

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
09 серпня 2025 року № 1262

**СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**«НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА У ПАЦІЄНТІВ**  
**ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Загальна частина****Діагноз:**

**Коди стану або захворювання. НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»**

**96097-00** Ентеральне харчування через зонд

**96098-00** Парентеральне харчування

**Розробники**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Матолінець<br>Наталія<br>Василівна | професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету, директор з наукової роботи комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», президент Української асоціації ентерального і парентерального харчування, заступник голови робочої групи з клінічних питань; |
| Бурлака Антон<br>Анатолійович      | завідувач відділенням пухлин печінки, підшлункової залози та онковаскулярної хірургії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;  |
| Лісний Іван<br>Іванович            | професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, завідувач науково-клінічного відділу анестезіології та інтенсивної терапії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку», голова громадської організації «Українська асоціація швидкого відновлення після операції»;   |
| Нетлюх Андрій<br>Михайлович        | професор кафедри невропатології і нейрохірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар-нейрохірург комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги»;  |
| Пилипенко<br>Максим<br>Миколайович | доцент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії № 2 державної установи «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова» Національної академії медичних наук України;  |
| Самчук Олег<br>Олегович            | генеральний директор комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);  |

- Скрипник Ігор Миколайович проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Полтавського державного медичного університету, президент громадської організації «Українська гастроентерологічна асоціація»;
- Сорокіна Олена Юріївна завідувача кафедри медицини катастроф та військової медицини Дніпровського державного медичного університету, заступник проректора з лікувальної роботи Дніпровського державного медичного університету;
- Швець Олег Віталійович завідувач кафедри громадського здоров'я та нутриціології Національного університету біоресурсів і природокористування України, президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація дієтологів України», член Президії громадської організації «Українська гастроентерологічна асоціація» (за згодою);

#### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

- Гуленко Оксана Іванівна заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
- Шилкіна Олена Олександрівна начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

#### **Рецензенти**

- Кучин Юрій Леонідович ректор Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця, Заслужений лікар України, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, лікар-анестезіолог, лікар медицини невідкладних станів, Лауреат Національної Премії України імені Бориса Патона;
- Анохіна Галина Анатоліївна доктор медичних наук, професор, професор кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика; лікар-гастроентеролог, дієтолог; Заслужений лікар України.

**Перегляд стандарту заплановано на 2030 рік**

### Список скорочень

ВІТ	- відділення інтенсивної терапії
ЕХ	- ентеральне харчування
ЗОЗ	- заклад охорони здоров'я
ЗОШ	- залишковий об'єм шлунка
ІМТ	- індекс маси тіла
КМП	- клінічний маршрут пацієнта
НЕХ	- непереносимість ентерального харчування
ПХ	- парентеральне харчування
ШВЛ	штучна вентиляція легень
ASPEN	- Американське товариство парентерального та ентерального харчування
ЕВСС	- енергетичні витрати у стані спокою
VO <sub>2</sub>	- споживання кисню
VCO <sub>2</sub>	- вироблення вуглекислого газу
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _» та Інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

## **Розділ I. Організація нутритивної підтримки у пацієнтів відділення інтенсивної терапії**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Пацієнти в тяжкому/критичному стані, які перебувають у відділенні інтенсивної терапії (далі – ВІТ) закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) що надають спеціалізовану медичну допомогу, довше 48 годин, слід вважати такими, які піддаються ризику мальнутриції, і тому для таких пацієнтів розглядають нутритивну підтримку із застосуванням спеціалізованого лікувального харчування.

### **2. Обґрунтування**

Доведено, що гострі метаболічні зміни, а також тривалий дефіцит енергії та білка відіграють важливу роль для результату лікування пацієнта, забезпечення своєчасної оптимальної нутритивної підтримки пацієнтів у ВІТ є необхідною умовою для ефективності надання медичної допомоги.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) наявні затвержені на рівні ЗОЗ документи, що координують та інтегрують медичну допомогу пацієнтам в тяжкому/критичному стані, що перебувають у ВІТ довше 48 годин, якими передбачено проведення загальної клінічної оцінки таких пацієнтів з подальшим проведенням заходів з нутритивної підтримки;

2) наявний розроблений та задокументований індивідуальний план обстеження та лікування, що включає, у тому числі, заходи з нутритивної підтримки під час перебування у ВІТ, який узгоджений з пацієнтом, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд;

3) пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта та лікувальних заходів, що проводяться.

## **Розділ II. Оцінка стану пацієнта**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Комплексна оцінка стану пацієнта, який перебуває у ВІТ довше 48 годин, проводиться з метою виявлення мальнутриції та індивідуального вибору виду харчування; вона включає загальну клінічну оцінку, збір анамнестичних даних, оцінку факторів ризику.

Подальший моніторинг стану пацієнта після призначення харчування проводиться з метою контролю переносимості, надмірного чи недостатнього харчування та своєчасного коригування заходів з нутритивної підтримки.

### **2. Обґрунтування**

Маса тіла та індекс маси тіла (далі - ІМТ) не повною мірою відображають наявність мальнутриції. Саркопенія, зменшення маси та/або ослаблення функції м'язів може розглядатися як вразливість, що призводить до збільшення

тривалості перебування у ЗОЗ, зниження якості життя і функціональної здатності. Саркопенія може бути діагностована шляхом клінічного спостереження або додаткових обстежень. Втрату м'язової маси та саркопенію необхідно виявляти у ВІТ, в тому числі у пацієнтів з ожирінням.

Оцінка мальнутриції вимагає виявлення зв'язку між фенотиповими (% втрати маси тіла, ІМТ, зниження апетиту та/або низька м'язова маса) та етіологічними (критична стадія хвороби) критеріями.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) загальна клінічна оцінка включає: збір анамнезу, інформацію про небажану втрату маси тіла або зниження фізичної працездатності до госпіталізації у ВІТ, фізикальне обстеження, загальну оцінку складу тіла, а також м'язової маси та сили (у відповідних випадках);

2) оцінка стану пацієнтів, які мають ризик розвитку мальнутриції, має враховувати фактори ризику, до яких відносяться: перебування у ВІТ довше двох днів, потреба штучної вентиляції легень (далі - ШВЛ), наявність інфекції, недоїдання довше п'яти днів та/або наявність тяжкого хронічного захворювання.

При призначенні ентерального харчування (далі - ЕХ) слід оцінити ризик аспірації, до якого відноситься нездатність захистити дихальні шляхи, вік >70 років, знижений рівень свідомості, погана гігієна ротової порожнини, тривале перебування у положенні лежачи, неврологічні порушення, гастроезофагеальний рефлюкс, дисфагія;

3) оцінка нутритивного статусу, наявності мальнутриції здійснюється відповідно до Стандарту медичної допомоги «Нутритивна підтримка дорослих пацієнтів з кахексією», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2024 року № 1601;

4) рівень глюкози в крові слід вимірювати на початковому рівні (після надходження у ВІТ або після початку лікувального харчування) і не менше кожних 4 години протягом перших двох днів загалом; якщо рівень глюкози перевищує 10 ммоль/л, то слід застосовувати інсулін;

5) протягом першого тижня проведення ЕХ чи парентерального харчування (далі –ПХ) слід вимірювати рівень електролітів (калій, магній, фосфат) не менше одного разу на добу;

6) у пацієнтів з гіпофосфатемією (рівень 0,16 ммоль/л), що розвинулася при відновленні годування, рівень електролітів слід вимірювати 2-3 рази на добу і, за потреби, призначати відповідні добавки; таким пацієнтам необхідно обмежити калорійність харчування протягом 48 годин, а потім поступово збільшувати.

## **Розділ III. Призначення лікувального харчування**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Застосування комплексних та послідовних нутритивних втручань на основі вихідної оцінки стану пацієнта, який перебуває у ВІТ, моніторинг їхнього дотримання і своєчасне коригування є провідною стратегією ведення пацієнтів з

мальнутрицією, реалізація якої відбувається згідно з алгоритмом, наведеним у додатку до цього Стандарту.

Методи нутритивної підтримки визначаються індивідуально та передбачають раннє чи відкладене харчування із застосуванням таких способів харчування як пероральне, ентеральне, парентеральне.

## **2. Обґрунтування**

Вважається, що повноцінна цілеспрямована нутритивна терапія дозволяє покрити понад 70% енергетичних витрат у стані спокою, але не більше 100% вимірних витрат енергії. Слід уникати надання надмірної кількості поживних речовин будь-яким шляхом на ранній стадії критичної хвороби, що пов'язано з відповідним ендогенним виробленням енергії. Щоб уникнути переогодовування, слід поступово і не раніше перших 48-72 годин досягати цільових показників надходження енергії/білка, запобігаючи різкому і надто швидкому збільшенню.

Для пацієнтів, які можуть їсти, слід віддавати перевагу цьому способу, якщо пацієнт здатний покрити 70% своїх потреб з 3-го по 7-й день без ризику блювання чи аспірації. Ця кількість (тобто 70% чи більше від потреб) вважається достатньою.

Проведення ЕХ неможливе, якщо встановлено, що пацієнт має високий нутритивний ризик або має тяжку мальнутрицію, а початок низькодозового ПХ слід ретельно обдумати з точки зору ризиків переогодовування і синдрому відновлення харчування, які можуть перевищити очікувані переваги.

У разі тривалого дефіциту поживних речовин необхідно додавання ПХ до ЕХ, проте найкращий час для призначення додаткового ПХ має вирішуватись індивідуально, оскільки існують дані, що раннє (додаткове чи виключне) ПХ може зумовлювати збільшення захворюваності, включно із подовженням часу перебування у ВІТ і на ШВЛ, а також підвищення частоти інфекцій і потреби в гемодіалізі.

Пацієнти, які піддаються дуже високому ризику аспірації, можуть отримати користь від раннього постпілоричного ЕХ. Існують докази, що годування через тонкий кишечник порівняно з годуванням через шлунок сприяє мінімізації ризиків ЕХ та може призвести до зниження частоти пневмонії у пацієнтів у критичному стані. Разом з тим, розміщення постпілоричного зонда потребує належного досвіду, зазвичай пов'язане з деякою затримкою в часі й вважається менш фізіологічним порівняно зі шлунковим ЕХ, рутинне використання постпілоричного шляху наразі не виправдане.

За даними великих спостережних досліджень недостатнє або надмірне харчування має шкідливий вплив на результат. Фактичні енергетичні витрати не мають бути цільовими показниками протягом перших 72 годин гострої критичної хвороби. Раннє повноцінне харчування спричиняє переогодовування, оскільки збільшує ендогенне вироблення енергії, яке становить від 500 до 1400 ккал/добу і може чинити негативний вплив, зокрема збільшення тривалості перебування, тривалості перебування на ШВЛ, частоти інфекцій, підвищення ризику рефідинг-синдрому. При цьому слід враховувати, що занадто низькокалорійне харчування (<50% потреби) може асоціюватися з гіршим

клінічним результатом, виснаженням енергетичних резервів, зменшенням нежирової маси тіла і збільшенням частоти інфекційних ускладнень.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) для тяжкохворих пацієнтів, які можуть їсти, слід віддавати перевагу пероральному харчуванню, а не ЕХ або ПХ;

2) якщо пероральне харчування неможливе - за відсутності протипоказань призначають раннє ЕХ; якщо ЕХ протипоказане, за наявності недостатності харчування призначають ПХ, а за відсутності недостатності харчування раннє харчування не призначають;

3) щоб уникнути переогодовування, тяжкохворим пацієнтам повне ЕХ і ПХ слід призначати не на ранньому етапі, а протягом 3-7 днів;

#### **раннє лікувальне харчування**

4) якщо у дорослих пацієнтів у тяжкому/критичному стані пероральне харчування неможливе, слід проводити/розпочати раннє ЕХ;

5) якщо в дорослих пацієнтів у тяжкому/критичному стані пероральне харчування неможливе, слід не призначати раннє ПХ, а проводити/розпочати раннє ЕХ (впродовж 48 годин);

б) проведення раннього ЕХ показане для пацієнтів:

які отримують екстракорпоральну мембранну оксигенацію;

з тяжкою черепно-мозковою травмою;

з інсультом (ішемічним або геморагічним);

з травмою спинного мозку;

з тяжким гострим панкреатитом;

після проведення операції на шлунково-кишковому тракті; на черевній аорті;

з травмою живота, коли підтверджено/відновлено прохідність шлунково-кишкового тракту;

які отримують міорелаксанти;

які перебувають у положенні лежачи;

яким проведено лапаротомію;

незалежно від наявності кишкових шумів, якщо немає підозри на кишкову ішемію або обструкцію;

з діареєю;

7) замість відсутності харчування за наявності протипоказань до ЕХ у пацієнтів із тяжкою мальнутрицією можна розпочати раннє і поступове ПХ;

8) у пацієнтів, які погано переносять повнодозове ЕХ протягом першого тижня перебування у ВІТ, безпеку і користь ПХ слід зважувати в кожному конкретному випадку;

#### **відкладене лікувальне харчування**

9) показаннями для відкладення ЕХ є:

якщо шок не вдається контролювати, а цільових показників гемодинаміки та тканинної перфузії не досягнуто, тоді низькодозове ЕХ можна розпочати, як тільки шок вдається контролювати за допомогою введення рідини та



вазопресорів/інотропів, продовжуючи спостерігати за появою ознак ішемії кишечника;

наявність неконтрольованої небезпечної для життя гіпоксемії, гіперкапнії або ацидозу, тоді як ЕХ можна розпочинати у пацієнтів зі стабільною гіпоксемією та компенсованою чи припустимою гіперкапнією та ацидозом;

наявність у пацієнтів активної кровотечі у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту, тоді як ЕХ можна починати, коли кровотеча зупинилася, і відсутні ознаки повторної кровотечі;

наявність у пацієнтів вираженої ішемії кишечника; кишкової нориці з високим виходом, якщо неможливо забезпечити надійний доступ для годування дистально від нориці; абдомінального компартмент-синдрому;

якщо об'єм шлункового аспірату перевищує 500 мл/6 год;

10) низькодозове ЕХ слід призначати:

у пацієнтів з внутрішньочеревною гіпертензією без абдомінального компартмент-синдрому, тоді як тимчасове зниження або припинення ЕХ слід розглянути, якщо при ЕХ показники внутрішньочеревного тиску продовжують зростати;

у пацієнтів з гострою печінковою недостатністю, коли гострі метаболічні розлади, що безпосередньо загрожують життю, взято під контроль за допомогою стратегій підтримки печінки чи без них, незалежно від ступеня енцефалопатії;

#### **особливості застосування ентерального харчування**

11) постпілоричне харчування за допомогою єюнального зонда може призначатись пацієнтам з високим ризиком аспірації;

12) слід віддавати перевагу крапельному, а не болюсному ЕХ;

13) для того, щоб розпочати ЕХ, слід використовувати шлунковий доступ;

14) пацієнтам з непереносимістю годування через шлунок, яку не можна усунути за допомогою прокінетичних засобів, слід призначити постпілоричне годування;

#### **особливості застосування парентерального харчування**

15) за наявності протипоказань до перорального харчування та ЕХ, ПХ має бути розпочате протягом перших 3-7 днів;

16) ПХ не слід розпочинати, поки не будуть використані основні стратегії для збільшення переносимості ЕХ;

17) постпілоричне годування слід застосувувати у пацієнтів з непереносимістю шлункового годування/високим ризиком аспірації, усвідомлюючи ризик розтягнення кишечника і мезентеріальної ішемії; для попередження блювання може знадобитися контроль залишкового об'єму шлунка (далі - ЗОШ);

18) прокінетичні лікарські засоби слід використовувати за показаннями для запобігання ускладнень, а не для максимізації об'єму ЕХ;

19) для визначення непереносимості ентерального харчування (далі – НЕХ) слід контролювати наступні симптоми: здуття живота, переповнення шлунка, блювання, регургітацію, розтягнення кишечника аж до синдрому Огілві

та/або ішемію кишечника та діарею; визначення НЕХ не повинно обмежуватися лише оцінкою функції шлунка;

20) для початку і підтримки ЕХ або відмови від нього слід визначати і врахувувати значення внутрішньочеревного тиску.

## **Розділ IV. Спеціалізоване лікувальне харчування в особливих випадках**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Застосування заходів з нутритивної підтримки, вибір виду та складу спеціалізованого лікувального харчування має враховувати види медичних втручань, застосовуваних до пацієнта, який перебуває у ВІТ.

### **2. Обґрунтування**

У неінтубованого пацієнта цілком обґрутованими є рекомендації щодо оцінки функції ковтання та можливості проведення перорального харчування. Разом з тим точно оцінити калораж та склад перорального харчування, а отже можливість досягнення цільової норми по введенню основних компонентів харчування не завжди можливо. У разі ризику не досягнення цільової норми існує необхідність введення додаткових спеціалізованих пероральних сумішей, або проведення ЕХ.

У багатьох випадках складних операцій на органах черевної порожнини погіршується переносимість ЕХ. Резекція стравоходу зазвичай призводить до втрати функції нижнього стравохідного сфінктера, що зумовлює значне підвищення ризику аспірації. Тому необхідно дотримуватись стратегії «нічого через рот» (*nil per os*), використовуючи ЕХ через хірургічну єюностому. Хірургічні ускладнення, що призводять до витоку шлунково-кишкового вмісту в черевну порожнину, мають призвести до припинення/припинення ЕХ. Оскільки при розвитку таких ускладнень пацієнти зазвичай страждають на значний дефіцит енергії, слід якомога раніше призначити ПХ після повторної операції.

У пацієнтів із сепсисом слід якомога раніше розпочати частину (20-50%) повноцінної нутритивної підтримки, щоб «відкрити» ентєральний шлях; потім кількість суміші слід поступово збільшувати відповідно до переносимості після покращення стану пацієнтів. Якщо це неможливо організувати на тривалий період часу, слід призначити ПХ.

Рекомендації для всіх пацієнтів у ВІТ щодо раннього ЕХ, переносимості шлунково-кишкового тракту і поступового збільшення харчування протягом кількох днів застосовуються так само до пацієнтів з надмірною масою тіла й ожирінням.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) у неінтубованих пацієнтів, які не досягають цільової енергетичної норми за допомогою перорального харчування, спочатку слід розглянути застосування перорального додаткового харчування, а потім ЕХ;

2) у неінтубованих пацієнтів з дисфагією слід розглянути застосування їжі з адаптованою консистенцією; якщо буде доведено, що ковтання не ефективно чи небезпечно, слід призначити ЕХ;

3) неінтубованим пацієнтам з дисфагією і дуже високим ризиком аспірації можна призначити постпілоричне ЕХ або, за неможливості, тимчасове ПХ під час навчання ковтання з видаленим назоегастральним чи назоентеральним зондом;

4) у пацієнтів після хірургічного втручання на органах черевної порожнини чи стравоході рекомендується віддати перевагу ранньому ЕХ, а не відкладеному ЕХ;

5) у тяжкохворих пацієнтів з хірургічними ускладненнями після операції на органах черевної порожнини чи стравоході, та які нездатні приймати їжу перорально, слід віддавати перевагу ЕХ (а не ПХ), якщо немає розриву чи обструкції шлунково-кишкового тракту або абдомінального компартмент-синдрому;

б) у разі неспроможності анастомозу, наявності внутрішньої або зовнішньої нориці, що не піддається лікуванню, доступ для годування повинен бути розташований дистально від дефекту для введення ЕХ; якщо дистальний доступ для годування неможливий, слід припинити ЕХ і розпочати ПХ;

7) за наявності стоми або нориці з високим виходом слід оцінити доцільність повторної інфузії хімусу або виконання ентероклізу і призначити процедуру у відповідному випадку;

8) для пацієнтів з травмою слід віддавати перевагу ранньому ЕХ, а не ранньому ПХ;

9) пацієнтам із сепсисом раннє та поступове ЕХ слід застосовувати після стабілізації гемодинаміки; за наявності протипоказань ЕХ слід замінити або доповнити поступовим призначенням ПХ;

10) пацієнтам з ожирінням можна призначити ізокалорійну дієту з високим вмістом білка, за можливості, керуючись непрямими калориметричними вимірюваннями і втратами азоту з сечею;

11) у пацієнтів з ожирінням споживання енергії, за можливості, слід визначати за допомогою непрямой калориметрії; кількість білка має залежати від втрати азоту з сечею або безжирової маси тіла (визначеної за допомогою комп'ютерної томографії чи інших інструментів);

якщо непряма калориметрія недоступна, споживання енергії може базуватися на «скоригованій масі тіла»; якщо визначення втрати азоту з сечею або безжирової маси тіла неможливе, споживання білка можна призначити в дозі 1,3г/кг «скоригованої маси тіла» / добу;

**Бажані:**

12) зручним і швидким способом визначення ІМТ є калькулятор, який можна знайти за наступним посиланням: <https://znaimo.gov.ua/bmi-calculator>.

## **Розділ V. Забезпечення цільових показників споживання енергії та білка**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Розрахунок енергетичних потреб пацієнтів під час перебування у ВІТ здійснюється на підставі оцінки фактичних витрат енергії за допомогою методів непрямой, прямої калориметрії, інших доступних методів. Оптимальне калорійне навантаження, асоційоване з найкращою виживаністю, становить близько 80% від прогнозованих енергетичних потреб.

### **2. Обґрунтування**

Існує зв'язок між забезпеченням білка у високих дозах і покращенням результатів (таких як захворюваність чи смертність). Вуглеводи є оптимальним джерелом для вироблення енергії, але на тлі стресу при критичній хворобі часто розвиваються інсулінорезистентність і гіперглікемія. Рекомендоване граничне значення введених внутрішньовенно ліпідів становить 1 г/кг/добу з допустимим відхиленням до 1,5 г/кг/добу. Надмірне їх споживання може призвести до втрати, накопичення або навіть токсичності. Глутамінова кислота має сприятливий ефект при серйозних опікових травмах, зменшуючи частоту інфекційних ускладнень (переважно грамнегативних інфекцій) і смертність. Додавання мікронутрієнтів з метою забезпечення повного спектра мікроелементів і вітамінів є невід'ємним компонентом нутритивної підтримки.

Дослідження показали ефективність фізичних вправ у запобіганні анаболічній резистентності, зниженні захворюваності та підвищенні рівня активності.

Для визначення енергетичних потреб і потреби в білку рекомендується вимірювати витрати енергії за допомогою непрямой калориметрії і втрати азоту з сечею, оскільки прогнозні рівняння є неточними.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) у тяжкохворих пацієнтів на ШВЛ енергетичні витрати можна визначати за допомогою непрямой калориметрії;

2) якщо використовується непряма калориметрія, після ранньої стадії гострої хвороби рекомендується поступово запроваджувати ізокалорійне, а не гіпокалорійне харчування;

3) у випадку недоступності калориметрії, можливо використовувати значення  $VO_2$  (споживання кисню) з катетера легеневої артерії або  $VCO_2$  (вироблення вуглекислого газу), отримане з апарата ШВЛ, що може забезпечити кращу оцінку витрат енергії, ніж прогнозні рівняння;

4) якщо для оцінки енергетичних потреб використовуються прогнозні рівняння, то протягом першого тижня перебування у ВІТ перевагу слід віддавати гіпокалорійному харчуванню (нижче 70% розрахункових потреб), а не ізокалорійному;

5) на ранній стадії гострої хвороби слід запроваджувати гіпокалорійне харчування (не вище 70% від енергетичних витрат); після третього дня калорійність можна підвищувати до 80-100% вимірних енергетичних витрат;

6) тяжкохворим пацієнтам можна поступово вводити суміші, що містять протеїни в дозі 1,3 г/кг/добу;

7) фізична активність пацієнта може покращити сприятливий вплив нутритивної терапії;

8) кількість глюкози (ПХ) або вуглеводів (ЕХ), що вводяться пацієнтам у ВІТ, не повинна перевищувати 5 мг/кг/хв;

9) зазвичай компонентом ПХ є внутрішньовенне введення парентеральних розчинів для живлення, що містять ліпідні емульсії; при внутрішньовенному введенні доза ліпідів (разом з ліпідами з інших джерел) не має перевищувати 1,5 г/кг/добу і повинна бути адаптована відповідно до індивідуальної переносимості;

10) пацієнтам з опіками >20% площі поверхні тіла слід призначити додаткові дози глютаміну у складі ЕХ (0,3-0,5 г/кг/добу) протягом 10-15 днів після початку ЕХ;

11) у тяжкохворих пацієнтів з травмою можна вводити додаткові дози глютамінової кислоти (0,2-0,3 г/кг/добу) у складі ЕХ протягом перших п'яти днів; при ускладненому загоєнні ран період введення може тривати 10-15 днів;

12) пацієнтам, які перебувають у ВІТ, за винятком пацієнтів з опіками та травмами, не слід додатково призначати глютамінову кислоту у складі ЕХ;

15) пацієнтам, що перебувають у ВІТ, та знаходяться у нестабільному складному стані, особливо тим, хто має печінкову і ниркову недостатність, не слід вводити парентеральні розчини для живлення, що містять глютамінову кислоту;

16) високі дози харчових продуктів для спеціальних медичних цілей - сумішей для ЕХ, що містять омега-3-тригліцериди, включаючи інші ефіри та кислоти, слід вводити повільно та уникати їх болюсного введення;

17) суміші для ЕХ, що містять омега-3-тригліцериди, включаючи інші ефіри та кислоти, можна вводити в межах харчових доз (денної потреби); не слід застосовувати регулярно високі дози таких ентєральних сумішей;

19) парентеральні розчини для живлення, які містять омега-3-тригліцериди, включаючи інші ефіри та кислоти, можна вводити пацієнтам, які отримують ПХ; доза омега-3-тригліцеридів 0,1-0,2 г/кг/добу;

20) для забезпечення метаболізму разом з ПХ слід щодня надавати мікроелементи (мінерали й вітаміни); за відсутності у пацієнта доведеного дефіциту антиоксидантів, їх не слід застосовувати у вигляді високодозової монотерапії або комбінованої терапії;

22) у всіх пацієнтів, які мають ризик нестачі або дефіциту вітаміну D, необхідно визначити статус вітаміну D (25(OH)D);

## **Індикатори якості медичної допомоги**

### **Перелік індикаторів якості медичної допомоги**

1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ, клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП), який перебуває у ВІТ, щодо заходів нутритивної підтримки.

2. Відсоток пацієнтів, що перебувають у ВІТ довше 48 годин, яким проведено оцінку нутритивного статусу.

3. Відсоток пацієнтів, що перебувають у ВІТ довше 48 годин, яким спеціалізоване лікувальне харчування призначено на підставі загальної клінічної оцінки.

### **Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

**1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ, клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП), який перебуває у ВІТ, щодо заходів нутритивної підтримки.**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, що перебувають у ВІТ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам ВІТ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію

щодо кількості ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ, на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП, який перебуває у ВІТ, щодо заходів нутритивної підтримки (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, який перебуває у ВІТ, щодо заходів нутритивної підтримки, наданий ЗОЗ, що надають медичну допомогу таким пацієнтам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **2. Відсоток пацієнтів, що перебувають у ВІТ довше 48 годин, яким проведено оцінку нутритивного статусу перед призначенням нутритивної підтримки.**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує як організаційний аспект запровадження сучасних методів лікування у регіоні, так і клінічний аспект їх виконання.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, в якому надається нутритивна підтримка пацієнтів, які перебувають у ВІТ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, що проводить нутритивну підтримку пацієнтів, які перебувають у ВІТ.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, що перебувають довше 48 годин у ВІТ ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_» та Інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі – форма № 003/о)

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, що перебувають довше 48 годин у ВІТ ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, у яких проведено оцінку нутритивного статусу перед призначенням нутритивної підтримки. Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

**3. Відсоток пацієнтів, що перебувають у ВІТ довше 48 годин, яким спеціалізоване лікувальне харчування призначено на підставі загальної клінічної оцінки.**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує як організаційний аспект запровадження сучасних методів лікування у регіоні, так і клінічний аспект їх виконання.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, в якому надається нутритивна підтримка пацієнтів, які перебувають у ВІТ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, що проводить нутритивну підтримку пацієнтів, які перебувають у ВІТ.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам в умовах ВІТ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, що перебувають довше 48 годин у ВІТ ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, що перебувають довше 48 годин у ВІТ ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, яким спеціалізоване лікувальне харчування призначено на підставі загальної клінічної оцінки. Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.



**Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Нутритивна підтримка у пацієнтів відділення інтенсивної терапії», 2025 рік.  
[https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2024 року № 1601 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Нутритивна підтримка дорослих пацієнтів з кахексією».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту  
медичних послуг**



**Андрій ГАВРИЛЮК**

Додаток  
до Стандарту медичної допомоги  
«Нутритивна підтримка у пацієнтів  
відділення інтенсивної терапії»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

**Алгоритм призначення лікувального харчування у ВІТ**

