

Особенности проведения нутритивной поддержки у онкологических пациентов в паллиативной помощи.

Сытов А.В.

ФГБУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН

ОРИТ №1

Онкологический пациент

- любой человек, которому был поставлен онкологический диагноз, от момента его постановки и в течение всей последующей жизни пациента.

Онкология –эпидемиологические данные

-2002г. – **453256** больных со злокачественными
новообразования

—

-2008г – **490734** больных со злокачественными
новообразования

—

-2012г. – **525931** больных со злокачественными
новообразованиями

У онкологических больных всегда
существует несоответствие
между энергией, получаемой и
требуемой, за счет
нарушений в основных звеньях
метаболизма

Метаболические изменения у онкологических пациентов.

углеводы

- повышенный глюконеогенез из аминокислот, лактата, глицерола
- повышенная утилизация глюкозы -
инсулинорезистентность

Метаболические изменения у онкологических пациентов.

липиды

- повышенный липолиз
- повышенный оборот глицерина и жирных кислот
- пониженный липогенез
- пониженная активность липопротеидлипазы

Метаболические изменения у онкологических пациентов.

белки

- повышенный катаболизм мышечного белка
- пониженный синтез белка в мышцах

Формы дефицита питания подразделяют на острые и хронические. В клинической практике, особенно в онкологии, чаще наблюдается смешанная форма недостаточности питания, при которой имеются признаки и маразма, и квашиоркора

Патогенез нутритивной недостаточности у онкологических больных

- Синдром анорексии-кахексии
- Синдром гиперметаболизма-
гиперкатаболизма
- Синдром кишечной недостаточности

Синдром анорексии-кахексии

- Потеря массы тела
- Снижение аппетита
- Провоспалительная реакция
- Липид-мобилизирующий фактор
- Фактор индукции протеолиза
- Метаболические нарушения

Кахексия важна по нескольким причинам

- имеет место почти у 70% пациентов в терминальной фазе заболевания;
- сама по себе может быть причиной смерти 5–23% пациентов в терминальной стадии заболевания;
- кахектичные пациенты являются неперспективными кандидатами для активного оперативного и консервативного лечения;

Уровень преальбумина (N-0,2-0,4г/л) (рак желудка)

показатель

до операции

Контрольная группа

0,17± 0,01

Исследуемая группа

0,16± 0,02

Нутриционные последствия резекции органов ЖКТ

Область резекции	Нутриционные последствия
Язык, гортань	Дисфагия (зонд для питания)
Грудной отдел пищевода	Гипотония желудка (ваготомия), нарушение всасывания жиров.
Желудок	Демпинг- синдром, анемия, мальабсорбция жиров, витаминов, Са.
Двенадцатиперстная кишка	Панкреатическая и желчная недостаточность
Тощая кишка (до 120 см)	Сниженное всасывание глюкозы, жиров, белков, фолиевой кислоты и др.

Нутриционные последствия резекции органов ЖКТ (продолжение)

Область резекции

Нутриционные последствия

Тонкая и подвздошная кишка

Полная мальабсорбция

Толстая кишка (тотальная или
субтотальная резекция)

Гидроэлектrolитные потери

Поджелудочная железа

Мальабсорбция, диарея

Печень

Гипоальбуминемия,

Нутриционные последствия, связанные с радиотерапией

Область облучения	Ранние лучевые осложнения	Поздние лучевые осложнения
Голова и Шея	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Боль при глотании ▪ Лучевое поражение слизистых ▪ Анорексия ▪ Нарушение обоняния 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Изъязвления ▪ Сухость во рту ▪ Кариес зубов ▪ Лучевой остеонекроз ▪ Тризм ▪ Пониженная вкусовая чувствительность
Грудная Клетка	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Дисфагия 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиброз • Стеноз • Свищ
Брюшная полость и таз	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Анорексия ▪ Тошнота ▪ Рвота ▪ Диарея ▪ Острый энтерит ▪ Острый колит 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Изъязвления ▪ Мальабсорбция ▪ Диарея ▪ Хронический энтерит ▪ Хронический колит

Нутриционные последствия, связанные с химиотерапией

Тошнота

Рвота

Атрофия слизистой кишечника

Потеря аппетита

Паллиативная помощь

- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни.
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного (ВОЗ, 2002).
- использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи.

Клинические проявления

- психо-эмоциональный стресс,
- болевой синдром,
- слабость,
- снижение вкуса или аппетита,
- анорексия,
- нарушение функции желудочно-кишечного тракта

Обезболивание

- Системное
- Регионарное

Психо-эмоциональный стресс

- - неспособность выражать гнев или возмущение в сочетании с «внешним добродушием»;
- - эмоциональное напряжение, связанное со смертью очень близкого человека - кого-то из родителей, супруга или ребенка;
- - утрата «смысла существования» из-за глубокого отчаяния

Психо-эмоциональный стресс

- 1) отрицание и изоляция (больной отказывается принять свою болезнь);
- 2) гнев и агрессия;
- 3) фаза «торговли» (поиск методов лечения);
- 4) депрессия и отчуждение;
- 5) смирение, принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии

Анорексия

- Анорексия является обычным симптомом у пациентов с растущей опухолью и возникает вследствие сочетания таких симптомов, как раннее насыщение, изменение вкусовых и обонятельных ощущений и отвращение к некоторым продуктам.

Важные различия



ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition

2006 г.

Некурабельные пациенты

- Обеспечить энтеральное питание в целях сведения к минимуму потери веса тех пор, пока пациент соглашается и терминальная фаза еще не началась. **Уровень рекомендаций С.**
- Когда близится летальный исход, большинство пациентов требует только минимальных количеств пищи и небольшое количество жидкости для снижения чувства голода и жажды. **Уровень рекомендаций В.**
- Небольшие количества жидкости могут также помочь избежать состояний, вызванных дегидратацией. **Уровень рекомендаций В.**
- Может быть полезным подкожное введение жидкостей в больнице или на дому, а также быть методом для введения лекарственных препаратов. **Уровень рекомендаций С.**

Методы нутритивной поддержки

- ✓ дополнение к пероральному питанию
- ✓ энтеральное (зондовое) питание
- ✓ парентеральное питание

Сипинг – пероральное питание

Сипинг

Необходимое условие-сохранение глотательной функции

- **Выраженная общая слабость**
- **Нарушения жевательной функции**
- **Поражения слизистых оболочек полости рта и пищевода**
- **Дисфагия на твердую пищу**
- **Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка**
- **ИМТ ?**
- **Ранняя реабилитация?**

Особенности сипинга

Зондовое питание.

Гастростома
Еюностома

Home parenteral nutrition

программа домашнего
парентерального питания(ДПП)
назначается пациентам,
нуждающимся в парентеральном
питании в долговременном
плане

Некурабельные пациенты

- При кишечной недостаточности проведение долгосрочного ПП предлагается в случаях, когда
 - 1) энтеральное питание недостаточно,
 - 2) ожидаемая продолжительность жизни, ограничиваемая прогрессированием опухолевого процесса, превышает 2–3 месяца,
 - 3) предполагается, что ПП может способствовать стабилизации или улучшению функционального статуса и качества жизни
 - 4) пациент выражает желание использовать этот вид нутриционной поддержки.

По-видимому, «вспомогательное» ПП оказывает положительное действие, поддерживая пациентов с неизлечимыми онкологическими заболеваниями, у которых имеется потеря веса и снижено поступление нутриентов.

Мультицентровое исследование по проблеме домашней нутритивной поддержки у онкологических больных в Европе

0% (Польша) - 61% (Италия)

Показания

- Пациенты с неизлечимыми онкологическими заболеваниями могут быть включены в программу ДПП, если их нутриционные потребности не могут быть удовлетворены пероральным или энтеральным путем и имеется угроза смерти вследствие недостаточности питания. Прекращение специфического лечения не является противопоказанием для проведения ДПП
- Уровень рекомендаций С

Показания

- Не рекомендуется проводить ДПП пациентам с неизлечимыми заболеваниями при короткой ожидаемой продолжительности жизни.

Уровень рекомендаций С

Критерии отбора

- Продолжительность лечения не менее 6 недель. При меньших сроках – индивидуальный подход.
 - Контроль за состоянием
 - Шкала Карновского > 50

Шкала Карновского

Оценка, %

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Функциональная активность

Нормальная; жалоб и симптомов заболевания нет

Способен к нормальной деятельности;
незначительные симптомы заболевания

Нормальная деятельность с усилием; присутствуют
те или иные симптомы заболевания

Способен к самообслуживанию; способность к
нормальной деятельности утрачена

Самообслуживание возможно, иногда требуется
посторонняя помощь

Способность к самообслуживанию утрачена,
требуется медицинская помощь

Инвалид; нуждается в специализированной помощи
и уходе

Тяжелая инвалидность; нуждается в госпитализации

Состояние крайне тяжелое; нуждается в
госпитализации и интенсивной терапии

Терминальное состояние

Смерть

Индивидуальный подход

- Финансовые возможности системы здравоохранения
- Финансовые возможности родственников
- Личное мнение врачей, которые зачастую умеют лечить болезни, но не могут облегчить страдания неизлечимо больного человека.

Дилемма

- обеспечивать этих пациентов нутриционной поддержкой или нет?

различные типы пациентов

- «Онкологические терминальные» пациенты, которые могут прожить несколько месяцев, отличаются от умирающих пациентов, которых никто не будет лечить с помощью нутриционной поддержки.

Критерии исключения

- Малая ожидаемая продолжительность жизни
- Отказ
- Шкала Карновского < 50 и отсутствие членов семьи, готовых проводить домашнее парентеральное питание.

Пациент не должен умирать от
голодания

Спасибо за внимание.