Необходимость и особенности проведения нутритивной поддержки при оказании паллиативной помощи у онкологических пациентов.

Сытов А.В.
ФГБНУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина»
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

-повышеный оборот глицерола 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.

Острая недостаточность питания

- Истощение висцеральных белков
  - Нормальный уровень жира
  - Медленное заживление ран

Острая недостаточность питания

При стрессорной форме голодания отмечается повышенная секрекция катаболических гормонов

Хроническая недостаточность питания

Истощение и белковых, и жировых запасов (голодный пациент с анамнезом недоедания)

В клинической практике, особенно в онкологии, чаще наблюдается смешанная
форма недостаточности питания, при которой имеются признаки и маразма, и квашиоркора

Патогенез нутритивной недостаточности у окологических больных

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

Синдром анорексии-кахексии

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

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;
- необъяснимая потеря веса может быть симптомом злокачественного новообразования.

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

до операции

0,17± 0,01

Свойства альбумина

	DR (N - >1.0)	RTE (N - 60-100%)	DTE (N - 40-175%)
до операции	-3 – 1,2 -0,6	24 – 85 48,3	12 – 59 25,4
1 с. после операции	-2,4 – 1,2 -1,6	12 – 53 36,9	0,6 – 45 20,7
10 с. после операции	-1,9 – 3,6 -0,63	23 – 68,9 46,8	14 – 80 22,7

- АТА–тест, по результатам нашего исследования, является достоверным индикатором раннего обнаружения гнойно-септических осложнений у больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований.
- Уровень DTE<25% у больных, оперированных по поводу опухолей ЖКТ, свидетельствует о высоком риске развития гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде (1 -5 сутки).
- При уровне DTE меньше 10% - летальность выше 90%.

Нельзя говорить о прямой зависимости между концентрацией альбумина в сыворотке крови и его свойствами.

Нецелесообразно применение 10% растворов альбумина в раннем послеоперационном периоде.

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)	Гидроэлектролитные потери
Поджелудочная железа	Мальабсорция, диарея
Печень	Гипоальбуминемия,

Нутриционные последствия, связанные с радиотерапией

Область облучения	Ранние лучевые осложнения	Поздние лучевые осложнения
Голова и Шея	▪ Боль при глотании ▪ Лучевое поражение слизистых ▪ Анорексия ▪ Нарушение обоняния	▪ Изъязвления ▪ Сухость во рту ▪ Кариес зубов ▪ Лучевой остеонекроз ▪ Тризм ▪ Пониженная вкусовая чувствительность
Грудная Клетка	▪ Дисфагия	• Фиброз • Стеноз • Свищ
Брюшная полость и таз	▪ Анорексия ▪ Тошнота ▪ Рвота ▪ Диарея ▪ Острый энтерит ▪ Острый колит	▪ Изъязвления ▪ Мальабсорбция ▪ Диарея ▪ Хронический энтерит ▪ Хронический колит

Нутриционные последствия, связанные с химиотерапией

Тошнота
Рвота
Атрофия слизистой кишечника
Потеря аппетита

Паллиативная помощь

- 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

Психо-эмоциональный стресс

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

Обезболивание

- Системное
- Регионарное

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?

Сиппинг – пероральное питание

- FORTICARE
- NUTRIDRINK
- ENSURE



Нутридринк Компакт Протеин – самое насыщенное лечебное питание **для пациентов с потерей веса и сил**

- **САМОЕ высокое содержание молочного белка** (18 г в 125 мл),

- **САМОЕ высокое содержание энергии**

  300 Ккал в малом объеме (125 мл). Обеспечивает:

  – 24% энергии за счет белка,

  – 40,7% за счет углеводов и

  – 35,3% за счет липидов, что соответствует рекомендациям по питанию пациентов с БЭН и гиперметаболизмом

- **оптимальное количество ПНЖК**

- **высокое содержание Витаминов** А, группы В, С, Е, микроэлементов (селен, хром)

- **4 варианта вкуса**: ваниль, клубника, банан, кофе



Современная полноценная смесь для питания методом сипинга Нутрикомп Дринк Плюс



- **Специализированная высококалорийная, полностью сбалансированная по всем нутриентам жидкая смесь**

- **Применение:**
- **Для предупреждения недостаточности питания, при его нарушениях, высоких потребностях в энергии или ограничении объема вводимой жидкости**
- **Для дополнительного энтерального питания методом сипинга**
- **В качестве единственного источника питания**

Показания к применению Нутрикомп Дринк Плюс

- **Предназначен для пациентов с нарушением питания и для предупреждения недостаточности питания**
- ***При каких состояниях показано применение Нутрикомп Дринк Плюс:***

➢ **недостаточность питания любого происхождения, в том числе связанная с нарушением функции ЖКТ**

➢ **истощение организма**

➢ **высокие энергетические потребности**

➢ **нарушение поступления питания (инсульт, депрессия)**

➢ **подготовка к операции и послеоперационный период, период выздоровления**

➢ **гериатрия и психиатрия (анорексия)**

- **Не содержит глютена, холестерина!**
- **Не содержит генетически модифицированных продуктов!**



Характеристики состава Нутрикомп Дринк Плюс



- ***Высокоэнергетическая формула 1,5 ккал/мл***
- **4 разных вкуса (ванильный, шоколадный, клубничный, банановый)**

- ***Характеристики:***
- ***Улучшенная формула содержащая рыбий жир***
- ***Содержит 15 % триглицеридов средней цепи***
- **Высокое качество молочного и соевого белка**
- **Содержание в 100 мл смеси:**
- **Энергия — 150 ккал**
- **Белки — 6,0**
- **Жиры — 5,0**
- **Углеводы — 20**
- **Пищевые волокна — < 0,1**

Особенности сипинга

Зондовое питание.

Гастростома
Еюностома

Выбор способа энтерального питания

<30 дней

- Назогастральный зонд
- Назоинтестинальный зонд

Выбор способа энтерального питания

>30 дней

- Эзофагостома
- Гастростома
- Еюностома

НУТРИКОМП
НУТРИЗОН
ФРЕЗУБИН
ОКСЕПА

Ассортимент смесей для энтерального питания Б.Браун



- Современное готовое к использованию жидкое энтеральное питание с фармаконутриентами
- Стандартные и специализированные смеси для зондового и перорального применения

Нутрикомп Гепа



- **Специализированное гиперкалорическое (1,3ккал /мл) питание с повышенным содержанием разветвлённых и пониженным содержанием ароматических аминокислот для пациентов с острой и хронической печеночной недостаточностью, а также печеночной энцефалопатией.**
- **Содержит высокоценный молочный белок (40г/л)**
- **► Высокое содержание средне-цепочечных триглицеридов (52%) обеспечивает легкое усвоение жиров**
- **Содержит пищевые волокна**
- **Обладает шоколадным вкусом**

Home parenteral nutrition

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

Домашнее парентеральное питание (ДПП) было внедрено в практику в начале 1970-х годов в качестве метода
лечения хронической кишечной недостаточности у пациентов с доброкачественными заболеваниями.

Нормативная база сегодня

- Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1343н
  "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"
  (Зарегистрировано в Минюсте России 11.02.2013 N 26973)

Основные позиции

- Только целевые бюджетные программы
- **Исполнитель** - государственный или негосударственный медицинский центр, получающий государственный заказ
- **Реестр больных** на территориальном уровне (департамент, горздрав, паллиативные центра)
- **Основные группы:** короткая кишка, лучевой энтерит, мальабсорбция любой этиологии
- **Затраты** в месяц на 1 больного составляют около 500 USD в неделю

Мультицентровое исследование по проблеме домашней нутритивной поддержки у окологических 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

- ДПП должно проводиться тем пациентам, нутриционные потребности которых не могут быть удовлетворены энтеральным путем, лечение которых может проводиться вне условий отделений неотложной помощи.

  уровень рекомендаций В

Показания

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

  Уровень рекомендаций С

Домашнее парентеральное питание является специализированной формой лечебного питания с возможными опасными для жизни осложнениями

Группа нутриционной поддержки при ДПП

- врач
- диетическая сестра
- старший диетолог
- старший клинический фармацевт

Состав мультидисциплинарной бригады

- врач
- медицинская сестра
- психолог
- социальный работник

Задачи мультидисциплинарной бригады

- Минимизация осложнений домашнего парентерального питания

HPN in Cancer Patients

SINPE Registry of HPN - 2003

(n. 2500)

Indications

- Hypophagia 19%
- Motility disorder 52%
  (carcinomatosis)
- Intestinal fistulas 3%
- Short bowel 3%
- Others 23%

Tumor site

- Head & neck 4%
- Oesoph. & stomach 34%
- Intestine 23%
- Pancreas 10%
- Ovarian 9%
- Others 20%

Мультицентровое исследование по проблеме домашней нутритивной поддержки в США

Nutrition 2000, 16.N7\8, 625-628.

- **Парентеральное (n=5357)**
- **Онкология- 40%**
- Б-нь Крона-12%
- Ишемия киш-ка-7%
- Парез кишечника-8%
- Нарушения глотания-3%
- **Радиационный энтерит-5%**
- Врожденные дефекты ЖКТ-5%
- Хрон. Обструкция ЖКТ-4%
- ВИЧ-инфекция-8%
- Другие-22%

- **Энтеральное (n=3931)**
- **Онкология-40**
- Б-нь Крона-3%
- Ишемия киш-ка-2%
- Парез кишечника-5%
- Нарушения глотания-30%
- **Радиационный энтерит-2-3%**
- Врожденные дефекты ЖКТ-3%
- Хрон. Обструкция ЖКТ- 2%
- ВИЧ-инфекция-3%
- Другие-18%

Indications for HPN in adults





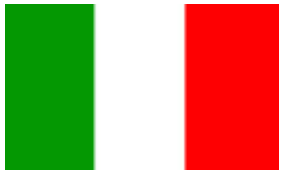
	UK	Spain	Italy
	2010	2008	2012
Cancer	7.8%	20%	61%
Benign disease	92.2%	80%	39%

Organisation across Countries - 2011

Country	No. HPN centres
Австралия	9
Англия	21
Франция	>14
Германия	5
Израиль	4
Италия	90
Голландия	2
Сев.Ирландия	1
Нов.Зеландия	1
Польша	26
Шотландия	11
Испания	7
Уэльс	2

HPN provider





	BAPEN 2010	SENPE 2008	SINPE 2008
коммерческие организации	94%	20%	24%
НСЗ	6%	80%	76%

Smith T, BANS Report 2011
Puiggrós C., SENPE, Nutr Hosp 2011
Pironi L, SINPE HAN Registry 2008, unpublished

Критерии отбора

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

Шкала Карновского

Оценка, %	Функциональная активность
100	Нормальная; жалоб и симптомов заболевания нет
90	Способен к нормальной деятельности; незначительные симптомы заболевания
80	Нормальная деятельность с усилием; присутствуют те или иные симптомы заболевания
70	Способен к самообслуживанию; способность к нормальной деятельности утрачена
60	Самообслуживание возможно, иногда требуется посторонняя помощь
50	Способность к самообслуживанию утрачена, требуется медицинская помощь
40	Инвалид; нуждается в специализированной помощи и уходе
30	Тяжелая инвалидность; нуждается в госпитализации
20	Состояние крайне тяжелое; нуждается в госпитализации и интенсивной терапии
10	Терминальное состояние
О	Смерть

Критерии отбора

- Имеется член семьи, имеющий желание и возможность оказывать помощь в проведении домашнего парентерального питания.
- Пациенты и их семьи должны знать, что процесс обучения для проведения домашнего парентерального питания может занять до 3 дней.

Критерии отбора

Для членов семьи:

Правила асептики

Умение работать с ЦВК

Правильно реагировать на возможные осложнения

Критерии отбора

- В случае экстренной ситуации пациент или родственники должны иметь доступ к телефону курирующих служб и возможность транспортировки в стационарное лечебное учреждение.

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.

Венозный доступ

- Длительность терапии в зависимости от диагноза и предполагаемой продолжительности жизни
- Количество еженедельных инфузий

Венозный доступ

- Порт
- Туннелированный катетер
- П/к катетер
- Бедренный катетер
- Яремный катетер
- Локтевая вена(PICC)

Критерии исключения

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

Преимущества модульной системы

- Пластичность управления макро- и микронутриентами

- Возможность подобрать индивидуальную программу для пациента со специфическими потребностями (возраст, сопутствующая патология, особенности нарушений обмена)

Преимущества системы «все в одном»

1. Высокая технологичность, удобство и простота применения
2. Одновременное и безопасное введение всех необходимых нутриентов
3. Оптимально сбалансированный состав
4. Снижение риска инфекционных осложнений
5. Возможность добавлять необходимые микронутриенты (витамины, микроэлементы)
6. Экономически менее затратная технология
7. Экономия времени мед. персонала

«ВСЕ В ОДНОМ»

- НУТРИФЛЕКС
- НУТРИФЛЕКС ЛИПИД
- КАБИВЕН
- ОЛИКЛИНОМЕЛЬ

Контроль гликемии

- 1 — 2 мг/кг/ИМТ в минуту
- Применение дозаторов

EXADROP



Мониторинг

- При каждом посещении необходимо выполнять биохимический анализ крови и определять антропометрические показатели
- Каждые 6 месяцев рекомендуется определять уровни микроэлементов и витаминов.
- Один раз в год рекомендуется проводить оценку плотности минерального вещества костной ткани с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА).

Пациент не должен умирать от голодания

Спасибо за внимание.