

# Нутритивная терапия в паллиативной онкологии. Зачем? Когда? Сколько?

профессор, д.м.н. А.О. Гирш  
кафедра анестезиологии и  
реаниматологии  
Омской государственной  
медицинской академии

# Приказ МЗ РФ от 21.12.12 № 1343 Н «Об утверждении порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению»

- .....не включает нутриционную поддержку, как составную и обязательную часть паллиативной помощи больным на всех предлагаемых этапах ее оказания.....?????
- В штате отделения и центра не предусмотрен диетолог-нутрициолог.....??????
- Оснащение не предусматривает наличие оборудования для должной реализации клинического питания больных.....?????

# Есть мнение, что.....

- Паллиативная медицина — это оказание помощи пациентам в последние несколько дней их жизни.

- ПМ – это облегчение страданий и повышение качества жизни с момента обнаружения неизлечимой болезни.
- **Цель – это повышение качества жизни!!!!!!**

# Градация уровней качества жизни\_ ( по *O'Hanrahan and Irving, 1992)*

- I .Полный рабочий день, дома - без помощи  
родственников
- II. Неполный рабочий день, дома - жизнь с  
помощью родственников
- III. Неспособность работать, но возможность  
покидать дом на время
- IV. Неспособность покидать дом, полная  
зависимость от ухаживающих

# Паллиатив - полумера

- Паллиативная медицина – это подход, направленный **на улучшение качества жизни пациента и членов их семей**, находящихся перед лицом угрожающего жизни заболевания, путем **предупреждения и облегчения страданий** благодаря раннему выявлению и точной оценке, **лечению боли и других проблем физического, психического и психосоциального и духовного характера.**
- Паллиативная помощь – это интегративная область, для эффективной работы в которой требуется объединение усилий врачей, медсестер, сотрудников служб помощи на дому, социальных работников, духовных наставников, руководителей программ, волонтеров, психологов, фармацевтов и сотрудников реабилитационных центров.

Целостный подход ПМ предполагает внимание к

- - *физическим симптомам* (жалобы) – *терапия боли, волемической и нутритивной недостаточности*
- - *психологическим факторам* (тревоги, страхи, печаль, гнев) – *лечебные сеансы медицинской психологии*
- *Социальные факторы* (потребности семьи, проблемы связанные с пропитанием, работой, жильем, взаимоотношениями) – *лечебные сеансы медицинской психологии + терапия боли, волемической и нутритивной недостаточности*
- *Духовные факторы* (вопросы о жизни и смерти, потребность в спокойствии)

# Как информация о диагнозе и прогнозе болезни влияет на онкологического больного????

- - тревоги, страхи, печаль, гнев (психологические факторы, зависящие от возраста и типа ВНД)
- -жалобы (физические симптомы, зависящие от возраста и типа ВНД)
- - потребности семьи, проблемы связанные с пропитанием, работой, жильем, взаимоотношениями (социальные факторы, зависящие от возраста и типа ВНД)
- - вопросы о жизни и смерти, потребность в спокойствии (духовные факторы зависящие от возраста и типа ВНД)



# Нутритивная недостаточность в многопрофильном стационаре

- Хирургия – 27 - 48 %
- Терапия- 46-59 %
- Гериатрия- 26-57%
- Ортопедия- 39-45%
- Онкология- 46-88%
- Инфекция- 59 %
- Пульмонология- 33-53 %
- Гастроэнтерология- 46-60 %
- ХПН-гемодиализ- 31-59 %

*(отчет ESPEN для Совета Европы, 2001)*

Нутритивная поддержка у онкологических больных осуществляется (Ottery FD. Cancer Practice 2 (2) : 123-131, 1994) :

- - при подготовке к операции, а также после него для улучшения результатов хирургического лечения
- - при подготовке и на фоне курса радиотерапии
- - при подготовке и на фоне курса химиотерапии
- - для улучшения качества жизни

# Влияние хирургической травмы на гомеостаз организма (когда проводить - как можно раньше!!!!!!):

- Любое плановое оперативное вмешательство –прогнозируемая форма травмы с формирующейся стрессовой реакцией организма, включающая в себя изменения в метаболизме всех нутриентов
- Стрессовая реакция – выброс медиаторов воспаления и высвобождение стрессовых гормонов
- Катаболическая реакция – отрицательный азотистый баланс (деградация белка превышает его синтез)
- Потери белка и энергии значительно выше, чем при обычном голодании
- Хирургическая травма увеличивает расход энергии на 15-20% от исходного состояния
- Открытая рана – потеря жидкости
- Гипертермия – повышенный расход энергии
- Ранозаживление – мощный анаболический процесс

Для чего нужна нутритивная поддержка у онкологических больных при проведении оперативного лечения, лучевой терапии и химиотерапии (когда проводить - как можно раньше!!!!!!)?

- 1. Профилактики и коррекции белково-энергетической недостаточности
- 2. Профилактика и лечение побочных действий лучевой терапии и химиотерапии
- 3. Повышения уровня качества жизни пациента

# Задачи нутритивной поддержки у онкологических пациентов:

- поддержание оптимальной массы тела после хирургического лечения
- предотвращение или коррекция дефицита нутриентов — донаторов энергии и пластического материала
- повышение переносимости противораковой терапии (достаточно часто приходится встречаться с больными, у которых именно развитие тяжелой белково-энергетической недостаточности после эффективного курса радио или химиотерапии вследствие отсутствия необходимой питательной коррекции не позволяет продолжать качественное лечение пациента и определяет заведомо неблагоприятный исход)
- минимизация проявления побочных эффектов радио и химиотерапии
- профилактика и лечение иммунодепрессии
- повышение уровня качества жизни (4-х степенная градация)

# Последствия нутритивной недостаточности у больных онкохирургического профиля (когда проводить - как можно раньше!!!!!!):

- Развитие ранних и поздних послеоперационных раневых осложнений
- Инфекционные нозокомиальные осложнения (пневмония, уроинфекция, синуситы)
- Увеличение времени заживления послеоперационной раны
- Выраженный дискомфорт и боль после операции
- Увеличение длительности пребывания больных в хирургическом стационаре
- Существенное увеличение затрат на лечение больного

*(Костюченко А.Л.,1996, Шестопалов А.Е.,1996, R.Barton, 1994, F Cerra, 1992, J Takala, 1995, C Green,2001 )*

# Нутритивная поддержка

- Нужна ли она в паллиативной химиотерапии???
- Для чего??
- Помогает ли?

**Однозначно да!!!!!!**

**Цель ПМ – это повышение качества  
жизни!!!!!!**

**Задача НП - это повышение качества  
жизни!!!!!!**



## Больные с ЗНО молочной железы

1 группа: Химиотерапия + поддерживающая лекарственная терапия;

2 группа: Химиотерапия + поддерживающая лекарственная терапия + нутритивная поддержка;

2 группа: Химиотерапия + поддерживающая лекарственная терапия + нутритивная поддержка.

- **ОПРОСНИК ПО АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ  
(НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ)**
- **ОПРОСНИК ПО АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ  
(НА МОМЕНТ ВЫПИСКИ)**

# ОПРОСНИК ПО АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

- **Код пациента** .....**Дата рождения**.....**Пол**.....
- **Как бы вы оценили своё общее состояние при поступлении в стационар?**
- Состояние - тяжелое / средней тяжести/ вполне удовлетворительное  
(*подчеркните*)
- **Вы заметили потерю массы тела за последние 3 месяца/время лечения:**  
ДА / НЕТ? (*подчеркните*)
- **Какова была ваша масса тела 3 месяца назад/при выписе?** кг .....
- **Масса тела** (*при поступлении/выписке*) кг ..... **Рост** (см) .....**ИМТ**  
.....
- **Процент потери за последние 3 месяца/выписке**  
.....(*подсчитывает лечащий врач*)
- **Как вы оцениваете изменение аппетита?** Увеличился / Не изменился /  
Снизился
- **Если принять за 100% стандартный объём порции, сколько вы съедаете во время приёма пищи?** -100%; - 75%; - 50%; - 25%; - 0%.  
(*подчеркните*)
- **Выберите для каждого предложенного утверждения вариант ответа, характерный именно для вас** (*обведите соответствующий балл в таблице*):

	<b>НИКОГДА</b> (совсем нет)	<b>ИНОГДА</b> (редко)	<b>ПЕРИОД-КИ</b> (довольно часто)	<b>КАК ПРАВИЛО</b> (часто)	<b>ВСЕГДА</b> (постоянно)
<b>У меня хороший аппетит</b>	0	1	2	3	4
<b>В среднем я ем достаточно</b>	0	1	2	3	4
<b>Я волнуюсь за мой вес</b>	0	1	2	3	4
<b>Большинство вкусовых ощущений мне не приятны</b>	0	1	2	3	4
<b>Меня беспокоит то, что я выгляжу худым</b>	0	1	2	3	4
<b>Мой интерес к еде снижается быстро, когда я ем</b>	0	1	2	3	4
<b>Я с трудом ем жирную или «тяжелую» пищу</b>	0	1	2	3	4

	НИКОГДА (совсем нет)	ИНОГДА (редко)	ПЕРИОД-КИ (довольно часто)	КАК ПРАВИЛО (часто)	ВСЕГДА (постоянно)
Моя семья или друзья заставляют меня есть	0	1	2	3	4
Меня подташнивает	0	1	2	3	4
Во время еды, я быстро насыщаюсь	0	1	2	3	4
Я испытываю боли в эпигастральной области (в области желудка)	0	1	2	3	4
Мое общее состояние улучшается	0	1	2	3	4

Баллы:.....(*подсчитывает лечащий врач*)

- **Вы испытываете быстрое насыщение?** ДА / НЕТ  
(*подчеркните*)
- **Вы испытываете отвращение к мясу?** ДА / НЕТ  
(*подчеркните*)
- **Замечаете ли вы изменение вкуса/обоняния?** ДА / НЕТ  
(*подчеркните*)
- **Испытываете ли вы тошноту?** ДА / НЕТ (*подчеркните*)
- **Бывает ли у вас рвота?** ДА / НЕТ (*подчеркните*)
- **Оцените своё чувство голода по визуальной аналоговой шкале:**
  - нет чувства голода
  - есть чувство голода
- 0 -----1-----2--\_\_-3----4----5----6-----7-----8-----9----- 10

- **Получали ли вы какое-нибудь лечение за последние 3 месяца:**  
*(подчеркните)*
- 1 - операция
- 2 - химиотерапия
- 3 - лучевая терапия
- 4 - симптоматическое лечение
- **Возникали ли у вас осложнения от проводимого лечения: ДА /НЕТ**  
*(подчеркните)*
- **Если вы ответили «ДА», какие именно осложнения:** *(выберите и подчеркните)*
- - диарея (учащенный стул)
- - тошнота
- - рвота
- - лейкопения (снижение количества лейкоцитов крови)
- - тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов крови)
- - снижение уровня гемоглобина
- - стоматит (воспаление слизистых оболочек полости рта)
- - инфекционные осложнения (пневмония, герпетическая инфекция и др.)
- - послеоперационные осложнения (воспаление в послеоперационной области, кровотечение и др.)
- - аллергические реакции
- - иные осложнения  
*(допишите)*

## Шкала ECOG (баллы)

0	Нормальная активность
1	Есть симптомы заболевания, но ближе к нормальному состоянию
2	Больше 50% дневного времени проводит не в постели, но нуждается в отдыхе лежа
3	Нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени
4	Не способен обслуживать себя. Прикован к постели



# Градация уровней качества жизни\_ ( по *O'Hanrahan and Irving, 1992)*

- I .Полный рабочий день, дома - без помощи  
родственников
- II. Неполный рабочий день, дома - жизнь с  
помощью родственников
- III. Неспособность работать, но возможность  
покидать дом на время
- IV. Неспособность покидать дом, полная  
зависимость от ухаживающих

## Качество жизни по (*по O'Hanrahan and Irving, 1992*)

Группы больных	Качество жизни
I группа (n=13, больничная диета)	III. Неспособность работать, но возможность покидать дом на время
II группа (n=13, Нутрикомп файбер)	II. Неполный рабочий день, дома - жизнь с помощью родственников
III группа (n=13, Нутрикомп Имунн)	II. Неполный рабочий день, дома - жизнь с помощью родственников

## Качество жизни по шкале ECOG

Группы больных	Качество жизни
I группа (n=13, больничная диета)	Нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени
II группа (n=13, Нутрикомп фибер)	Больше 50% дневного времени проводит не в постели, но нуждается в отдыхе лежа
III группа (n=13, Нутрикомп Имунн)	Больше 50% дневного времени проводит не в постели, но нуждается в отдыхе лежа

# Осложнения у больных

Осложнения	I группа (n=13, больничная диета)	II группа (n=13, Нутрикомп файбер)	III группа (n=13, Нутрикомп Имунн)
Диарея (n, %)	5 (38,5%)	1 (7%)	0 (0%)
Запор (n, %)	7 (53,9%)	1 (7%)	2 (15,4%)
Эрозии и стресс- язвы слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки (n, %)	2 (15,4%)	0 (0%)	0 (0%)
мукозиты/стомати ты	4 (30,8%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)

# Показания к энтеральному питанию (кому проводить?):

- Пациенты, которые не могут самостоятельно принимать пищу:
  - Кома
  - Параличи и парезы
  - ИВЛ
  - **Тяжелые хирургические вмешательства**
  - **После операций на шее, голове, полости рта**
  - **При опухолях головы и шеи**
  - **Радиотерапия области головы, шеи, пищевода**
  - Переломы челюстного аппарата
- Пациенты, которые не хотят принимать пищу:
  - **Депрессивные состояния**
  - **Анорексия**
  - Пожилые
- Пациенты с высокой потребностью в белке и энергии (гиперкатаболизм):
  - Сепсис
  - Ожоги
  - **Онкология**
  - Политравма

# Как проводить (варианты)?

- **TUBE FEEDING**-зондовое питание
- **SIP FEEDING** - пероральный прием энтеральной диеты через трубочку или мелкими глотками

# Чем проводить?

Энтеральными полисубстратными смесями  
типа:

- Стандарт
- Файбер
- Диабет
- Иммун

Энтеральные полисубстратные  
смеси это (когда проводить - как  
можно раньше!!!!!!):

- Не только коррекция белково-энергетической недостаточности, но регуляция водно-электролитного состава !!!!!



# Сколько энтеральной смеси нужно?

- **SIP FEEDING-** пероральный прием энтеральной диеты через трубочку или мелкими глотками:
- – 1 день 100 мл\*4 раза в сутки между приемами пищи;
- - 2 день 150 мл\* 4 раза в сутки между приемами пищи
- - 3 день 200-250 мл\* 4 раза в сутки между приемами пищи

# Сколько энтеральной смеси нужно?

- **SIP FEEDING-** пероральный прием энтеральной диеты через трубочку или мелкими глотками (если больной вообще не ест обычную пищу):
  - – 1 день 100-150 мл\*4 раза в сутки;
  - - 2 день 150-200 мл\* 4 раза в сутки ;
  - - 3 день 200-250 мл\* 4 раза.

# Сколько энтеральной смеси нужно?

- **TUBE FEEDING** - зондовое питание:
  - – 1 день 500 – 1000 мл капельно за сутки;
  - - 2 день 1500-2000 мл капельно за сутки;
  - - 3 день 2000-2500 мл капельно за сутки.

# Показания к иммунному энтеральному питанию в ОНКОЛОГИИ

## Уровень доказательств А

- Периоперативно при операциях в зоне голова\шея (ларингэктомия, фарингэктомия)
- Обширные оперативные вмешательства на органах брюшной полости (пищевод, желудок, поджелудочная железа)

149. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Carlo VD. Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. *Surgery* 2002;132(5): 805–14.
150. Braga M, Gianotti L, Nespoli L, Radaelli G, Di Carlo V. Nutritional approach in malnourished surgical patients: a prospective randomized study. *Arch Surg* 2002;137(2): 174–80.
151. Gianotti L, Braga M, Nespoli L, Radaelli G, Beneduce A, Di Carlo V. A randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. *Gastroenterology* 2002; 122(7):1763–70.

- Иммунное питание одинаково эффективно как у исходно истощенных, так и у больных с нормальным нутритивным статусом в условиях абдоминальной онкохирургии

175. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Ann Surg* 1999;229(4): 467–77.
176. Beale RJ, Bryg DJ, Bihari DJ. Immunonutrition in the critically ill: a systematic review of clinical outcome. *Crit Care Med* 1999;27(12):2799–805.
177. Heyland DK, Novak F, Drover JW, Jain M, Su X, Suchner U. Should immunonutrition become routine in critically ill patients? A systematic review of the evidence. *JAMA* 2001;286(8):944–53.
178. Montejo JC, Zarazaga A, Lopez-Martinez J, et al. Immunonutrition in the intensive care unit. A systematic review and consensus statement. *Clin Nutr* 2003;22(3):221–33.

- 4 мета-анализа:
- Вывод- снижение частоты послеоперационных осложнений и длительности пребывания больного в стационаре

Strickland A, Brogan A, Krauss J, Martindale R, Cresci G. Is the use of specialized nutritional formulations a cost-effective strategy? A national database evaluation. *J Parenter Enteral Nutr* 2005;29(1 Suppl.):S81–91.

- Доказана экономическая целесообразность применения иммунных сред как у исходно истощенных , так и у больных с нормальным нутритивным статусом в условиях абдоминальной онкохирургии.

# Иммунное питание- основные эффекты

- Сокращение частоты раневых и инфекционных осложнений по сравнению со стандартными диетами наблюдалось у онкологических больных, при политравме и термической травме.
- Снижение выраженности и длительности синдрома системного воспалительного ответа и синдрома полиорганной недостаточности было отмечено у больных с политравмой, сепсисом и в онкологической практике.
- У больных со злокачественными новообразованиями, термической травмой, а также после массивных хирургических вмешательств отмечалось достоверное сокращение длительности пребывания в отделениях интенсивной терапии и в стационаре.
- Уменьшение затрат на лечение больного стало результатом применения формул иммунного питания в хирургических отделениях.



# Проблемы ПМ

- -наше общество не идентифицирует ПМ как важный раздел в системе здравоохранения;
- -медицинские работники не понимают идеологии и методологии ПМ;
- -низкий уровень образования медперсонала по вопросам ПМ и области клинического питания
- Отсутствие определенных профессиональных качеств у персонала
- Отсутствие необходимого финансирования и должной материальной базы

Спасибо за

**ВНИМАНИЕ**