

ПРИЛОЖЕНИЕ НА NUTRITION DAY В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

Д. Попова, Б. Страхилова

NUTRITION DAY IN CLINICAL PRACTICE

D. Popova, B. Strachilova

Резюме. Свързаната със заболяванията малнутриция е широко разпространена и засяга от 15 до 40% от всички хоспитализирани пациенти, води до огромни разходи за здравната система, продължителен болничен престой и неблагоприятни прогнози. Световният ден на грижите за храненето на пациентите (Nutrition day worldwide) е интернационален проект в действие от 2003 г., ратифициран от Европейския съюз и подкрепен активно от Европейското дружество за клинично хранене и метаболизъм (ESPEN), Австрийското дружество за клинично хранене (АКЕ) и Медицинския университет във Виена (МУВ). От 2011 г. Клиниката по метаболитно-ендокринни заболявания и диететика при УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" се присъедини към Nutrition day и осъществява ежегоден одит на храненето на пациентите. Представени са данни от четиригодишно Nutrition day проучване, проведено в четири клиники при случайна група от 195 онкологични и неонкологични хоспитализирани пациенти. При преобладаващата част от тях се установява хранителен риск, несъответствие на обичайното болнично хранене спрямо хранителните потребности и липса на провеждане на системна оценка на хранителна терапия. При всички хоспитализирани болни е необходима оценка на хранителния статус за установяване на хронична малнутриция и изграждане на подходящ хранителен режим.

Summary. Related to diseases malnutrition is widely known and concerns 15% to 40% in all hospitalized patients, leads to great expenses in health care systems, longer hospital stays and poor health prognosis. Nutrition day worldwide is an international project in action since 2003, approved by European Union and supported actively by European society of parenteral and enteral nutrition and metabolism (ESPEN), Austrian society of clinical nutrition (АКЕ) and Medical University of Vienna. Since 2011 Clinic of Metabolic-endocrine diseases and Dietetics in University Hospital Queen Giovanna-ISUL has been joined to Nutrition day and every year realizes patient's nutrition study. There are presented the data of 4 years Nutrition day study in hazard group of 195 oncologic and non oncologic hospitalized patients in four clinic in University hospital. In predominantly part of them the nutritive risk, non adequate to energy and nutrition needs feeding, lack of systematic estimation and nutrition therapy have been established. In all patients the nutritional status is necessary to find the malnutrition and to apply the nutritional support.

Key words: Nutrition day, malnutrition, hospitalized patients, nutritive risk

Световният ден на грижите за храненето на пациентите (Nutrition day world wide) е международен проект за едновременно проучване на храненето, което се провежда в целия свят в един и същи ден в годината в различни болници и отделения. Всяка година тази инициатива допринася за практическото приложение на политическата резолюция на Съвета на Европа от 2003 г. за храни и хранителни грижи в болниците, ратифицирана от 18-те страни членки на Европейския съюз, която обърна внимание на високата честота на свързаната със заболяванията малнутриция, обхващаща от 15 до 40% от всички хоспитализирани пациенти [5]. Обикновено съвременното здравеопазване се съсредоточава върху растящата епидемия от наднормено тегло и затлъстяване, но всъщност свързаната със заболяванията малнутриция е също така широко разпространена в медицинската практика [1, 10].

Недохранването е универсален и скъпо струващ проблем за общественото здраве в Европа, но все още до голяма степен непризнат от отделните лица, от здравните и социални институции и от страна на правителствата. Недохранването засяга много хора във всички здравни заведения, от възрастните хора, живеещи в общността, до пациентите в болница с конкретните условия. Недохранването причинява смърт, инвалидност и дискомфорт, както и сериозни увеличения на разходите за социални грижи за хората и обществото. В резултат на малнутрицията се реализират огромни разходи за здравната система, продължителни престои в болница и неблагоприятни прогнози за пациентите [4, 9, 16]. Поради това съгласно тази европейска политическа резолюция за проблема с неправилното хранене трябва да се работи на всички нива – от страна на правителствата, от здравните и социални институции, от професионалистите и от самите лица. Nutrition day допринася за практическото приложение на резолюцията в европейските болници и старчески домове [6].

Проектът Nutrition day е с център за координиране в Австрия и се реализира с подкрепата на и в партньорство с

Европейското дружество по парентерално и ентерално хранене и метаболизъм (ESPEN), Медицинския университет – Виена (МУВ), Австрийското научно дружество за клинично хранене (АКЕ), Европейската мрежа за изследване в областта на интензивните грижи (EC-CRN), Европейската федерация на диетологичните асоциации (EFAD), Канадската диетологична асоциация. Той се занимава с повишаване на безопасността на пациентите и на качеството на грижите чрез повишаване на осведомеността и на знанията за свързаната със заболяванията малнутриция [6, 14].

В този определен ден в цяла Европа онлайн се събират данни на 30 езика от всички участващи центрове и отделения чрез специална анкета, изпратена от координационния център. За събирането на данните за всяка структура (клиника или отделение) се създава по един лист и за пациентите в клиниката – въпросник за всички пациенти, включени в допитването (по 1 ред за пациент). Попълват се въпросници за пациентите, включващи лист за контрол на теглото, двигателен капацитет и социален контакт и лист за храненето. Попълват се отделно онкологични листове за всички онкологични пациенти в отделението. Събраните данни се прехвърлят онлайн или формулярите се изпращат по пощата до координационния център. Впоследствие данните от централите, които са кодирани, се обработват напълно анонимно, анализират се и могат да бъдат сравнени с получените данни от всички отделения от същата специалност или да се сравнят в самото отделение с предишни години. След определен период от време (3 и 6 месеца) отново се осъществява проследяване. Така сравнително лесно и бързо се събират анонимни, съпоставими и многообразни данни за хранителния статус на рисковите пациенти. Събирането на данните и получаването на докладите създава възможност за сравнителен анализ и предоставя обективен инструмент за оценка на качеството на дейност и сертифициране.

Характеристиката на Nutrition Day включва следните атрибути:

► един ден – събирането на данните се провежда в един определен ден в цяла Европа;

► лесно – не се изискват специални познания за осъществяване на проекта. Всички необходими документи се осигуряват от координационния център;

► многообразие – въпросниците са на 30 езика, така че проектът може да включва малцинствени групи пациенти (напр. имигранти, хора с друг роден език);

► анонимност – наименованието и данните на участващите центрове и отделения са кодирани, което гарантира анонимната обработка и анализ на всички отделения;

► съпоставимост – всяко отделение получава сравнение на своите резултати с получените данни на всички отделения от същата специалност и многократното участие му позволява да си направи сравнителен анализ.

С приложението на проекта Nutrition Day всъщност всяка година се осъществява един ден на одит с оценка на резултатите. Въпросниците могат да станат стандартен инструмент на оценка и да позволяват да се извърши сравнителен анализ със сходни институции на европейско ниво. С помощта на обикновен скринингов тест за хранителен риск в европейските болници и старчески домове могат да се подобрят съществено знанията и информираността за недохранването. Чрез Nutrition Day се провежда ежегодно сравнителен анализ на всички видове европейски болнични клиники и отделения по отношение на храненето на пациентите със специална насоченост към рисковите групи на онкологичните и интензивните пациенти и се прави анализ на реалното хранене в домовете за възрастни хора и в хосписите за пациенти с дългосрочни грижи [12, 17].

Реализирането на проекта Nutrition Day оптимизира и подобрява болничното хранене чрез повишаване на знанията, информираността, наблюдението и сравнителния анализ на храненето на пациентите, създаване на активно партньорство между пациентите, медицинските специалисти и официалните институции. Той създава основа за осъществяване на действия за намаляване до минимум на свързаната със заболяванията малнутриция и нарушения хранителен статус на пациентите [7, 8].

От 2010 г. Клиниката по метаболитно-ендокринни заболявания и диетика при УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” към МУ – София се присъединява към Nutrition day, като събира и предоставя данни за хранителния статус и храненето на болничните пациенти и по този начин ежегодно осъществява одит на храненето на пациентите както в клиниката, така и в Клиниките по оториноларингология, лъчетерапия и онкология на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” с въпросниците на Nutrition day.

Цел на настоящото проучване е да се направи актуален анализ на храненето, нутритивния статус и грижите за хранене при хоспитализираните пациенти в рамките на Nutrition Day.

Обект на проучването е случайна група от 195 хоспитализирани пациенти в четири клиники на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” за периода 2011-2014 г., от които 85 са мъже и 110 са жени. От тях 91 (46.65%) са с онкологични заболявания на възраст от 22 до 82 г. (ср. възраст 59.03 г.) и 104 (53.35%) са с неонкологични заболявания на възраст от 19 до 77 г. (ср. възраст 50.80 г.). Разпределението на пациентите е представено на **Таблица 1**.

В групата на онкологичните пациенти (n=91) според етиологията на онкологичното заболяване преобладават тези с УНГ онкологична локализация (49.12%), а при останалите разпределението е следното: 19.34% – гърда, 14.04% – матка/яйчници, 5.25% – дебело черво, 5.25% – пикочен мехур/простата, 3.50% – бял дроб, 1.75% – кръв, 1.75% – мозък. Сред групата на неонкологичните пациенти (n=104) според

Таблица 1. Разпределение на проучените пациенти по клиники за периода 2011-2014 г. – брой

Клиника	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Общ брой пациенти
КМЕЗД	18	20	20	25	83
I УНГ клиника	0	18	15	19	52
Лъчелечение	0	10	13	13	36
Медицинска онкология	0	4	7	13	24

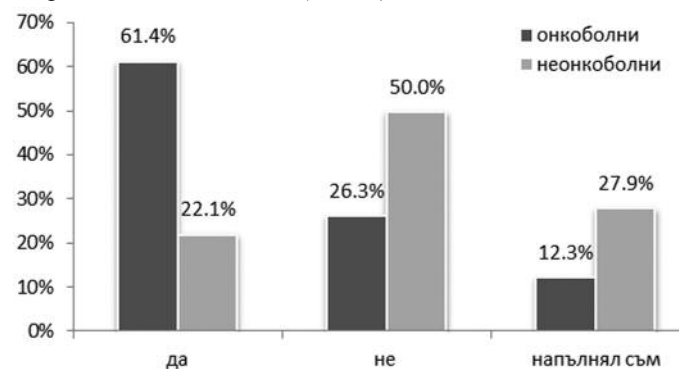
профила на включените в анкетирането клиники преобладават пациенти с диабет, метаболитен синдром и болестно усложнено затлъстяване, а останалите пациенти са с хронична малнутриция при състояние на стомашна и чревна резекция с бенигна етиология, корозивна структура на хранопровода, вторична анорексия при тревожно-депресивни състояния.

Методи на проучването са: анкетиране със специално разработени Nutrition day worldwide въпросници, клиничен преглед, антропометрични измервания (ръст в м, телесна маса в кг, индекс на телесна маса (ИТМ) в кг/м²) и провеждане на скрининг за хранителен риск (Nutritional Risk Screening, ESPEN, 2002) за оценка на наличие и тежест на малнутрицията [14, 18].

Резултати

Чрез анкетните данни от приложените Nutrition day въпросници се установява, че в групата на онкологичните пациенти повече от половината (61,40%) са редуцирали значително над 5% от телесната си маса. При половината от неонкологичните пациенти се регистрират промени в телесната маса – при 27,94% – напълняване и при 22,06% – редуциране на тегло в последните три месеца. Тези антропометрични промени насочват към наличие на хранителни дисбаланси и нарушено хранене при голяма част от пациентите (**Фигура 1**). Подобни резултати се съобщават и от други автори, които изследват проблема малнутриция при хоспитализирани пациенти [3, 9].

Фигура 1. Редукция на теглото в последните 3 месеца според анкетните данни (n=195)



Споделените данни за хранителния прием в деня на анкетирането показват, че по-малко от половината не са намалили количествено храната си. При останалите е налице намален хранителен прием, като над 1/3 от всички пациенти с онкологични и с неонкологични заболявания са с намален хранителен прием наполовина (**Фигура 2**).

Като преобладаваща причина за намаления хранителен прием онкологичните пациенти споделят за изразена загуба на апетит, често гадене и повръщане, както и обща умора, докато при неонкологичните пациенти водещи причини са както загуба на апетит и намалено по количество хранене, така и чести изследвания и манипулации (**Таблица 2**).

Фигура 2. Хранителен прием в деня на анкетирането (n=195)

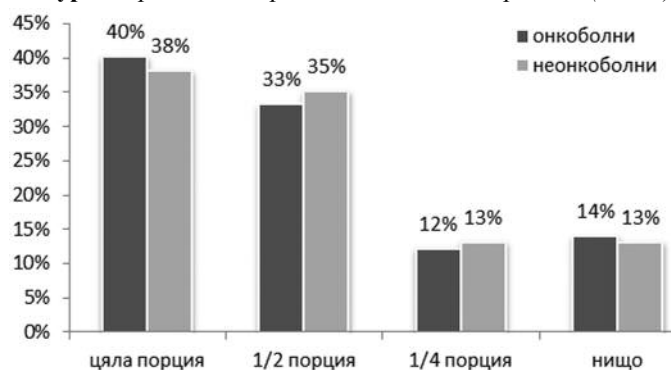
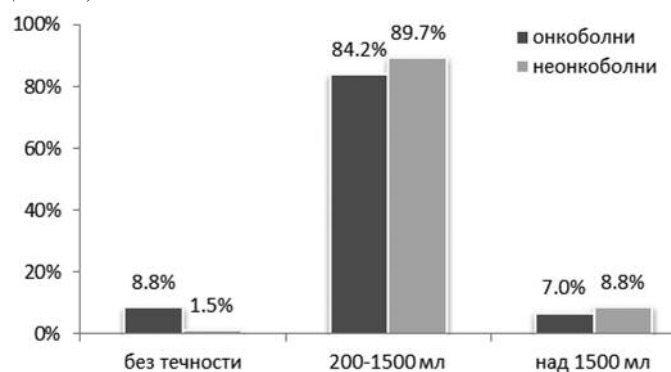


Таблица 2. Причини за намаления хранителен прием в деня на анкетирането според анкетните данни при онкологичните и неонкологичните пациенти (n=76) – в проценти

Причина	Онкоболни (n=34)	Неонкоболни (n=42)
Загуба на апетит	41.18	23.81
Гадене/повръщане	29.40	7.13
Не ми беше позволено да ям	5.87	2.37
Не мога да се храня без чужда помощ	5.87	0.00
Бях на изследване/операция	5.87	26.18
Поръчах по-малка порция	2.94	4.75
Умора	14.7	7.13
Нормално изяждам толкова	5.87	21.43
Неприятна миризма на храната	5.87	7.13
Неприятен вкус на храната	11.76	11.80
Болка	2.94	4.75

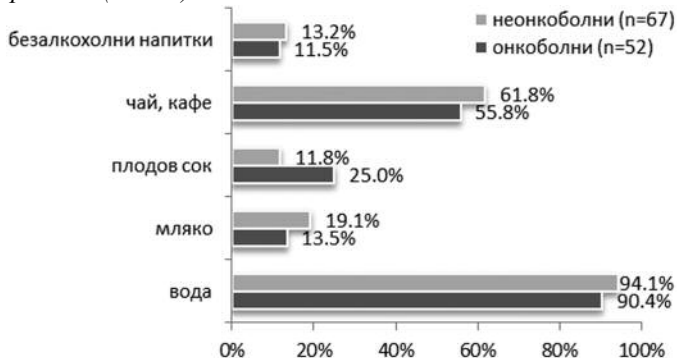
Еднодневният одит на приема на течности, което е съществен компонент на храненето, особено при пациенти с малнутриция, показва, че голяма част от пациентите (85-90%) съобщават за по-нисък прием на течности – между 200 мл и 1500 мл и само 7-8% приемат над 1500 мл. В почти 9% от онкологичните пациенти дори липсва прием на течности (Фигура 3).

Фигура 3. Прием на течности в деня на анкетирането (n=195)



Анкетирането относно вида на приеманите напитки установи, че и при двете групи пациенти преобладава прием на вода (в над 90%) и ободрителни напитки (чай, кафе) – в над 50%. Останалите много по-полезни и с по-адекватен макро- и микросъстав млечни и плодови напитки се приемат относително рядко (Фигура 4).

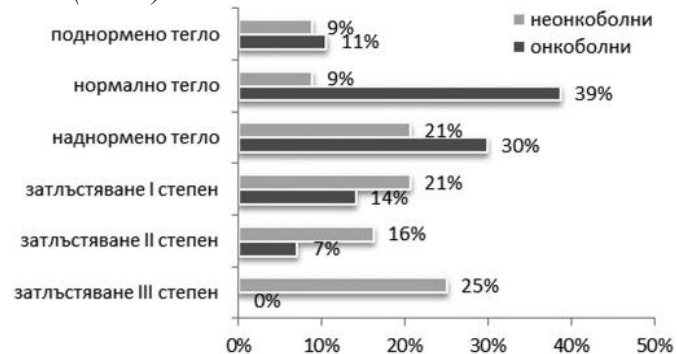
Фигура 4. Видове консумирани напитки в деня на анкетирането (n=139)



Анализът на дневния хранителен прием на база на всички анкетни данни показва, че дневният хранителен внос не е адекватен и се характеризира с недостатъчен и нисък прием на енергия и на есенциални макро- и микро- хранителни съставки. Основно намаленият хранителен внос се дължи на анорексия, умора, гадене и повръщане при онкоболните, а при групата на неонкологичните пациенти – на загуба на апетит, нарушен режим на хранене и намален прием на храни. Налице е недостатъчен внос на течности като цяло при сравнително висока консумация на кафе.

Реализирането на клиничния преглед, антропометричните измервания и скрининга за хранителен риск позволява да бъде направена оценка на хранителния статус на анкетираните хоспитализирани пациенти. На Фигура 5 е представено разпределението на пациентите според ИТМ като поднормено, нормално и наднормено тегло и затлъстяване. С поднормено тегло са общо 19 болни (9.74%), които съставляват 10.53% от онкологичните пациенти и 8.82% от неонкологичните пациенти.

Фигура 5. Разпределение на пациентите според телесната маса (n=195)

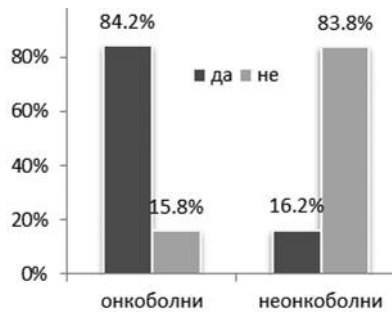


Приложението на скрининга за хранителен риск обаче установява, че общо при 94 пациенти (48.20) от цялата група е налице хронична малнутриция, която изисква пристъпване към хранителна терапия и изграждане на хранителен режим [2, 15]. От специфична хранителна терапия се нуждаят 94 онкологични пациенти (84.21%) и 17 неонкологични пациенти (16.18%). Честотата на установената малнутриция е представена на Фигура 6-а.

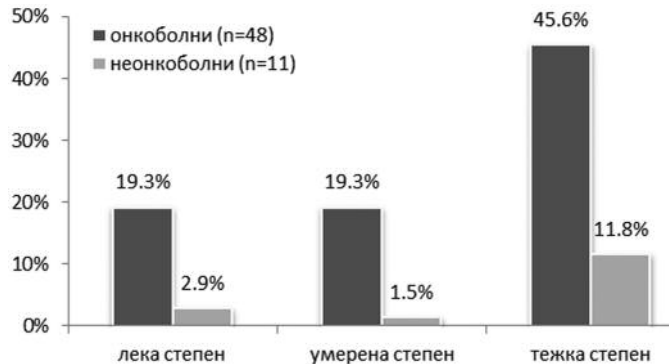
Прилагането на специфична хранителна терапия се определя и от тежестта на малнутриция, установена също чрез скрининга за хранителен риск [11, 13]. В групата на тежка степен на малнутриция попадат 45.61% от онкологичните пациенти и 11.77% от неонкологичните пациенти (Фигура 6-б).

Nutrition day обръща по-специално внимание на онкологичните пациенти чрез специални въпросници. Анкет-

Фигура 6-а.
Честота на малнутрицията според Nutritional Risk Screening, ESPEN, 2002



Фигура 6-б. Тежест на малнутрицията според Nutritional Risk Screening, ESPEN, 2002



ните данни, събрани от онкологичните пациенти в нашето проучване, показват, че 64.91% от тях имат телесна редукция от самото начало на заболяването. Реализираната телесна редукция е от 0.5 до 15 кг (ср. 6.01 кг). При всички болни телесната редукция е неумишлена. Анализът на физическия капацитет въз основа на анамнезата и клиничния преглед установява, че всички пациенти с хронична онкологична малнутриция са с намален физически капацитет, като основно имат възможност за самообслужване и извършване на леки физически усилия, като 1/3 се нуждаят от помощта на друго лице в ежедневието. По отношение на субективните оплаквания от болка, депресираност, умора и анорексия се установява различна честота, като изразени такива има при малка част от пациентите (от 10.50 до 17.53%). Над половината от анкетираните онкологични пациенти (63.16%) вярват, че включването на клинично хранене към терапията ще им помогне.

Приложението на Nutrition day съдейства за насочване към грижи за подобряването на храненето на пациентите и създава предпоставки и системна аргументация за изграждане на ефективна хранителна терапия с ентéralно хранене, частично или тотално парентерално хранене, приложение на перорални високобелтъчни и високоенергийни хранителни формули, оптимизиране на болничната храна [8, 14]. Наши данни показват, че персонализираният хранителен режим е проведен само при 22.81% от онкоболните и 11.74% от неонкологичните пациенти с предимно перорални хранителни формули [13].

Изводи

1. Приложението на проекта Nutrition day установява хранителен риск при преобладаващата част от хоспитализираните болни, несъответствие на обичайното болнично хранене спрямо хранителните нужди и липса на провеждане на системна оценка и хранителна терапия.

2. Хронична малнутриция е налице при над 2/3 от онкоболните и при около 1/4 от неонкологичните пациенти.

3. Преобладаващата част от болните и в двете групи са с хронична малнутриция тежка степен, особено в групата на онкологичните пациенти.

4. Около 2/3 от онкоболните вярват, че клиничното хранене ще подпомогне лечението на основното им заболяване.

Заклучение

При всички хоспитализирани болни е необходима оценка на хранителния статус за установяване на хронична малнутриция и изграждане на хранителен режим. Nutrition day worldwide съдейства за оценка на храненето на хоспитализираните пациенти и създава обективна основа за преодоляване на малнутрицията.

Библиография

1. Попова Д. Хронична малнутриция. GP News, 2008, 6, 10-12.
2. Попова Д. Нутритивен съпорт – място и роля в клиничната практика. В: Науката за хранене между дисциплините и доказателствата. Под ред. Б. Попов. София, 2012, 271-277.
3. Andreyev H. J. N., Norman A. R., Oates J., Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? Eur J Cancer, 1998;34(4):503-9.
4. Barker L. A., Gout B. S., Crowe T. S. Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. Int J Environ Res Public Health. 2011 February; 8(2): 514-527.
5. Council of Europe, Committee of Ministers Resolution Res AP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
6. Hiesmayr M., Schindler K., Pernicka E. et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The Nutrition Day survey 2006. Clin Nutr., 2009; 28(5):484-491.
7. Kelly A., R. Tappenden, Beth Quatrara, M. L. Parkhurst et al. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. J Acad Nutr Diet, 2013;113:1219-1237.
8. Konturek P. C., Herrmann H. J., Schink K. et al. Malnutrition in Hospitals: It Was, Is Now, and Must Not Remain a Problem! Med Sci Monit., 2015 Oct 2;21:2969-75.
9. Kyle U. G., Pirlich M., Lochs H. Et al. Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. Clin Nutr, 2005; 24(1):133-42.
10. Norman K., Pichard C., Lochs H., Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr, 2008;27:5-15.
11. Orsitto G. Different components of nutritional status in older inpatients with cognitive impairment. J Nutr Health Aging. May 2012;16(5):468-471.
12. Orsitto G., Fulvio F., Tria D. Et al. Nutritional status in hospitalized elderly patients with mild cognitive impairment. Clin Nutr, 2009;28(1):100-102.
13. Popova, D., Strahilova B., Kamenova V. Et al. Nutritional assessment in oncological and non-oncological hospitalized patients. Annals Nutr and Metab, 2013, 1249.
14. Schindler K, Pernicka E, Laviano A, et al., How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21, 007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional Nutrition Day survey. Clin. Nutr. 2010; 29(5):552-559.
15. Seres D. S. Surrogate nutrition markers, malnutrition, and adequacy of nutrition support. Nutr Clin Pract, 2005;20:308-313.
16. Souza T.T., Sturion C.J., Faintuch J. Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. Clin Nutr, 2015; 34/6/ :1088-1092.
17. Valentini L., Schindler K., Schlaffer R. et al. The first Nutrition Day in nursing homes: Participation may improve malnutrition awareness. Clin Nutr, 2009; 28(2):109-116.
18. Van Bokroost M.A.E., De van der Shueren, Soetres, P.B. et al. Diagnosis of malnutrition-Screening and assessment. In: Basics in clinical nutrition. Ed L. Sobotka. Prague, Galen, 2011, 21-32.

Автори

Д. Попова, Б. Страхилова, Клиника по ендокринология и болести на обмяната за лечение на метаболитни нарушения и диететика, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, МУ – София