

# 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    |
|-------------------------------------|------------|-----------|------------|
| <b>Альбумин</b>                     | 35-30 г/ л | 30-25 г/л | < 25 г/л   |
| <b>Лимфоциты</b>                    | 1800-1500  | 1500-800  | < 800      |
| <b>Дефицит массы<br/>в % от ИМТ</b> | 11-10 %    | 21-30 %   | более 30 % |
| <b>Индекс<br/>масса-рост</b>        | 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?

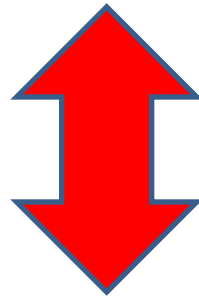
- Недостаточные знания и пренебрежительное отношение к данному виду медицинского пособия со стороны организаторов здравоохранения и некоторых клиницистов
- **Отсутствие данного вида медицинского пособия в МЭСах**
- Недостаточное и остаточный принцип финансирования клинического питания
- **Отсутствие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

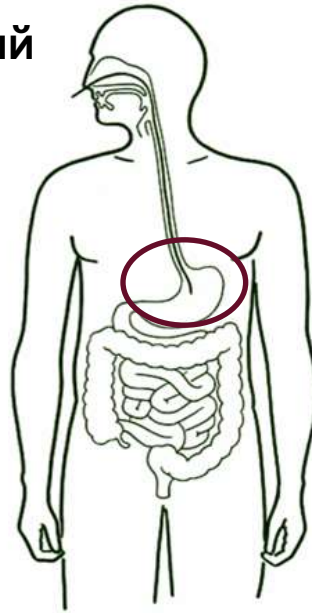


Современная полноценная смесь для питания  
методом сипинга Нутрикомп Дринк Плюс

Специализированная высококалорийная, полностью  
сбалансированная по всем нутриентам жидкая смесь

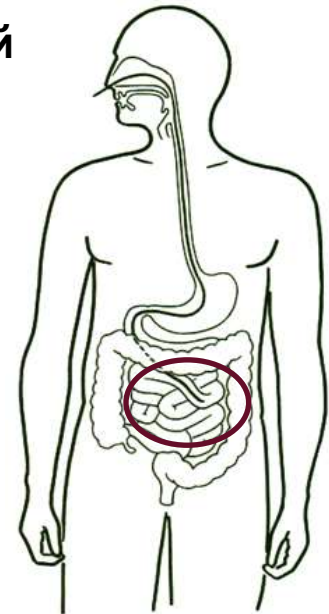
# Зондовое энтеральное питание

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 EntriStar
- Зонд Pedi-Tube

## 2. Назоеюнальные зонды (конец за связкой Trietz):



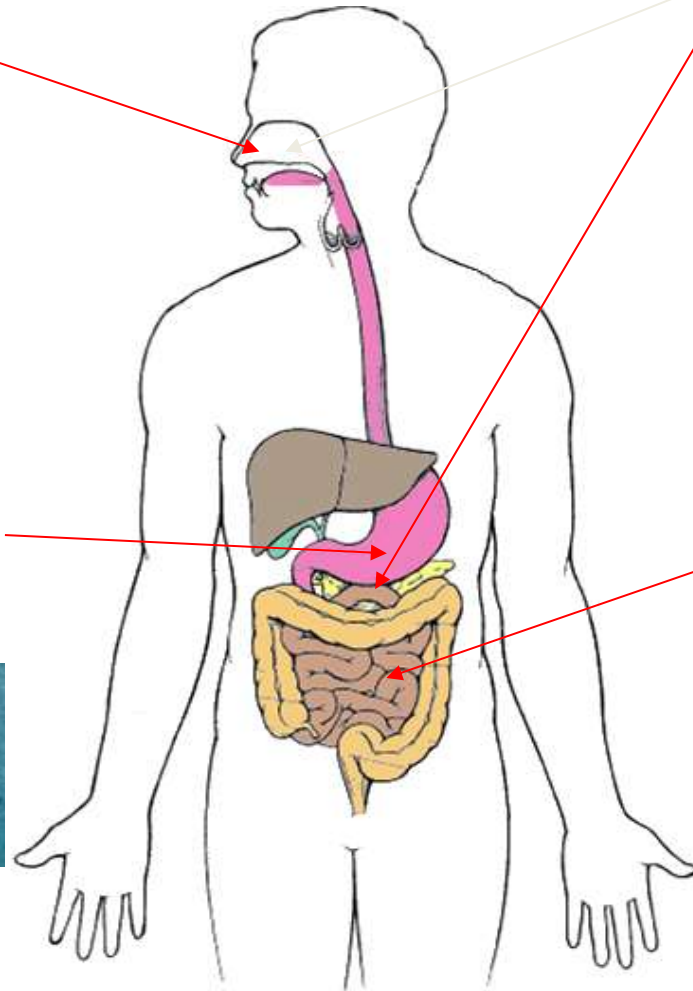
- Зонд Dobbhoff

## 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.

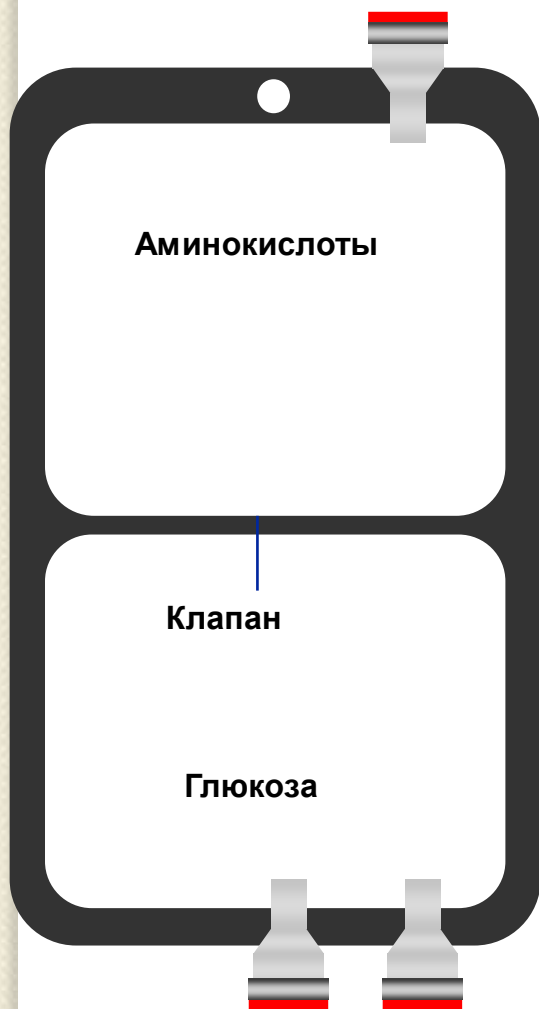
# венозный доступ

- 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

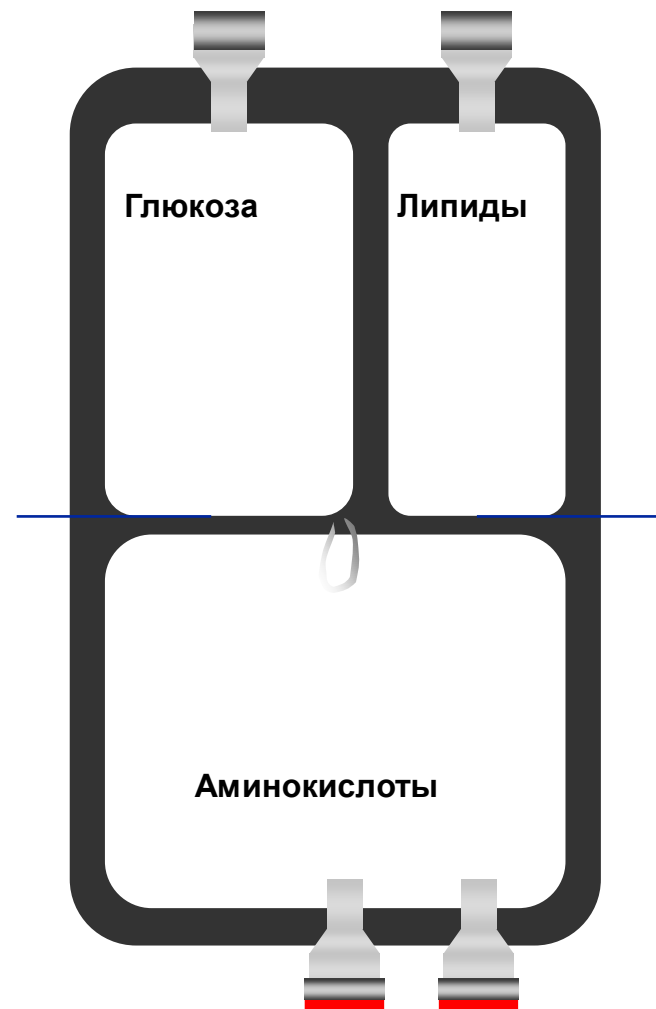


Инфузионный порт

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”