах головного мозку	Надається під час гострого періоду реабілітації + менеджмент дисфагії протягом гострого та післягострого періодів
3. Реабілітаційний маршрут при опіках	Надається під час гострого періоду реабілітації
4. Реабілітаційний маршрут при ампутаціях	Надається під час гострого періоду реабілітації
5. Реабілітаційний маршрут при складних скелетних травмах	Надається під час гострого періоду реабілітації

За роз'ясненнями НСЗУ, окрім вказаних реабілітаційних маршрутів, також визначені й напрями реабілітаційної допомоги відповідно до захворювань, що можуть стати першопричиною виникнення у пацієнта функціональних обмежень та станів, які будуть потребувати реабілітації:

1. Кардіо-респіраторна реабілітація: стани після гострого інфаркту міокарду; проведення операцій ревазуляризації коронарних судин; проведення операцій на клапанах серця; інвазивних втручань з метою відновлення синусового ритму; проведення трансплантації серця та легень та хронічні захворювання легень, які супроводжуються порушенням дихальної функції.

2. Опорно-рухова реабілітація: стани та хвороби нетравматичного генезу, як то стани після ендопротезування суглобів; хірургічних втручань на кістково-м'язовій системі; ампутації кінцівок (крім кодів діагнозів першопринципи класу S та T); артрити, артрози та інші хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

3. Неврологічна реабілітація: стани та хвороби нетравматичного генезу, як то стан після гострого мозкового інсульту; після уражень нервової системи (крім кодів діагнозів першопринципи класу S та T); неврологічна дисфункція після хірургічних втручань.

4. Реабілітація при післятравматичних станах: стани після травматичного ушкодження нижніх кінцівок, у т. ч. після ампутації; травматичного

ушкодження верхніх кінцівок, у т. ч. після ампутації; травматичного ушкодження головного мозку; травматичного ушкодження спинного мозку; травматичного ушкодження внутрішніх органів; опіків та обмороження та поєднані травми.

5. Психологічна допомога.

Більшість станів, що потребують реабілітації в стаціонарних умовах, у той чи інший період протікання захворювання можуть потребувати нутритивної підтримки, наприклад, при наявності таких ускладнень, як пролежні та м'язова атрофія внаслідок тривалої іммобілізації, мальнутриція та дисфагія. При таких станах, а також після різноманітних хірургічних втручань, при саркопенії, існує необхідність призначення спеціалізованого високобілкового харчування, яке здатне допомогти пацієнтам у випадках, коли їх звична дієта не може повністю задовольнити потреби організму в білку, енергії, інших мікро- та макронутрієнтах.

3.2. Нутритивна підтримка харчовими продуктами для спеціальних медичних цілей при наданні реабілітаційної допомоги

Рекомендації щодо нутритивної підтримки згруповані за станами, що потребують реабілітації, та їх основними симптомами. Такий підхід ґрунтується на тому, що в реабілітаційній практиці при різних патологічних станах клінічні прояви, пов'язані з недостатністю харчування, можуть бути подібними та не завжди є патогномічними для конкретного захворювання.

В даних рекомендаціях розглянуті принципи та показання щодо призначення нутритивної підтримки у вигляді **перорального харчування** згідно синдромному підходу.

В нашій розробці були використані продукти компанії «Nutricia» – готові суміші для перорального харчування Nutridrink у зручній пляшці об'ємом 125/200 мл, які містять значну кількість білка, енергії, а також інші мікро- та макронутрієнти, вітаміни тощо, необхідні пацієнтам на етапі реабілітації, є безглютеновими. Використовуються для дієтичного харчування пацієнтів від 3 років і старше та дорослих, окремі продукти – з обережністю дітям від 3 до 6 років; їх слід пити повільно маленькими ковтками протягом щонайменше 30 хвилин.

Лінійку продуктів Nutridrink представлено різноманітними формулами та смаками, що дозволяє урізноманітнити раціон хворого. Крім того, асортимент продуктів Nutridrink охоплює різні продукти для задоволення індивідуальних потреб пацієнтів (рис. 1).



Рис. 1. Асортимент продуктів Nutridrink для перорального харчування

Загальні принципи призначення нутритивної підтримки на етапі реабілітації.

Лікувальне харчування пацієнта має бути адаптованим під його потреби та залежить від виду та стадії захворювання, а також від особливостей лікування. На етапі реабілітації збільшуються енергетичні трати та потреби в білку, макро- та мікронутрієнтах, вітамінах, тощо. Після травм, у тому числі військових, важких оперативних втручань та захворювань у хворих можуть виникати скарги та симптоми, як то зміни у сприйнятті смаків та запахів, проблеми з пережовуванням та ковтанням їжі, різноманітні порушення травлення, у тому числі діарея та закрепи, нудота та блювання, виникнення виразок, рефлюксів, а біль, депресія та стрес можуть бути причиною втрати апетиту. При збереженій функції ШКТ хворим призначається ентеральне пероральне харчування шляхом прийому високопоживних спеціалізованих сумішей двома шляхами: через рот (**пероральне харчування**) або через зонд безпосередньо у шлунок чи кишківник (**зондове харчування**). Суміш для ентерального харчування надходить до ШКТ пацієнта і поживні речовини всмоктуються у кров через його слизову оболонку. Перевага надається **пероральному харчуванню** – споживанню їжі через рот із наступним її засвоєнням у ШКТ. У випадку серйозних порушень у роботі ШКТ, за яких ШКТ пацієнта не може самостійно розщеплювати та всмоктувати поживні речовини, призначається **пар-ентеральне харчування**. У цьому випадку, спеціалізована суміш вводиться прямо у кров, не потрапляючи у травну систему.

Загальні показання до застосування в реабілітаційній практиці:

- **при мальнутриції:** при станах, пов'язаних із втратою апетиту та/або відмовою від прийому їжі: анорексії, онкозахворюваннях, неврологічних захворюваннях, психічних розладах, соматичних захворюваннях, в похилому віці;
- **при саркопенії;**
- **у випадку захворювань ШКТ:** мукозитів, ентеритів різної етіології, зокрема спричинених променевою та хіміотерапією, а також для **нормалізації моторики ШКТ;**
- **при наявності часткових перешкод для проходження їжі:** пухлин та травм голови і шиї, у тому числі військові травми, **порушення ковтання і жування (дисфагії);**
- **під час підготовки до операції, у післяопераційний період та в період реабілітації.**

Харчові продукти для спеціальних медичних цілей та показання для нутритивної підтримки на етапі реабілітації.

Nutridrink Skin Repair (Cubitan / Кубітан). Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей: спеціалізований високобілковий високоенергетичний продукт **Nutridrink Skin Repair** або **Cubitan** використовується для забезпечення перорального харчування хворих із **порушенням загоєння ран, за наявності пролежнів, опіків, після великих за обсягом операцій** (ампутацій, складних скелетних травм), **після інсульту** на етапі реабілітації. У його складі у підвищеній кількості містяться такі компоненти, як амінокислота аргінін, вітаміни Е, С, каротиноїди та цинк, що покращують загоєння ран і регенерацію пошкоджених тканин. Цей продукт має низький глікемічний індекс – 35, тому може призначатися пацієнтам з цукровим діабетом (у т. ч. за наявності синдрому діабетичної стопи).

Nutridrink Skin Repair або **Cubitan** – рідка суміш, готова до вживання. Аргінін – важливий імунокомпонент, що регулює імунні функції організму та прискорює процес загоєння ран, зокрема пролежнів, поряд з каротиноїдами, вітамінами С та Е, цинком. Високий вміст білка позитивно впливає на процес одужання пацієнтів з інсультом, синдромом діабетичної стопи, а також на процес загоєння ран, включаючи пролежні.

Склад: пляшка має об'єм 200 мл та містить білку 17,6 г, аргініну 3 г, 248 ккал (на 100 мл – білку 8,8 г, аргініну 1,5 г, 124 ккал).

Дозування: 1-3 пляшечки (248 - 744 ккал) на день протягом 14 днів чи більше.

Nutridrink Compact Fiber / Нутрідрінк Компакт з харчовими волокнами. Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей: пероральне харчування Нутрідрінк Компакт з харчовими волокнами / Nutridrink Compact Fibre – рідка суміш, готова до вживання, з високим вмістом енергії, повноцінна для дієтичного харчування при **мальнутриції** (нутритивній недостатності). Є повноцінним продуктом, який може бути використаний в якості єдиного джерела харчування. Містить пребіотики для **покращення функцій ШКТ, нормалізує перистальтику кишківника (профілактика діареї) та забезпечують пребіотичний ефект**; комплекс вітамінів та мікроелементів, що забезпечує **антиоксидантний ефект**; комбінацію розчинних харчових волокон, що забезпечують пребіотичний ефект, оскільки є поживним середовищем для нормальної мікрофлори кишківника, яка синтезує коротколанцюгові жирні кислоти (місцевий трофічний ефект – прискорення регенерації та загоєння слизової оболонки кишківника).

Склад: пляшка має об'єм 125 мл та містить білку 12 г, 300 ккал, комбінацію розчинних харчових волокон – 4,5 г, пребіотики (галактоолігосахариди та фруктоолігосахариди – 2,1 г на 100 мл, комплекс вітамінів В, С, Е, D та мікроелементів (хром, селен, мідь) (на 100 мл – білку 9,5 г, жирів 10,4 г, вуглеводів 25,4 г, 240 ккал).

Дозування: 1-3 пляшечки на добу в якості додаткового джерела харчування, 5-7 пляшечок на добу як єдине джерело харчування, якщо інше не призначено лікарем. З обережністю застосовувати для дітей віком від 3 до 6 років. Слід постійно контролювати споживання рідини для забезпечення необхідної гідратації.

Diasip / Діасіп. Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей: пероральне харчування Діасіп / Diasip – для дієтичного харчування при **мальнутриції** (нутритивній недостатності) пацієнтів від 3 років і старше та дорослих, хворих на цукровий діабет та гіперглікемію. **Diasip** – суміш рідка, готова до вживання, повноцінна для дієтичного харчування, з високим вмістом мононенасичених жирних кислот, зменшеною кількістю вуглеводів, збагачена харчовими волокнами та антиоксидантами, може бути використаним в якості єдиного джерела харчування. Спеціально розроблена для **дієтичного харчування хворих на цукровий діабет та пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози**, має низький глікемічний індекс 35. Має спеціальний склад білка: поєднання сироваткового (49%) та рослинного (51% соєвого) білків сприяє контролю глюкози в крові, жирів та нутритив-

ного статусу пацієнтів. Містить комплекс вітамінів В, С, Е, D та мікроелементів (хром, селен, мідь), що надає антиоксидантний захист; хром (Cr) та селен (Se) в кількостях, рекомендованих для пацієнтів з цукровим діабетом (хром позитивно впливає на рівень глюкози, інсуліну та холестерину у хворих із діабетом 2 типу).

Склад: пляшка має об'єм 200 мл та містить білку 9,8 г, 208 ккал, комбінацію розчинних харчових волокон 5 г, комплекс вітамінів В, С, Е, D та мікроелементів (хром, селен, мідь) (на 100 мл – білку 4,9 г, 104 ккал).

Дозування: 1-3 пляшечки на добу в якості додаткового джерела харчування, 7-10 пляшечок на добу як єдине джерело харчування, якщо інше не призначено лікарем. Не використовувати хворим на фруктоземію.

Nutridrink Protein / Нутрідрінк Протеїн. Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей: спеціальна високобілкова висококалорійна суміш **Nutridrink Protein** легко засвоюється, не створюючи додаткового навантаження на послаблену травну систему хворого. **Nutridrink Protein** – суміш рідка, готова до вживання, з високим вмістом білка та енергії, для дієтичного харчування **при мальнутриції (нутритивній недостатності), саркопенії, кахексії** для пацієнтів від 6 років і старше та дорослих. Показаний **при підвищеній потребі в білку та енергії, а саме при опіках, травмах, пролежнях; під час підготовки до діагностичних процедур на травному тракті, наприклад, для колоноскопії.**

Склад: пляшка має об'єм 125 мл та містить білку 18,2 г, 306 ккал (на 100 мл – білку 14,4 г, 240 ккал). В складі має вітаміни та мікроелементи (селен, хром та інші), не містить харчових волокон.

Дозування: 1-3 пляшечки (306 - 918 ккал) на день протягом 14 днів чи більше. Може використовуватися як додаткове джерело харчування. Nutridrink Protein необхідно пити повільно через його високу осмолярність і пов'язаний з нею ризик виникнення діареї, особливо під час першого застосування: 1 пляшечку протягом від 20 хвилин до 1 години маленькими ковтками. Nutridrink Protein слід приймати регулярно.

Nutilis Clear / Нутіліс Кліп. Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей **Nutilis Clear** – розчинний загущувач для рідин та напоїв на основі ксантанової камеді. Це порошок білого кольору, без запаху, з нейтральним смаком, швидко загущує рідини. Призначений для регулювання густини напоїв та їжі – **для дієтичного харчування при дисфагії** для пацієнтів віком

від 3 років і старше та дорослих. Зберігає свою консистенцію в ротовій порожнині завдяки компонентам, що є стійкими до амілаз ротової порожнини.

Склад: на 100 г – 290 ккал, 56,7 г вуглеводів, містить мальтодекстрин, ксантанову камідь, гуарову камідь. Без глютену та лактози.

Дозування: Використовувати виключно в якості загущувача страв та / або рідин. Застосовувати з обережністю пацієнтам, що знаходяться на дієті з обмеженням натрію. Готову суміш використати протягом 2 годин. Загущені страви можна заморожувати.

В залежності від бажаного рівня загущення дозується наступним чином:

- легке загущення (рівень 1): 1 мірна ложка на 200 мл готової страви або напою;
- помірне загущення (рівень 2): 2 мірні ложки на 200 мл готової страви або напою;
- середнє загущення (рівень 3): 3 мірні ложки на 200 мл готової страви або напою;
- значне загущення (рівень 4): 7 мірних ложок на 200 мл готової страви або напою.

Nutridrink Powder / Нутрідрінк Паудер. Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей: Nutridrink Powder – суміш суха, з високим вмістом білка та енергії, повноцінна, збалансована вітамінами та мінералами для дієтичного харчування при мальнутриції (нутритивній недостатності) при підвищених потребах в білку та енергії, при станах, пов'язаних із втратою апетиту та/або відмовою від прийому їжі у дорослих. **Може бути використана в якості єдиного джерела харчування.**

Склад: в 200 мл готової суміші (8 мірних ложок) – 1 порція – міститься 200 ккал, 10 г білка, 1,2 г харчових волокон. Характеризується високим вмістом білка: 5 г на 100 мл готової суміші; низьким вмістом лактози (0,2 г на 100 мл готової суміші), що полегшує травлення, знижує газоутворення в кишківнику у випадку наявності лактазної недостатності. Має модифікований склад білка: поєднання молочних (казеїн – 36%, відіграє важливу роль в метаболізмі, формуванні імунної відповіді, має високу біологічну цінність) та рослинних (соевий – 64%, має позитивний вплив на обмін речовин у пацієнтів з порушеною толерантністю до глюкози, при гіперглікемії та цукровому діабеті) білків сприяє швидкому опорожненню шлунку та доброму засвоєнню. Містить пребіотики (галактоолігосахариди та фруктоолігосахариди – 1,06 г на 100 мл) для покращення функцій ШКТ – нормалізують пе-

ристалтику кишківника (профілактика діареї), забезпечують пребіотичний ефект; комплекс вітамінів В, С, Е, D та мікроелементів (хром, селен, мідь) забезпечує антиоксидантний захист.

Дозування: Додайте до готової страви (наприклад, до супу або пюре) до 8 мірних ложок, ретельно перемішайте; можна розчинити в молоці або інших напоях – теплих або холодних. Готову суміш використати протягом 2 годин. Тільки для дорослих.

Nutridrink Compact Fiber, Nutridrink Powder, Diasip – повноцінні суміші, які можуть використовуватися в якості єдиного джерела харчування для пацієнта, задовольняючи добову потребу у калоріях, макро- та мікроелементах.

Оптимальна нутритивна підтримка на етапі реабілітації:

- допомагає хворому підтримувати сили власного організму;
- задовольняє потреби організму в енергії, макро- та мікронутрієнтах тощо, потреба в яких на етапі реабілітації збільшується;
- знижує ризик розвитку ускладнень, наприклад, інфекційних та пролежнів;
- прискорює відновлення організму та скорочує час перебування пацієнта у лікарні;
- сприяє покращенню якості життя хворого.

Підбір адекватної нутритивної підтримки на етапі реабілітації, що відповідає зростаючим енергетичним потребам пацієнта та стану його організму, відіграє важливу роль у зниженні ризику ускладнень, таких як пролежні, мальнутриція, інфекційні ускладнення тощо, та сприяє ефективному відновленню в усіх реабілітаційних періодах – гострому, післягострому та довготривалому.

4. ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНЮВАННЯ СТАНІВ З ПОРУШЕННЯМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ

В арсеналі діагностичних інструментів лікаря ФРМ та інших членів МДРК є безліч різноманітних шкал, тестів та опитувальників. Влучне та своєчасне їх застосування допомагає вчасно поставити клінічний та функціональний діагноз, виявити ризик можливих ускладнень, оцінити ефективність як окремих реабілітаційних втручань, так і процесу реабілітації в цілому. Реабілітаційне оцінювання є необхідним компонентом реабілітаційного циклу та застосовується в ньому як для первинної оцінки, так і для оцінки ефективності реабілітаційних втручань з метою корегування індивідуального реабілітаційного плану. Оцінка нутритивного статусу не є виключенням та потребує окремого інструментарію.

Після комплексної оцінки харчування (нутритивного статусу) визначається метод нутритивної підтримки:

- збалансована дієта з адекватним відповідно енергетичним потребам вмістом калорій;
- пероральне додаткове харчування – сіпінг – вживання ентеральних сумішей per os;
- ентеральне зондове харчування – при відсутності можливості забезпечити потреби за рахунок звичного харчування та перорального додаткового харчування;
- парентеральне харчування – застосовують при відсутності можливості ентерального харчування чи недостатності його.

4.1. Інструмент оцінювання мальнутриції

Мальнутриція – це стан, що є наслідком порушення надходження чи засвоєння харчових речовин. Він призводить до зменшення частки безжирових тканин та клітин, порушення фізичних та когнітивних функцій, а також погіршення перебігу захворювання. Цей стан виникає внаслідок поєднання різного ступеня недоїдання або переїдання та запальної активності, що призводить до порушення складу тіла, зниження фізичної та розумової функції і погіршення клінічного перебігу захворювань.

У клінічній практиці часто зустрічаються як пацієнти з незначним дефіцитом поживних речовин, так і пацієнти з явною мальнутрицією або надмірним харчуванням. Поширеність недостатнього харчування

(мальнутриції) серед госпіталізованих дорослих пацієнтів коливається від 30 до 50 %.

Мальнутрицію слід розглядати як важливий компонент супутньої патології. Основне захворювання та недостатнє забезпечення поживними речовинами, зокрема енергією та білками, є основними причинами її розвитку. Найбільший ризик мають люди похилого віку, які перебувають у стаціонарі або проживають у будинках для людей похилого віку, люди з низьким рівнем доходів або соціально ізольовані, **хворі з хронічними розладами та на етапі реабілітації після важкої хвороби або станів, особливо тих, що впливають на їхню здатність харчуватися.** Крім того, у госпіталізованих пацієнтів часто спостерігається подальше погіршення нутритивного статусу. Є дані, що чотири з п'яти пацієнтів не споживають достатньо їжі, щоб покрити свої потреби в енергії або білках. Цьому є багато причин: основне захворювання може безпосередньо погіршувати процес харчування (наприклад, стриктура стравоходу, порушення ковтання при інсульті, травми голови та шиї тощо) та викликати метаболічні та/або психологічні розлади, які збільшують харчові потреби або зменшують споживання їжі; недостатня якість і повноцінність лікарняного харчування; брак допомоги, що надається медичним персоналом. Крім того, періоди голодування перед багатьма обстеженнями та втручаннями призводять до подальшого недостатнього споживання їжі.

Інструменти скринінгу та оцінки були розроблені для полегшення раннього розпізнавання мальнутриції у всіх пацієнтів. Важливими компонентами при оцінці харчового статусу пацієнта є вага, зріст, вимушена втрата ваги, апетит і споживання їжі. Ці параметри включені майже в усі інструменти скринінгу. Деякі інструменти не тільки зосереджені на кількісній оцінці недоїдання, але й враховують фактори ризику недоїдання.

У всіх пацієнтів повинен бути зафіксований їхній харчовий статус. Оцінка починається з процедури скринінгу, а потім проводиться детальна оцінка у тих пацієнтів, які пройшли скринінг і були віднесені до групи ризику.

Скринінг – це швидкий і простий процес для виявлення належності пацієнта до групи ризику та визначення наступних напрямків дій.

Оцінка харчування – це детальне дослідження метаболічних, харчових або функціональних показників. Більш тривалий процес, ніж скринінг, який призводить до розробки відповідного плану лікування з врахуванням показань, можливих побічних ефектів та спеціальних технік годування.

Нутритивний статус – це оцінка сукупностей клінічних, антропометричних та лабораторних показників, що відображають морфо-функціональний стан організму, які пов'язані з харчовою поведінкою, та характеризують кількісне співвідношення м'язової та жирової маси тіла.

Існує кілька валідованих скринінгових інструментів, рекомендованих Європейським товариством клінічного харчування та метаболізму (ESPEN).

Інструменти скринінгу відповідають на кілька основних питань:

- нещодавня втрата ваги;
- поточний індекс маси тіла;
- нещодавнє споживання їжі;
- тяжкість захворювання.

Інструменти скринінгу, рекомендовані ESPEN:

1. Популяція: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST);
2. Госпіталізовані пацієнти: Nutritional Risk Screening (NRS);
3. Люди похилого віку: Mini Nutritional Assessment (MNA).

Інструмент скринінгу мальнутриції MUST є універсальним і складається із 5 діагностичних кроків (BAPEN, 2011):

1. Оцінки індексу маси тіла (IMT): $18,5-20 \text{ кг/м}^2$ – 1 бал, $<18,5 \text{ кг/м}^2$ – 2 бали;
2. Оцінки відсотку втрати маси тіла протягом 3-6 міс: $<5\%$ – 0 балів; $5-10\%$ – 1 бал; $>10\%$ – 2 бали;
3. Оцінки активності гострої хвороби: невживання їжі >5 днів – 2 бали;
4. Сумація балів: 0 – низький ризик, рутинне ведення; 1 – середній ризик, спостереження; 2 – високий ризик, терміновий план лікування;
5. Менеджмент мальнутриції: 0 – рутинне ведення; 1 – спостереження; 2 – терміновий план лікування.

У 2019 році були опубліковані оперативні **критерії діагностики мальнутриції Global Leadership In Malnutrition (GLIM)**. Оперативні діагностичні критерії GLIM були розроблені міжнародними лідерами з чотирьох глобальних дієтологічних товариств (ASPEN, ESPEN, FELANPE, PENSA). Критерії GLIM складаються з практичних показників, які можна використовувати для характеристики пацієнта/клієнта як такого, що страждає на мальнутрицію.

Процес діагностики GLIM складається з трьох етапів (табл. 4):

4.2. Інструменти оцінювання саркопенії

Саркопенія – прогресивне та генералізоване захворювання скелетних м'язів, яке асоційоване з підвищеним ризиком падінь, переломів, порушень рухової активності та летальності (Оновлений консенсус робочої групи з вивчення саркопенії (European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)) (2019).

Саркопенію як окремий клінічний стан, що потребує надання реабілітаційної допомоги, віднесено до *м'язово-скелетних станів* в рекомендаціях ВООЗ «Пакет реабілітаційних втручань» (2023). При саркопенії нутритивний менеджмент є першочерговим реабілітаційним втручанням.

Діагностичні критерії саркопенії (EWGSOP, 2019):

1. зниження сили скелетних м'язів;
2. зниження маси та якості скелетних м'язів;
3. зниження функції скелетних м'язів.

Встановлення діагнозу «саркопенія» ґрунтується на виявленні двох із трьох вище перелічених критеріїв. Стадії саркопенії: імовірна саркопенія (зниження сили скелетних м'язів), саркопенія (два з трьох критеріїв), тяжка саркопенія (три критерії).

Групою EWGSOP у 2019 році запропоновані «відрізні» точки для діагностики саркопенії (таблиця 5).

Таблиця 5. «Відрізні» точки діагностики саркопенії за EWGSOP (2019)

Діагностичний тест	Чоловіки	Жінки
«Відрізні» точки сили скелетних м'язів		
Сила стискання, кг (кистьова динамометрія)	< 27	< 16
Тест «встати зі стільця»	> 15 с/5 разів	Не встановлено
«Відрізні» точки маси скелетних м'язів		
Апендикулярна знежирена маса, кг	< 20	< 15
Індекс апендикулярної знежиреної маси, кг/м ²	< 7,0	< 6,0
«Відрізні» точки функції скелетних м'язів		
Тест на визначення швидкості ходи, м/с	≤ 8	Не встановлено
Тест SPPB		≤ 8
Тест «3-метровий», с		≥ 20
Тест «400 метрів», с	Невиконання або виконання ≥ 6 хв	

Джерело: Дзерович Н.І. Європейські рекомендації 2019 року щодо діагностики саркопенії. Біль. Суглоби. Хребет. Том 9, №4, 2019.

Переклад опитувальника SARC-F щодо діагностики саркопенії українською мовою в перекладі та адаптації Поворознюка В.В., Поворознюк Р.В., Дзерович Н.І. (2013) представлено в таблиці 6.

Таблиця 6. SARC-F: опитувальник для діагностики саркопенії

Питання	Шкала відповіді
Наскільки важко Вам підняти і перенести з місця на місце предмет вагою 5 кг?	- не важко (0) - важко (1) - вкрай важко або неможливо (2)
Наскільки важко пересуватися по кімнаті?	- не важко (0) - важко (1) - вкрай важко, тільки за допомогою допоміжних засобів, або неможливо (2)
Наскільки важко піднятися зі стільця або ліжка?	- не важко (0) - важко (1) - вкрай важко або неможливо без сторонньої допомоги (2)
Наскільки важко піднятися на 10 сходинок?	- не важко (0) - важко (1) - вкрай важко або неможливо (2)
Скільки разів минулого року Ви падали?	- жодного разу (0) - 1-3 падіння (1) - 4 і більше падіння (2)

Примітка: Інтерпретація результату: загальний показник опитувальника понад 4 бали свідчить про високу ймовірність наявності саркопенії в обстеженого пацієнта й несприятливі наслідки.

Джерело: Дзерович Н.І. Європейські рекомендації 2019 року щодо діагностики саркопенії. Біль. Суглоби. Хребет. Том 9, №4, 2019

4.3. Інструмент оцінювання повсякденних функцій, рекомендований на реабілітаційних маршрутах: Індекс Бартел

Індекс Бартел рекомендований Наказом МОЗ України Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» №2083 від 16.11.2022 для оцінки ефективності повсякденних функцій на реабілітаційних маршрутах.

Переваги: широко використовується для діагностики інсульту, відмінна достовірність і надійність, стандартна шкала в клінічних випробуваннях. Цей індекс вимірює ступінь самостійного функціонування та мобільність в

повсякденній діяльності (ADL), тобто прийом їжі, прийом ванни, гігієнічні процедури, одягання. Індекс також вказує на необхідність надання допомоги у догляді.

Інструкції:

1) При визначенні індексу необхідно фіксувати, що особа фактично робить, а не те, що він/вона може зробити.

2) Основна мета полягає в тому, щоб встановити ступінь незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної.

3) Під потребою в нагляді слід розуміти, що особу не можна вважати незалежною від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної.

4) Здатність особи до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування особи, родичів, друзів, фахівців сфери охорони здоров'я, але також важливими є пряме спостереження і здоровий глузд. Відтак пряме тестування функції не є необхідним.

5) Зазвичай важливим є виконання особи певних видів активності протягом попередніх 24 – 48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.

6) 50 відсотків – відповідає середньої категорії оцінок, тобто виконання з помірної допомогою однієї особи.

7) Допускається використання допоміжних засобів для незалежності.

1	<p>Прийом їжі</p> <p>0 - повністю залежить від сторонньої допомоги (необхідно годування зі сторонньою допомогою).</p> <p>5 - потребує часткової допомоги, наприклад при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб, тощо, при цьому приймає їжу самостійно.</p> <p>10 - незалежний - пацієнт може самостійно їсти будь-яку звичну для нього/неї їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами. Їжа готується та сервірується іншими особами, але не розрізається ними.</p>	Бал
2	<p>Прийом ванни</p> <p>0 - залежить від сторонньої допомоги.</p> <p>5 - незалежний - приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги.</p>	Бал

3	<p>Персональна гігієна (чищення зубів, маніпуляція із зубними протезами, розчісування, гоління, вмивання лица)</p> <p>0 - потребує допомоги при виконанні процедур особистої гігієни.</p> <p>5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, розчісуванні, чищенні зубів, голінні</p>	Бал
4	<p>Користування одягом і взуттям</p> <p>0 - залежить від сторонньої допомоги.</p> <p>5 - потребує часткової допомоги (наприклад, при застібанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, витрачаючи на це прийнятний час.</p> <p>10 - незалежний від оточуючих, зокрема при застіпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок тощо, може вибрати та надягти будь-який одяг.</p>	Бал
5	<p>Контроль дефекації</p> <p>0 - нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає).</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок.</p> <p>10 - повний контроль дефекації, за необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги.</p>	Бал
6	<p>Контроль сечовипускання</p> <p>0 - нетримання сечі, або використовується катетер, користуватись яким особа самостійно не може.</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години).</p> <p>10 - повний контроль сечовипускання, в тому числі і випадки катетеризації сечового міхура, коли особа самостійно використовує катетер.</p>	Бал
7	<p>Користування туалетом (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкіряних покривів, вдягання, вихід з туалету)</p> <p>0 - повністю залежить від сторонньої допомоги.</p> <p>5 - потребує деякої допомоги, проте частину дій, зокрема гігієнічні процедури, може виконувати самостійно.</p> <p>10 - не потребує допомоги (при переміщенні, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур).</p>	Бал

8	<p>Перенесення (з ліжка на крісло колісне та назад)</p> <p>0 - неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб.</p> <p>5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (однієї сильної / навченої особи або двох звичайних осіб), може самостійно сидіти в ліжку.</p> <p>10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (однієї особи), або потрібний догляд, вербальна допомога.</p> <p>15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги).</p>	Бал
9	<p>Мобільність на одному рівні (переміщення в межах дому /палати і поза домом, можуть використовуватись допоміжні засоби)</p> <p>0 - не здатний до переміщення або долає менше 45 метрів.</p> <p>5 - здатний до незалежного пересування в кріслі колісному на відстань більше 45 метрів, зокрема оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг.</p> <p>10 - може ходити за допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 метрів.</p> <p>15 - незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад паличку), долає самостійно більше 45 м.</p>	Бал
10	<p>Сходи</p> <p>0 - не здатний підніматись сходами, навіть з підтримкою.</p> <p>5 - потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка.</p> <p>10 - незалежний.</p>	Бал
Максимальна кількість балів: 100		Всього

Сумарна оцінка: 45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги, 50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність, 75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій. Разом з тим, навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно – стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі, і т. п.

ВИСНОВКИ

Одним з найважливіших принципів проведення реабілітації є **пацієнтоцентричність**, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога. Потреби полягають не тільки в ефективних реабілітаційних втручаннях та методах лікування, організації правильного режиму хворого, підтримки його психоемоційного стану, а й, що є не менш важливим, організації повноцінного харчування.

Саме на етапі реабілітації підвищуються енергетичні трати пацієнта, потреба в білку, макро- та мікронутрієнтах, вітамінах тощо. Такі стани, як мальнутриція, саркопенія, порушення ковтання, можуть значно знизити ефективність реабілітаційної допомоги, або навіть зробити неможливим проведення реабілітаційних втручань. Реабілітація як військових, так і цивільного населення в умовах сьогодення має значні особливості та потребує диференційованих підходів не тільки при призначенні реабілітаційних втручань, а й при наданні нутритивної підтримки.

Нутритивна підтримка є невід'ємною складовою надання реабілітаційних послуг на реабілітаційних маршрутах в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах при травмах спинного мозку, головного мозку, опіках, ампутаціях, складних скелетних травмах та при наданні допомоги за іншими напрямками реабілітації.

У кожному конкретному випадку пероральне харчування з використанням харчових продуктів для спеціальних медичних цілей може призначатися лікарем як основне чи додаткове в залежності від виду та стадії захворювання, стану пацієнта, особливостей терапії та потреб у поживних речовинах, з метою забезпечення оптимального харчування людини у період боротьби з хворобою та відновлення після неї, що, в свою чергу, є невід'ємною частиною успішної терапії та реабілітації.

У методичних рекомендаціях представлено нормативну базу та диференційовані підходи щодо призначення харчових продуктів для спеціальних медичних цілей, зокрема для перорального харчування (сілінгу), у якості нутритивної підтримки на реабілітаційних маршрутах залежно від стану та клінічних проявів, зокрема у військових, наведено основні інструменти оцінювання нутритивного статусу при станах, пов'язаних з нестачею харчування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини. *Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини*. 2018. № 2 (02). Додаток. 208 с.
2. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету міністрів України № 1462 від 16.12.2022.
3. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: Постанова Кабінету міністрів України № 1464 від 27.12.2022.
4. Ентеральна нутритивна підтримка населення в умовах надзвичайних ситуацій : монографія. Н. В. Притульська, М. П. Гуліч, Ю. М. Мотузка та ін. Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2018. 280 с.
5. Матеріали сайту <https://medical.nutricia.ua/>
6. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 2001. 259 с.
7. Програма медичних гарантій 2023. Стійкість та розвиток попри війну : посібник для лікарів, медичних фахівців, управлінців та пацієнтів. Академія НСЗУ, 2023. 126 с.
8. Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах: Наказ МОЗ України №2083 від 16.11.2022.
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України №1053-ІХ від 03.12.2020.
10. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів: Закон України № 771/97-ВР від 23.12.1997 в редакції від 31.03.2023.
11. Травматичні ушкодження: клінічна настанова NICE-2022 з реабілітації. *Укр. мед. часопис*, 01.02.2022 [Електронна публікація] <https://www.umj.com.ua/article/226299/travmatichni-ushkodzhennya-klinichna-nastanova-nice-2022-z-reabilitatsiyi>
12. Assessing the nutritional status of the elderly: The mini nutritional assessment as part of the geriatric assessment (MNA). Guigoz Y. et al. *Nutr Rev.* 1996;54:S59-65.
13. Definitions of terms, style and conventions used in A.S.P.E.N. guidelines and standards. A.S.P.E.N. Board of Directors and Standards Committee. *Nutr Clin Pract.* 2005. 37 p.
14. Dzerovych N.I. 2019 European recommendations on sarcopenia diagnosis. *Bol', sustavy, pozvonočnik.* 2019; 9(4): 257-261. (Дзерович Н.І. Єв-

ропейські рекомендації 2019 року щодо діагностики саркопенії. *Біль. Суглоби. Хребет*. Том 9, №4, 2019).

15. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9.

16. Kondrup J., Rasmussen H., Hamberg O., Stanga O. Nutritional risk screening (NR2002): A new method based on analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-336.

17. Malnutrition Universal Screening Tool. BAPEN, 2011. https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

18. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. National Collaborating Centre for Acute Care, National Institute of Health and Care Excellence (NICE), London. February 2006, updated August 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/>

19. Package of interventions for rehabilitation. *Geneva: World Health Organization; 2023 (Package of interventions for rehabilitation)*. <https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation>

20. The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of BAPEN. Weekes CE et al. *Clin Nutr*. 2004;23:1104-1112.

Наукове видання

НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА: застосування на реабілітаційних маршрутах

Методичні рекомендації

Підписано до друку 17.10.2023 р. Формат 60х90/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умовн.-друк. арк. 2,5. Наклад 150 прим.

Видавництво «Поліграф»
Свідоцтво: серія ДК № 6977 від 14.11.2019 р.
вул. Польська, 9/13, Одеса, 65014