

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА в ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Лейдерман И.Н.

Уральский государственный
Медицинский университет

Смирнов М.В.

Свердловский Областной
Онкологический Диспансер
г. Екатеринбург

Всемирная организация здравоохранения
определяет ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

как «**активную всеобъемлющую помощь** пациентам,
чье заболевание не поддается излечению
(curative treatment).

Главной задачей помощи является купирование боли и
других симптомов, а также решение психологических,
социальных и духовных проблем.

Целью паллиативной помощи является **достижение**
возможно наилучшего качества жизни пациентов и
членов их семей»

(World Health Organisation, 1990).

КАКИЕ БОЛЕЗНИ НЕ МОЖЕТ ПОБЕДИТЬ СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА ?

- ✓ **тяжелые последствия сосудистых «катастроф»
(нарушения мозгового кровообращения)**
- ✓ **декомпенсация функции органов
(сердце, печень)**
- ✓ **СПИД**
- ✓ **распространенная онкологическая патология**

ЧТО ТАКОЕ НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ?

НЕАДЕКВАТНОЕ ПИТАНИЕ ?

**НЕСООТВЕТСТВИЕ между
ПОСТУПЛЕНИЕМ и ПОТРЕБНОСТЬЮ
ОРГАНИЗМА
в ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ и ПЛАСТИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛАХ**

- Имеется прямая корреляционная взаимосвязь между **трофической обеспеченностью тяжело больных пациентов и их летальностью** – чем выше энергетический и белковый дефицит, тем чаще у них наблюдается тяжелая ПОН и летальный исход
- При невозможности перорального питания больных имеются другие хорошо разработанные, апробированные и эффективные методы доставки питательных веществ (зонд, вена)
- Сегодня в РФ зарегистрированы и имеются в наличии все необходимые современные средства доставки необходимых ПС

- Имеется проблемная Комиссия парентерального и энтерального питания межведомственного Научного Совета по медицинским проблемам питания РАМН и МЗСР РФ
- Существует приказы МЗ и СР (№ 330-2003 г, № 624-2005 г, № 2 - 2006 г, № 2 - 2006 г и др.)
- Приказ МЗ и СР №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»

(проф. Луфт ВМ)

НО:

- Энтеральное питание до настоящего времени не имеет должного внедрения в клиническую практику многих ЛПУ (приказы не работают)
- В распоряжении Правительства РФ №2199-р от 7 декабря 2011 г. «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 год» энтеральные ПС вообще отсутствуют
- Энтеральное питание почему-то не вошло в разрабатываемые Федеральные МЭСы
- **В новом федеральном закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нет ни единого слова об искусственном питании больных**

(проф. Луфт ВМ)

Причины нутритивной недостаточности

- Недостаточное поступление питательных веществ;
- Изменение потребностей организма в нутриентах;
- Невозможность организма полностью усвоить поступающие нутриенты;
- Увеличение энергетических затрат организма при заболевании, ведущее за собой большие потери .

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ

какие особенности ?

- пониженная толерантность к глюкозе (скрытый диабет)
- тенденция к гипогликемии
- истощение запасов гликогена в печени и мышцах
- мобилизация липидов из жировых депо и мышц
- дистрофия мышц (**усиленный катаболизм и ослабленный синтез белков**)
- повышенный глюконеогенез в печени и почках
- активация системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» с гиперпродукцией глюкокортикоидов
- инволюция тимуса, иммунодепрессия

НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ или СИНДРОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

В среднем частота встречаемости синдрома
анорексии-кахексии (CACS) составляет
около **60-80%**:

при локализации опухоли в верхнем отделе ЖКТ – **95%**

CACS - является непосредственной причиной смерти

У 4 ИЗ 20 онкологических больных

***Kakos* = плохой; *hexis* = состояние**

**Комплексный многофакторный синдром,
характеризующийся прогрессивной потерей
массы тела**

**Анорексия, быстрое насыщение, снижение тощей
массы тела, мышечная слабость, отеки,
утомляемость, иммунодефицит**

**Кахексия = крайняя степень белково-
энергетической недостаточности**

- Потеря массы тела более 33-37%
- Потеря мышечной массы более 30%
- Потеря жировых запасов более 70%
- Индекс массы тела (ИМТ) 11-13

Голодание
как
причина
смерти



Показания к проведению нутритивной поддержки

Пациент не может восполнить потребности в питании с помощью обычной диеты

Критерии питательной недостаточности:

- *ИМТ 19 и менее*
- *Дефицит массы тела более 10%*
- *Общий белок менее 60 г\л*
- *Альбумин менее 35 г\л*
- *Лимфоциты периф.крови менее 1800 в мм3*

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА **назначается во всех случаях, когда** **больные**

- **НЕ МОГУТ**
- **НЕ ХОТЯТ**
- **НЕ ДОЛЖНЫ**
принимать пищу естественным путем

как оценить?

Степени	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин	35-30 г/ л	30-25 г/л	< 25 г/л
Лимфоциты	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы в % от ИМТ	11-10 %	21-30 %	более 30 %
Индекс масса-рост	19-17,5	17.5-15,5	<15,5

**ВАЖНО : темп потери массы тела
чем быстрее развивается нутритивная нед-ть
тем более интенсивные меры терапии !!!**

Принципиальные исходные данные для проведения нутритивной поддержки

- **Наличие или отсутствие функционирующего желудочно-кишечного тракта**
- **Тип проводимой (проведенной) терапии**
- **Качество жизни, настоящий статус, прогноз**
- **Соображения медико-экономической целесообразности**

Почему при назначении НП предпочтение отдается энтеральному питанию

- Более физиологично
- В 2-3 раза дешевле парентерального
- Не требует строго стерильных условий
- Не вызывает опасных для жизни осложнений
- ЖКТ - мишень патоморфологических и патофизиологических реакций постагрессивного воздействия на организм
- Метаболически активная система, требующая внутрипросветного трофического обеспечения
- Барьер, отделяющий 2,5-3 кг внутрикишечной микробной массы от внутренней среды организма (эндогенный очаг инфекции)

(проф. Луфт ВМ)

Что мешает широкому применению энтерального питания в РФ?

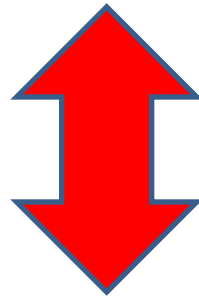
- Недостаточные знания и пренебрежительное отношение к данному виду медицинского пособия со стороны организаторов здравоохранения и некоторых клиницистов
- **Отсутствие данного вида медицинского пособия в МЭСах**
- Недостаточное и остаточный принцип финансирования клинического питания
- **Отсутствие должной организации**

Энтеральное питание- ключевая технология

- Методика обогащения энтеральными диетами обычных продуктов
- Сиппинг- пероральный прием энтеральных диет
- Зондовое питание

ПРОБЛЕМА: ВОДНЫЙ БАЛАНС
АНАЛИЗ ЖИДКОСТНОГО БАЛАНСА:
УЧЕТ ПОТЕРЬ и ПОСТУПЛЕНИЯ

**Питание на фоне гиповолемии
малоэффективно**



**Коррекция гиповолемии и
электролитных расстройств на
фоне голодания бесперспективна**

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ (обогащение)

- **акцент на животный белок и
высокоэнергетические продукты**
- **частый дробный прием пищи**
- **рекомендации по приготовлению**
- **обогащение за счет добавления
питательной смеси**

- **Питание методом сипинга** – употребление нужного количества смеси в течение дня небольшими глоточками. Этот метод повышает усвоение и улучшает переносимость лечебного питания.
- Это- «не вкусно», но ПОЛЕЗНО
- Это- альтернатива зондовому питанию
- «Запивайте таблетки не водой, а смесью»
- Не пейте сразу много (с 8 до 20 часов)
- Пить не вместо еды, а в промежутках между приемом пищи

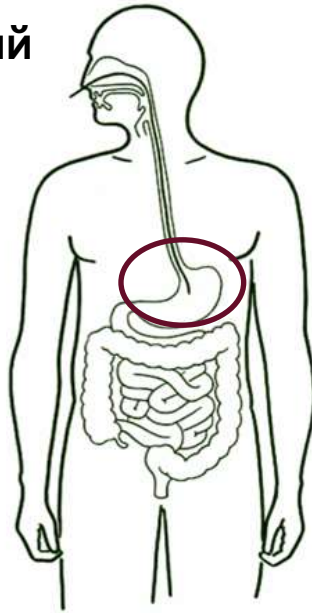


Современная полноценная смесь для питания
методом сипинга Нутрикомп Дринк Плюс

Специализированная высококалорийная, полностью
сбалансированная по всем нутриентам жидкая смесь

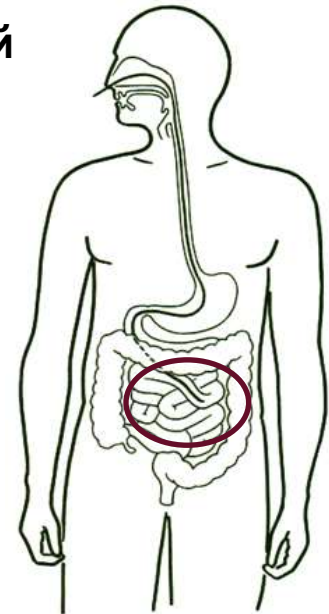
Зондовое энтеральное питание

Назогастральный
зонд



- Зонд вводится через нос
- Кончик зонда находится в желудке
- Стандартный тип для кратковременного использования

Назоеюнальный
зонд



- Зонд вводится через нос
- Кончик зонда находится в тощей кишке
- В случаях риска аспирации или большого количества остаточного содержимого в желудке

Гравитационное введение

- Введение питания происходит благодаря разнице в высоте расположения системы для введения и назального зонда
- **Преимущества:**
 - Закрытая система
 - Простая в использовании
 - Регулируется роликовым зажимом
- **Недостатки:**
 - Необходимость постоянного контроля
 - Может использоваться только у определенных типов пациентов

Непрерывное введение с помощью насоса

- Зондовое питание вводится с заданной постоянной скоростью
- Продолжительность введения **20-24** час
- Скорость: **60-100** мл/ час



- Преимущества:

- Точность объема доставки
- Лучшая переносимость со стороны ЖКТ
- Снижение риска наличия большого остаточного объема в желудке и аспирации
- Минимизация риска метаболических нарушений

- Недостатки:

- В случае введения с низкой скоростью более 24 часов/сут прерывания в введении могут привести к недостаточному поступлению нутриентов



Места доступа питающих зондов в пищеварительную систему

1. Назогастральные зонды:



- Зонд Entriflex
- Зонд Pedi-Tube

2. Назоеюнальные зонды (конец за связкой Trietz):



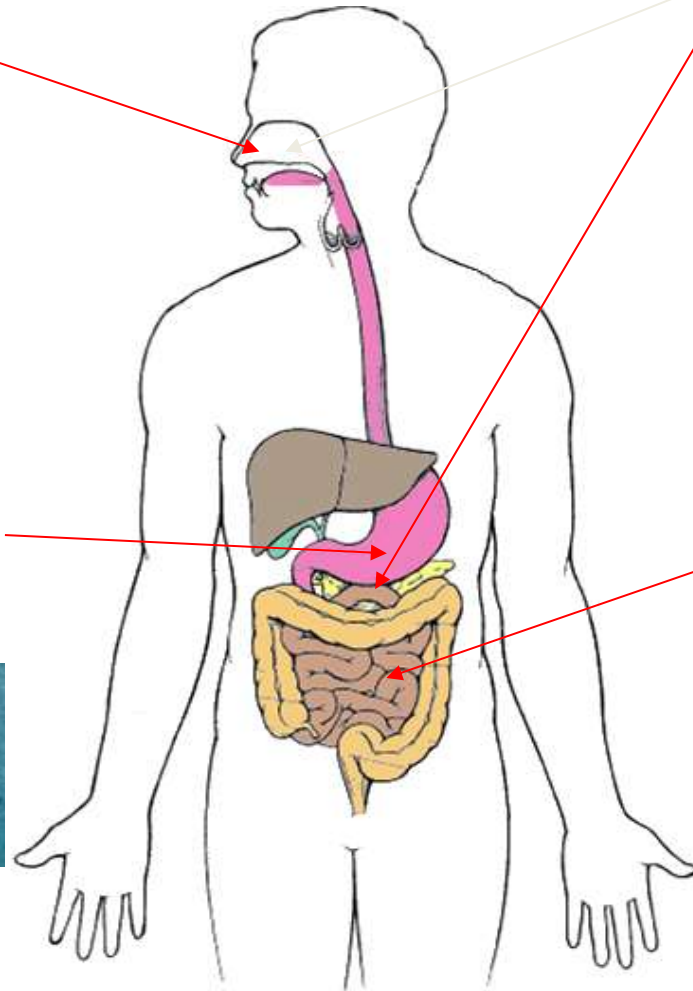
- Зонд Dobbhoff

3. Наборы для первичной чрескожной гастростомии под эндоскопическим контролем PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy чрескожная эндоскопическая гастростомия)



- Набор EntriStar PEG (на левом рисунке)

4. Еюностома



Противопоказания к энтеральному питанию

- **механическая острая кишечная непроходимость;**
- **высокая кишечная фистула;**
- **ишемия кишечника;**
- **непереносимость составляющих эн. смеси.**

Показания к проведению парентерального питания

- Послеоперационно - пациенты, у которых по ряду причин не возможно питание через желудочно-кишечный тракт (кишечная непроходимость, панкреонекроз, высокие кишечные фистулы и т.д.)
- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит)
- Выраженный катаболизм, когда только энтеральное питание не позволяет справиться с потерями и дефицитом протеинов.

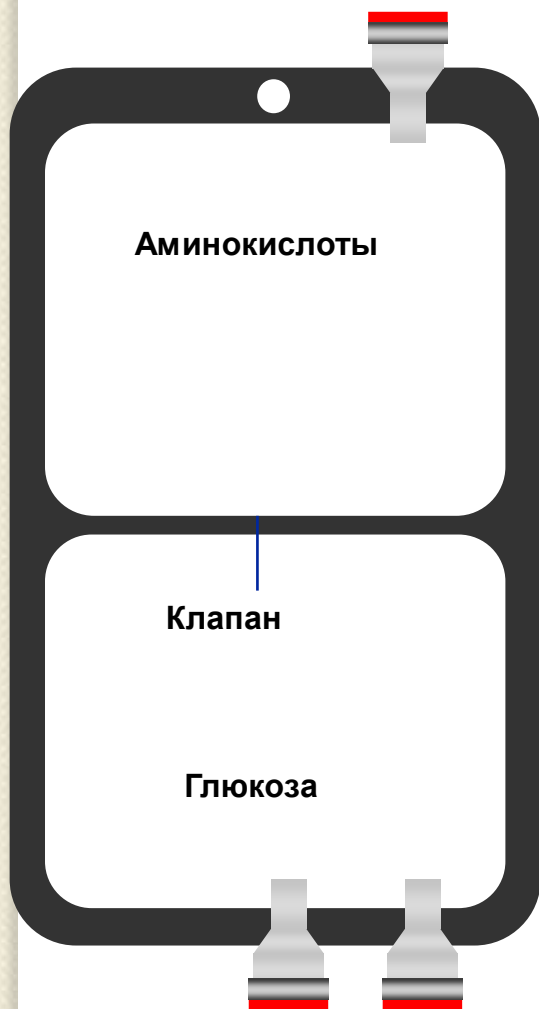
венозный доступ

- Периферическая вена + гиперосмолярные р-ры для ПП ► быстрое развитие осложнений
- Центральный венозный катетер ► ограничение времени 10 – 12 суток
- Туннелируемый центральный венозный катетер ► длительное ПП (> 3 месяцев)
- ПИУ – полностью имплантируемые устройства: венозные порты (1 – 1,5 года)

Основные компоненты парентерального питания

- Донаторы пластического материала: аминокислоты (аминоплазмаль, аминосол, аминостерил и др. также органоспецифические);
- Донаторы энергии-жиры (интралипид, липофундин, омегавен и др.);
- Донаторы энергии-углеводы (растворы глюкозы 10, 20, 25, 30%);
- Ионные растворы (р-р Рингера, стерофундин и др.).

Порт для добавления жировой эмульсии

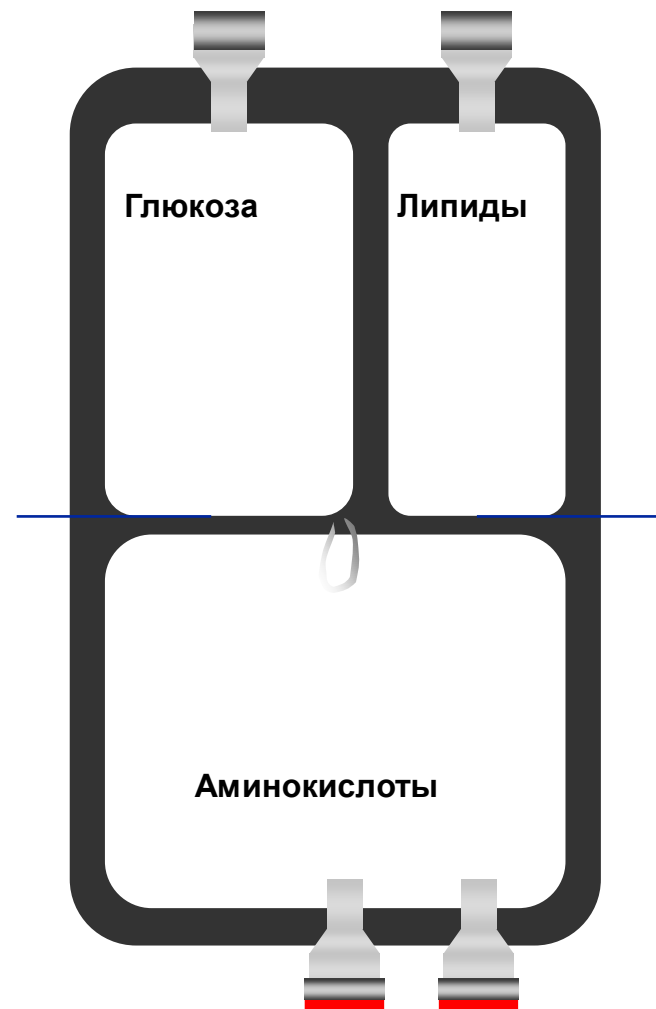


Инфузионный порт

Доп. порт

Клапаны

Дополнительные порты



Инфузионный порт

Доп. порт

Критерии включения в программу домашнего парентерального питания

- **Неспособность питаться через рот**
- **Прогнозируемая продолжительность жизни более 3 месяцев**
- **Минимальное повреждение витальных функций**
- **Согласие и желание пациента или родственников**

программа домашнего парентерального питания

- ЦЕЛЕВЫЕ БЮДЖЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ !

Основные группы: короткая кишка, лучевой энтерит, мальабсорбция любой этиологии

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 C

Критерии исключения

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

Зачем все это надо?

- Улучшение качества жизни
- Продолжительность жизни
- Символ заботы и сопереживания
- Контроль за болевым синдромом

“Голодание населения –
это признак бедности
стран,
голодание больных
свидетельствует о
невежестве врачей”