

# **Медико-психологическое сопровождение людей с низкой массой тела в условиях стационарной организации социального обслуживания**

Методические рекомендации  
для мультидисциплинарной команды

# **Медико-психологическое сопровождение людей с низкой массой тела в условиях стационарной организации социального обслуживания**

Методические рекомендации  
для мультидисциплинарной команды



Москва  
Тервинф  
2026

УДК 616.393-085.874.25(035.3)  
54.152.12-51я81

М54

Медико-психологическое сопровождение людей с низкой массой тела в условиях стационарной организации социального обслуживания. Методические рекомендации для мультидисциплинарной команды / авт.-сост. Легостаева А.А. – М.: Теревинф, 2026. – 132 с. – ISBN 978-5-4212-0820-4.

Автор-составитель

Легостаева Алена Александровна – психолог РБОО «Центр лечебной педагогики» и Фонда помощи взрослым с нарушениями развития «Жизненный путь».

Методические рекомендации посвящены организации комплексного медико-психологического сопровождения людей с выраженным дефицитом массы тела в стационарных организациях социального обслуживания. Рассматриваются медицинские, психологические и социальные причины снижения массы тела, вопросы назначения специализированного лечебного (энтерального) питания, организации двигательной активности и мониторинга состояния получателей социальных услуг.

Отдельное внимание уделено междисциплинарному взаимодействию специалистов и обеспечению преемственности помощи при переводе детей и взрослых между учреждениями.

Пособие содержит практические инструменты для работы специалистов: диагностические шкалы, формы мониторинга состояния, чек-листы наблюдения, рекомендации по организации позы и физической активности, примерное меню и правила ухода за гастростомой.

Издание адресовано специалистам по уходу, психологам, специалистам по социальной работе, реабилитологам, инструкторам ЛФК, врачам и среднему медицинскому персоналу, а также другим специалистам стационарных организаций социального обслуживания, участвующим в сопровождении людей с низкой массой тела. Рекомендации также могут быть полезны родителям и другим близким, участвующим в уходе за человеком с дефицитом массы тела.

© РБОО «Центр лечебной педагогики»  
© АНО Центр социализации  
и интеграции лиц с нарушениями  
развития и их семей «Обычное детство»

ISBN 978-5-4212-0820-4

**Авторы**

- Борисов Александр Юрьевич** – к.м.н., врач анестезиолог, реаниматолог отделения энтерального питания и реабилитации с группой интенсивной терапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Вараева Юргита Руслановна** – научный сотрудник отделения сердечно-сосудистой терапии, кардиореабилитации и диетотерапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Кешабянц Эвелина Эдуардовна** – к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории демографии и эпидемиологии питания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Кузьменко Мария Юрьевна** – логопед-дефектолог РБОО «Центр лечебной педагогики»
- Легостаева Алена Александровна** – психолог РБОО «Центр лечебной педагогики» и Фонда помощи взрослым с нарушениями развития «Жизненный путь»
- Мамонова Светлана Юрьевна** – директор по внешним связям СПб БОО «Перспективы»
- Островская Мария Ирмовна** – президент СПб БОО «Перспективы»
- Павловская Елена Вячеславовна** – д.м.н, ведущий научный сотрудник отделения педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетотерапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» питания и биотехнологии»
- Портнова Анна Анатольевна** – д.м.н., психиатр, президент Ассоциации психиатров и психологов за научно обоснованную практику, профессор Российского университета дружбы народов
- Портнягина Тамара Александровна** – руководитель отдела по работе со стационарами БФ «Старость в радость»
- Рыбина Дина Михайловна** – к.м.н., заведующий отделением энтерального питания и реабилитации с группой интенсивной терапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Смирнова Елена Александровна** – к.т.н., руководитель лаборатории демографии и эпидемиологии питания ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Стародубова Антонина Владимировна** – д.м.н, доцент, заместитель директора по научной и лечебной работе
- Строкова Татьяна Викторовна** – д.м.н., профессор РАН, зав. отделением педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетотерапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», зав. кафедрой гастроэнтерологии и диетологии ИНОПР РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет)
- Таран Наталия Николаевна** – к.м.н, старший научный сотрудник отделения педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетотерапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Титова Ольга Николаевна** – к.м.н, врач-диетолог консультативного отделения ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
- Щербань Ольга Анриевна** – методист по адаптивной физкультуре СПб БОО «Перспективы»

## Содержание

Введение.....	5
Причины возникновения дефицита массы тела у человека в условиях проживания в стационарных организациях.....	8
Обеспечение проживающих специализированными продуктами лечебного (энтерального) питания. Опорные нормативные документы по организации такого питания .....	15
Психологические причины развития дефицита массы тела, нормализация психологического состояния людей с выраженным дефицитом массы тела .....	23
Двигательная активность как обязательный элемент комплекса мер по повышению качества жизни получателей социальных услуг с выраженным дефицитом массы тела .....	34
Принцип преемственности в работе с детьми и взрослыми с выраженным дефицитом массы тела при их переводе в другое учреждение.....	44
Мониторинг и контроль динамики массы тела получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.....	51
Заключение .....	64
Терминология .....	65
Литература .....	70
Приложение 1. Коммуникативный паспорт. Пример .....	73
Приложение 2. Список на случай экстренной/плановой госпитализации .....	82
Приложение 3. Шкалы определения боли (для неговорящих пациентов) .....	84
Приложение 4. Постуральная карта. Примеры организации поз .....	92
Приложение 5. Таблица постуральной компетенции (шкала N. Hare) .....	100
Приложение 6. Список оборудования для организации физической активности маловесного человека .....	101
Приложение 7. Анализ динамики состояния. Пример .....	102
Приложение 8. Информационно-титuleльный лист .....	103
Приложение 9. Краткая шкала оценки питания.....	105
Приложение 10. Лист контроля водного баланса .....	107
Приложение 11. Чек-лист наблюдения за ребенком в учреждении стационарного социального обслуживания.....	108
Приложение 12. Примеры меню для человека с низкой массой тела.....	110
Приложение 13. Правила ухода за гастростомой .....	118

## Введение

Проблема дефицита массы тела у людей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, заслуживает большего внимания, чем ей уделяется в настоящее время. По данным обследования, проведенного в 2022 году ФИЦ питания и биотехнологии, более 7% проживающих имеют выраженную недостаточность питания, еще 71% находятся в зоне риска ее развития, у 9,5% выявлен дефицит массы тела, а в отделениях милосердия этот показатель достигает 12%. Признаки саркопении – потери мышечной массы и функциональных возможностей организма – зафиксированы у трети обследованных. При этом специализированную нутритивную поддержку получают лишь около 1% жителей, тогда как реальная потребность в ней составляет не менее 7%, что соответствует примерно 15 тысячам человек по стране. Такая статистика указывает на то, что проблема носит системный характер и требует комплексного решения.

Важно рассматривать проблему дефицита массы тела не только как изолированно медицинскую, а комплексно. В улучшении качества жизни человека с низкой массой тела, проживающего в учреждении социальной защиты, должна участвовать команда специалистов, а не только врачи. Правильно подобранное лечебное питание очень важно, однако оно не будет работать или будет малоэффективным, если не учитывать все причины, влияющие на дефицит массы тела у проживающих в стационарах – это и психологические причины, и гиподинамия, и социальные факторы.

Этот текст создан усилиями специалистов некоммерческих организаций, много лет помогающих детям и взрослым с нарушениями развития. Психологи, юристы, физические терапевты НКО описывают свой опыт помощи людям с дефицитом массы тела, а также тем, кто им помогает – руководителям и сотрудникам интернатов. В тексте собрана информация о способах получения финансирования на организацию нутритивной поддержки (нормативная база, шаги оформления), об организации процесса мониторинга массы тела проживающих, о возможных способах организации жилого пространства, режима дня, посильной двигательной активности и процесса приема пищи людьми в группе риска по дистрофии. Этот текст дополняет методические рекомендации «Комплексная помощь гражданам с низкой массой тела, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания для граждан с психическими расстройствами, в том числе детей», подготовленные ФГБУН Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи.

Сбалансированная нутритивная поддержка и различные психологические и эрготерапевтические вмешательства являются важной частью медицинской и социальной помощи человеку, проживающему в стационарном учреждении. Это снижает риск осложнений основных заболеваний, поддерживает мышечную массу, улучшает обменные процессы и когнитивные функции, а также способствует профилактике старческой астении и гериатрических синдромов. Правильная организация питания помогает сохранить физическую, бытовую и социальную активность, что критически важно для повышения качества жизни и сохранения реабилитационного потенциала жителей. Наличие специализированного рациона питания должно сочетаться с программами двигательной активности, психологической под-

держкой и созданием комфортной социальной среды. Только в этом случае удастся снизить выраженность последствий недостаточности питания и предотвратить ее усугубление.

Во многих стационарных учреждениях социальной защиты отсутствуют необходимые специалисты для организации качественной помощи людям с дефицитом массы тела. Руководителям рекомендуется обращаться за информационной поддержкой в профильные некоммерческие организации – РБОО «Центр лечебной педагогики», БО «Перспективы», БФ «Старость в радость», Фонд помощи хосписам «Вера» и др.

## Причины возникновения дефицита массы тела у человека в условиях проживания в стационарных организациях

### Почему люди теряют вес?

Факторы, способствующие развитию дефицита массы тела у жителей интернатов, многообразны и взаимосвязаны. Причины – медицинские (соматические, психиатрические), психологические, социальные, средовые. Медицинские причины включают хронические прогрессирующие заболевания, которые нарушают усвоение пищи и усиливают катаболические процессы в организме. К ним относятся онкологические, неврологические и гастроэнтерологические патологии, а также системные воспалительные процессы. Если исключены соматические, в том числе связанные с нарушением обмена веществ, причины снижения массы тела, то необходимо проанализировать психическое состояние человека для выявления возможных психиатрических заболеваний.

К заболеваниям, чаще всего приводящим к потере массы тела, относятся следующие: депрессии, в том числе с суицидальными тенденциями, нервная анорексия, фобические расстройства, бредовые расстройства, галлю-

цинаторные расстройства, деменция, стрессовое расстройство.

**Депрессия** характеризуется снижением настроения, активности, работоспособности, нарушениями сна, снижением аппетита. Человек отказывает себе в обыденных удовольствиях, в том числе в еде. Депрессии в большинстве случаев хорошо лечатся, но важна своевременная диагностика.

Отказ от еды **при анорексии** обусловлен попыткой похудеть, чтобы соответствовать собственному представлению о красивом телосложении. Наряду с уменьшением количества еды, вплоть до отказа, пациент начинает усиливать физическую активность, вызывать рвоту, а также использовать слабительные средства. Нервная анорексия является психическим заболеванием с высокой летальностью (до 10%), поэтому необходимо обязательное психологическое и психиатрическое вмешательство.

**Фобии**, связанные с приемом пищи, могут принимать различные клинические проявления, но всех их связывает общая тема – страх возможного вреда от еды. Часто причиной этого может послужить какое-то событие, например человек подавился во время приема пищи, было сильное отравление, рвота, связанная с едой, неосторожное замечание окружающих о вреде для здоровья того или иного вида продуктов. Страх может быть достаточно интенсивным и приводить к значительному ограничению потребляемых продуктов и, как следствие, к потере массы тела. В большинстве случаев пациенту может помочь психотерапевтическое вмешательство, однако в ряде случаев требуется назначение психотропных препаратов.

**Бредовые и галлюцинаторные расстройства** являются проявлением серьезного психического заболевания, требующего вмешательства специалистов и иногда госпитали-

зации. Под влиянием «голосов» угрожающего либо запрещающего характера, обонятельных галлюцинаций, при которых пациент начинает чувствовать, что еда имеет неприятный запах (разложения, химии и пр.), и/или бредовой убежденности в том, что пища отравлена (в нее подсыпано что-то ядовитое), человек отказывается от еды. Такое состояние требует назначения психотропных препаратов при постоянном контроле состояния. Нужно учитывать, что некоторые психотропные препараты вызывают как изменения аппетита, так и нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта и обмена веществ. При изменении массы тела пациента на фоне лечения психотропными препаратами следует незамедлительно сообщить об этом лечащему психиатру.

Человек с **деменцией** может забывать есть, особенно если у него ослабевают чувство голода. Тогда наблюдается потеря массы тела, которую легко предотвратить, если контролировать прием пищи. Психиатрическое лечение может значительно замедлить процесс деменции. Обследование и лечение желательно проводить без госпитализации, чтобы у человека не менялся привычный уклад жизни и быта.

**Эмоциональные переживания** могут сопровождаться как потерей аппетита, так и его повышением. У человека, живущего в интернате, значительные переживания могут вызвать любые изменения привычного уклада, особенно связанные с утратой привязанностей. Так, увольнение любимого сотрудника, отсутствие волонтера, к которому привязался проживающий, переезд в новую комнату, смена соседей по комнате, госпитализация и ряд других изменений – все это может вызвать душевные страдания, на которые человек с особенностями часто не может пожаловаться или даже осознать их. Если предстоят изменения подобного рода, то человека необходимо подготовить к ним, чтобы они не были внезапными.

Существенное влияние на усвояемость питательных веществ, а также на сохранение/потерю мышечной массы оказывает **низкая физическая активность**. Малоподвижный образ жизни (в том числе по причине первичных двигательных нарушений, таких как ДЦП) приводит к снижению мышечной массы, ухудшению метаболизма и росту риска осложнений. Нередко у проживающих в интернате людей наблюдаются трудности при жевании и глотании (дисфагия), побочные эффекты лекарственной терапии, тошнота или боль, которые снижают объем потребляемой пищи.

На пищевое поведение влияют и **социальные аспекты**: неблагоприятная атмосфера (шум, запахи, многолюдность) в столовой или в комнате во время еды, отсутствие необходимой поддержки со стороны персонала и родственников, ограниченность или полное отсутствие выбора блюд и времени приема пищи. Все эти факторы усугубляют снижение массы тела и повышают потребность в специализированной нутритивной поддержке, организации специальных занятий и мер для налаживания процессов приема пищи и набора веса.

Последствия **отсутствия профилактических и лечебных мер** выражаются в ухудшении здоровья и социальной адаптации проживающих. Недостаток пищевых веществ приводит к дефициту массы тела, повышает риск инфекционных осложнений, развития пролежней, замедляет заживление ран, ослабляет иммунитет и способствует потере самостоятельности. Возникает замкнутый круг: ухудшение физического состояния снижает мотивацию к активной жизни, приводит к социальной изоляции, апатии и депрессии, что, в свою очередь, усугубляет дефицит массы тела. В итоге растет число госпитализаций, увеличивается продолжительность лечения, усиливается нагрузка на персонал и расходы системы здравоохранения. Отсутствие системного

подхода к профилактике и лечению дефицита массы тела не только снижает качество жизни, но и значительно сокращает ее продолжительность.

## **Профилактика и лечение дефицита массы тела**

Для своевременного выявления риска недостаточности питания в стационарных учреждениях необходима системная оценка состояния каждого проживающего. В первую очередь применяется скрининг достаточности питания с использованием валидированных шкал, таких как **Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA)** или **MUST**. Эти инструменты позволяют быстро определить группу риска, оценить индекс массы тела, динамику массы тела и наличие признаков недостаточности питания. Важным этапом является медицинское обследование и анализ анамнеза: выявление хронических заболеваний, которые могут снижать усвоение пищи, их влияние на метаболизм.

Также **важны и немедицинские скрининги и простое внимательное человеческое наблюдение.**

Необходимо учитывать особенности пищевого поведения и аппетита человека: настроение, жалобы на тошноту, трудности с жеванием и глотанием, побочные эффекты лекарств. Важно обращать внимание на частоту и объем потребляемой пищи, а также на изменения привычного рациона. Своевременное зубопротезирование, уход за полостью рта и обучение персонала навыкам помощи при кормлении могут существенно улучшить ситуацию. Обязательна оценка уровня физической активности: наблюдение за самостоятельностью, подвижностью, наличием прогулок или эле-

ментарных упражнений. Недостаток движения напрямую связан с ухудшением питания и усвоения пищи и требует корректировки в виде организации доступной и посильной физической активности.

Психологическая и социальная оценка должна быть частью стандартного рутинного обследования. Необходимо выявлять признаки депрессии, тревоги, социальной изоляции, одиночества, а также уровень мотивации к приему пищи и участию в собственной и коллективной жизни. Социальные мероприятия, внимание со стороны персонала, создание комфортной атмосферы в столовой/комнате способны существенно повысить аппетит и интерес к еде. Наряду с этим важна оценка риска осложнений: наличие пролежней, медленное заживление ран, частые инфекции или астения свидетельствуют о серьезной недостаточности питания и требуют незамедлительной коррекции.

Все перечисленные мероприятия могут быть реализованы только в условиях междисциплинарного взаимодействия. Важна координация действий врачей, среднего и младшего медицинского персонала, психологов, социальных работников и специалистов по двигательной активности. Каждый сотрудник учреждения должен понимать значимость профилактики дефицита массы тела и свою роль в этом процессе. Руководители создают условия для внедрения системы лечебного питания и обучения персонала, врачи назначают и контролируют индивидуальные рационы, психологи поддерживают мотивацию к питанию, специалисты в области эрго- и физической терапии и инструкторы адаптивной физической культуры (АФК) следят за активностью, а помощники по уходу обеспечивают комфорт и регулярность приема пищи.

Таким образом, проблема дефицита массы тела в стационарах является комплексной и многоплановой. Она тре-

бует не только организации сбалансированного питания, но и создания системы, учитывающей медицинские, психологические и социальные аспекты жизни жителей. Без внедрения полноценной нутритивной поддержки, обучения персонала и налаживания междисциплинарного взаимодействия невозможно добиться существенного улучшения состояния людей с дефицитом массы тела. Только совместные усилия всей команды позволяют сохранить здоровье проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, продлить их жизнь и повысить ее качество.

## Обеспечение проживающих специализированными продуктами лечебного (энтерального) питания. Опорные нормативные документы по организации такого питания

### **Как получить дополнительное питание?**

Для повышения качества жизни проживающих с дефицитом массы тела руководители стационарных организаций социального обслуживания должны использовать все возможные государственные и негосударственные источники финансового обеспечения специализированными продуктами лечебного питания (энтерального и парентерального), учитывать дополнительные гарантии обеспечения продуктами лечебного питания пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Также необходимо пользоваться критериями нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.

При получении медицинского заключения о необходимости введения лечебного питания (нутритивной поддержки) необходимо оперативно:

- оформить получение данного питания в рамках имеющихся гарантий на предоставление бесплатного питания (Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 N 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»);
- приобрести лечебное питание за счет средств бюджета (для этого должны быть зарезервированы средства в плане финансово-хозяйственной деятельности учреждения). По возможности, в соответствии с действующим законодательством, предусмотреть закупки части питания без проведения конкурсных процедур (без торгов). И далее осуществить закупку оставшейся части питания;
- при отсутствии бюджетных ассигнований обратиться в благотворительные фонды, с последующим решением вопроса о бюджетном финансировании питания.

Контроль массы тела проводится один раз в неделю, фиксируется в таблице, отслеживается эффективность нутритивной поддержки и комплексных мер, при этом врачом отслеживается не только лечебное питание, но и сопутствующие факторы – настроение (риск депрессии и других психических заболеваний), физическая активность, наличие пострурального менеджмента. Для каждого жителя учреждения с риском дефицита массы тела, или уже диагностированным дефицитом массы тела, создается индивидуальный план питания и реабилитации с учетом не только медицинских показаний, но и уровня физической активности, особенностей пищевого поведения и психологического состояния. Важно учитывать наличие хронических заболеваний, нарушения жевания и глотания, а также предпочтения самого человека.

Большинство людей, имеющих экстремально низкую массу тела, нуждаются **в паллиативной помощи**, то есть имеют диагноз и медицинские показания, а значит и гарантии на получение такой помощи.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях, в том числе на дому, а также в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Такая помощь оказывается взрослым с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями при наличии медицинских показаний, перечень которых предусмотрен приложением № 1 к Положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 208н/243н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Паллиативная медицинская помощь оказывается детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, по медицинским показаниям с учетом тяжести функционального состояния и прогноза основного заболевания.

Процесс определения нуждаемости в паллиативной медицинской помощи включает в себя клиническую оценку, анкетирование, рассмотрение врачебной комиссией и оформление официального заключения, на основании которого пациент получает паллиативную помощь в соответствии со своим состоянием и потребностями.

### **Кто и как инициирует оценку нуждаемости в паллиативной медицинской помощи**

Пошаговый стандартный порядок определения нуждаемости в паллиативной медицинской помощи включает следующие этапы:

1. **Инициирование оценки нуждаемости.** Лечащий врач (онколог, терапевт, врач общей практики), фельдшер или другой специалист при наличии показаний начинает процесс оценки нуждаемости пациента в паллиативной помощи. Если речь идет о человеке, проживающем в стационарной организации, то оценку нуждаемости инициирует заместитель руководителя стационарной организации социального обслуживания по медицинской части или иное уполномоченное лицо.
2. **Заполнение анкеты пациента.** Врач заполняет «Анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в паллиативной медицинской помощи», в которой фиксируются признаки состояния пациента, включая основное заболевание и сопутствующие симптомы. К анкете прилагаются результаты оценки функционального состояния по шкале PPS, оценки боли и суицидального риска.
3. **Направление на врачебную комиссию (подкомиссию).** На основании заполненной анкеты и медицинских до-

кументов лечащий врач направляет пациента на подкомиссию врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи. Для направления необходимо подготовить пакет документов: копии паспорта, полиса ОМС, медицинские документы, направление на комиссию, информированное добровольное согласие пациента или его законного представителя на оказание паллиативной помощи.

4. **Проведение врачебной комиссии (консилиума).** Врачебная комиссия (консилиум) рассматривает представленные документы, оценивает состояние пациента, учитывает социальные факторы, условия проживания, возможность ухода и желание пациента. Комиссия принимает решение о признании пациента нуждающимся в паллиативной медицинской помощи или об отказе. Решение оформляется протоколом, копия которого подшивается в медицинскую карту пациента.
5. **Оформление заключения о нуждаемости.** По результатам работы комиссии выдается официальное заключение о нуждаемости пациента в паллиативной медицинской помощи, которое является основанием для предоставления специализированной паллиативной помощи в амбулаторных, стационарных или домашних условиях.
6. **Организация оказания паллиативной помощи.** При положительном решении оформляется направление на госпитализацию в специализированное паллиативное отделение или организуется помощь на дому с оформлением соответствующей медицинской документации и назначением схемы терапии.

В целях своевременного выявления среди проживающих в стационарных организациях социального обслуживания лиц, нуждающихся в оказании паллиативной меди-

цинской помощи, организуются плановое (не реже одного раза в 3 месяца) и внеплановое наблюдение указанных лиц медицинскими работниками с участием врачей по паллиативной медицинской помощи.

Внеплановое наблюдение лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, с участием врачей паллиативной медицинской помощи организуются по вызову стационарной организации социального обслуживания, по обращению указанного лица или иных лиц, обратившихся в его интересах.

При выявлении у лица, проживающего в стационарной организации социального обслуживания, медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи заместитель руководителя стационарной организации социального обслуживания по медицинской части или иное уполномоченное лицо во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь, в течение двух рабочих дней организуют осмотр проживающего с участием врача по паллиативной медицинской помощи.

Процессы регулируются Приказом Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 208н/243н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

**Доступность специализированного питания** (по медицинским показаниям) для проживающих в стационарных учреждениях социальной защиты **закреплена в различных официальных документах Минтруда и Минздрава, Федеральных законах и СанПиНе.** Вот основные из них.

- Приказ Минтруда России № 520н от 13.09.2022 утверждает новые нормы питания при предоставлении социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания. В том числе в перечне продуктов есть смесь белковая композитная сухая и витаминно-минеральные комплексы (по медицинским показаниям).
- 7.1.11. СанПиН 2.3/2.4.3590–20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения» сообщает, что в организациях стационарного социального обслуживания должно быть организовано питание проживающих лиц пожилого возраста, лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов не менее 3-х раз в день, в том числе диетическое (лечебное) питание по медицинским показаниям.
- Статья 39 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции 2025 года) дает определение лечебному питанию, его задачам и признает его неотъемлемой частью лечебного процесса и профилактических мероприятий. В статье указано, что лечебное питание включает в себя рационы с установленным химическим составом и энергетической ценностью, в том числе специализированные продукты лечебного и энтерального питания.
- Приказ Минздрава РФ от 23.09.2020 № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием» конкретизирует организацию лечебного питания в медицинских организациях, регламентирует назначение лечебного питания, включает различные виды диет и специализированных продуктов, в том числе энтеральное питание.
- Приказ Минздрава РФ от 05.08.2003 № 330 и его редакции регулируют организацию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, задачи Совета по ле-

чебному питанию, стандартизацию диет и качество лечебного питания.

- ГОСТ 35004-2023 «Продукция пищевая специализированная. Продукты пищевые для энтерального питания базовые. Общие технические условия», вступивший в силу в сентябре 2024 года, регламентирует технические требования к продукции для энтерального питания, включая маркировку, безопасность и производство таких специализированных продуктов.
- Также стоит обратить внимание на Методические рекомендации «Нутритивная поддержка и регидратация взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» и «Российские клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения».
- Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» описывает условия бесплатного обеспечения специализированным питанием.

# Психологические причины развития дефицита массы тела, нормализация психологического состояния людей с выраженным дефицитом массы тела

## **Как связаны психология и масса тела?**

К потере массы тела могут приводить ряд факторов, относящихся к психологической сфере жизни человека. Нарушение привязанности и эмоциональная депривация, бедность сенсорных ощущений, хронический и острый стресс, ИОРПП (избегающе-ограничительное расстройство приема пищи), дисфагия (нарушение глотания, в том числе по психологическим основаниям) – все это очень часто становится причиной потери массы тела и осложняет ее рост. Проживание в стационаре, вне семьи неестественно для человека – и для ребенка, и для взрослого. Однако мы можем частично предотвратить и облегчить психологическое состояние человека с дефицитом массы тела, проживающего в институции, если будем понимать природу его переживаний.

## Нарушения привязанности

Если рассматривать случай образа жизни ребенка, оставленного без попечения родителей в раннем возрасте, а в случае тяжелой инвалидности – чаще всего с момента рождения, то у него с чрезвычайно высокой вероятностью обнаружится тяжелое нарушение привязанности. Ведь какими бы хорошими ни были условия в интернате, отсутствие близкого взрослого, быстро и чутко в любое время реагирующего на потребности младенца, непременно скажется на развитии эмоциональной сферы ребенка.

Условия жизни в учреждении как правило связаны с жесткими режимными условиями: питание и гигиенические процедуры по расписанию, тактильный контакт со взрослым весьма ограничен, проприоцептивные ощущения, связанные с перемещением в пространстве, также скудны. В результате тормозится развитие как когнитивной, так и эмоциональной сферы ребенка. Эти явления в развитии нормотипичных детей, лишенных родительского попечения, многократно изучены и описаны. Но в случае детей с тяжелой инвалидностью они значительно усугубляются. Ведь ребенок, ограниченный в движениях и средствах коммуникации, не может наравне с нормотипичным ребенком привлекать внимание взрослого и устанавливать с ним эмоциональный, физический или вербальный контакт. Кроме того, в учреждениях часто встречается стереотип отношения к ребенку с тяжелой инвалидностью как к «больному», которого лучше не вынимать из постели, не трогать, не беспокоить. Такой подход сказывается на развитии и состоянии здоровья ребенка катастрофически. Развивается не просто нарушение привязанности, но синдром госпитализма. Снижение массы тела, кахексия – одни из симптомов госпитализма.

## Сепарационная травма

Замечено, что в условиях стационарных социальных учреждений часто наблюдаются случаи резко наступающего значительного падения массы тела при изменении условий жизни ребенка или взрослого, а особенно часто – при перемещении человека с инвалидностью, достигшего возраста 18 лет, из детского учреждения во взрослое. Как правило это не связано с ухудшением качества питания, а объясняется стрессом от переезда. Подобные ухудшения в состоянии здоровья могут возникнуть и при перемещении в другой корпус (например, в корпус, где находятся более развитые дети – в связи с успехами в развитии перемещаемого ребенка) или даже в другую группу.

Как уже упоминалось выше, неестественные условия жизни, сформировавшие нарушение привязанности в раннем детстве, вызывают торможение эмоционального развития, приводящее к тому, что эмоциональный возраст ребенка или взрослого может быть младенческим при любом «паспортном» возрасте или уровне когнитивного развития. Конечно, понятие «эмоционального возраста» условно и подразумевает только наличие, например младенческих эмоциональных потребностей и младенческой способности (неспособности) перерабатывать ситуацию их фрустрации. Иначе говоря, взрослый человек с такими нарушениями может нуждаться в постоянном контакте и присутствии значимого взрослого и испытывать высочайший уровень тревоги при отсутствии/потере этого лица. И иногда оказывается, что ребенок или взрослый в интернате глубоко привязывается к нянечке, соседу по комнате или другому человеку, постоянно или достаточно часто бывающему рядом с ним. И для него оказывается глубоко травматичным сепарация от этого лица. При нормально сформированной системе привязанностей

тревога сепарации могла бы быть переработанной и выносимой. Но в случае тяжелых нарушений привязанности эта сепарация оказывается тяжело травматичной, погружающей человека с инвалидностью в анаклитическую депрессию. Часто это приводит к значительному ухудшению физического состояния, катастрофической потере массы тела.

## **Сенсорная депривация**

Еще одна проблема, способствующая снижению активности жизненных функций, препятствующая активации базальных структур мозга у жителей интернатов, лишенных возможности самостоятельного передвижения – невероятная бедность их сенсорных впечатлений, отсутствие проприоцепции (разнообразия положения тела в пространстве), скупость тактильных ощущений. Пустые стены и потолок, редкая смена положения тела, однообразие запахов, отсутствие прогулок или редкие прогулки – все это приводит к отсутствию базальной стимуляции, необходимой для поддержания жизненного тонуса организма. Часто наблюдаемые явления самостимуляции – такие как раскачивание, аутоагрессия, произвольная рвота или произвольный рефлюкс у «лежачих» (люди лежат, потому что их не высаживают в коляски и не ставят в вертикализаторы) жителей интернатов показывают частоту явлений сенсорной депривации. Человек пытается испытать хоть какие-то новые ощущения, пусть и неприятные.

## **Трудности обнаружения болевого синдрома**

Нередко потеря массы тела связана с наличием длительного нераспознанного болевого синдрома. В силу ограни-

чения коммуникативных возможностей, а иногда и когнитивных или сенсорных нарушений, препятствующих осознанию локализации боли, жители интерната не подают ясных сигналов персоналу о наличии и источнике боли. Персоналу требуются специальные навыки и инструменты для установления проблемы болевого синдрома (см. Приложение 3 «Шкалы боли для невербальных пациентов»). В результате не установления этой причины все нутритивные меры могут оказаться тщетными. Ухаживающий персонал учреждения должен быть обучен методам наблюдения вероятности болевого синдрома, нужно привлекать специалистов паллиативной помощи для его диагностики и устранения.

### **Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП)**

Раньше ИОРПП считалось преимущественно детским расстройством, но в настоящее время диагностируется и у взрослых (может как сохраняться с детства, так и впервые проявиться в более старшем возрасте). Распространенность ИОРПП среди детей в возрасте 8–13 лет составляет примерно 3,2%. При этом в специализированных медицинских учреждениях – от 5 до 22,5%. Известно, что люди с расстройствами аутистического спектра (РАС) страдают ИОРПП в 5 раз чаще, чем их нейротипичные сверстники. В условиях интернатных учреждений расстройство пищевого поведения часто остается не диагностированным, и ребенок, не получая помощи психолога, не может с ним справиться самостоятельно. При ИОРПП общее количество продуктов, которые человек ест, не превышает 15 (каждый вид продукта считается отдельно, например вишневый и клубничный йогурты – это два разных продукта, одинаковые йогурты

разных производителей – это тоже разные продукты). Человек может отказаться есть привычный продукт в непривычной упаковке (новый дизайн производителя) или в новой тарелке. Человек с ИОРПП отказывается от целых групп продуктов, например фруктов, овощей, мясных или молочных продуктов, продуктов определенной фактуры или цвета. В результате развивается дефицит пищевых веществ, поскольку черпать их неоткуда. Количество съедаемой еды тоже страдает, масса тела человека критически снижена. ИОРПП может быть связано с высоким уровнем тревоги по отношению к еде, нарушением сенсорной модуляции (слабо чувствует голод, но очень сильно вкус-запах и вид еды, часто воспринимая его как угрожающий).

Каждый новый продукт вводится в рацион очень тяжело, путем длительного привыкания и тренировок, поэтому человеку, страдающему ИОРПП, необходима помощь психолога, который поможет снизить тревогу, расширить рацион, адаптировать прием пищи к его возможностям. Насильственное кормление категорически противопоказано. Если человека с ИОРПП кормить насильно, еда не усваивается: выходит с рвотой или поносом. Самым эффективным методом работы с ИОРПП признана экспозиционная терапия, проводимая психологом. Суть терапии – непищевое взаимодействие с едой: играть в нее, рисовать, кормить других людей, животных, игрушки, но не есть. Для кого-то подходит рассматривание книг, журналов, просмотр телепередач про еду и приготовление пищи, переходящие в изучение настоящих продуктов, а некоторым подходят потешки, стихи с движением, связанные с едой, и последующее исследование реальной еды. Эффективно также постепенное введение в рацион новых видов еды путем выстраивания пищевых цепочек от продуктов максимально близких к тому, что человек уже ест к чему-то новому. Например, человеку вместо привычных чипсов пред-

лагают попробовать сушеные яблоки. Когда (и если) он достаточно адаптируется к яблокам, ему предлагают сушеный банан, от него постепенно переходят к свежему банану, порезанному тонкими кружочками, потом осторожно вводят свежий банан толстыми кружочками, а затем предлагают съесть целый банан. При организации приема пищи следует учитывать, что для человека с ИОРПП может быть непереносим запах и даже вид пугающих его продуктов на столе или в чужой тарелке, поэтому может потребоваться организация отдельного времени, места или помещения для приема пищи.

## **Нарушения глотания (дисфагия) и способы преодоления проблемы**

Дисфагия – затруднение глотания либо ощущение препятствия прохождению пищи или жидкости от ротовой полости до желудка. Дисфагия – это неврологическое заболевание, и помощь при дисфагии нужна комплексная: педагогическая, врачебная, логопедическая (логопед-дисфагиолога). Выделяют четыре основные причины дисфагии: неврологические расстройства, заболевания мышц, проблемы с пищеводом и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Нарушение любой стадии глотания (подготовительной, ротовой, ротоглоточной, пищеводной) вызывает дисфагию. Человеку с дисфагией (кроме пищеводной) необходима помощь логопед-дисфагиолога. Такой человек испытывает серьезные трудности с едой, ест очень медленно, часто только пюрированную пищу, бывает, что пьет только из бутылочки, потому что не справляется с питьем из чашки, часто давится. Особенности трудности вызывает еда смешанной консистенции (например суп), крупные куски, требующие откусывания и жевания, липкая еда, простая вода. Многие

люди с дисфагией могут есть только в определенной безопасной ситуации и только с одним конкретным человеком. При нарушении пищеводной стадии глотания необходим врач-гастроэнтеролог. Такие люди говорят или показывают своим поведением, что им больно во время или сразу после еды, у них есть отрыжка, нарушена работа желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Помимо систематической работы логопеда-дисфагиолога и лечения ЖКТ, человеку, страдающему дисфагией, можно помочь **изменив режим и порядок кормления**.

1. Упростить консистенцию пищи. Самая простая консистенция – жидкое пюре, посложнее – густое пюре, еще сложнее пюре с кусочками (если пищу не блендировать, а размять вилкой или толкушкой), а самое сложное – пища смешанной консистенции (суп) и пища, требующая откусывания и жевания, даже мягкая.
2. Кормить медленнее, давать больше времени на каждый глоток, дожидаться от подопечного знака, что он готов к следующей ложке.
3. Кормить маленькими порциями, набирать половину, треть или даже четверть ложки. Ложка должна полностью помещаться в рот человека, иначе он может не справиться с тем количеством еды, которое попадает в рот, может травмировать губы. Кормление человека с дисфагией будет занимать гораздо больше времени, это нужно учитывать при составлении расписания.
4. Кормить чаще небольшими порциями. Для людей с дисфагией еда – тяжелый труд, поэтому человек с дисфагией будет эффективнее есть, если его не перегружать, кормить часто и понемногу.
5. Использовать более легкий для подопечного инструмент кормления: еда из ложки и питье из чашки требует активной работы органов артикуляции, которая может быть

- затруднена. Предлагаем основную часть пищи давать максимально удобным человеку способом (например, из бутылочки), а логопеду-дисфагиологу постепенно осваивать с подопечным еду из ложки и питье из чашки.
6. Использовать загустители для жидкостей. Человеку с дисфагией трудно пить обычную жидкость (компот, чай, сок), потому что жидкостью очень трудно управлять во рту. Особенно тяжело проглотить воду комнатной температуры, она практически не ощущается во рту. Поэтому все жидкости для подопечного с дисфагией лучше загущать, используя загустители (например, загуститель Thicken Up Clear от Nestle), крахмал или агар-агар. Если необходимо дать подопечному воду, можно добавить в нее немного отвара мяты, сока лимона или огурца для придания вкуса. Поить особенно медленно, внимательно прислушиваясь к коммуникативным сигналам подопечного.
  7. Очень важно наладить позу, в которой подопечный ест и пьет. Эффективность и безопасность глотания напрямую зависят от положения головы и шеи. Позу поможет наладить эрготерапевт или физический терапевт.

Дисфагия очень опасное состояние. Она приводит к снижению массы тела, потому что человек с дисфагией не может есть эффективно и соответственно не получает необходимого количества пищевых веществ. Человек не получает нужного количества жидкости, что отражается на всем его состоянии и особенно на дефекации, приводя к хроническим запорам. Часто происходит аспирация (попадание пищи в дыхательные пути), что может быть заметно окружающим, но аспирация бывает «тихая», она наиболее опасна. Признаки аспирации: кашель, хриплый или булькающий голос, бледность кожных покровов, удушье, рвотные позывы, першение в горле, рвота. Аспирация болезненна

и опасна для жизни человека, она может привести к развитию аспирационной пневмонии (когда пища попадает в легкие). После травмирующего опыта аспирации люди с дисфагией часто стараются избегать определенных консистенций или еды вообще. Например бывает, что человек с дисфагией подолгу держит еду во рту, избегая проглатывания, и в результате съедая гораздо меньше, чем ему требуется. Кормящий всегда должен видеть рот и лицо того, кого кормит, чтобы вовремя увидеть, что человек подавился и помочь ему.

При пищеводной дисфагии человек испытывает боль и дискомфорт в процессе еды и, как следствие, старается избегать еды. Дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) могут отказываться от еды, потому что глотать больно. Дисфагия требует обязательной помощи специалистов: логопеда-дисфагиолога, врача гастроэнтеролога, психолога, специализирующегося на расстройствах пищевого поведения. Если ИОРПП и дисфагия не исключены (или подтверждены) врачом, то стоит обратить внимание на базовые рекомендации, которые может выполнять ухаживающий сотрудник – темп кормления, консистенция пищи, стрессовые факторы среды, поза.

## **Что же делать?**

Крайне важно не игнорировать психологические причины отказа от еды, затруднений при принятии пищи, снижения массы тела. Внимательная психологическая и при необходимости психиатрическая диагностика помогут улучшить самочувствие человека и нередко даже спасти жизнь.

Важно обеспечивать максимально возможное постоянство среды пребывания человека с тяжелой инвалидностью, сохраняя его отношения со значимыми людьми. При неиз-

бежной необходимости смены социальной среды обеспечить постепенность этой смены с сохранением контакта со значимыми лицами в переходный период. Важно по возможности «закреплять» конкретного сотрудника за одним или двумя жителями в качестве «индивидуального куратора», проявляющего внимание к индивидуальным нуждам и интересам подопечного. Для многих людей важно, чтобы их кормил один и тот же человек. Таким образом создаются условия, повышающие возможности ребенка или взрослого переносить стресс и тревогу.

Значительно улучшает психологическое состояние жителя учреждения обогащение сенсорной среды. Прогулки, обязательная смена положения тела с высаживанием в коляску и вертикализацией, перемещение из спальной зоны в другие помещения в течение дня, украшение стен картинами и фотографиями, подоконников – цветами. В комнате можно устраивать сезонную ароматизацию воздуха – яблоками осенью, еловыми ветками зимой, свежей травой весной, цветами летом (это особенно важно, если нет возможности гулять ежедневно).

## Двигательная активность как обязательный элемент комплекса мер по повышению качества жизни получателей социальных услуг с выраженным дефицитом массы тела

### **Как движение влияет на набор массы тела?**

Двигательная активность человека с выраженным дефицитом массы тела – обязательный элемент комплекса лечебных и профилактических мер, условие сохранения его здоровья и роста продолжительности жизни. Непрофессионалу может казаться, что «слабый человек» должен больше отдыхать и меньше двигаться, но специалисты уверены (наблюдения и исследования это доказывают), что именно регулярное посильное движение, правильно организованные позы, своевременная смена положений тела прерывают порочный круг гиподинамии, а снижение активности вызывает саркопению, ухудшение дыхания и кровообращения, рост болевого синдрома, депрессию и отказ от участия в ор-

ганизации собственного быта. В ответ на эти симптомы ухаживающее окружение (как дома, так и в стационаре) еще сильнее ограничивает движения человека – из жалости или из-за нехватки ресурсов.

Целенаправленная работа мультидисциплинарной команды переводит человека из роли получателя различных социальных и медицинских услуг («пациента», «подопечного») в позицию активного участника собственной жизни, возвращает человеку субъектность. А с ней и радость жизни, и нормальную массу тела. Корректно организованная двигательная активность дополняет нутритивную поддержку, обезболивание, психологическое сопровождение, повышая их эффективность и устойчивость результатов.

Особенно важна поддержка двигательной активности в ежедневной рутине. Не нужно заставлять человека двигаться, сотрудник учреждения должен уметь мотивировать человека с дефицитом массы тела к собственной активности. Пересаживание – не пассивная транспортировка, а возможность дать нагрузку на мышцы туловища, рук, ног. Умывание и одевание могут быть также тренировкой равновесия, упражнением на ориентацию в границах собственного тела и развитием целенаправленных захватов. Прием пищи должен быть приятным, комфортным, а еще использоваться как время для поиска и отработки безопасного положения головы и шеи, стабилизации корпуса и координации дыхания с глотанием. Сотруднику ухода рекомендуется снижать темп, проговаривать предстоящие действия и давать человеку время на включение собственных движений. Даже минимальная доля участия имеет значение: локтевой упор при подъеме, самостоятельное опускание стоп на подножку, небольшое вращение таза при повороте в постели. Важна предсказуемость рутин: фиксированные ежедневные «ритуалы» создают безопасную структуру дня и уменьшают сопротив-

ление вмешательства. При выраженном дефиците массы тела изначальная цель скромна – сохранить имеющуюся активность и препятствовать ее дальнейшему снижению, затем постепенно расширять спектр доступных действий и наращивать выносливость.

Риски снижения активности хорошо известны. Появляются и быстро прогрессируют контрактуры, деформации позвоночника и суставов, вывихи, возрастает риск аспирации из-за неустойчивого положения головы и торса, ухудшается вентиляция легких и кашлевой толчок, что ведет к частым пневмониям. Уже с 10–13 лет у детей с ДЦП, тяжелыми и множественными нарушениями развития без должного сопровождения специалистов по движению могут формироваться жесткие стереотипы в приоритетах позы, низкая постуральная компетентность. У малоподвижных детей и взрослых страдает функция кишечника и мочевыводящих путей, формируются хронические запоры и рецидивирующие инфекции. На фоне боли и постоянного дискомфорта снижается настроение, усиливается тревога, возникает отказ от участия в самообслуживании. Эти последствия в большинстве случаев вторичны и их можно предотвратить при грамотной организации повседневности, регулярной смене положений тела, системной работе с позой, при наличии индивидуальных технических средств реабилитации (ТСР).

## **Рутинная и запланированная активность**

Активность человека в течение дня делят на функциональную (рутинную) и структурированную (запланированную).

Функциональная активность – это все действия, движения, происходящие рутинно (повороты в постели, пересаживание).

живания, перемещения внутри помещения, участие в гигиене, еде, досуге, игре и общении). Задача сопровождающих и ухаживающих – поддерживать и расширять реально используемые человеком навыки, создавать условия для их использования. Что человек может делать сам – делает сам. Ухаживающий предоставляет время и подсказки: словесные, тактильные, визуальные. Перед пересаживанием сообщается цель и последовательность действий, предлагается найти опору локтем, перенести вес, повернуть таз. Навыки, которые используются ежедневно в реальных действиях, закрепляются лучше, чем навыки, тренируемые только на занятиях. Делегирование сильного движения клиенту также снижает риск травм у персонала, поскольку уменьшает количество силовых подъемов и переносов за счет участия человека. «Героические» усилия персонала по пассивному перемещению человека и бесконечное обслуживание вместо сотрудничества с получателями социальных услуг становятся причиной усталости, выгорания и неудовлетворенности персонала работой. Командная работа, регулярное обучение практикам, которые действительно помогают хорошо работать, наличие понятных инструкций – идет на пользу всем. Хорошо, если у каждого человека с дефицитом массы тела и потребностью в организации двигательной активности будет несколько мини-маршрутов, которые повторяются каждый день. Утренний маршрут от кровати до мест гигиены и завтрака, дневной – до комнаты досуга или зала ЛФК, вечерний – неспешная прогулка по коридору и подготовка ко сну с укладками (валиками, подушками и пр.).

Структурированная активность – это запланированные занятия с физическим терапевтом, инструктором ЛФК или эрготерапевтом, направленные на тренировку силы и выносливости, дыхательную поддержку, профилактику вторич-

ных скелетно-суставных нарушений. Оптимальная помощь специалистов по движению и ухаживающего персонала сочетает ежедневное поощрение функциональной активности (иногда просто дать чуть больше времени на какое-то действие, поддерживающе улыбнуться) и несколько дозированных тренировок (стандартные рекомендации ВОЗ для занятий высокой эффективности – 3 раза в неделю; с целью респираторной поддержки и профилактики вторичных скелетно-суставных нарушений – ежедневно). Для людей с выраженной слабостью предпочтительны частые и короткие подходы, ориентированные на качество движения, безопасную амплитуду и переносимость нагрузки.

Среда должна работать на движение, делать его возможным и комфортным. Это означает доступность и эргономику жилого пространства: ширина проходов позволяет маневрировать креслом-коляской, кровать имеет регулируемые секции и высоту ложа, предусмотрены стационарные или мобильные подъемники, установлены необходимые поручни у кровати, у кресла, в санитарной комнате, в зонах досуга. Технические средства реабилитации подбираются персонально, настраиваются под антропометрию и регулярно пересматриваются, чинятся. Кресло-коляска с анатомическим сиденьем и спинкой, корректно установленный подголовник (если нужно), индивидуальная подушка против пролежней, вертикализатор с правильными упорами таза и колен, опоры для ходьбы – все это условия поддержания активности и профилактики осложнений. Любое ТСР работает только в связке с обучением ухаживающих и самого человека: как правильно сажать/сидеть, во что упираться руками, где располагать стопы, как контролировать положение таза и головы, когда прекращать активность при признаках утомления или боли.

Еще один важный вопрос – двигательная поддержка при плановых и экстренных госпитализациях. Она предотвращает регресс двигательных навыков. У каждого человека, проживающего в стационарном учреждении, должен быть индивидуальный список вещей и оборудования на случай госпитализации: привычная подушка или система укладок, сменные чехлы и простыни, противопролежневые валики, индивидуальный пояс или жилет для безопасности при пересаживаниях, базовые ортезы, собственное кресло-коляска и постуральная карта (пример списка см. в Приложении 2). Должны быть подготовлены сопроводительные документы с рекомендациями врача, где описаны допустимые/рекомендованные уровни нагрузки, ограничения по положению тела, правила кормления и гидратации, алгоритмы перемещений и критерии прекращения занятий. Если человек не пользуется звучащей речью или она недостаточно разборчива, а также при выраженных нарушениях интеллекта – важно передать в больницу коммуникативный паспорт (Приложение 1). В отделении желательно с первых суток восстановить привычные ритуалы: утреннее пересаживание в кресло, короткие прогулки по коридору, прием пищи в активной позе, вечерние укладки. Даже при необходимости строгого постельного режима поддерживается вариативность положений тела, проводится дыхательная гимнастика и мягкая мобилизация в безопасных амплитудах.

## **Постуральный уход**

Постуральный уход объединяет техники позиционирования, подбор опор и алгоритмы смены поз. Его цель – обеспечить анатомически выгодное, функционально полезное и комфортное положение тела, а также достаточное разно-

образии положений в течение суток. Неправильная поза и отсутствие вариативности приводят к каскаду осложнений: росту спастичности, деформациям, нарушению дыхания и глотания, сдавливанию внутренних органов, болям и пролежням. Правильно организованная поза, напротив, облегчает дыхание и откашливание, улучшает усвоение еды, снижает болевой синдром, поддерживает коммуникацию и участие в собственной жизни. Базовая идея постурального ухода – регулярная смена положения тела. Для взрослого безопасно выдерживать одну позу не более двух часов, у детей и людей с тяжелой инвалидностью, ярким темпераментом интервалы короче. Ночами чередуются укладки на спине и на боках, днем – активные позиции сидя и стоя с дозированной вертикализацией.

Программа постурального ухода оформляется письменно и включает карту поз. В карте для каждой ситуации – отдых, бодрствование, прием пищи, транспортировка, занятия, досуг – описываются исходное положение, ключевые ориентиры симметрии, точки опоры, особенности фиксации, допустимая амплитуда движения и целевые ощущения. К карте прилагается режим смены поз по часам и индивидуальные признаки перегрузки: изменение цвета кожи, холодный пот, выраженная одышка, гримаса, повышение мышечного тонуса, жалобы на головокружение. Карта регулярно пересматривается при изменении состояния, массы тела, роста или появления новой аппаратуры.

Организация положения лежа начинается с оценки матраца, высоты ложа и доступных опор. На спине добиваются центрального положения таза и плечевого пояса, поддерживают физиологические изгибы позвоночника, исключают переразгибание шеи. Бедрa располагают параллельно, стопы – в нейтральном положении с мягкой подошвенной опорой. На боку стабилизируют таз и грудную клетку в ней-

трали, предотвращают скручивание корпуса, между коленями и лодыжками размещают валики, голову удерживают на высоте, соответствующей ширине плеч. Положение на животе возможно только при хорошей переносимости и при отсутствии противопоказаний со стороны дыхания и пищеварения; оно полезно для разгрузки спины, но требует внимательного наблюдения (за цветом лица и характером дыхания).

Организация положения сидя в кресле-коляске базируется на «треугольнике стабильности»: таз, бедра и стопы. Сначала выравнивают таз в нейтральной позиции, затем обеспечивают равномерную опору бедер на сиденье и устойчивое положение стоп на подножках с возможностью активного упора. При необходимости используют анатомические подушки, клинья для контроля заднего или переднего завала таза, формованные спинки, боковые поддержки, столик как дополнительную переднюю опору. Корпус располагается максимально симметрично, плечи расслаблены, шея вытянута, подбородок в легкой ретракции. Для безопасности применяют тазовый ремень, грудные жилеты, ремни на плечи, но избегают чрезмерной фиксации, которая лишает человека движения и повышает риск боли. Правильно организованная поза делает возможным приятный прием пищи, чтение, работу с коммуникатором, общение и прогулки без усталости и риска аспирации.

Организация положения стоя решает сразу несколько задач: улучшает вентиляцию легких, повышает плотность костной ткани, стимулирует работу кишечника, тренирует сердечно-сосудистую систему, помогает контролировать спастичность и боль. Вертикализатор подбирают по росту и массе тела, регулируют угол наклона, высоту упоров коленей, ширину поддержки таза и грудной клетки. Начинают с коротких сеансов, постепенно увеличивая длительность при

хорошей переносимости. Во время стояния контролируют уровень сознания, цвет кожи, частоту дыхания и пульса, прислушиваются к жалобам. Для некоторых людей более удобна «паллиативная вертикализация» – приподнятое изголовье и частичная опора на спинку и валики. Если одна из целей – ходьба, то можно использовать тренажерные ходунки и пристенные опоры. Важно действовать медленно, ориентируясь на качество, а не на дистанцию.

Обучение ухаживающего персонала (и семьи при наличии) состоит из нескольких этапов: демонстрация, совместное выполнение, самостоятельное выполнение под наблюдением, обратная связь и закрепление. Практика идет на реальных задачах – утренние укладки, пересаживание в кресло, подготовка к приему пищи, безопасный перенос в душевую. Для сменного персонала создаются наглядные памятки с фото из поструральной карты, пошаговые алгоритмы выполнения рутин. Такие простые документы снижают вариабельность ухода и защищают человека от ошибок новичков, от травм.

Документирование делает работу воспроизводимой. В карте человека хранятся не только медицинские выписки, но и актуальные размеры для настройки ТСП, фотографии поз, режим смены поз, список «красных флагов» и порядок действий при их появлении, перечень нужного оборудования, график его обслуживания, а также контакты ответственных. Такая карта помогает новым сотрудникам быстро встраиваться, облегчает коммуникацию, снижает риск повторения ошибок и, конечно, улучшает качество жизни особого человека (да и самих сотрудников учреждения). Если грамотно организовать пространство, необходимые ТСП, обучение сотрудников, то можно значительно снизить нагрузку на персонал. Очень важны культура и ценности учреждения: уважение к темпу человека, запрет на кормление

лежа, нулевая терпимость к «посидит как-нибудь», регулярные разборы сложных случаев и обмен удачными решениями между сменами.

Двигательная активность, развивающий уход и постральный уход составляют основу повышения качества жизни людей с выраженным дефицитом массы тела. Их объединяет общая цель – сохранить функции, предупредить осложнения и поддержать участие человека в жизни учреждения и сообщества. Системная работа снижает частоту госпитализаций и их длительность, уменьшает боль и утомляемость, повышает эффективность питания и терапии, укрепляет мотивацию и чувство контроля. В результате меняется не только функциональное состояние человека, но и атмосфера – уход превращается в совместное движение к цели, в хорошую жизнь.

## Принцип преемственности в работе с детьми и взрослыми с выраженным дефицитом массы тела при их переводе в другое учреждение

Наблюдения за судьбами молодых людей с тяжелыми нарушениями развития 18–23 лет, переведенными из детского интерната во взрослый, показывают высокий риск не только ухудшения состояния здоровья человека, потери массы тела, но и частых случаев скоропостижной смерти в течение нескольких месяцев после переезда. Это объясняется и огромным стрессом в связи с потерей человеком привычного дома, уклада, людей, и недостаточностью ухода и внимания по сравнению с детским учреждением, и отсутствием преемственности – организованного процесса постепенной адаптации выпускника детского интерната к новому учреждению, новым людям, новым условиям жизни.

### **Из детства – куда? Основные принципы модели преемственности**

Модель преемственности – это последовательность этапов (подготовительный, переезд, сопровождение адапта-

ции) перевода детей с тяжелыми нарушениями развития, проживающих в детских учреждениях стационарного социального обслуживания, во взрослые психоневрологические интернаты (социальные дома). Модель преемственности появилась в начале 2000-х годов, имеет многолетнюю практику, доказанную эффективность и может быть воспроизведена силами государственных и благотворительных организаций.

### **Основные принципы модели преемственности**

- Представители взрослого интерната (социального дома) приезжают в детский дом-интернат знакомиться с выпускником еще до перевода, а в случаях, когда требуется дополнительный и сложный уход, сотрудники взрослого интерната могут несколько дней провести с сотрудниками детского учреждения, обучаясь особенностям ухода и поддержки такого человека.
- К моменту перевода детский интернат готовит все технические средства реабилитации (ТСР) и исчерпывающую информацию о человеке. Важно предоставить не только медицинские сведения, но и сообщить о личностных особенностях, предпочтениях человека, чтобы сопровождающие во взрослом учреждении быстрее и лучше познакомились с ним.
- В процесс обеспечения мягкого перевода вовлекаются волонтерские организации.

Процесс перевода человека с тяжелой инвалидностью из детской организации во взрослую, основанный на принципах преемственности, начинается, когда человеку исполняется 14 лет и завершается через несколько месяцев после его переезда во взрослый интернат (18–23 года). Ниже будут описаны важные детали каждого из трех этапов – подготовительного, переезда, адаптации к новой жизни.

**Подготовительный этап.** К переводу нужно готовиться заблаговременно. Для эффективной подготовки будущего выпускника к переводу специалисты (детский интернат, школа, НКО/волонтеры) составляют документ – индивидуальную программу подготовки к переводу подростка, которому исполнилось 14 лет, выделяют основные зоны развития подопечного, определяют направления работы на ближайшее время.

Программа состоит из трех последовательных шагов.

1. С 14 лет оцениваются и описываются имеющиеся навыки самообслуживания и коммуникации, сформированные к этому возрасту, а также зоны развития, затем ставятся цели и задачи по социализации подопечного. Ведется работа по реализации поставленных целей. В рамках социализации организуются мероприятия, направленные на то, чтобы будущему выпускнику было привычно находиться в новых местах с новыми людьми. Например, посещение концертов, прогулки по людным улицам, посещение магазинов, выезды на летний отдых.
2. С 17 лет организуются медицинские обследования для определения необходимых ТСП и их получению, а также для оценки необходимости продления пребывания выпускника в детском доме-интернате до 23 лет или же выбора наиболее подходящего взрослого интерната и отделения в нем. В этот период также может определиться возможность устройства в дом или квартиру сопровождаемого проживания – альтернативу интернатной форме жизнеустройства. Тогда же составляется памятка по сопровождению подопечного для сотрудников ПНИ.
3. Когда становятся известны принимающий интернат и отделение, куда будет переводиться подопечный, происходит знакомство сотрудников этого интерната и во-

лонтеров взрослого учреждения (при наличии) с потенциальным выпускником, происходит активное взаимодействие специалистов детского и взрослого учреждений. Стажировки сотрудников взрослого интерната по вопросам ухода за выпускником с ТМНР (особенности кормления, ухода за гастростомой, позиционирования и т.д.) проходят на площадке детского дома-интерната. После того, как выбрано учреждение, в которое в ближайшее время переедет выпускник, нужно по возможности организовать ему несколько гостевых визитов в учреждение. Это поможет снизить стресс при переезде.

Специалисты, которые знакомы с ребенком (сотрудники ДДИ, школы, волонтеры), готовят его коммуникативный паспорт. Документ кратко знакомит работников взрослого интерната с индивидуальными особенностями человека, его предпочтениями, особенностями коммуникации, привычками, навыками, вкусами. Паспорт составляется от имени самого выпускника (см. пример в Приложении 1) и передается в интернат вместе с другими документами. Рекомендуются размещать его на тумбочке возле кровати, где любой человек может им воспользоваться.

Очень важно еще до перевода выпускника с ТМНР во взрослое учреждение позаботиться о приобретении необходимых индивидуальных технических средств реабилитации и адаптации имеющихся. Возможность использования качественных ТСП с первых дней пребывания в новом учреждении поможет выпускнику предотвратить стремительное нарастание вторичных скелетно-суставных нарушений. Помимо инвалидных колясок необходимо подобрать и дополнительные ТСП, такие как тьютора, корсеты, ортопедическую обувь, вертикализаторы и др. Очень важно, чтобы эта работа проводилась в ДДИ до переезда во взрослое

учреждение, поскольку в детском интернате хорошо знают особенности выпускника, тогда как после переезда специалистам потребуется достаточно продолжительное время для их понимания, а также для последующего получения ТСП, учитывающих индивидуальные потребности. Важно уточнить, что у маловесных выпускников с ТМНР не наблюдается резкого скачка в росте после 18 лет, соответственно, физиологические параметры с большой вероятностью сохранятся и в психоневрологическом интернате в ближайшие 4–5 лет. Задачу по подбору и адаптации необходимых ТСП могут решать специалисты по адаптивной физической культуры (АФК), медицинский персонал и инструктор по лечебной физической культуре (ЛФК) детского дома-интерната, специалисты социального отдела учреждения. Для составления индивидуальной спецификации ТСП могут быть привлечены сторонние специалисты (например, эрготерапевт, специалист по ТСП из благотворительной организации).

Одним из важнейших факторов обеспечения хотя бы минимально приемлемого качества жизни человека с ТМНР является его позиционирование, контроль за положением тела. Для этого составляется постуральная карта, то есть индивидуальная памятка для сопровождающих – с фотографиями всех организованных специалистом правильных положений тела. Постуральная карта дает возможность сотруднику или волонтеру без профильного образования, сопровождающему человека, поддерживать эргономичный режим. Подробнее см. примеры в Приложении 4 (обратите внимание – к каждой фотографии даются пояснения, помогающие в организации позы подопечного).

Для персонала принимающего интерната командой специалистов детского дома-интерната готовится подробная памятка (помимо достаточно лаконичного коммуникатив-

ного паспорта), в которой содержится информация о характере человека, его возможностях, навыках, вкусах, особенностях ухода и постурального ухода. Памятка передается заведующему отделением при переводе выпускника, в случае необходимости печатается и размещается в комнатах.

**Переезд во взрослый интернат.** После получения выпускником путевки в учреждение сотрудники детского интерната постепенно собирают по списку все необходимое для переезда – документы, одежду и обувь (сезонную и сменную), личные вещи, оборудование. В день самого переезда передают все собранные вещи и бумаги. Составляется акт о передаче вещей, который помогает найти все переданное с выпускником. Заведующий отделением интерната после подробного ознакомления со всеми документами знакомит персонал с информацией о выпускнике.

**Сопровождение адаптации на новом месте.** Первые несколько месяцев важно, чтобы сотрудники и волонтеры детского интерната навещали выпускника хотя бы один раз в две недели. В первый месяц после переезда сотрудники детского дома, волонтеры должны поддерживать активный контакт с персоналом взрослого учреждения для отслеживания адаптации выпускника. Оценивать процесс адаптации выпускника после переезда должна команда, состоящая как из сотрудников, так и волонтеров/специалистов НКО. Мониторинг адаптации в первые шесть месяцев позволяет судить о том, комфортна ли для выпускника среда проживания. В этот период очень важно обратить внимание на ключевые условия жизни. Стол должен быть подобран в соответствии с возможностями человека – общий/протертый/специализированное питание. У человека должна быть удобная посуда, а прием пищи должен происходить в кресле, а не в кровати. Необходимо строго соблюдаться гигиенический режим – смена подгузников минимум 3 раза

в день, ежедневная чистка зубов, умывание, мытье, постральный режим (составлено и размещено над кроватью расписание двигательной активности человека). Ключевое правило – в кровати человек не живет. Человек в кровати находится только во время сна и периодического отдыха от различных активностей, все остальное время он проводит вне кровати (еда, досуг, перемещение по интернату и прогулки). Важно отслеживать качество социализации. Достойный образ жизни предполагает нахождение в сообществе, наличие прогулок, участие в культурных и спортивных мероприятиях внутри интерната и вовне, важно подобрать каждому человеку посильную занятость.

Изменение места жительства, потеря привычных отношений – это большой стресс. Всем выпускникам детских интернатов очень тяжело пережить существенные изменения в жизни (как и всем людям), а человеку с тяжелыми множественными нарушениями особенно трудно, ведь для него обстановка родного детского дома, группы составляла картину мира, который разрушился. Для успешной адаптации важно максимально сохранять элементы и детали привычной жизни (любимая игрушка, плед, одежда, чашка, иконка, фотография должны переехать вместе с человеком). Для успешной адаптации очень важно, чтобы в первые месяцы выпускник продолжал общение со своими знакомыми сотрудниками ДДИ, волонтерами – близкими взрослыми, к которым он очень привязан. Это необходимо до того момента, когда близкие люди появятся и в ПНИ.

# Мониторинг и контроль динамики массы тела получателей социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания

## Оценка пищевого статуса у взрослых

Мониторинг пищевого статуса проводят всем проживающим в стационарных учреждениях социальной защиты. Цель регулярной оценки показателей пищевого статуса – своевременное выявление недостаточности питания и ее коррекция.

При поступлении в учреждение и в дальнейшем каждый месяц измеряют **следующие показатели**.

1. *Длина тела (см)*. Измерение проводится утром натощак, стоя босиком на ровной поверхности, спина прямая, пятки вместе, прижаты к стене, голова в естественном положении. Используется ростомер или рулетка с отвесом. Измерение проводят с точностью до 0,5 см. При невозможности стоять возможно измерение в положении лежа на твердой поверхности.

2. *Масса тела (кг)*. Взвешивание проводят утром, натощак, после посещения туалета, в легкой одежде (или с поправкой на массу одежды). Используют медицинские весы с точностью до 0,1 кг. При невозможности самостоятельно стоять – кресельные весы. Для немобильных лиц в лежачем положении – весы, встроенные в кровать, или подвесные весы типа гамак.
3. *Индекс массы тела (ИМТ)*. 
$$\text{ИМТ} = \frac{[\text{масса тела}]}{[\text{рост}]^2} \text{ кг/м}^2.$$
4. *Окружность талии (см)*. Измеряют сантиметровой лентой посередине расстояния между краем реберной дуги и верхними передними гребнями подвздошных костей.
5. *Окружность плеча (см)*. Измеряют сантиметровой лентой на границе верхней и средней трети плеча с ведущей стороны тела. В случае наличия неврологической или иной патологии, сопровождающейся асимметрией конечностей, окружность плеча измеряют на менее поврежденной стороне.
6. *Окружность голени (см)*. Измеряют сантиметровой лентой в самой широкой части с ведущей стороны тела. В случае наличия неврологической или иной патологии, сопровождающейся асимметрией конечностей, окружность голени измеряют на менее поврежденной стороне.
7. *Артериальное давление (АД, мм рт. ст.)*. Для измерения АД более предпочтительными являются сертифицированные приборы с манжетой на плечо, имеющие регистрационное удостоверение на территории РФ, механические или автоматические электронные. Безманжеточные приборы для измерения АД применять не рекомендуется.

Рекомендуется проводить измерения АД на обеих руках, по крайней мере, в первый раз. При выявленной разнице показателей между правой и левой руками в даль-

нейшем рекомендуется проводить измерения на руке с более высоким АД.

Главным фактором снижения риска смерти, инсульта и инфаркта миокарда является **контроль АД** и поддержание его на уровне как минимум  $<140/90$  мм рт. ст., поэтому важен контроль АД с использованием аппаратов для измерения АД. При этом необходимо **выполнение следующих правил:**

- не заниматься физическими нагрузками, не курить и не употреблять кофеинсодержащие напитки за 30 минут до измерения АД;
  - в течение 5–10 минут перед измерением АД необходим отдых в тишине, в комфортной обстановке;
  - при измерении АД рука и спина должны быть расслаблены;
  - при возможности измерение АД проводится в положении сидя за столом с поддержкой спины и полной опорой стоп на пол без перекрещивания и поджимания ног; рука лежит на столе так, чтобы надетая на плечо манжета находилась на уровне сердца (или АД измеряется в положении лежа);
  - манжета накладывается на плечо на расстоянии 2–3 см от локтевого сгиба, одежда не должна плотно охватывать плечо и создавать складки и дополнительную компрессию;
  - во время измерения АД проживающему не нужно двигаться и разговаривать;
  - необходимо производить серию измерений: не менее двух измерений подряд с интервалом не менее 1 минуты после окончания предыдущего измерения;
  - следует записывать результаты измерений в журнал.
8. Частота сердечных сокращений (ЧСС, ударов в минуту). Измеряют на запястье и указывают в ударах в минуту. Возможно использование показаний пульсоксиметра.

После проведения измерений оценивают наличие факторов риска недостаточности питания.

#### **Основные факторы риска недостаточности питания**

1. Длина тела <144 см у мужчин и <137 см у женщин.
2. Масса тела <56 кг у мужчин и <47 кг у женщин.
3. ИМТ <15,0 кг/м<sup>2</sup>.
4. Окружность плеча <22 см.
5. Окружность голени <31 см.
6. АД <90/60 мм рт. ст. или >140/90 мм рт. ст.
7. ЧСС <60 уд. в мин. или >90 уд. в мин.
8. Тяжелое общее соматическое состояние.
9. Ограничение передвижения: потребность во вспомогательных средствах, включая сидячую каталку, кресло, а также нахождение в вынужденном/лежащем положении.
10. Снижение массы тела больше, чем на 3 кг за три месяца (непреднамеренная потеря массы тела).
11. Пищевая аллергия и/или непереносимость отдельных пищевых продуктов.
12. Потребность в помощи при приеме пищи, в кормлении.
13. Нарушение жевания.
14. Нарушение глотания.
15. Наличие гастростомы или назогастрального зонда (нарушение естественного питания).
16. Получение нутритивной поддержки ранее (указывает на предшествующие проблемы с питанием).

#### **Дополнительные факторы риска недостаточности питания**

1. Состояние после госпитализации в медицинский стационар в связи с острым заболеванием и/или обострением хронического заболевания.
2. Наличие заболеваний, ассоциированных с нарушением питания, включая сахарный диабет, ожирение, заболевания ЖКТ и др.

3. Тяжелое органическое поражение головного мозга, генетическая патология, тяжелые когнитивные нарушения.

### **Скрининг по краткой шкале недостаточности питания (Mini Nutritional Assessment, MNA)**

Шкала MNA (определение недостаточности питания и потребности в лечебном питании) заполняется на каждого проживающего:

- при наличии факторов риска недостаточности питания – 1 раз в месяц;
- при отсутствии факторов риска – 1 раз в 3 месяца.

На первом этапе проводят заполнение скрининговой части шкалы (см. Приложение 9). При результате 11 баллов и менее – проводят углубленную оценку.

### **Скрининг саркопении**

Саркопения – это прогрессирующая генерализованная утрата мышечной массы и силы, сопровождающаяся снижением физической работоспособности и повышением риска падений, утраты самостоятельности и смертности. Ассоциирована со старением, воспалением и недостаточностью питания.

Скрининг саркопении необходим всем проживающим наряду с оценкой пищевого статуса. Частота определения соответствует частоте заполнения шкалы MNA (см. выше).

В ходе диагностики саркопении всем проживающим проводят оценку мышечной силы и массы. Для определения мышечной силы используют измерение силы сжатия кисти (кистевая динамометрия) при помощи динамометра. Для

этого нужно дать проживающему сжать динамометр одной рукой максимально сильно и зафиксировать результат. Следует провести измерение для обеих рук и использовать лучший показатель. Пороговые значения: мужчины:  $\leq 27$  даН и женщины:  $\leq 16$  даН. Показатели ниже пороговых свидетельствуют о риске саркопении.

Для оценки мышечной массы используют измерение окружности плеча и голени по методике, описанной выше. Пороговые значения: окружность голени:  $\leq 31$  см и окружность плеча:  $\leq 21$  см. При показателях ниже или равных пороговым определяют дефицит мышечной массы.

При сочетании сниженной мышечной силы (по динамометрии) и дефицита мышечной массы наличие саркопении считается установленным. В этом случае необходима консультация врача.

Все полученные данные необходимо вносить в документацию/карту проживающего. Следует указывать дату и результаты измерений (рост, масса тела, окружности, АД, ЧСС, показатели динамометрии), рекомендации врача по питанию и физической активности. Пример таблицы динамики состояния приведен в Приложении 7.

### **Правила энтерального питания**

Специализированные пищевые продукты энтерального питания (ЭП) – продукты диетического профилактического и/или диетического лечебного питания для взрослых и детей старше одного года, предназначенные для зондового питания и/или перорального употребления в качестве единственного источника пищевых веществ и энергии; также могут использоваться в качестве дополнительного источника при недостаточности питания или риске его формирования, когда обычный прием пищи невозможен или ограничен. (ГОСТ 35004-2023 Продукция пищевая специализиро-

ванная. Продукты пищевые энтерального питания базовые. Общие технические условия).

Основные варианты энтерального питания

- комбинированное пероральное ЭП специальными смесями в сочетании с назначением лечебного питания;
- пероральное ЭП специальными смесями;
- зондовое ЭП через зонд в желудок, двенадцатиперстную кишку или тощую кишку (в том числе через стому).

Выбор методики проведения ЭП, а также дозировка, концентрация и скорость подачи смесей зависят от возраста, массы тела больного, вида заболевания, потребностей организма в пищевых веществах, состояния функций ЖКТ. Методику проведения ЭП определяет врач.

Энтеральное питание может быть реализовано путем введения смесей через зонд, перорально в виде напитка или добавки к пище.

В качестве технических средств обеспечения зондового питания могут быть использованы капельница (без фильтра), гравитационная система для энтерального питания, шприц Жанэ, перистальтический насос для энтерального зондового питания.

### **Пероральное питание**

Смеси ЭП за счет приятного вкуса могут быть применены перорально в виде жидкой диеты (напитка) в тех ситуациях, когда зонд больному не нужен и сохранены или восстановлены функции ЖКТ, однако имеются высокие потребности в белках и энергии. Смеси обладают приятным вкусом и могут использоваться для замены одного или нескольких приемов пищи. При возможности самостоятельного питания через рот пациент в качестве дополнительного питания получает в течение дня от 400 мл до 1000 мл смеси порциями по 100–200 мл в промежутках между приемами пищи.

Также можно давать смесь в качестве одного из обычных приемов пищи – на завтрак или на полдник, 200 мл в день (или по потребностям). Вид смеси, ее количество, режим питания определяет врач.

### **Энтеральное зондовое питание**

Начинать зондовое питание у больных с тяжелой недостаточностью питания следует с небольших объемов (200–500 мл) и с медленной (50 мл/час) скоростью подачи смеси через зонд. Во избежание осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта рекомендуется постепенно, в течение 2–3 суток и более, доводить количество смеси до необходимого, которое определяет врач.

Энтеральное зондовое питание через одноканальные зонды при сохраненной функции желудочно-кишечного тракта осуществляют путем введения смесей в желудок или тонкую кишку гравитационным методом через инфузионные системы или с помощью перфузионных насосов, что обеспечивает их хорошее всасывание и переносимость.

Капельные режимы питания применяют как при внутрижелудочном, так и внутрикишечном зондовом питании. Для реализации этого вида питания используют стандартные инфузионные системы с предварительно разрушенным фильтром в капельнице. Наряду с этим для осуществления энтеральных инфузий желателно использовать специальные системы с объемными пластиковыми мешками (гравитационная система для энтерального питания), которые герметично закрываются пробкой. Эти меры в значительной мере исключают случайное инфицирование приготовленной смеси. Более технологичным является применение жидких смесей в гравитационной самоспадающейся упаковке (500 и 1000 мл).

При постоянном капельном методе питания и хорошей переносимости смеси скорость введения постепенно увеличивается с 1 мл/мин. (50 мл/час, 30–60 капель/мин.) до 2 мл/мин. (75–100 мл/час). При этом максимальный темп подачи смеси не должен превышать 125 мл/час.

При прерывистом капельном методе питания первые 100 мл смеси вводятся в течение 20–30 минут, следующие 100 мл через два часа от начала первого кормления. В случае хорошей переносимости скорость введения увеличивается с 5 до 10 мл/мин. Каждая порция объемом от 200 мл до 400 мл вводится в течение 20–40 минут с интервалом между кормлением в 2 часа.

Ручной метод активного порционного (болюсного) введения питательной смеси осуществляется при помощи шприца Жанэ, при этом можно использовать его для внутрижелудочного зондового питания, в том числе через гастростому. В этом случае питание проводят дробно (по 100–200 мл) каждые два часа, всего 9–10 кормлений за сутки.

Применение аппаратного метода инфузии питательной смеси с помощью специальных насосов для энтерального питания позволяет более точно подбирать скорость введения смеси.

При внутрижелудочном питании вне зависимости от выбранного режима перед введением очередной порции смеси следует определять остаточный объем желудочного содержимого, и в том случае, если он составляет более половины ранее введенной порции, очередное кормление следует пропустить.

При длительном зондовом питании каждые 3–4 часа зонд следует промывать кипяченой водой (30–50 мл) комнатной температуры, а при использовании ниппельных зондов с внутренним диаметром до 3 мм это необходимо делать каждые 2 часа.

## Антропометрия у детей

### Рост

При сохраненной способности стоять на прямых ногах рост измеряют обычным способом с помощью ростомера. При невозможности вертикализации пациента – в положении лежа. При наличии контрактур, синдроме спастичности, искривлений позвоночника и других деформациях осевого скелета проводят сегментарные измерения роста. С помощью скользящего калипера или сантиметровой ленты измеряют высоту колена и/или длину голени. У пациентов с гемипаретической формой ДЦП следует учитывать, что на пораженной стороне могут определяться гипотрофия мышц, укорочение конечностей, а также недостаточность подкожного жирового слоя.

*Измерение роста стоя.* Ребенка ставят босыми ногами на площадку ростомера спиной к шкале. Его тело должно быть выпрямлено, руки опущены, колени разогнуты, стопы плотно сдвинуты. Голову устанавливают в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край ушного канала находятся в одной горизонтальной плоскости. Ребенок должен касаться шкалы тремя точками: межлопаточной областью спины, областью крестца и пятками. Подвижную планку ростомера плотно, но без надавливания, прижимают к голове до соприкосновения с верхушечной точкой, после чего ребенка выводят с площадки ростомера и снимают показания.

*Измерение роста сидя.* Для пациентов, способных сидеть, но не имеющих возможности стоять, можно использовать ростомер со шкалой для измерения длины корпуса сидя. Для измерения роста сидя – ребенок сидит на табуретке ростомера, выпрямив спину и прижавшись к шкале областью крестца, спиной в межлопаточном промежутке и затылком. Голову устанавливают так же, как и при измерении роста стоя, ноги должны быть согнуты в коленных

суставах под прямым углом. Показания снимают с помощью подвижной планки по шкале для измерения роста сидя.

*Измерение длины тела лежа.* Ребенка укладывают на ростомер так, чтобы его макушка плотно прикасалась к неподвижной поперечной планке ростомера. Голова ребенка должна располагаться так, чтобы воображаемая вертикальная линия от ушного канала до нижней границы глазницы проходила перпендикулярно к ростомеру (глаза ребенка должны быть направлены прямо вверх). Плечи должны касаться горизонтальной поверхности, спина не должна выгибаться. Следует мягко надавить на колени, чтобы максимально выпрямить ноги. Если ребенок слишком возбужден и невозможно удержать обе ноги в одном положении, измерение производят с одной ногой в нужном положении. Подошвы стоп ребенка должны лежать ровно на подножке, пальцы ног должны быть направлены вверх. Если ребенок выгибает пальцы ног и подножка не касается подошв стоп, следует слегка пощекотать подошвы и, когда ребенок выпрямит пальцы ног, быстро провести измерение. Все действия необходимо проводить быстро.

*Измерение относительной длины бедра.* Длину бедра измеряют от выступающей точки большого вертела или передне-верхней ости крыла подвздошной кости до щели коленного сустава.

*Измерение высоты колена.* Измеряют калипером. Ребенок должен сидеть, голеностопный и коленный суставы согнуты под углом 90°, плоское лезвие калипера располагается под пяткой ребенка, верхнее лезвие – на 2 см позади надколенника над бедренными мышцами.

*Измерение длины голени.* Ребенок может сидеть или лежать на спине, измерения проводятся по внутренней поверхности голени. Измеряется расстояние от места соприкосновения большеберцовой и бедренной кости до дистального края медиальной лодыжки.

### **Масса тела**

С целью определения массы тела используют весы различной модификации: напольные, весы для инвалидов колясок, сидячие весы, подъемные весы. Допускается измерение массы тела на руках у родителя или ухаживающего персонала с последующим вычислением массы тела ребенка путем вычета массы тела ухаживающего лица.

### **Окружности**

Измерение окружностей производят с помощью сантиметровой ленты.

*Окружность головы.* Измеряют наложением ленты, проводя ее сзади по затылочной точке, а спереди по надбровным дугам. Наложение осуществляется в направлении от правой височной области до левой, результат считывают над лбом.

*Окружность груди.* Измеряют трижды: при спокойном дыхании, на высоте вдоха и высоте выдоха. Ребенок должен находиться в положении стоя с опущенными руками. Измерительную ленту накладывают сзади под нижними углами лопаток при отведенных в сторону руках. Затем руки опускают и проводят ленту спереди по среднегрудной точке (нижний край околососкового кружка). У девочек пубертатного периода с развитыми молочными железами ленту накладывают над грудной железой, в месте перехода кожи с грудной клетки на железу. Сначала измеряют основной показатель – окружность груди при спокойном дыхании, затем – на максимальном вдохе и после – на максимальном выдохе. Все измерения производят при одномоментном наложении ленты. Разность окружностей грудной клетки при максимальном вдохе и выдохе называется экскурсией грудной клетки.

*Окружность живота.* Измеряют на уровне пупка.

*Окружность бедра.* Измеряют при горизонтальном наложении сантиметровой ленты под ягодичной складкой. Ре-

бенок при этом должен стоять, расставив ноги на ширину плеч. У маленьких детей и у пациентов с нарушенной двигательной активностью и отсутствием вертикализации измерение проводится в положении лежа.

*Окружность голени.* Измеряют в области наибольшего развития икроножной мышцы.

*Окружность плеча.* При измерении окружности плеча рука висит свободно вдоль туловища, лента проходит по центру средней трети плеча.

**При ИМТ ниже 18,5 люди должны взвешиваться не реже одного раза в месяц** (используются специальные весы для маломобильных людей). Если масса тела снижается, то нужно отслеживать динамику еженедельно и принимать медицинские меры. Врач может либо увеличить дозировку лечебного питания, либо поменять препарат, либо рассмотреть возможность установки гастростомы. Для контроля динамики и доступности информации о человеке и его состоянии рекомендуется вести учет в одной таблице. У директора учреждения и министерства должен быть постоянный доступ к этим документам.

Примеры таблицы динамического наблюдения и других документов «Сестринской папки»<sup>1</sup> можно посмотреть в приложениях.

---

<sup>1</sup> «Сестринская папка» – это документ (набор документов), который оформляют медсестры по протоколам, стандартам сестринского дела, и где фиксируют различные параметры, результаты наблюдений и манипуляций. Часто сестринский процесс делят на этапы – оценка, план, реализация, анализ результатов. Например, оценили, что ИМТ свидетельствует о дефиците массы тела; наметили план – добавить энтеральное питание; реализовывали план и в течение определенного периода действовали по нему; потом оценили результат – увеличилась масса тела или нет.

## Заключение

Экстремально низкая масса тела и всегда сопутствующее ей низкое качество жизни – проблема, с которой хорошо справляется современная медицина с помощью своевременно и грамотно подобранного специализированного питания. Однако одним из условий усвояемости пищевых веществ является комплексный подход к заботе о людях с низкой массой тела. Нутритивная поддержка работает заметно эффективнее в комплексе с психологической помощью, организацией двигательной и социальной активности человека.

Все специалисты, участвовавшие в разработке данных методических рекомендаций, имеют практический опыт применения описанных в них подходов и подтверждают их эффективность. Надеемся, что общими усилиями мы сможем продлить и улучшить жизнь людей, нуждающихся в особой поддержке.

## Терминология

**Анорексия** Психическое расстройство, характеризующееся стойким ограничением питания, искаженным образом тела и патологическим страхом набрать вес. Приводит к дефициту массы тела, эндокринным нарушениям, остеопении, аритмиям и суицидальному риску. Требуется комплексной терапии: психотерапия, диетотерапия, реабилитация, мониторинг соматического состояния, участие семьи.

**Базальная стимуляция** Метод поддержки людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), направленный на формирование сенсорного опыта, осознания собственного тела и установление коммуникации. Подход основывается на удовлетворении базовых человеческих потребностях в ощущении себя и взаимодействии с окружающими. Включает целенаправленное применение техник стимуляции соматического, вестибулярного, вибрационного и орального восприятия, что способствует развитию моторики, снижению тревожности и интеграции в социальную среду.

**Госпитализм** Комплекс эмоционально-психических и поведенческих изменений при длительном пребывании в учреждениях (стационарах, интернатах) – апатия, тревога, регресс навыков, нарушения сна и аппетита, ослабление привязанностей. Уязвимы пожилые и люди с когнитивным дефицитом. Профилактика: среда, ориентированная на человека, контакт с близкими, активизация, индивидуализированный уход.

**Деменция** Синдром хронического прогрессирующего снижения когнитивных функций (память, мышление, речь,

планирование) с нарушением повседневной активности при сохранном уровне сознания. Причины: болезнь Альцгеймера, сосудистые, лобно-височные, смешанные формы. Сопровождается поведенческими и пищевыми проблемами, повышающими риск мальнутриции (см. *Недостаточность питания*). Требуеет междисциплинарного ведения.

**Депрессия анаклитическая** Острое депрессивное состояние у младенцев, вызванное длительной разлукой с близким взрослым (обычно матерью). Ребенок становится апатичным, плаксивым, отказывается от еды. Вызывает задержку развития. Во взрослом возрасте анаклитическая депрессия выглядит как невозможность самостоятельно заботиться о себе, полная зависимость от ухаживающего.

**Депрессия** Аффективное расстройство с устойчиво сниженным настроением, ангедонией, утомляемостью, нарушениями сна и аппетита, когнитивным замедлением и суицидальными мыслями. У пожилых часто маскируется соматическими жалобами и снижением массы тела. Лечение включает антидепрессанты, психотерапию, активацию и коррекцию питания. Важен скрининг в стационарах соцзащиты.

**Дефицит массы тела** Состояние, при котором масса тела ниже возрастно-полового и ростового норматива (обычно ИМТ <18,5 у взрослых) и/или присутствует дефицит жировой и мышечной ткани. Ведет к иммунной дисфункции, слабости, падениям, пролежням, высокой смертности. Причины: недостаточное потребление, мальабсорбция, хронические заболевания, депрессия, дисфагия и пр. Нужна нутритивная поддержка и реабилитация.

**Дистрофия** Снижение массы и трофики тканей вследствие хронического недостатка энергии/белка, дефицитов ми-

кронутриентов или заболеваний. Проявляется истончением подкожного жира, атрофией мышц, гиповитаминозами, иммунодефицитом. В стационарах усугубляется гиподинамией. Нужны скрининг, индивидуальные рационы, добавки, тренировки и коррекция основного заболевания.

**Дисфагия** Нарушение акта глотания на оральном, фарингеальном или эзофагеальном этапе, сопровождающееся поперхиванием, задержкой пищи, аспирацией, потерей массы тела. Часто происходит при инсульте, деменции, паркинсонизме, саркопении. Требуется оценки логопедом/эрготерапевтом, модификации консистенции пищи и позы, психотерапии, тренировок глотания и профилактики аспирационной пневмонии.

**ИМТ (индекс массы тела)** Отношение массы к росту<sup>2</sup> (кг/м<sup>2</sup>), скрининговый показатель питания: <18,5 – дефицит, 18,5–24,9 – норма, ≥25 – избыточная масса/ожирение.

**Кахексия** Мультифакторный синдром потери массы тела с преимущественным расходом мышц (иногда с потерей жира), сопровождается воспалением, снижением аппетита, утомляемостью и функциональным спадом. Часто встречается при онкологических заболеваниях, хронической сердечной недостаточности, хронической обструктивной болезни легких, хронических воспалениях. Не корректируется только кормлением. Требуется лечения причины, противовоспалительных и анаболических стратегий и реабилитации, в том числе психологической.

**Качество жизни** Интегральная оценка восприятия человеком своего физического, психического и социального благополучия с учетом ценностей и ожиданий. В медико-социальной сфере включает в себя мобильность, самообслуживание, боль/дискомфорт, тревогу/депрессию, участие в жизни общества. Повышается при восстанов-

лении питания, силы, контроля симптомов и поддержке автономии.

**Мультидисциплинарная команда (в стационарном учреждении социальной защиты)** Скоординированная группа специалистов (врач-терапевт, врач-психиатр, медсестра, диетолог, психолог, логопед, эрготерапевт, физиотерапевт, соцработник, куратор ухода), совместно оценивающих потребности получателя услуг, формирующих план питания, реабилитации, постурального менеджмента и психосоциальной поддержки, с регулярной переоценкой и участием семьи.

**Нарушение привязанности** Патологические модели отношений, возникающие при ранней депривации/нестабильном уходе: от эмоциональной отстраненности до дезорганизованного поведения, тревоги разлуки, трудностей доверия. У взрослых проявляется в том числе проблемами в контакте с персоналом и мотивацией к лечению. Коррекция требует стабильной, предсказуемой среды и поддерживающих взаимоотношений.

**Недостаточность питания (мальнотриция)** Патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению состава организма. Это состояние возникает в результате недостаточного потребления или нарушений усвоения/всасывания пищи, что приводит к изменению состава тела (уменьшение мышечной массы), уменьшению физического и умственного функционирования, а также к ухудшению прогноза.

**Нутритивная поддержка** Комплекс лечебного питания, направленный на предотвращение или устранение недостаточности питательных веществ у больных (особенно онкологических, хирургических и реанимационных). Включает энтеральное (через ЖКТ, в т. ч. сипинг, зонд)

и парентеральное (внутривенное) питание для поддержания массы тела и повышения эффективности лечения.

**Постуральный уход** Систематическое позиционирование тела в покое и активности для профилактики контрактур, болей, пролежней, аспирации и для оптимизации дыхания и глотания. Использует индивидуально подобранные ТСП (кресла-коляски, опоры для сидения и стояния, ортезы, валики и подушки для позиционирования), углы наклона, режим смены поз и обучение ухаживающих. Ключевой компонент ухода при слабости, деменции, дисфагии и недоедании.

**Привязанность** Эмоциональная связь, формирующаяся между человеком и значимой фигурой ухода, обеспечивающая чувство безопасности, исследовательскую активность и регуляцию стресса. В учреждениях поддерживается постоянством персонала, теплым общением, уважением к выбору проживающего и участием его семьи. Способствует лучшему питанию, сотрудничеству с персоналом и повышению качества жизни.

**Саркопения** Прогрессирующая генерализованная утрата мышечной массы и силы со снижением физической работоспособности и повышением риска падений, утраты самостоятельности и смертности. Ассоциирована со старением, воспалением и недостаточностью питания.

**Энтеральное питание** Это тип лечебного или дополнительного питания специальными смесями, при котором всасывание пищи (при ее поступлении через рот, через зонд в желудке или кишечнике) осуществляется физиологически адекватным путем, то есть через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

## Литература

1. Агентство клинических инноваций. Ведение детей с детским церебральным параличом: руководство для специалистов. – 14 марта 2018; пересмотр 14 марта 2023. – URL: [https://perspektivy.ru/projects/soprovozhdenie-vypusknikov/delimsya-opytom/cp\\_ved.pdf](https://perspektivy.ru/projects/soprovozhdenie-vypusknikov/delimsya-opytom/cp_ved.pdf) (дата обращения 12.03.2026)
2. Бережный уход за зубами: как помочь ребенку с особенностями развития / под ред. О.С. Бояршиновой, М.Ю. Кузьменко. – Москва: Теревинф, 2024. – 142 с.
3. Бернштейн Н.А. Биомеханика для инструкторов. – Москва: Клинопись, 2023. – 192 с.
4. Жизнь как жизнь: как помочь особому человеку жить достойно в условиях интерната / Легостаева А.А., сост.; под ред. А.Л. Битовой. – Москва: Теревинф, 2019. – 64 с. URL: <https://www.osoboepravo.ru/book/zhizn-kak-zhizn> (дата обращения 12.03.2026)
5. Змановская В.А., Попков Д.А., Рябых С.О., Вольский Г.Б., Литус А.Ю., Шайтарова А.В. Программа наблюдения детей с церебральным параличом. – 2017.
6. Карасева Е.Л., Карабутов А.В., Омельченко Е.А., Образцова А.А., Мыльникова М.А., Феофанова Е.В. и др. Постуральный менеджмент 24/7: практическое руководство. – Москва: БФ «Весна», 2025. – 112 с.: ил.
7. Клочкова Е.В., Покровская И.А. Технические средства реабилитации для поддержания позы и мобильности людей с двигательными множественными нарушениями: назначение, подбор и использование. Методическое руководство. – Москва, 2020.

8. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – Москва: Теревинф, 2020. – 288 с.
9. Ключкова О.А., Куренков А.Л., Кенис В.М., Столярова Н.Л., Иванченко Д.В. ДЦП в вопросах и ответах: книга для родителей и специалистов. – Москва: БФ «Весна», 2023. – 236 с.: ил. – URL: <https://rehab-portal.ru/cp-book#form>
10. Материалы III научно-практической конференции с международным участием «Ценность каждого. Жизнь человека с психическими нарушениями: сопровождение, жизнеустройство, социальная интеграция» (Москва, 13–14 июня 2023 г.). – Москва: Теревинф, 2023. – 223 с. URL: <https://www.osoboopravo.ru/book/materialy-iii-nauchno-prakticheskoy-konferencii-s-mezhdunarodnym-uchastiem-cennost-kazhdogo> (дата обращения 12.03.2026)
11. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития / под ред. О.С. Бояршиновой. – Москва: 2024. – 432 с.
12. Семенова Е.В., Ключкова Е.В., Коршикова-Морозова А.Е. и др. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / ред. кол.: епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон и др. – Москва: Лепта-Книга, 2018. – 579 с.: ил., табл.; 21 см. – (Азбука милосердия). – URL: [https://nasdr.ru/wp-content/uploads/2019/05/dety\\_dcp\\_block\\_small.pdf](https://nasdr.ru/wp-content/uploads/2019/05/dety_dcp_block_small.pdf) (дата обращения 12.03.2026)
13. Томас Дж., Эдди К. Когнитивно-поведенческая терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи ИОРПП. – Москва: Диалектика-Вильямс, 2022. – 352 с.

14. Сафиуллина Г.К. Техника кормления детей с нарушениями развития: практическое пособие. – Москва: Теревинф, 2024. – 136 с.
15. Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов / под ред. Е.В. Клочковой. – Москва: Теревинф, 2009. – 272 с.
16. Фрей С. Нарушения глотания у детей: междисциплинарный подход – Москва: Теревинф, 2024. – 536 с.
17. Фридман Д. Малоежки. Как помочь ребенку, который слишком разборчив в еде. – Москва: ХлебСоль, 2023. – 304 с.

## Приложение 1. Коммуникативный паспорт. Пример

Коммуникативный  
паспорт

ФИО



## Обо мне

Привет! Меня зовут...  
**ФИО**

Я родился...  
**Дата рождения**

Я живу в...  
**Психоневрологическом  
Интернате № 10**



## Общение

Могу поздороваться рукой, дать пять

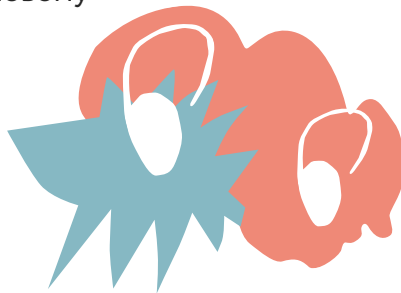
Я не владею звучащей речью, но могу отвечать с помощью звуков, движений, активной мимики, умею смеяться

Я понимаю простые фразы, обращённую речь, просьбы, жесты, различаю интонации

Если мне что-то **нравится**, я радуюсь и улыбаюсь, бью руками друг о друга

Если мне что-то **не нравится**, я начинаю хмуриться, ударяться о кровать или махать рукой

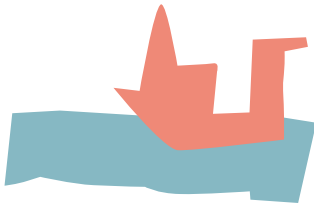
Умею фокусировать внимание, долго наблюдать и учиться новому



## Мне нравится...

Изучать новое, бывать в разных местах,  
посещать мероприятия, концерты

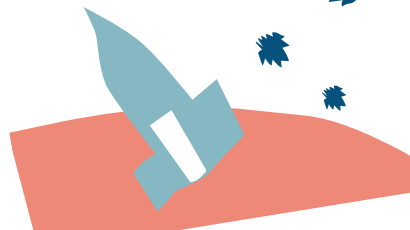
Люблю играть в игры, в мячик



Смотреть мультики и  
кино, слушать музыку

Общаться и слушать  
рассказы, ходить на прогулки, встречать знакомых  
мне людей, знакомиться с новыми людьми

Учиться с помощью  
айтрекера на компьютере



## Мне не нравится...

Когда у меня что-то долго не получается

Я быстро устаю от большого количества людей

Обычно, если мне что-то не нравится, я начинаю возмущаться, стучать рукой или биться о кровать, в таком случае мне нужно дать время успокоиться



## Как я ем

Мне подходит протёртая еда

Я ем почти лёжа на клиновидной подушке.  
Не спешите, когда кормите/поите меня.

В приёме пищи мне нужна помощь  
сопровождающего

Принимаю угощения: детское пюре,  
гипоаллергенные продукты  
(но сначала уточните, нет ли у меня  
аллергии)



## Как я одеваюсь

При одевании и раздевании я нуждаюсь в помощи сопровождающего



## Мобильность

Я передвигаюсь только с помощью коляски-платформы

Из-за наклона я могу сползть вниз, стоит следить и поправлять моё положение при необходимости

Важно, чтобы мой тазовый ремень был застёгнут





## Приложение 2. Список на случай экстренной/плановой госпитализации

(Составляется сотрудником отделения при участии родственников, волонтеров<sup>1</sup>).

Имя, фамилия \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Контактный телефон близкого человека сотрудника интерната, волонтера, родственника) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Список вещей<sup>2</sup>**

1. Запасная одежда, нижнее белье (если пользуется).
2. Предметы личной гигиены (подгузники, пеленки, прокладки и др.).
3. Зубная щетка, паста.
4. Любимая игрушка/предмет (для создания эмоционального комфорта).
5. Укладки, подушки, валики, скользящая простынь, пояс для перемещения, диск для перемещения (лучше с фото).

---

<sup>1</sup> Список дополняет лечащий врач в соответствии с особенностями состояния и диагноза человека.

<sup>2</sup> Список пересматривается один раз в полгода, а в случае изменений – сразу по мере их возникновения.

6. Бутылочка с трубочкой/своя удобная чашка, привычная тарелка и адаптированная ложка/вилка, если важно для самостоятельной еды.
7. Карта постурального режима (профилактика запоров, нарастания контрактур, пролежней).
8. Средства коммуникации (карточки, коммуникатор, кнопки, если пользуется).
9. Коммуникативный паспорт (важно, чтобы было указано, как ест и пьет, как показывает, что/где болит и как сильно – подходящий вариант шкалы боли).
10. Любимые «вкусняшки», чтобы снизить тревожность и поддержать настроение и аппетит.
11. Своя коляска и/или другие ТСР.

## Приложение 3. Шкалы определения боли (для неговорящих пациентов)



### Non-communicating Children's Pain Checklist–Revised (NCCPC-R) Чек-лист для оценки боли у невербальных детей (пересмотренная версия)

*Как часто этот ребёнок демонстрировал подобное поведение за последние 2 часа? Обведите номер каждого пункта. Если пункт не относится к этому ребёнку (например, ребёнок не ест твёрдую пищу или не может дотянуться руками), отметьте его как «НП – неприменимо».*

**0** = Поведение отсутствует на протяжении всего периода наблюдения. (Если это связано с тем, что ребенок не способен к данному поведению, нужно отметить НП.)

**1** = Поведение видно или слышно очень редко (почти никогда), но все-таки присутствует.

**2** = Поведение видно или слышно неоднократно, но не постоянно (не все время).

**3** = Поведение видно или слышно часто, практически постоянно (почти все время). Любой человек, который был рядом с ребенком в любой момент периода наблюдения, смог бы это заметить.

**НП** = Неприменимо. Ребенок не способен выполнить данное действие.

#### I. Вокализация

1. Стоны, всхлипы, хныканье (относительно тихо)	0	1	2	3	НП
2. Плач (относительно громко)	0	1	2	3	НП
3. Крики/визг (очень громко)	0	1	2	3	НП
4. Специфический звук или слово для обозначения боли (слово, определенный тип смеха или плача)	0	1	2	3	НП

#### II. Социальное поведение

5. Отказ от сотрудничества, раздражительность, недовольство	0	1	2	3	НП
6. Меньше взаимодействует с другими, избегает других	0	1	2	3	НП
7. Ищет утешения или физической близости	0	1	2	3	НП
8. Ребенка трудно отвлечь, успокоить, он остается недоволен	0	1	2	3	НП

### III. Мимика

9. Нахмуренные брови	0	1	2	3	НП
10. Изменения, связанные с глазами, в том числе: прищуренные глаза, широко раскрытые глаза, зажмуренные глаза	0	1	2	3	НП
11. Опущенные уголки губ, отсутствие улыбки	0	1	2	3	НП
12. Покусывание губ, плотно сжатые губы, выпячивание или дрожание нижней губы	0	1	2	3	НП
13. Плотно сжатые зубы, скрип зубами, жевание или высовывание языка	0	1	2	3	НП

### IV. Активность

14. Ребенок неподвижен, менее активен, тихий	0	1	2	3	НП
15. Повышенная двигательная активность, прыжки, суетливость	0	1	2	3	НП

### V. Тело и конечности

16. Обмякшие	0	1	2	3	НП
17. Напряженные, жесткие, ригидные, спастичные	0	1	2	3	НП
18. Ребенок указывает или прикасается к части тела, которая болит	0	1	2	3	НП
19. Ребенок защищает, уделяет повышенное внимание или оберегает часть тела, которая болит	0	1	2	3	НП
20. Ребенок вздрагивает или пытается отодвинуть определенную часть тела, повышенная чувствительность к прикосновениям	0	1	2	3	НП
21. Специфические движения тела, которые указывают на боль (например, запрокидывание головы, прижатие рук к телу, поза эмбриона и т. д.)					НП
16. Обмякшие	0	1	2	3	НП

### VI. Физиологические признаки

22. Дрожь	0	1	2	3	НП
23. Изменения цвета кожи, бледность	0	1	2	3	НП
24. Потливость, испарина	0	1	2	3	НП
25. Слезы	0	1	2	3	НП
26. Резкие вдохи, одышка	0	1	2	3	НП
27. Задержки дыхания	0	1	2	3	НП

#### VII. Еда\Сон

28. Ест меньше, отсутствие интереса к еде	0	1	2	3	НП
29. Увеличение продолжительности сна	0	1	2	3	НП
30. Уменьшение продолжительности сна	0	1	2	3	НП

#### Итоговый балл:

Категория:	I	II	III	IV	V	VI	VII	Всего
Балл:								

#### Подсчет баллов

1. Сложите баллы для каждой шкалы и запишите результат рядом с номером этой шкалы в разделе «Итоговый балл». Пункты, отмеченные как НП, означают 0 баллов.
2. Сложите баллы всех шкал для «Общего количества баллов».
3. Затем проверьте, превышают ли результаты ребенка пороговое значение в расшифровке результатов теста.

#### Расшифровка результатов теста

На основе тестирования 71 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет (Breau, McGrath, Camfield & Finley, 2002) было определено, что общее количество баллов от 7 и выше указывает на то, что ребенок испытывает боль. Это было верно для группы в исследовании в 84% случаев. Общее количество баллов от 6 и ниже указывает на то, что ребенок не испытывает боль. Это было верно для группы в исследовании в 77% случаев.

#### Применение результатов расшифровки теста

Как и в случае с другими инструментами для определения боли, которые основаны на внешнем наблюдении, нужно с осторожностью относиться к расшифровке результатов, так как они не могут быть точны на 100%.

Эти результаты не могут быть единственным основанием для принятия решения о том, нуждается ли ребенок в лечении в связи с болью. Некоторые дети испытывают боль при низких результатах теста.

## **Как применять NCCPC-R**

Опросник NCCPC-R был разработан для детей в возрасте от 3 до 18 лет, которые не могут говорить из-за когнитивных (ментальных/интеллектуальных) нарушений или инвалидности. Он может применяться независимо от того, есть ли у ребенка физические нарушения или инвалидность. Описание того, среди каких групп детей был валидизирован NCCPC-R, можно найти в статье: Breau, L.M., McGrath, P.J., Camfield, C.S. & Finley, G.A. (2002). Psychometric Properties of the Non-communicating Children's Pain Checklist-Revised. *Pain*, 99, 349-357.

NCCPC-R был разработан для применения без обучения родителей или опекунов. Его также могут использовать взрослые, которые не знакомы с данным ребенком (плохо его знают).

NCCPC-R предназначен для определения краткосрочной или долгосрочной боли дома у ребенка или в другом месте постоянного проживания. При подозрениях на боль после операции или боль вследствие медицинских процедур в больнице следует использовать послеоперационную версию данного опросника (Non-communicating Children's Pain Checklist — Postoperative Version, NCCPC-PV).

Для того чтобы заполнить NCCPC-R, наблюдайте за ребенком в течение двух часов. Не обязательно смотреть на ребенка весь этот период. Однако рекомендуется, чтобы наблюдатель был в присутствии ребенка наибольшую часть этого времени (например, находился в одной комнате с ребенком). Время наблюдения может быть меньше, но в этом случае приведенный ниже ключ к расшифровке результатов может не подходить.

Пункты шкалы «Еда/сон» могут не проявляться во время двухчасового наблюдения. В этом случае оценка основывается на наблюдении за ребенком в течение дня.

Все другие разделы шкалы: в конце периода наблюдения укажите, как часто вы наблюдали или слышали каждый из перечисленных пунктов. Ответы не должны основываться на типичном поведении ребенка или относиться к тому, как он или она обычно себя ведет.

## Chronic Pain Scale for Nonverbal Adults with Intellectual Disabilities (CPS-NAID)

### Шкала оценки хронической боли для невербальных взрослых с интеллектуальными нарушениями

Пожалуйста, укажите, как часто этот человек проявлял признаки, упомянутые в пунктах 1–24, за последние 5 минут. Пожалуйста, обведите номер каждого пункта. Если пункт не относится к этому человеку (например, он не может дотянуться руками), укажите для этого пункта «неприменимо».

- 0= Отсутствовало вообще в течение периода наблюдения. (Обратите внимание, что, если элемент отсутствует, поскольку человек не способен выполнить это действие, его следует оценить как «НП - неприменимо»).
- 1= Видно или слышно редко, но присутствует.
- 2= Видел или слышал несколько раз, но не постоянно (не всё время).
- 3= Видел или слышал часто, почти непрерывно (почти всё время); любой мог бы легко заметить это, если бы видел человека в течение нескольких мгновений во время наблюдения.
- НП= Неприменимо. Этот человек не способен выполнить данное действие.

0= отсутствует	1= редко	2= достаточно часто	3= очень часто	НП = неприменимо		
1. Стоны, нытьё, всхлипывание (довольно тихое)	0	1	2	3	НП	
2. Плач (умеренно громкий)	0	1	2	3	НП	
3. Специфический звук или слово для обозначения боли (например, крик или вид смеха)	0	1	2	3	НП	

0= отсутствует	1= редко	2= достаточно часто	3= очень часто	НП = неприменимо	
3. Специфический звук или слово для обозначения боли (например, крик или вид смеха)	0	1	2	3	НП
4. Не склонен к сотрудничеству, раздражителен, недоволен	0	1	2	3	НП
5. Слабо взаимодействует с другими, замкнут	0	1	2	3	НП
6. Стремится к утешению в физической близости	0	1	2	3	НП
7. Трудно отвлечься, не способен успокоиться	0	1	2	3	НП
8. Нахмуренные брови	0	1	2	3	НП
9. Изменение в глазах, в том числе: прищуривание, хмурый взгляд	0	1	2	3	НП
10. Опущение уголков рта, отсутствие улыбки	0	1	2	3	НП
11. Губы сжаты, напряжены, надуты или дрожат	0	1	2	3	НП
12. Стискивание или скрежетание зубами, жевание или высовывание языка	0	1	2	3	НП
13. Неподвижность, низкая активность, тихий	0	1	2	3	НП
14. Скованность, спазматичность, напряжение	0	1	2	3	НП
15. Жестикаляция или прикосновение к болезненной части тела	0	1	2	3	НП
16. Защита, вынужденное положение болезненной части тела	0	1	2	3	НП
17. Вздрагивание или отведение части тела, чуткость к прикосновению	0	1	2	3	НП
18. Движения/положения, выражающие боль (запрокидывание головы, опущенные руки, сгибание рук и т. д.)	0	1	2	3	НП
	0	1	2	3	НП
19. Дрожь					

0= отсутствует	1= редко	2= достаточно часто	3= очень часто	НП = неприменимо	
20. Изменение цвета кожи, бледность					
21. Потливость	0	1	2	3	НП
22. Слезы	0	1	2	3	НП
23. Резкое дыхание, хрипы	0	1	2	3	НП
24. Задержка дыхания	0	1	2	3	НП
Промежуточные итоги:					
1. Для каждого промежуточного итога запишите количество раз, когда каждое значение было выбрано.	0 ___	1x ___	2x ___	3x ___	НП
2. Умножьте значение каждого выбора на количество раз, когда это значение было выбрано.		= ___	= ___	= ___	<b>Итог:</b> ___
3. Сложите все промежуточные итоги, чтобы найти общий балл.		___	___	___	
<b>ПОДСЧЕТ ОЦЕНОК:</b>					
1. Сложите баллы по каждому пункту, чтобы вычислить общий балл. Пункты с пометкой «НП» оцениваются как «0» (ноль).					
2. Проверьте, превышает ли полученный балл пороговое значение.					
Оценка 10 и выше означает, что вероятность того, что человек испытывает боль, составляет 94%.					
Оценка 9 и ниже означает, что вероятность того, что человек не испытывает боли, составляет 87%.					

<b>БОЛЬ</b>	НЕТ	СЛАБАЯ	УМЕРЕННАЯ	УМЕРЕННО СИЛЬНАЯ	СИЛЬНАЯ	НЕСТЕРПИМАЯ					
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ</b>	Ничего не беспокоит	Не мешает в повседневной работе	Мешает выполнять работу	Мешает концентрации внимания	Мешает основным физиологическим потребностям	Требуется положение лежа					
<b>ОЦЕНКА БОЛИ В БАЛЛАХ</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>ВИЗУАЛЬНАЯ ШКАЛА</b>											

## Приложение 4. Постуральная карта. Примеры организации поз

### Организация позы в коляске (пример 1)

Имя, фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Составила методист АФК Щербань О.А.

Дата составления \_\_\_\_\_

#### Рекомендации:

Если **Б.** нигде не едет в коляске или находится в машине – **максимально опустите назад сиденье** (рычажок под правой ручкой коляски) и **спинку** (рычажок под левой ручкой коляски) коляски. **Зафиксируйте тормоза.**

Если **вы предполагаете везти коляску** – приподнимите немного спинку и сиденье, чтобы ручки коляски для сопровождающего поднялись выше и вам было удобно управлять. При этом, сиденье всегда, в некоторой степени, должно быть отклонено назад, а спинка не полностью в вертикальном положении.



#### Не надо оставлять Б. в таком положении в коляске.

**Б.** съезжает с сиденья, стопам сложно удержаться на опоре.

Такая поза провоцирует избыточное мышечное напряжение.

#### Как следствие:

- ухудшение функции дыхания,
- перенапряжение сердечно-сосудистой системы,
- снижение подвижности суставов ног и рук, их фиксация в положении сгибания.



**!!! При усаживании Б. в коляску размещайте низ спины (крестец) как можно ближе к спинке коляски – в этом случае голень левой ноги под коленом плотно прижата к краю сиденья.**

Если полностью откинуть назад сиденье (рычажок под правой рукояткой коляски) и спинку (рычажок под левой рукояткой коляски), будет легче усаживать.

Сажать будет удобнее если снять на это время поручень коляски со стороны усаживания.



**В коляске:**

**Корпус выровнен,**

Богдан не наклоняется вправо или влево, насколько это возможно в рамках его комфорта.

**Стопы опираются на подножку.**

**Руки опираются на поручни.**

В этом случае Б. сможет удерживать голову на подголовнике.



**Результат:** Б. комфортно чувствует себя в коляске. Нет избыточного мышечного напряжения.

**Поза стабильна, Б. не падает с коляски.**

**1-Положение тела симметрично, насколько это возможно в зоне комфорта Б.**

**2-Ни одна часть тела не свисает с опоры.**

**3-Суставы ног, рук и голова - в естественном среднем положении.**

## Организация позы в коляске (пример 2)

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Составила методист АФК Щербань О.А.

Дата составления \_\_\_\_\_

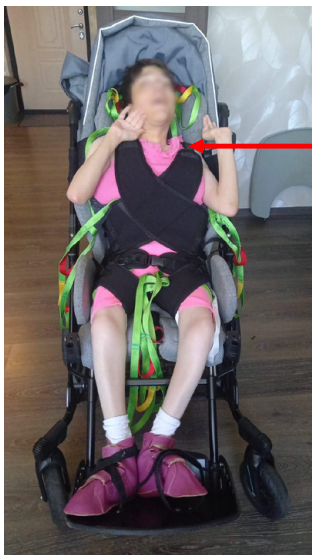


### При усаживании П. в коляску:

- Плотно прижать низ спины к спинке коляски
- Выровнять симметрию таза и корпуса, насколько возможно в рамках комфорта девушки
- Застегнуть плотно тазовый ремень – он должен удерживать таз
- Застегнуть плотно фиксатор разведения бедер – поможет девушке поддерживать таз, не даст съехать с сиденья.



Если фиксаторы растянуты и не плотно поддерживают позу, подтянуть фиксаторы самостоятельно или обратиться за помощью.



### После фиксации таза и бедер застегнуть поддержку корпуса:

- Застегивать и расстёгивать фиксатор корпуса только используя пряжки на плечах
- Не надо плотно затягивать фиксатор, он не должен сдавливать грудь девушки
- В транспорте и во время движения коляски фиксатор корпуса должен быть застегнут.
- Если коляска не двигается какое-то время, то рекомендую расстегнуть фиксатор корпуса, что даст возможность девушке дышать более свободно



➤ верхний край изголовья укладки и модуля, примерно, на одном уровне

➤ Фиксатор разведения бедер, примерно, в конце конусного модуля

**Организация позы лежа на спине в укладке с приподнятыми головой и корпусом. Подготовка укладки:**

1. На мат положить конусный модуль ( организация приподнятого положения головы и корпуса).
2. На модуль - п-образную укладку (комфорт и стабильность головы, поддержка симметрии корпуса, среднее положение плечевых суставов)
3. Фиксатор разведения бедер между рукавами укладки - поддержка сгибания коленей.
4. для стабилизации положения стоп в среднем положении уложить внизу укладки утяжеленное одеяло или что-то аналогичное.

## Организация позы в кровати

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Составила методист АФК Щербань О.А.

Дата составления \_\_\_\_\_

**Общие рекомендации по изменению положение тела в кровати с целью профилактики пролежней, поддержки подвижности суставов и минимальной активизации дыхательной и сердечно-сосудистой функций - каждые 2 часа.**

**В каждом конкретном случае корректировка режима смены положения ориентируется на запрос и состояние подопечного.**



### Положение на спине.

Укладка-подкова поддерживает голову и плечи, дает опору по бокам туловища.

Ноги в коленях выпрямлены, насколько это возможно в зоне комфорта Б. У бедер и голеней есть опора снизу. Все пространство под коленями заполнено пледом или подушкой.

Бедра с помощью полотенца или другого подручного материала разведены на уровень ширины таза.

Стопы опираются на подушку или скатанный плед.





**Положение на боку.**

**Голова на изголовье укладки-подковы**

**Нижняя рука под укладкой-подковой**

**Между бедер боковая часть укладки-подковы.**



**Нижняя рука  
под укладкой-подковой.**



**Между бедер  
боковая часть укладки-  
подковы.**

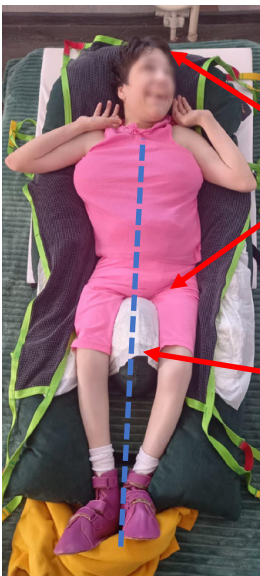
## Организация позы лежа для отдыха

С целью профилактики:

- Нарастания скелетно-суставных деформаций
- Ограничения подвижности суставов и их фиксации в крайних положениях разгибания
- Рефлюкса
- Стереотипного рефлекса разгибания
- Поддержки активности дыхания и сердечно-сосудистой системы
- Лучшей ориентировки в границах своего тела и в окружающем пространстве.

Девушка на протяжении значительного времени использовала только одно положение для отдыха – лежа на животе с подушкой под грудью. Она не в состоянии принимать и поддерживать положения на боку в организованной опоре, вследствие особенностей состояния тазобедренных суставов. Поза на спине в укладке с приподнятыми на треугольной опоре головой и корпусом является для нее учебным предложением.

ФИО \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Составила методист АФК Щербань О.А.  
 Дата составления \_\_\_\_\_



### Организация позы лежа на спине в укладке с приподнятыми головой и корпусом

1. Уложить П. в укладку.
2. Макушка, примерно, на уровне верхнего края укладки - следить, чтобы шея не провисала и не была чрезмерно согнута
3. Нижний край модуля-конуса, примерно, на уровне промежности девушки
4. Выровнять положение таза и плеч, стараясь максимально приблизиться к симметричному положению корпуса, ориентируясь на среднюю линию тела (синяя линия на рисунке), насколько это возможно в зоне комфорта девушки.
5. Организовать поддержку под колени с помощью фиксатора разведения бедер
6. Проверить положение головы - естественное среднее положение по средней линии тела (синяя линия на рисунке).
7. Утяжеленным одеялом или аналогом поддержать положение стоп.



#### Мониторинг состояния П. в укладке

1. Всегда использовать положение с приподнятыми головой и корпусом при организации укладки девушки лежа на спине.
2. Следить, чтобы девушка не сползала с конусного модуля – промежность, примерно, на уровне низа модуля - поправить в случае сползания с укладки.
3. Следить за симметрией корпуса (синяя линия на рисунке), в случае усиления сгибания в сторону выровнять симметрию позы, поправить укладку.
4. Следить, чтобы голова девушки не сползала с укладки и не была закинута назад - поправить в случае необходимости.

## Приложение 5. Таблица поструральной компетенции (шкала N. Hare)

	Лежа				Сидя		Стоя	
	на спине	на животе	на правом боку	на левом боку	с вытянутыми ногами	со спущенными ногами с опорой на ноги	у опоры	без опоры
<b>Балл</b>								
<p>1 – Можно поместить в заданную позу с организованной поддержкой</p> <p>2 – Может поддерживать заданную позу с организованной поддержкой</p> <p>3 – Может перемещаться внутри заданной позы</p> <p>4 – Может переместиться из заданной позы</p> <p>5 – Может переместиться в заданную позу</p>								

Подробнее см. *Клочкова Е.В.* Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2025. – С. 120–122.

## Приложение 6. Список оборудования для организации физической активности маловесного человека

1. Игрушка-антистресс (мялка).
2. Игрушка-антистресс (с пупырьками).
3. Мячи-ежики для самомассажа.
4. Теннисные мячи (массаж и самомассаж стоп).
5. Эспандеры мягкие: мяч, кольцо, яйцо.
6. Легкие гантели (0,5 и 1 кг).
7. Эластичная лента для пилатеса, фитнес-резинки (легкая нагрузка).
8. Фитболы разного размера (держат в руках и сжимать, поднимать, сидеть).
9. Фитбол-арахис.
10. Балансировочный диск.
11. Воздушные шарики (обычные и с насосом).
12. Мыльные пузыри.
13. Вибромассажеры (аппараты и в виде игрушки).
14. Гимнастическая деревянная палка.
15. Велотренажер педальный для рук и ног.
16. Велотренажер с электроприводом.

## Приложение 7. Анализ динамики состояния. Пример

Сестринская папка

Пример заполнения таблицы

### Таблица мониторинга массы тела и внесения рекомендаций (пример)

Примечание: нормальные значения ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) от 18,5 до 25 кг/м<sup>2</sup>.

Отделение № \_\_\_\_

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Группа нуждаемости	Рост, см	04 января 2025			02 февраля 2025			03 марта 2025			Анализ динамики состояния (ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ)
					Масса тела 1 (МТ1), кг	ИМТ 1, кг/м <sup>2</sup>	Масса тела 2 (МТ2), кг	ИМТ 2, кг/м <sup>2</sup>	Δ Массы тела, кг (=МТ2-МТ1)	Масса тела 3 (МТ3), кг	ИМТ кг/м <sup>2</sup>	Δ Массы тела, кг (=МТ3-МТ2)		
			4	164	32	11,9	31,8	11,8	-0,2	31,3	11,6	-0,5	Прогрессирующее течение органической энцефалопатии на фоне тяжелой общесоматической патологии с нарушениями обменных процессов. Постоянно получает дополнительное энтеральное питание. Регулярное исследование лабораторных/инструментальных показателей. Динамика отрицательная. Аппетит сохранен. Находится на усиленном контроле по питанию, питьевому режиму.	
			3	166	52	18,9	45	16,1	-7	48	17,4	+3	Ухудшение обусловлено перенесённой острой соматической патологии на фоне прогрессирующее течение смешанной (процессуальной и дисциркуляторной) энцефалопатии. Аппетит сохранен. назначено доп. питание энтеральными смесями. Контроль лабораторных показателей.	
			4	151	30,5	13,4	28,6	12,4	-1,9	28,5	12,5	-0,1	Врождённая органическая патология. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Сочетанная патология желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания/обменных процессов. Аппетит сохранен. Находится на контроле по питанию и питьевому режиму. Получает дополнительное энтеральное питание. Регулярные исследования инструментальные/лабораторные. Динамика отрицательная. Находится на усиленном наблюдении.	

## Приложение 8. Информационно-титульный лист

**Сестринская папка**

Учреждение \_\_\_\_\_  
 ФИО жителя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ № комн. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Дееспособный: ФИО/номер телефона родственника (степень родства)</b> _____		<input type="checkbox"/> <b>Недееспособный: ФИО/номер телефона опекуна</b> _____	
<b>Мобильность</b>	Не нарушена (передвигается самостоятельно) <input type="checkbox"/>	<b>Состояние кожных покровов</b>	Нет изменений <input type="checkbox"/>
	Нарушена		Нарушено
<input type="checkbox"/> Трость (костыли)	<input type="checkbox"/> Высыпания		
<input type="checkbox"/> Ходунки	<input type="checkbox"/> Кровоизлияния		
<input type="checkbox"/> Самостоятельно с помощью кресла-коляски	<input type="checkbox"/> Рубцовые изменения		
<input type="checkbox"/> С посторонней помощью на кресле-коляске	<input type="checkbox"/> Трофические изменения (пролежни)		
<input type="checkbox"/> отсутствие возможности перемещения (контрактуры, отказ)			
<b>Зрение</b>	Сохранено <input type="checkbox"/> Снижено <input type="checkbox"/> очки <input type="checkbox"/> линзы <input type="checkbox"/> не скорректировано	<b>Слух</b>	Сохранен <input type="checkbox"/> Снижен <input type="checkbox"/> слуховой аппарат <input type="checkbox"/> операция <input type="checkbox"/> не скорректировано
<b>Речь</b>	Не нарушена <input type="checkbox"/> Нарушена <input type="checkbox"/> не значительно <input type="checkbox"/> значительно <input type="checkbox"/> речь отсутствует	<b>Глотание</b>	Не нарушено <input type="checkbox"/> Нарушено <input type="checkbox"/> глотает с трудом <input type="checkbox"/> не глотает
<b>Жевание</b>	Не нарушено <input type="checkbox"/> Нарушено <input type="checkbox"/> размельченная пища <input type="checkbox"/> блендированная пища	<b>Питание</b>	Нет нарушений (ест самостоятельно) <input type="checkbox"/> Нарушено <input type="checkbox"/> ест с помощью <input type="checkbox"/> питание через гастростому <input type="checkbox"/> назогастральный зонд
<b>Тазовые функции (мочеиспускание, дефекация)</b>	Не нарушены <input type="checkbox"/> Нарушены <input type="checkbox"/> катетер (размер __) <input type="checkbox"/> стома _____ <input type="checkbox"/> абсорбирующее белье (размер) _____	<b>Гигиена</b>	<input type="checkbox"/> Самостоятельно <input type="checkbox"/> под наблюдением <input type="checkbox"/> частичная помощь <input type="checkbox"/> полная зависимость
		<b>Одевание</b>	<input type="checkbox"/> Самостоятельно <input type="checkbox"/> под наблюдением <input type="checkbox"/> частичная помощь <input type="checkbox"/> полная зависимость

<p><b>Особенности личности:</b> Важные жизненные события (война, потеря близких, ситуации успеха): _____</p> <p>Принадлежность к религии (вероисповедание, традиции): _____</p> <p>Как воспринимает и переносит кризисные ситуации: _____</p> <p>Черты характера (аккуратность, точность, вежливость): _____</p> <p>Коммуникабельность (раньше и сегодня): _____</p>	<p><b>Восприятие окружающей действительности:</b> Отношение к тактильному контакту (желательны/не желательны): _____</p> <p>Любимая музыка _____</p> <p>Любимые запахи _____</p> <p>Правша/левица _____</p> <p>Отношение к активному досугу (участие в мероприятиях, экскурсии, концерты): _____</p>	<p><b>Занятость (чем занимался раньше с удовольствием):</b>  <input type="checkbox"/> Ведение домашнего хозяйства  <input type="checkbox"/> Домашние животные  <input type="checkbox"/> Спорт  <input type="checkbox"/> Путешествия  <input type="checkbox"/> Велосипедные прогулки  <input type="checkbox"/> Любимые игры  <input type="checkbox"/> Хобби  <input type="checkbox"/> Коллекционирование (марки / монеты / камни; не коллекционировал)</p> <p>Какие темы интересны (политика, кулинария, и т.д.) _____</p> <p>Какие средства массовой информации предпочитает: _____</p> <p><input type="checkbox"/> радио <input type="checkbox"/> ТВ <input type="checkbox"/> газеты / журналы <input type="checkbox"/> книги</p>
<p><b>Отдых/Сон:</b> В какое время ложился спать _____ Время пробуждения _____</p> <p>Существуют ли ритуалы (второе одеяло для ног, ночник, засыпать под телевизор, поза и т.п.) _____</p> <p>Привычка дневного сна <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p>	<p><b>Одежда:</b> Любимый вид одежды _____</p> <p>Цвет _____</p> <p>Карманы (есть/нет) _____</p> <p>Аксессуары (украшения, часы и др.): _____</p>	<p><b>Особенности наблюдения:</b>          _____          _____          _____          _____          _____          _____</p>

## Приложение 9. Краткая шкала оценки питания

Учреждение \_\_\_\_\_  
 ФИО жителя \_\_\_\_\_

### Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA)

Возраст \_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Вопросы	Оценка
А. Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	<b>0</b> – серьезное снижение количества съедаемой пищи <b>1</b> – умеренное снижение кол-ва съедаемой пищи; <b>2</b> – нет снижения количества съедаемой пищи
Б. Потеря массы тела за последние 3 месяца	<b>1</b> – не знаю; <b>2</b> – потеря от 1 до 3 кг <b>3</b> – нет потери массы тела
В. Подвижность	<b>0</b> – прикован к кровати/стулу; <b>1</b> – способен вставать с кровати /стула, но не выходит из дома; <b>2</b> – выходит из дома
Г. Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	<b>0</b> – да; <b>2</b> – нет
Д. Психоневрологические проблемы	<b>0</b> – серьезное нарушение памяти или депрессия; <b>1</b> – умеренное нарушение памяти; <b>2</b> – нет нейropsychологических проблем
Е. Индекс массы тела	<b>0</b> – меньше 19; <b>1</b> – 19–21; <b>2</b> – 21–23; <b>3</b> – 23 и выше
Ж. Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	<b>0</b> – нет; <b>1</b> – да
З. Принимает более трех лекарств в день	<b>0</b> – да; <b>1</b> – нет
И. Пролежни и язвы кожи	<b>0</b> – да; <b>1</b> – нет
К. Сколько раз в день пациент полноценно питается	<b>0</b> – 1 раз; <b>1</b> – 2 раза; <b>2</b> – 3 раза

Вопросы	Оценка
Л. Маркеры потребления белковой пищи: одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да/нет); две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да/нет); мясо, рыба или птица каждый день (да/нет)	<b>0</b> – если до 1 ответа «да»; <b>0,5</b> – если 2 ответа «да»; <b>1</b> – если 3 ответа «да»
М. Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	<b>0</b> – нет; <b>1</b> – да
Н. Сколько жидкости выпивает в день	<b>0</b> – меньше 3 стаканов; <b>0,5</b> – 3–5 стаканов; <b>1</b> – больше 5 стаканов;
О. Способ питания	<b>0</b> – неспособен есть без помощи; <b>1</b> – самостоятельно с небольшими трудностями <b>2</b> – самостоятельно
П. Самооценка состояния питания	<b>0</b> – оценивает себя как плохо питающегося; <b>1</b> – оценивает свое состояние питания неопределенно; <b>2</b> – оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р. Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	<b>0</b> – не очень хорошее <b>0,5</b> – не знает; <b>1</b> – такое же хорошее; <b>2</b> – лучше
С. Окружность по середине плеча, см	<b>0</b> – менее 21; <b>0,5</b> – 21–22; <b>1</b> – 22 и больше
Т. Окружность голени, см	<b>0</b> – меньше 31; <b>1</b> – 31 и больше
Общий балл:	

**Результаты:**

>23,5 баллов – нет проблем с питанием

17–23,5 баллов – опасность недоедания

<17 баллов – недостаточность питания



## Приложение 11. Чек-лист наблюдения за ребенком в учреждении стационарного социального обслуживания

Сестринская папка

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения/возраст \_\_\_\_\_

**Диагноз:**

ДЦП есть/нет

**Класс моторной активности**

I – Передвигается самостоятельно без ограничений

II – Передвигается самостоятельно с ограничениями

III – Передвигается с использованием ручных приспособлений для передвижения

IV – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения

V – полная зависимость ребенка от окружающих – перевозка в коляске/инвалидном кресле.

**Генетический синдром** указать название, если есть:

**Эпилепсия** есть/нет

**Способ приема пищи** через рот/зонд/гастростома/еюностома (дата установки стомы)

**Наличие навыка жевания:** есть/нет

**Дисфагия** есть/нет

**Длительность одного кормления** (минуты)

<b>Дата осмотра</b>					
Возраст					
Рост (см)					
МТ (кг)					
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )					
ОП (см)					

Дата осмотра					
ТКСТ (мм)					
ТКСЛ (мм)					
Окружность головы (см)					
Смесь (название)					
Кол-во смеси в сутки					
Рвота/срыгивание					
Стул (оформленный/ жидкий)					
Кратность стула					

### Примечание

**Для пациентов I–III классов моторной активности (способных к самостоятельному передвижению):**

**ИМТ>14** – измерение 1 раз в 3 месяца. При отрицательной динамике ИМТ необходима консультация врача педиатра/диетолога с выявлением причин снижения ИМТ с последующей коррекцией рациона.

**ИМТ<14** – измерение 1 раз в месяц. При отсутствии положительной динамики ИМТ необходима консультация врача педиатра/диетолога с выявлением причин, препятствующих нормализации пищевого статуса, с последующей коррекцией рациона.

**Для пациентов IV–V классов моторной активности (неспособных к самостоятельному передвижению)**

**ИМТ>12** – измерение 1 раз в 3 месяца. При отрицательной динамике ИМТ необходима консультация врача педиатра/диетолога с выявлением причин снижения ИМТ с последующей коррекцией рациона.

**ИМТ<12** – измерение 1 раз в месяц. При отсутствии положительной динамики ИМТ необходима консультация врача педиатра/диетолога с выявлением причин, препятствующих нормализации пищевого статуса, с последующей коррекцией рациона.

## Приложение 12. Примеры меню для человека с низкой массой тела

### Меню (вариант I)

Прием пищи	Блюда	Порция, г
Завтрак	Каша пшеничная вязкая молочная сладкая со сливочным маслом	250
	Колбаса вареная	30
	Хлеб пшеничный	25
	Чай без сахара	200
Второй завтрак	Пирожок печеный с яблоками	50
	Чай без сахара	200
Обед	Щи из свежей капусты на мясном бульоне со сметаной	300/10
	Гуляш из говядины с красным соусом	120
	Гречка отварная с маслом сливочным	200/5
	Хлеб пшеничный	50
	Хлеб ржано-пшеничный	50
	Компот из сухофруктов без сахара	200
Полдник	Сырники творожные со сметаной	100/10
	Джем	20
	Чай без сахара	200
Ужин	Перец фаршированный куриным фаршем с соусом сметано-томатным	150/50
	Салат «Оливье» с мясом	100
	Хлеб пшеничный	25
	Хлеб ржано-пшеничный	50
	Чай без сахара	200
	Пастила	15
Вечерний перекус	Кефир	110

### Меню-раскладка предложенного продуктового набора (вариант I)

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Завтрак</b>			
<b>Каша пшениная вязкая молочная сладкая со сливочным маслом</b>	<b>250/5</b>		
	Вода питьевая	75	75
	Крупа пшено	58,6	59,2
	Масло сливочное	5	5
	Молоко	112,5	112,5
	Сахар-песок	22,7	22,7
<i>ЭЦ – 383 ккал, Б – 9,9 г, Ж – 8,4 г, Угл – 67,0 г</i>			
<b>Колбаса вареная</b>	<b>30</b>		
	Колбаса вареная	30	30,3
	<i>ЭЦ – 77,1 ккал, Б – 3,8 г, Ж – 6,7 г, Угл – 0,5 г</i>		
<b>Хлеб пшеничный</b>	<b>25</b>		
	<i>ЭЦ – 64,7 ккал, Б – 1,8 г, Ж – 0,7 г, Угл – 12,7г</i>		
<b>Чай без сахара</b>	<b>200/10</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		
<b>Второй завтрак</b>			
<b>Пирожок печеный с яблоками</b>	<b>50</b>		
	Вода питьевая	6,6	6,6
	Дрожжи прессованные	0,9	0,9
	Маргарин	2,7	2,7
	Масло сливочное	0,13	0,13
	Мука пшеничная	26,1	26,1
	Сахар-песок	5,1	5,1
	Яблоки свежие	13,8	19,8
	Яйцо	3,7	3,7
	<i>ЭЦ – 127,2 ккал, Б – 3,1 г, Ж – 2,7 г, Угл – 22,5 г</i>		
<b>Чай без сахара</b>	<b>200/10</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	Сахар	10	10
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Обед</b>			
<b>Щи из свежей капусты на мясном бульоне со сметаной</b>	<b>300/10</b>		
	Бульон мясной	240	240
	Капуста белокочанная свежая	60	75
	Картофель сырой (свежий)	36	50
	Лук репчатый свежий	12	14,3
	Мargarин	3	3
	Морковь свежая красная	12	15
	Петрушка (корень)	3	4
	Сметана 15,0% жира	10	10
<i>ЭЦ – 97,4 ккал, Б – 3,2 г, Ж – 4,5 г, Угл – 11,1 г</i>			
<b>Гречка отварная со сливочным маслом</b>	<b>200/5</b>		
	Вода питьевая	142,4	142,4
	Крупа гречневая	95,2	95,2
	Масло сливочное	5	5
<i>ЭЦ – 345,8 ккал, Б – 12,0 г, Ж – 6,8 г, Угл – 59,2 г</i>			
<b>Гуляш из говядины с красным соусом</b>	<b>120</b>		
	Вода питьевая	56,6	56,6
	Говядина – мясо бескостное	75,8	88,7
	Лук репчатый свежий	14,4	17,1
	Масло подсолнечное	4,8	4,8
	Мука пшеничная	3,8	3,8
	Томатное пюре (конс)	11,5	11,5
<i>ЭЦ – 143,9 ккал, Б – 14,9 г, Ж – 7,2 г, Угл – 4,8 г</i>			
<b>Компот из сухофруктов</b>	<b>200</b>		
	Вода питьевая	222,2	222,2
	Груша сушеная	11,1	11,1
	Курага	11,1	11,1
	Чернослив сушеный	11,1	11,1
	Яблоки сушеные	22,2	22,2
	Кислота лимонная	0,2	0,2
<i>ЭЦ – 120,9 ккал, Б – 1,5 г, Ж – 0 г, Угл – 28,5 г</i>			
<b>Хлеб пшеничный</b>	<b>50</b>		
	<i>ЭЦ – 129,5 ккал, Б – 3,8 г, Ж – 1,4 г, Угл – 25,3 г</i>		
<b>Хлеб ржано-пшеничный</b>	<b>50</b>		
	<i>ЭЦ – 107,2 ккал, Б – 3,4 г, Ж – 0,6 г, Угл – 22,1 г</i>		

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Полдник</b>			
<b>Сырники творожные со сметаной</b>	<b>100/10</b>		
	Творог	100	100
	Яйцо	3,3	3,8
	Мука	13,3	13,3
	Маргарин	3,3	3,3
	Сметана	10	10
	Соль поваренная пищевая	1	1
<i>ЭЦ – 230,5 ккал, Б – 17,7 г, Ж – 12,9 г, Угл – 10,9 г</i>			
<b>Джем</b>	<b>20</b>		
	<i>ЭЦ – 52,3 ккал, Б – 0,08 г, Ж – 0,0 г, Угл – 13 г</i>		
<b>Чай без сахара</b>	<b>200</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		
<b>Ужин</b>			
<b>Перец фаршированный куриным фаршем с соусом сметано-томатным</b>	<b>150/50</b>		
	Вода питьевая	52,5	52,5
	Крупа рисовая	6,7	6,7
	Филе куриное (грудка)	60,7	60,7
	Лук репчатый	13,5	16,1
	Маргарин	3,7	3,7
	Мука пшеничная	3,7	3,7
	Перец зеленый свежий	96	128
	Сметана	12,5	12,5
	Томатное пюре (конс)	5	5
<i>ЭЦ – 191,8 ккал, Б – 16,3 г, Ж – 7,8 г, Угл – 14,0 г</i>			
<b>Салат «Оливье» с мясом</b>	<b>100</b>		
	Говядина – мясо бескостное	21,6	25,3
	Горошек зеленый (конс)	10	15
	Картофель сырой	20,5	28,4
	Лук репчатый свежий	6,5	7,8
	Майонез	20	20
	Морковь свежая	11,4	14,2
	Огурцы соленые	10	10
	Яйцо целое куриное	10	11,5
<i>ЭЦ – 200,5 ккал, Б – 6,2 г, Ж – 16,9 г, Угл – 5,7 г</i>			
<b>Хлеб пшеничный</b>	<b>25</b>		
	<i>ЭЦ – 64,7 ккал, Б – 1,8 г, Ж – 0,7 г, Угл – 12,7 г</i>		

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Хлеб ржано-пшеничный</b>	<b>50</b>		
	<i>ЭЦ – 107,2 ккал, Б – 3,4 г, Ж – 0,6 г, Угл – 22,1 г</i>		
<b>Чай без сахара</b>	<b>200</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		
<b>Пастила</b>	<b>15</b>		15
	<i>ЭЦ – 57,9 ккал, Б – 3,1 г, Ж – 2,7 г, Угл – 5,2 г</i>		
<b>Вечерний перекус</b>			
<b>Кефир</b>	<b>110</b>		
	<i>ЭЦ – 55,1 ккал, Б – 3,2 г, Ж – 2,7 г, Угл – 4,4 г</i>		
<b>Всего за день</b>	<i>ЭЦ – 2573 ккал, Б – 107,9 г, Ж – 82,7 г, Угл – 349,2 г</i>		

**Меню (вариант II)**

Прием пищи	Блюда	Порция, г
Завтрак	Каша геркулесовая вязкая молочная сладкая со сливочным маслом	250/5
	Сыр твердый	30
	Хлеб пшеничный	25
	Какао с молоком с сахаром	200/10
Второй завтрак	Бисквит	50
	Груша свежая	100
	Чай без сахара	200
Обед	Борщ вегетарианский со сметаной	300/10
	Рис отварной со сливочным маслом	200/10
	Котлеты куриные паровые со сливочным маслом	100/5
	Лечо	100
	Хлеб пшеничный	50
	Хлеб ржано-пшеничный	50
	Компот из сухофруктов	200
Полдник	Оладьи из печени со сметаной	100/10
	Сок фруктовый с мякотью	200
Ужин	Макаронные отварные со сливочным маслом	150/5
	Сосиски	50
	Огурцы свежие	100
	Хлеб пшеничный	25
	Хлеб ржано-пшеничный	50
	Чай без сахара	200
	Вафли	30
Вечерний перекус	Йогурт	110

### Меню-раскладка предложенного продуктового набора (вариант II)

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Завтрак</b>			
<b>Каша геркулесовая вязкая молочная сладкая со сливоч- ным маслом</b>	<b>250/5</b>		
	Вода	82,5	82,5
	Крупа овсяная – «Геркулес»	55,5	55,5
	Масло сливочное 72,5%	5	5
	Молоко 2,5% пастеризованное пастери- зованное	122,5	122,5
	Сахар	7,5	7,5
<i>ЭЦ – 294,1 ккал, Б – 9,6 г, Ж – 10,1 г, Угл – 41,1 г</i>			
<b>Сыр твердый</b>	<b>30</b>		
	Сыр твердый	30	30,93
	<i>ЭЦ – 105,9 ккал, Б – 6,9 г, Ж – 8,7 г, Угл – 0 г</i>		
<b>Хлеб пшеничный</b>	<b>25</b>		
	<i>ЭЦ – 64,7 ккал, Б – 1,8 г, Ж – 0,7 г, Угл – 12,7 г</i>		
<b>Какао с молоком и с сахаром</b>	<b>200/10</b>		
	Вода питьевая	122,2	122,2
	Какао порошок	4,4	4,4
	Молоко 2,5% пастеризованное пастери- зованное	111,1	111,1
	Сахар	10	10
<i>ЭЦ – 121,5 ккал, Б – 4,8 г, Ж – 4,3 г, Угл – 16,4 г</i>			
<b>Второй завтрак</b>			
<b>Бисквит</b>	<b>50</b>		
	Мука пшеничная в/с	16,7	16,7
	Сахар-песок	16,7	16,7
	Яйцо 2к	26,7	30,6
	<i>ЭЦ – 150,4 ккал, Б – 4,8 г, Ж – 3,1 г, Угл – 25,9 г</i>		
<b>Груша свежая</b>	<b>100</b>		
		100	111,1
	<i>ЭЦ – 45,5 ккал, Б – 0,4 г, Ж – 0,3 г, Угл – 10,3 г</i>		
<b>Чай без сахара</b>	<b>200</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
<b>Обед</b>			
<b>Борщ вегетарианский со сметаной</b>	<b>300/10</b>		
	Вода питьевая	240	240
	Капуста белокочанная свежая	24	30
	Картофель сырой	24	33,3
	Лук репчатый свежий	12	14,3
	Масло подсолнечное	3	3
	Морковь свежая	12	15
	Петрушка корень	3	4
	Свекла свежая	48	60
	Сахар-песок	3	3
	Томатное пюре	9	9
	Уксус 3%	4,8	4,8
	Сметана 15%	10	10
<i>ЭЦ - 116,1 ккал, Б - 2,3 г, Ж - 4,7 г, Угл - 15,8 г</i>			
<b>Рис отварной со сливочным маслом</b>	<b>200/10</b>		
	Вода	150,4	150,4
	Крупа рисовая	71,2	71,2
	Масло сливочное 72,5%	10	10
<i>ЭЦ - 280,5 ккал, Б - 4,9 г, Ж - 7,9 г, Угл - 47,3 г</i>			
<b>Котлеты куриные паровые со сливочным маслом</b>	<b>100/5</b>		
	Вода	21	21
	Куры потрошенные 1-й категории свежие	78	179,4
	Хлеб пшеничный	15	15
	Масло сливочное 72,5%	5	5
<i>ЭЦ - 136,9 ккал, Б - 17,5 г, Ж - 4,7 г, Угл - 6,2 г</i>			
<b>Лечо</b>	<b>100</b>		
	Перец свежий	50	66,7
	Сок томатный	50	50
<i>ЭЦ - 21,5 ккал, Б - 1,2 г, Ж - 0,05 г, Угл - 4,1 г</i>			
<b>Сок фруктовый с мякотью</b>	<b>200</b>		
	Вода питьевая	222,2	222,2
	Груша сушеная	11,1	11,1
	Курага	11,1	11,1
	Чернослив сушеный	11,1	11,1
	Яблоки сушеные	11,1	11,1
	Кислота лимонная	0,2	0,2
	Сахар-песок	10	10
<i>ЭЦ - 103,9 ккал, Б - 17,4 г, Ж - 1,1 г, Угл - 6,1 г</i>			

Прием пищи/блюда	Выход блюда, г. Компоненты рецептурных блюд	Масса нетто, г	Масса брутто, г
Хлеб пшеничный	<b>50</b>		
	<i>ЭЦ – 129,5 ккал, Б – 3,8 г, Ж – 1,4 г, Угл – 25,3 г</i>		
Хлеб ржано-пшеничный	<b>50</b>		
	<i>ЭЦ – 107,2 ккал, Б – 3,4 г, Ж – 0,6 г, Угл – 22,1 г</i>		
<b>Полдник</b>			
Оладьи из печени со сметаной	<b>100/10</b>		
	Печень говяжья свежая	95,8	103,1
	Хлеб пшеничный	16,7	16,7
	Масло подсолнечное	15	15
	Сметана 15%	10	10
<i>ЭЦ – 244,2 ккал, Б – 17,8 г, Ж – 15,9 г, Угл – 7,3 г</i>			
Сок фруктовый с мякотью	<b>200</b>		
	<i>ЭЦ – 93,6 ккал, Б – 0,8 г, Ж – 0 г, Угл – 22,6 г</i>		
<b>Ужин</b>			
Макаронные отварные со сливочным маслом	<b>150/5</b>		
	Вода питьевая	94,9	94,9
	Макаронные в/с	52,5	52,5
	Масло сливочное 72,5%	5	5
	<i>ЭЦ – 210,4 ккал, Б – 5,8 г, Ж – 4,3 г, Угл – 37,1 г</i>		
Сосиски	<b>50</b>		
		50	50,7
	<i>ЭЦ – 132,7 ккал, Б – 5,5 г, Ж – 11,9 г, Угл – 0,8 г</i>		
Хлеб пшеничный	<b>25</b>		
<i>ЭЦ – 64,7 ккал, Б – 1,8 г, Ж – 0,7 г, Угл – 12,7 г</i>			
Хлеб ржано-пшеничный	<b>50</b>		
<i>ЭЦ – 107,2 ккал, Б – 3,4 г, Ж – 0,6 г, Угл – 22,1 г</i>			
Огурцы вежие	<b>100</b>		
		100	107,5
	<i>ЭЦ – 14,1 ккал, Б – 0,8 г, Ж – 0,1 г, Угл – 2,5 г</i>		
Чай без сахара	<b>200</b>		
	Вода питьевая	204	204
	Чай черный	1	1
	<i>ЭЦ – 1,5 ккал, Б – 0,2 г, Ж – 0,06 г, Угл – 0,04 г</i>		
Вафли с жиросо-державшей начинкой	<b>30</b>		20
	<i>ЭЦ – 162,3 ккал, Б – 1,2 г, Ж – 9,2 г, Угл – 18,7</i>		
<b>Вечерний перекус</b>			
Йогурт	<b>110</b>		
	<i>ЭЦ – 84,5 ккал, Б – 5,5 г, Ж – 2,7 г, Угл – 9,3 г</i>		
Всего за день	<i>ЭЦ – 2816 ккал, Б – 104 г, Ж – 90 г, Угл – 396 г</i>		

## Приложение 13. Правила ухода за гастростомой

Гастростома – это искусственное отверстие, которое соединяет переднюю брюшную стенку и желудок. Гастростомическая трубка – медицинское изделие, которое устанавливается в канал гастростомы. Гастростомическая трубка нужна для того, чтобы питание и лекарства вводились непосредственно в желудок.

*Показания к установке гастростомы:* неоперабельная опухоль глотки или пищевода, опухоль средостения, сдавливающая пищевод, опухоль входного отдела желудка, рубцовые сужения пищевода, не поддающиеся бужированию (расширению просвета пищевода), заболевания нервной системы, при которых нарушается глотательный рефлекс (инсульт, миастения, боковой амиотрофический склероз, опухоль головного мозга).

*Основные виды гастростомических трубок* – чрескожная эндоскопическая и баллонная (длинная и низкопрофильная).

*Возможные осложнения при наличии гастростомы:* со стороны гастростомы – подтекание содержимого желудка, инфекция и развитие грануляций (соединительная ткань, образующаяся при заживлении раны), со стороны гастростомической трубки – закупорка или диспозиция/выход трубки.

В большинстве случаев проблемы возникают из-за несоблюдения правил ухода за стомой или рекомендаций врача.

### *Правила обработки области вокруг гастростомы*

- Кожу протирать кипяченой водой, просушивать и затем обрабатывать бесспиртовым антисептиком, например, мирамистином.

- В ряде случаев может быть наложена однослойная салфетка из нетканого материала. Бинт использовать нельзя.
- Гастростоме нельзя клеить пластырем – это может привести к пролежням, грануляциям и инфицированию.
- Перекись водорода может способствовать развитию грануляций, поэтому не используется для обработки гастростомы.

### **Уход за гастростомой**

1. Ежедневно нужно очищать кожу теплой водой с мылом вокруг гастростомического отверстия и под фиксирующим устройством, либо крышку трубки (если это низкопрофильная гастростома).
2. Пациенту можно принимать ванну или душ (но трубку нельзя погружать в воду в течение трех недель после установки). После душа нужно убедиться, что область вокруг гастростомы сухая. По рекомендации врача можно дополнительно обработать кожу бесспиртовым антисептиком.
3. Для профилактики закупорки гастростомы необходимо промывать ее водой до и после кормления (20–40 мл, минимальный объем 10 мл).
4. Чтобы избежать нарастания грануляционной ткани вокруг стомы, каждый день нужно поворачивать гастростомическую трубку на 360 градусов (можно только после полного формирования стомы).
5. Ежедневно необходимо проверять, что трубка «не утонула» и фиксирующее устройство установлено корректно (2–5 мм над поверхностью кожи). Для этого на трубке есть специальные внешние метки.
6. Ежедневно необходимо проверять, упирается ли внутренний фиксатор или баллон в переднюю брюшную стенку (аккуратно потянуть на себя до упора, затем опустить наружный фиксатор до нужной метки).

7. Наружное фиксирующее устройство нельзя смещать в течение двух недель после установки, трубка должна занять правильное положение. Если в этот период присутствует дискомфорт, обратитесь к врачу. Иногда для профилактики рефлюкса накладываются дополнительные клипсы для фиксации желудка к передней брюшной стенке. Они отпадают самостоятельно, либо их снимает врач. Если клипсы доставляют дискомфорт или появляются покраснения, необходимо обратиться к врачу.
8. Если гастростомическая трубка погрузилась глубоко в желудок, не следует самостоятельно извлекать ее, необходимо обратиться к врачу.
9. Нельзя накладывать воздухо непроницаемые повязки на гастростому, они могут провоцировать развитие пролежней и грануляций, увеличение числа бактерий.
10. Если на области вокруг стомы появилось раздражение, покраснение или припухлость, необходимо обратиться к врачу.
11. Следует исключить манипуляции с баллоном гастростомической трубки в течение 2–3 недель после установки, желудок должен плотно прилегать к брюшной стенке.
12. Воду в баллоне гастростомической трубки нужно проверять и/или менять каждую неделю, используя стерильную воду в больнице или охлажденную кипяченую воду дома.

### **Проблемы при уходе за гастростомой**

*Закупорка гастростомы.* При частичной закупорке гастростомы нужно промыть ее теплой кипяченой водой. Если это не помогает – газированной водой (экспозиция в трубке – 20 минут). При полной или частичной закупорке (если все способы не дали результата) – панкреатин (развести в воде и ввести в трубку на 30–90 минут). Закупорка гастро-

стомы не причиняет вреда здоровью пациента. Если препараты нужно вводить регулярно, нужно проконсультироваться с врачом. Если действия не принесли результата, требуется замена гастростомы.

*Воспаление области вокруг гастростомического отверстия.* Симптомы инфекции: покраснение, отек, болезненность, гнойное отделяемое, повышение температуры (могут встречаться как по отдельности, так и в сочетании). Необходимо обратиться к врачу и действовать согласно его рекомендациям. При поверхностной инфекции обычно назначают наружный препарат с антибиотиками. При необходимости добавляют противогрибковое наружное средство. Перед использованием наружных средств необходимо обработать стому водой с мылом. После обработки не нужно накладывать повязку. При глубокой инфекции назначаются системные антибиотики и противогрибковые препараты.

*Грануляции.* Симптомы: розово-красный «пузырчатый» кант, слизистое отделяемое, в ряде случаев небольшая кровоточивость. Лечение по назначению врача: мазь со стероидным гормоном или комбинированную с гормоном, антибиотиком и противогрибковым препаратом. Необходимо аккуратно промыть грануляцию прохладной кипяченой водой, просушить, обработать бесспиртовым антисептиком и дождаться, пока кожа высохнет. Затем обильно нанести ватной палочкой мазь на края гастростомы и грануляцию. При необходимости поместить тонкую бестканевую салфетку между грануляцией и наружным фиксатором. Не клеивать пластырем. Если появилось гнойное отделяемое, нужно дополнительно проконсультироваться с врачом.

*Подтекание из гастростомического отверстия.* Подтекание чаще возникает в первые 3–4 недели после установки гастростомы, пока формируется кожный канал. Как правило, достаточно обычного гигиенического ухода. Для про-

филактики или лечения размягчения кожи применяются барьерные кремы и мази с оксидом цинка. Подтекание может возникать вследствие инфицирования гастростомы. Если проблема сохраняется, нужно перевести пациента с болюсного (порционного) питания на непрерывное. Если и в этом случае проблема сохраняется, следует уменьшить скорость подачи. Следует проверить крепление, глубину размещения и целостность гастростомической трубки, оценить состояние баллона и его наполнение (если он есть). Если нарушена целостность гастростомы или диаметр гастростомы не соответствует диаметру трубки, необходимо заменить трубку. Следует выбрать оптимальное положение пациента при кормлении, чтобы уменьшить объем желудка и давление при поступлении пищи.

*Выход гастростомической трубки из желудка.* Отверстие может быстро закрыться. В зависимости от индивидуальных особенностей организма гастростома начинает закрываться через 1–2 часа и в большинстве случаев полностью закрывается через 4–6 часов. Необходимо срочно вызвать врача для замены трубки или обратиться в отделение экстренной и неотложной помощи.

*Электронное издание*

**Медико-психологическое сопровождение  
людей с низкой массой тела в условиях  
стационарной организации социального  
обслуживания**

Методические рекомендации  
для мультидисциплинарной команды

Автор-составитель Легостаева Алена Александровна

*Выпускающий редактор* Е.Ю. Попова

*Макет и верстка* Д.Р. Павлов

*Корректор* Н.А. Жигурова

Подписано 26.03.2026

Формат 140×210

Гарнитура Yefimov Serif

Издательство «Теревинф»

тел.: (495) 585 05 87

эл. почта: [shop@terevinf.com](mailto:shop@terevinf.com)

сайт: [terevinf.ru](http://terevinf.ru)

интернет-магазин: [terevinf.com](http://terevinf.com)

соцсети: [t.me/terevinf](https://t.me/terevinf), [vk.com/terevinf](https://vk.com/terevinf)



Центр  
лечебной  
педагогике

Издание подготовлено в рамках проектов  
РБОО «Центр лечебной педагогики»  
и АНО Центр социализации и интеграции  
лиц с нарушениями развития и их семей  
«Обычное детство».