Нутритивная поддержка в практике амбулаторного онколога

М.Ю.Кукош

Кафедра онкологии и гематологии
ФНМО РУДН



Распространенность белково-энергетической недостаточности при различных злокачественных опухолях

Локализация опухоли	Bozetti,2009	DeWys et al,1980	Hammerlid, et al,1998	Xavier Hebuterne, et al, 2014	Другие авторы
Рак пищевода	79%		100%		85%
Рак желудка	83%	83-87%		60,2%	44%
Рак прямой кишки	40%				
Рак анального канала	60%				
Рак ободочной кишки	54%	54%			
Рак поджелудочной железы	83%	83%		66,7%	
Опухоли головы и шеи	72%			48,9%	57-100%
Рак легкого	60%	57%		45,3%	
Рак яичников и тела матки				44,8%	
Лимфомы/лейкозы				34%	
В среднем при всех локализациях ЗО	60-63%				



JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition

aspen LEADING THE SCIENCE AND PRACTICE OF CLINICAL NUTRITION

Original Communication

Prevalence of Malnutrition and Current Use of Nutrition Support in Patients With Cancer

Xavier Hébuterne MD, PhD, Etienne Lemarié MD, Mauricette Michallet MD, PhD, Claude Beauvillain de Montreuil MD, Stéphane Michel Schneider MD, PhD, François Goldwasser MD, PhD

First published: 23 January 2014
https://doi.org/10.1177/0148607113502674
Cited by: 120

- 1903 пациента с различными ЗН
- Только 28,4% пациентов не имели нутритивной недостаточности
- Только 57,6% пациентов с НН получали нутритивную поддержку

Что значит нутритивная недостаточность для пациента ?

- Снижение иммунитета: организм- мишень для инфекций
- Слабость, быстрая утомляемость, вялость, апатичность
- Мышечная слабость
- Потеря концентрации
- Потеря мотивации
- Депрессия
- Анорексия
- Потеря самоидентификации (Disturbed body image)
- Снижение/потеря способности себя обслуживать
- Потеря социально- экономической независимости

Что значит нутритивная недостаточность для онколога ?



- ✓ Снижение эффективности противоопухолевого лечения
- ✓ Снижение репарации тканей
- ✓ Снижение качества жизни
- ✓ Снижение выживаемости (БРВ И ОВ)

Что значит нутритивная недостаточность для онколога ? (2)



- ✓ Увеличение токсичности противоопухолевого лечения
- ✓ Увеличение случаев прерывания противоопухолевого лечения
- ✓ Увеличение сроков госпитализации
- ✓ Увеличение случаев обращений к амбулаторному онкологу
- ✓ Увеличение стоимости лечения

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

VOLUME 33 · NUMBER 1 · JANUARY 1 2015

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

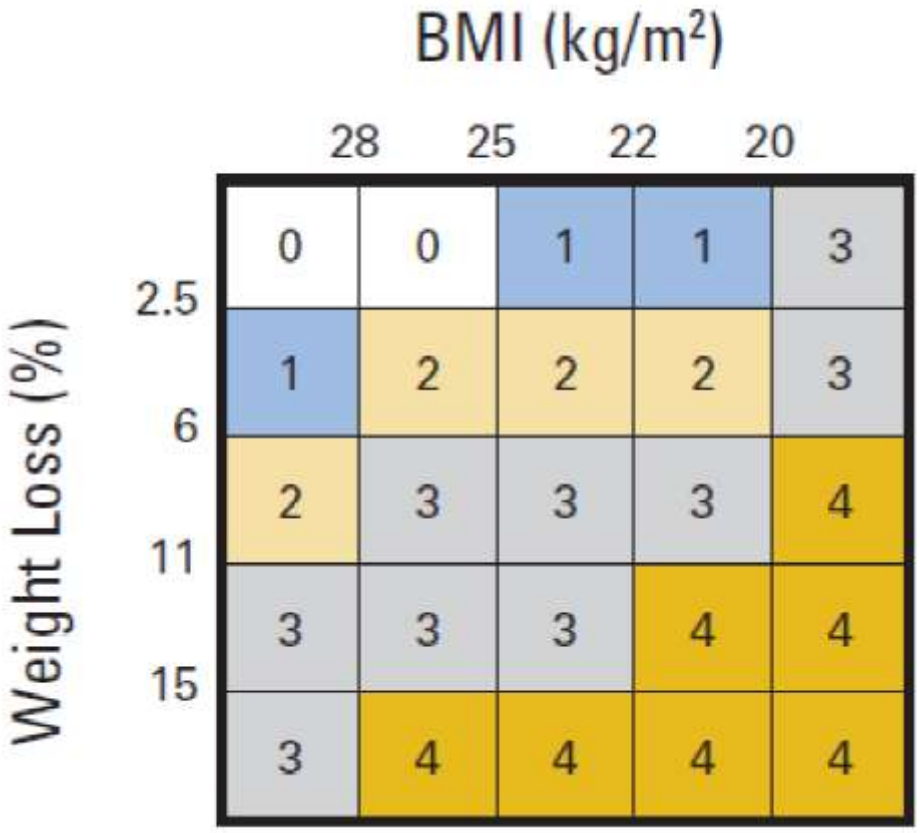
ORIGINAL REPORT

Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss

Lisa Martin, Pierre Senesse, Ioannis Gioulbasanis, Sami Antoun, Federico Bozzetti, Chris Deans, Florian Strasser, Lene Thoresen, R. Thomas Jagoe, Martin Chasen, Kent Lundholm, Ingvar Bosaeus, Kenneth H. Fearon, and Vickie E. Baracos

- ✓Мультифакторный анализ : пол, возраст, локализация опухоли, стадия, ECOG
- ✓Более 8 160 больных распространенными злокачественными опухолями различных локализаций
- ✓Средний ИМТ **24,4 ± 5,1 кг/м²**
- ✓Средняя потеря массы тела-**9,7%±8,4%**

Шкала оценки общей выживаемости при распространенных ЗН



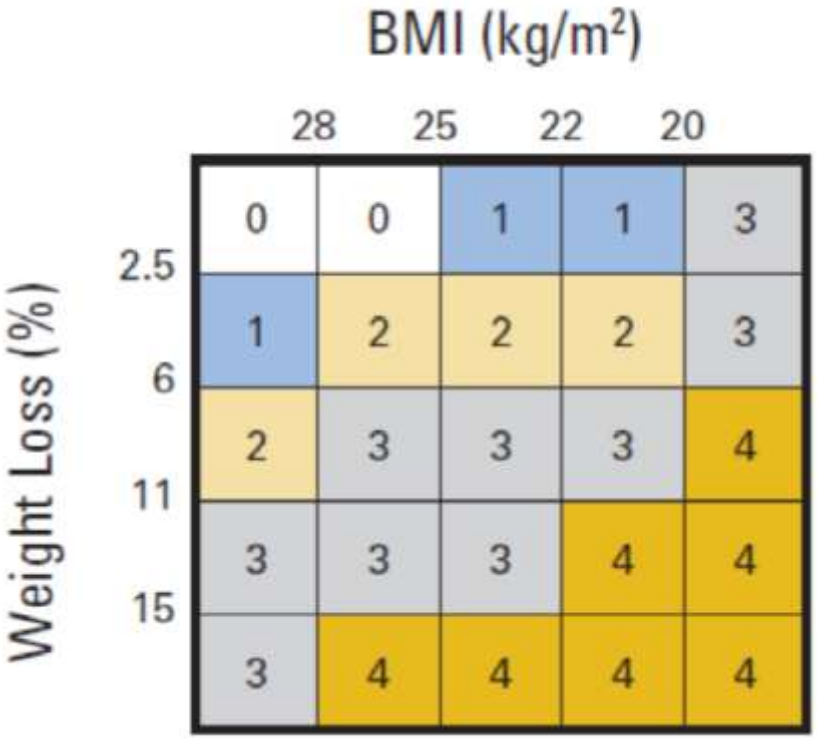
P < 0.001

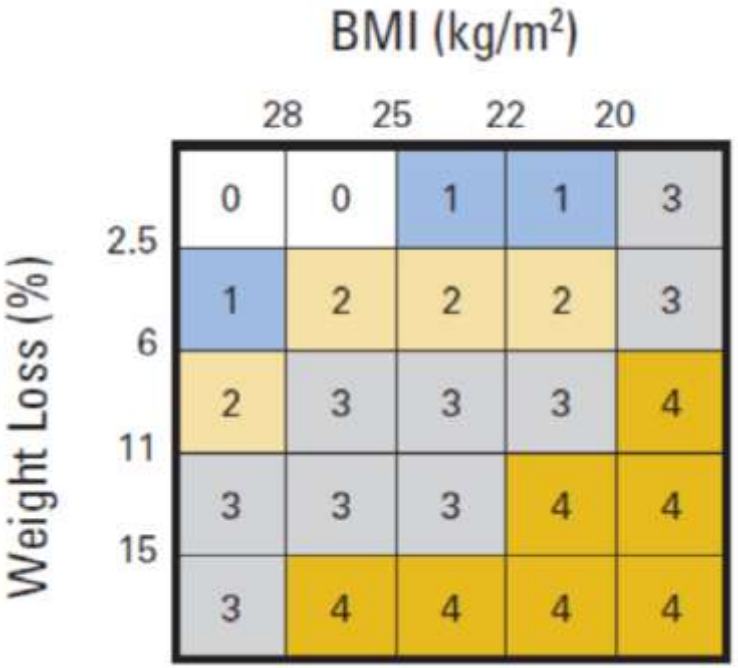
Martin L., et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer associated weight loss. J Clin Oncol.2015; 33:90-9

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Динамика потери массы тела и ИМТ: независимые предикторы ОВ

Grade	Общая выживаемость (мес)	CI, %
0	20,9 (17,9-23,9)	95
1	14,6 (12,9-16,2)	95
2	10,8 (9,7-11,9)	95
3	7,6 (7,0-8,2)	95
4	4,3 (4,1-4,6)	95





Средняя общая выживаемость (мес.) : мультифакторный анализ

Grade	0	1	2	3	4	p
КРР	28,3	22,8	21,6	17,3	7,3	0,02
Рак пищевода	18,4	12,8	10,3	7,6	4,4	0.003
Рак легкого	11,3	9,9	8,2	5,6	4,2	0.001
Паллиативные пациенты	5,8	5,0	3,9	3,7	3,2	0.002

Причины развития нутритивного дефицита у онкологических больных

- ✓ Синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма
- ✓ Первичная анорексия
- ✓ Ксеростомия
- ✓ Дефекты зубного ряда
- ✓ Синдром мальабсорбции
- ✓ Нарушение моторики ЖКТ (частичная кишечная непроходимость, констипация, диарея)
- ✓ Дисфагия
- ✓ Одинофагия
- ✓ Тризм
- ✓ Неадекватно купируемый ХБС
- ✓ Мукозиты
- ✓ Тошнота/рвота
- ✓ Депрессия
- ✓ Неадекватная нутритивная поддержка









Причины неадекватной нутритивной поддержки



✓Неправильный выбор пути реализации НП



✓Неправильно выбранный субстрат для НП



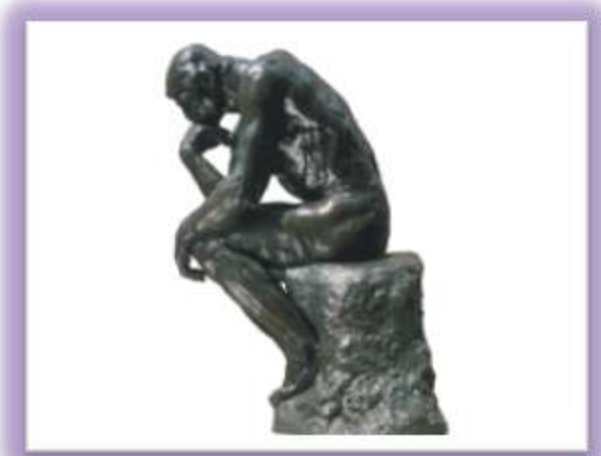
✓Неправильно выбранная дозировка



✓Отсутствие пациентского комплаенса

Ключевые вопросы при назначении нутритивной поддержки

- ✓ Кому назначать ?
- ✓ Когда начинать ?
- ✓ Как питать ?
- ✓ Чем питать ?
- ✓ Как долго питать ?



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент В, 1958 г.р. (59 л)

Находился на стационарном лечении в радиологическом отделении ГБУЗ ГКБ №40 ДЗМ с 27/03/2017 г. по 28/04/2017 г.

Клинический диагноз при поступлении: С.15.4. Рак среднего грудного отдела пищевода cT3NxM0G2 (III А стадия).

Осложнения : Дисфагия II ст. **Белково-энергетическая недостаточность умеренной степени (Е.44.0).**

Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Предсердная экстрасистолия. Гипертоническая болезнь II ст. Риск 3. НК 0. ХОБЛ. Хр. бронхит курильщика. Хр.гастрит (ремиссия).

Белково-энергетическая недостаточность умеренной и слабой степени (E44)

E44.0 Умеренная белково-энергетическая недостаточность

Потеря массы тела у детей или взрослых или отсутствие прибавки массы тела у ребенка, которые приводят к тому, что выявляемая масса тела оказывается ниже среднего показателя для эталонной группы населения на 2 стандартных отклонения или более, но менее чем на 3 стандартных отклонения (или подобное снижение массы тела, отраженное другими статистическими методами). Если в распоряжении имеются данные лишь однократного измерения массы тела, то об умеренной белково-энергетической недостаточности с большой степенью вероятности можно говорить, когда выявляемая масса тела на 2 или более стандартных отклонений ниже среднего показателя для эталонной группы населения.

E44.1 Легкая белково-энергетическая недостаточность

Потеря массы тела у детей или взрослых или отсутствие прибавки массы тела у ребенка, которые приводят к тому, что выявляемая масса тела оказывается ниже среднего показателя для эталонной группы населения на 1 или более, но менее чем на 2 стандартных отклонения (или подобное снижение массы тела, отраженное другими статистическими методами). Если в распоряжении имеются данные лишь однократного измерения массы тела, то о легкой белково-энергетической недостаточности с большой степенью вероятности можно говорить, когда выявляенная масса тела на 1 или более, но менее чем на 2 стандартных отклонения ниже среднего показателя для эталонной группы населения.

Маркеры БЭН (ESPEN,2018)

Фенотипические критерии			Этиологические критерии	
Масса тела (%)	ИМТ (кг/м^2)	Редукция мышечной массы	Снижение потребления пищи/усвоения	Воспаление
> 5% за последние 6 мес. или > 10% более чем за 6 мес.	<20 до 70 л или	Доказана с использованием	≤ 50% от потребностей>1	Острое состояние/ зма/воспал е, занное с олеванием

Диагноз «БЭН» требует как минимум одного этиологического критерия и одного фенотипического критерия

[Cederholm, Jensen G, 2018]

Anamnesis Morbi:

- В сентябре 2016 г появились жалобы на чувство дискомфорта при прохождении пищи по пищеводу
- В ноябре 2016 г с жалобами на затрудненное прохождение полужидкой пищи (каша, кефир, йогурт), слабость, отсутствие аппетита, потерю массы тела (на 7 кг в течение 3-х месяцев) обратился к врачу общей практики в поликлинику по месту жительства

Я –врач общей практики !

Врач общей практики



Я – грамотный врач онколог!

1. • Заподозрю опухоль верхних отделов ЖКТ
2. • Отправлю верифицировать диагноз
3. • Назначу обследование для оценки степени распространения онкопроцесса

Что я ещё забыл сделать ???

- Подумать о нутритивном статусе моего пациента и о его питании



Скрининг нутритивной недостаточности

Должен начинаться **вместе** с диагностикой заболевания и **повторяться** каждый визит к онкологу на любом уровне для своевременного начала нутритивной поддержки и нормализации объективного статуса

На протяжении всего времени лечения !

ESPEN/ESMO 2009


Оценка нутрититивного статуса
Диагностика ЗО
Подготовка к противоопухолевому лечению
✓ Операция
✓ ЛТ/ХЛТ
✓ Системная терапия
Реабилитация:
✓ ранняя
✓ отсроченная
Нутритивная поддержка

Как я оценю нутритивный статус моего пациента ?

- Худой/не худой (оценю визуально, «от двери»)
- Попрошу мед.сестру измерить рост, взвесить его, вспомню формулу Брока (формулу «идеального веса»)
- Попрошу мед.сестру измерить рост, взвесить его, вспомню формулу ИМТ (индекс Кетле)
- **Применю Скрининговую шкалу оценки НН**

Кто из них нуждается в нутритивной поддержке ?





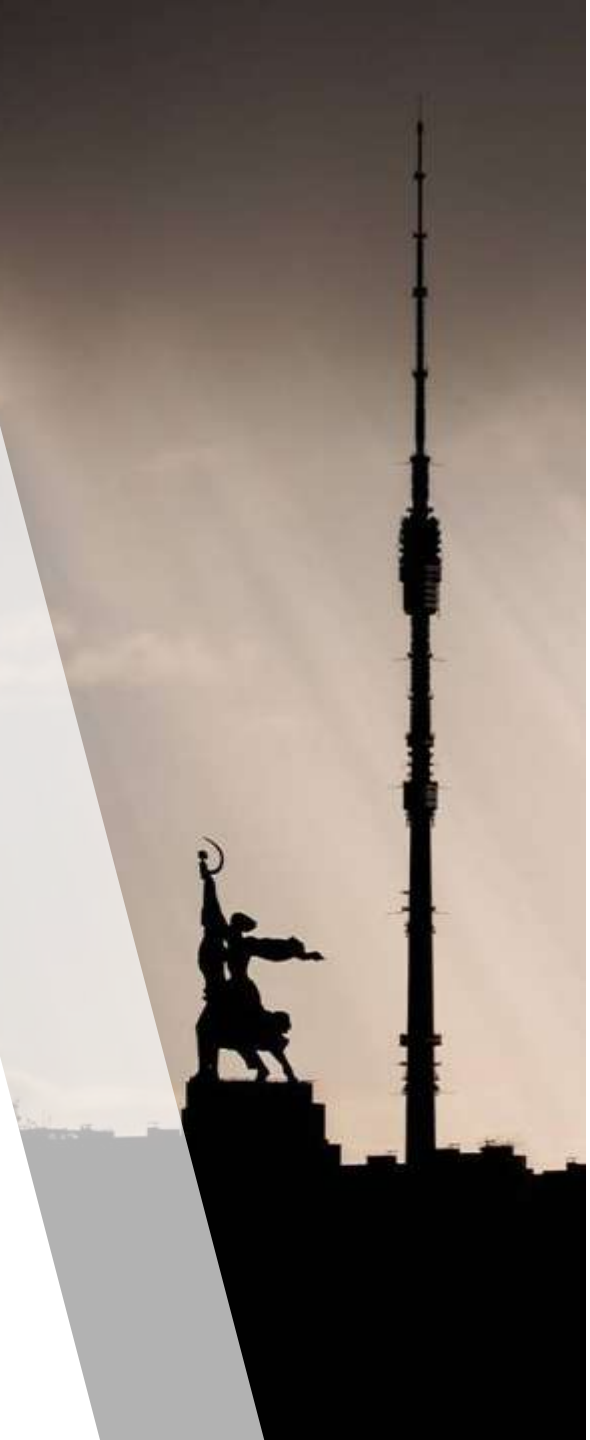
RosOncoWeb

ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ
22 ГОДА (1997-2019) ТОЛЬКО ПОСЛЕДНИЕ НОВОСТИ В ОНКОЛОГИИ

https://rosoncoweb.ru/events/2019/05/17/archive/?fbclid=IwAR1h4R-hD6msIANxjtUVoRGV-HUVgGh2__DywbO6oZBA6SgYIYqDU6QcJec

Есть ли изменения в международных рекомендациях и стандартах 2018-2019 гг. в коррекции нежелательных явлений в онкологии?

Саркопения



М.Ю.Кукош

Определение «идеальной» массы тела

Формула Брока

Идеальная масса тела = Рост-100 (рост до 170 см)

Рост-105 (рост от 175 до 185 см)

Рост-110 (рост более 185 см)

Индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле, BMI)



Масса тела (кг)/ Рост^2 (м)

Оценка пищевого статуса только у взрослых в возрасте от 20 лет

Индекс массы тела (Индекс Кетле)

Диапазон величин ИМТ	Оценка
Менее 16,0	**3-я степень энергетической недостаточности**
16,0-17,5	**2-я степень энергетической недостаточности**
17,5-18,5	**1-я степень энергетической недостаточности**
18,5-25,0 (20,0-25,0)	**Нормальный диапазон, наименьший риск проблем со здоровьем**
25,0-30,0	**Избыточная масса тела**
30,0-35,0	**1-я степень ожирения**
35,0- 40,0	**2-я степень ожирения**
Более 40,0	**3-я степень ожирения**

ИМТ: нормальные показатели

- До 30 л – более 18,5 кг/м^2
- 30-60 л - более 19,5 кг/м^2
- Старше 60 л - более 21 кг/м^2

Пациент В,59 л

- Рост -168 см
- Масса тела – 69 кг (формула Брока = 68 кг)
- ИМТ = 24 кг/м2

- Я – молодец, мой пациент не нуждается в НП !



Вес 105 кг, рост – 164 см, ИМТ- 36





Я –амбулаторный онколог, продвинутый в вопросах ПТ !

- Я применю не только два антропометрических показателя, но и Скрининговую шкалу оценки НН
- И при оценке НС учту ещё несколько факторов



Как правильно оценить нутритивный статус ?



- ✓ Применение скрининговых шкал
- ✓ Измерение нутритивного баланса
- ✓ Антропометрические измерения (окружность плеча, кожная складка плеча-калипер, толщина квадрицепса – УЗИ)
- ✓ Оценка о.белка и альбумина, трансферрина
- ✓ Оценка активности системного воспаления (С-реактивный белок, лейкоцитарная формула)
- ✓ Измерения функциональной активности (динамометрия – кистевой динамометр и т.д.)





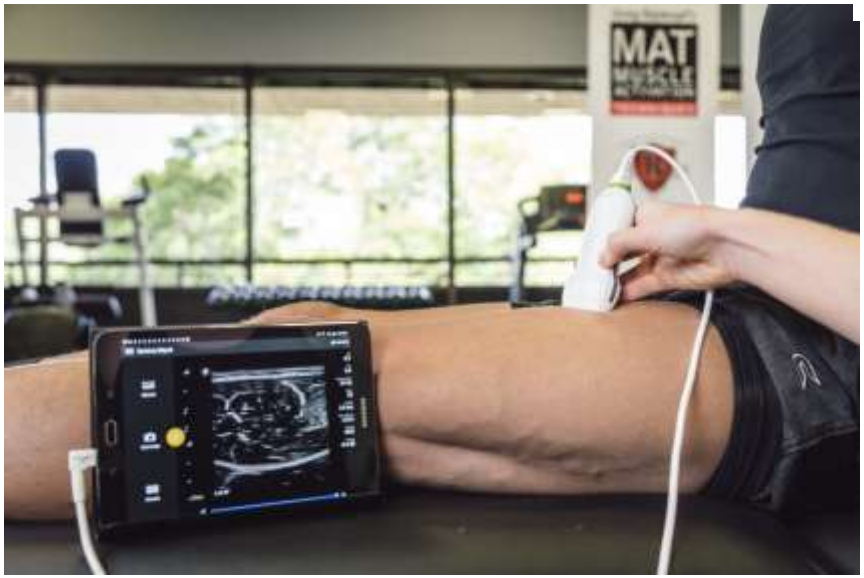


Антропометрические измерения









Общие критерии скрининга НН

- ✓ Непроизвольная потеря массы тела
- ✓ Адекватность приема пищи в последнее время
- ✓ Индекс массы тела (ИМТ)
- ✓ Тяжесть заболевания и предстоящего лечения

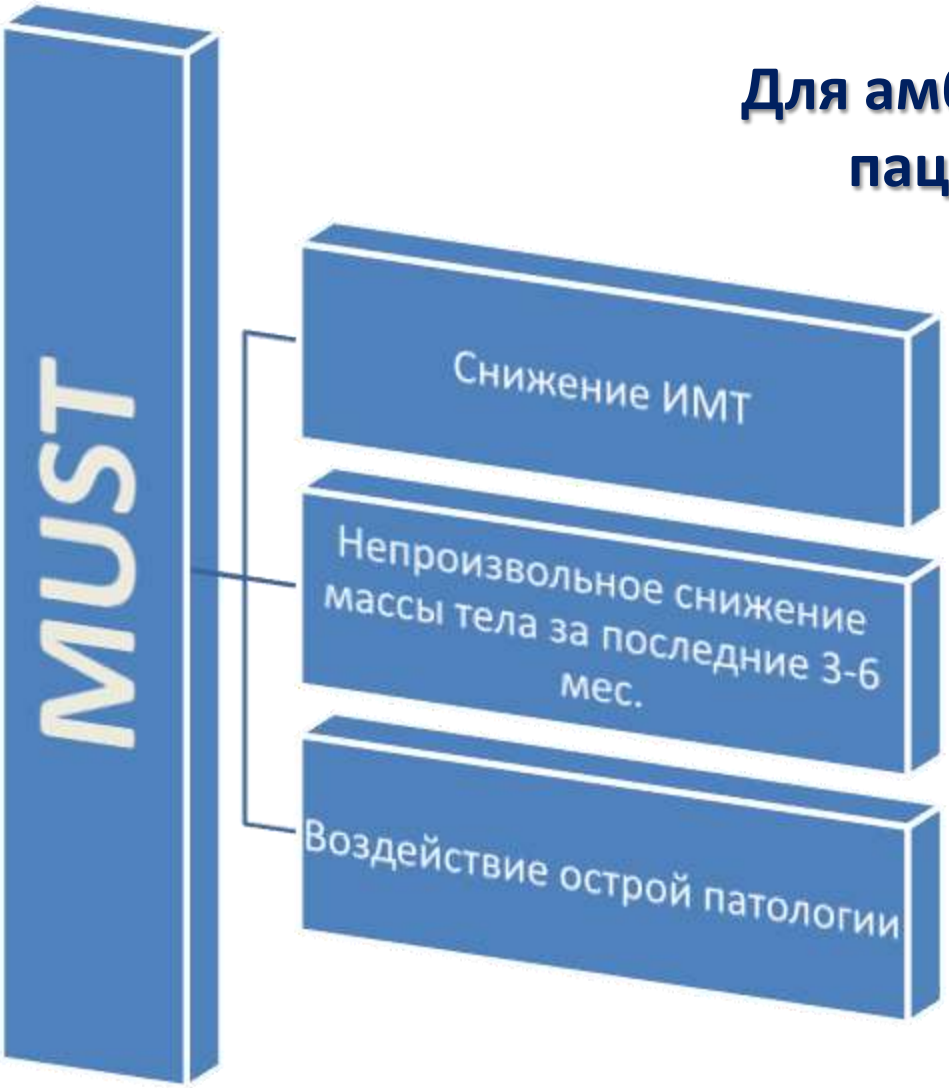
ESPEN для скрининга НН предлагает использовать четыре скрининговые шкалы

MUST, NRS 2002, MNA и SGA



MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

Для амбулаторных пациентов!



Интерпретация шкалы MUST

Показатель	Количество баллов	Интерпретация
ИМТ 18,5-25 кг/м2 **≤18,5 кг/м2**	**1** **2**	(1) Средний риск НН (≥2) Высокий риск НН
Снижение МТ за последние 3-6 мес 5-10% ≥10%	**1** **2**	(1) Средний риск НН (≥2) Высокий риск НН
Воздействие **Факт./ожидаемое отсутствие питания > 5 дн**	**2**	(≥2) Высокий риск НН

Оценка антропометрических показателей недостаточного питания

Показатели	Норма	Недостаточное питание		
		легкое	умеренное	тяжелое
Потеря массы тела (% от исходной)	0-2	2-5	5-10	> 10
Индекс массы тела	26-19	19-17, 5	17, 5 – 15, 5	< 15,5
Окружность плеча (см) **мужчины** **женщины**	29-36 23-20	28-25 22, 5-19,5	26-23 < 20	25-22,5 < 19,5
Толщина складки над трицепсом (мм) **мужчины** **женщины**	14,5-13 11,6-10,1	13-11, 6 < 10,1	10, 5-9, 5 8, 4-7,4	9, 5-8,4 < 7,4

(по А. В. Пугаеву и Е. Е. Ачкасову, 2007).

Дополнительные факторы, принимаемые во внимание при назначении НП

- ✓ Темпы потери массы тела
- ✓ Локализация первичной опухоли и метастазов
- ✓ Общее состояние
- ✓ Наличие отеков
- ✓ Физическая активность
- ✓ Влияние опухоли на функцию ЖКТ
- ✓ Пищевое поведение
- ✓ Лабораторные показатели

Пациент В, 1958 г.р. (59 л)

- **Потеря массы тела (на 7 кг в течение 3-х месяцев) = 10%**
- **Окружность плеча = 25 см**
- **Толщина складки над трицепсом= 12 мм**

Умеренная нутритивная недостаточность

- Чем и как питать ?

Планирование нутритивной поддержки



- Оптимальный вариант питания – наиболее близкий к естественному приему пищи
- Неспециализированное питание (детские смеси и др.) не являются оптимальными при обеспечении нутритивной поддержки

*Baldwin C et al J Natl,Can Inst 2012;104:371-85
**Sanchez-Lara K et al Clin Nutr 2014;e-pub

Чем питать ?

- Обычной пищей, только в большем объёме
- Пищей, богатой белком
- Детским питанием
- Специализированным питанием

Сложности организации питания у онкологических больных

✓В условиях сниженного аппетита и депрессии потребление пищи **резко снижается**



✓Дефекты зубного ряда
✓Ксеростомия
✓Нарушение всасываемости в желудочно-кишечном тракте
✓Мукозиты
✓Тошнота/рвота
✓Констипация/диарея
✓Обычные продукты отличаются относительно **низкой нутриентной плотностью**
✓Питаться «правильно» бывает трудно

Обеспечить больного необходимым количеством нутриентов возможно только с применением специализированных продуктов

Сипинговое специализированное питание

Самостоятельный пероральный прием жидкого питания мелкими глотками с целью поддержания и коррекции нутритивного статуса в соответствии с текущими потребностями в энергии, белке, витаминах, минералах, микроэлементах



Как выбрать сипинг?



Повышенные потребности в белке

СП с повышенным содержанием белка в малом объеме



Мукозиты

- СП, обогащенное омега-3 ПНЖК



Тошнота, инверсия вкуса, отвращение к пище

- СП без выраженного вкуса и запаха (нейтральный)



Инверсия вкуса

- Охлаждающий фруктово-ягодный вкус
- Согревающий вкус-имбирь и тропические фрукты

Еженедельный мониторинг НС !

Нутридринк Компакт Протеин (125 мл)

18 г белка
Столько белка содержится в 3-х яйцах
или 100 г говядины



300 ккал
Такая энергетическая ценность
содержится в 4-х кусках хлеба



438 мг кальция
46% от рекомендуемой дневной нормы потребления.
Столько кальция содержится в 2-х стаканах молока



2,6 г железа
20% от дневной нормы потребления.
Столько железа содержится в 100 г говядины



37,5 мг витамина С
37,5% от дневной нормы потребления.
Столько витамина С содержится в одном апельсине



И еще 15 минералов
и 14 витаминов

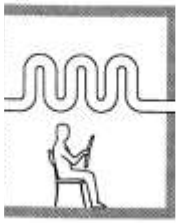


Сколько специализированного питания нужно пациенту ?

- По 125 мл х 2 р в день
- Или…



Методы определения основного обмена



Прямая калориметрия



Непрямая калориметрия



Расчётные

РАСЧЕТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ по среднесуточным энерготратам

Количество

- Для амбулаторных пациентов- 30-35 ккал/кг массы тела
- Для стационарных и лежачих пациентов – 20-25 ккал/кг массы тела

- Белок – 1,2-1,5 г/кг массы тела

Качество

- Соотношение калорий: белки/жиры/углеводы – 20%/30%/50%

- Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты – 2 г/сут

Как рассчитывать суточные потребности при избыточной массе тела или ее дефиците ?

- Расчет потребностей в энергии и белке у больных с избыточной массой тела должен проводиться на идеальную (рекомендуемую) массу тела
- Расчет потребностей в энергии и белке у больных с дефицитом массы тела – на фактическую массу тела + 30%

Как рассчитать объем НП ?



Рост, фактическая масса тела, ИМТ



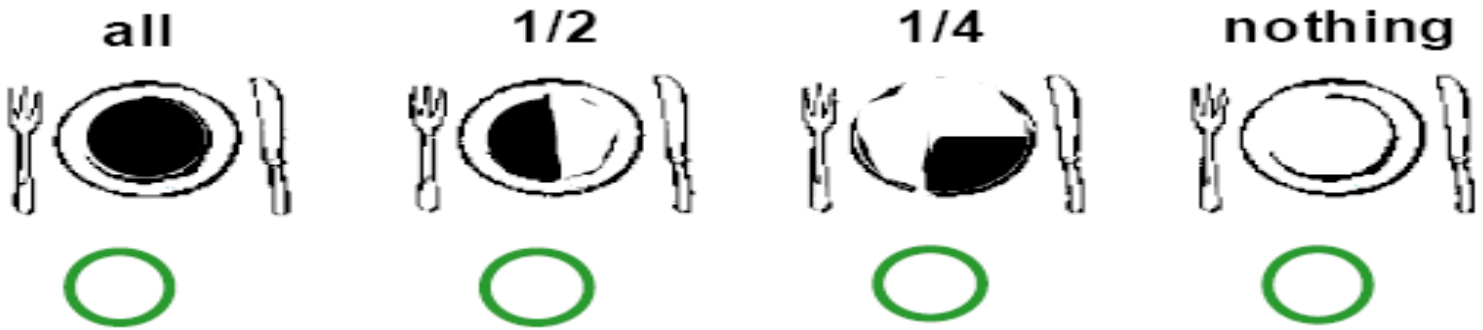
Оценка пищевого поведения, выяснение масштаба белково-энергетической недостаточности



Восполнение дефицита сипинговым специализированным питанием

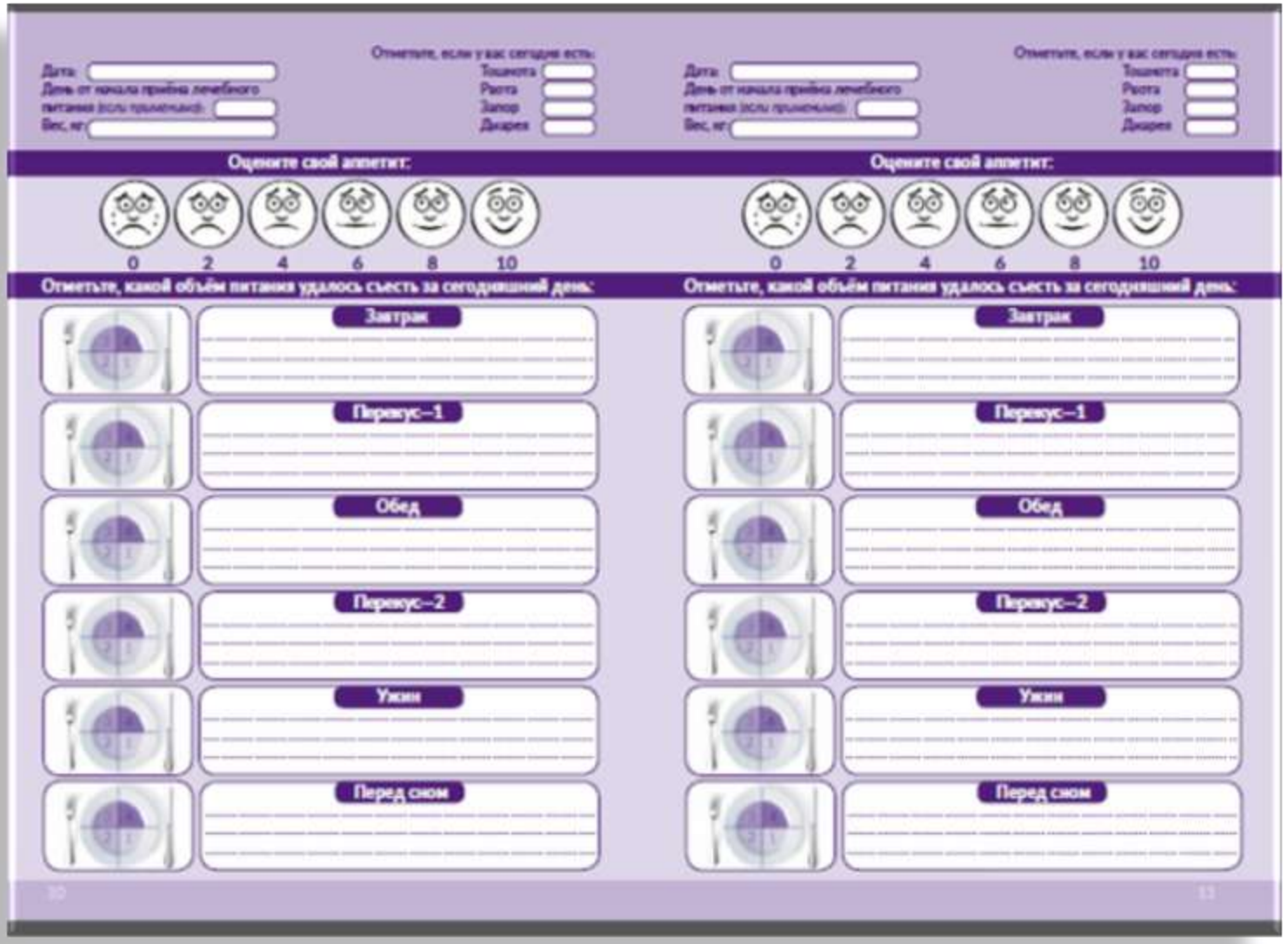
Метод учета потребления

Quarter-waste plate method



Lubos Sobotka, 2007

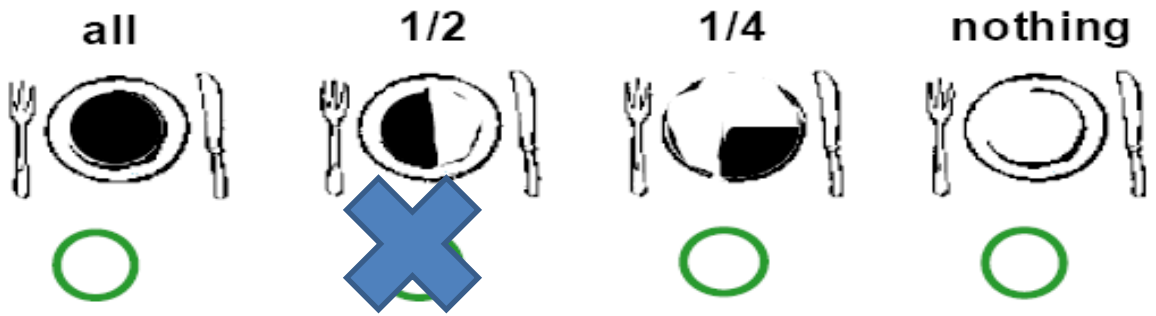
«Пищевой дневник»



Пациент съедает 1/2 от предложенного

- Стандартный рацион:
- Энергия - 2000 ккал
- 75 г белка
- 290 г углеводов
- 70 г жира

- Энергия – 1000 ккал
- Белок – 50 г



Фактическое и желаемое потребление

Муж., лет, рост-168 см, масса тела -69 кг,
ИМТ = 24 кг/м2

Показатели	Белок, г/сут	Энергия, ккал, сут
Необходимое потребление	**69 кг х 1,4 г/кг= 96 г**	**30 ккал/кг х 69 кг = 2 070 ккал**
Фактическое потребление	**50 г**	**1000 ккал**
Дефицит	**- 46 г**	**- 1 070 ккал**

Восполнение белково-энергетического дефицита сипинговым специализированным питанием

- ✓ 3 х 125 мл Нутридринк компакт протеина = 54 г белка + 900 ккал
- ✓ Белок : 50 г (питание) + 54 г (сипинг)= **104 г** (+8 г белка «лишние»)
- ✓ Энергия : 1000 Ккал + 900 Ккал = **1900 ккал**

  (+ 575 ккал «лишние»)
- ✓ Заменяем второй завтрак, полдник и «ночной кефир» сипингом, добавляем его в кашу

Anamnesis Morbi:



- Был госпитализирован в 5 онкол. отд.
- При эзофагоскопии начиная с 28 см от резцов и до 36 см просвет пищевода деформирован и сужен за счет циркулярного роста эндофитной опухоли с формированием очагов некроза. Биопсия опухоли : Гист иссл. Г 2349/16- инвазивный умереннодифференцированный плоскоклеточный рак пищевода. **Установлен нутритивный ниппельный зонд.**
- Рентгенологическое исследование пищевода и желудка : опухоль средней трети пищевода. Недостаточность кардии. Смешанный гастрит. Дуоденальный рефлюкс.
- Бронхоскопия: двухсторонний катаральный бронхит. Сдавление извне задне-медиальной стенки средней трети обоих главных бронхов без инфильтрации слизистой.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: структурной патологии органов грудной клетки не выявлено.

Онкоконсилиум

Показано проведение химиолучевой терапии на первом этапе комбинированного лечения. На предоперационных дозах оценить эффект и решить вопрос о выполнении радикального хирургического вмешательства.





Оперативное вмешательство

- **Субтотальная резекция пищевода с пластикой широким желудочным стеблем (типа Льюиса). Курс интраоперационной ФДТ.**

- Гист. иссл. умереннодифференцированный плоскоклеточный, ороговевающий рак пищевода, с выраженными явлениями химиолучевого патоморфоза . Линии резекции пищевода в пределах здоровых тканей. В прилегающей клетчатке- 13 лимфоузлов, в лимфоузлах краевой гистиоцитоз. Фиброзно-жировая ткань сальника обычного гистологического строения. В клетчатке из левой паратрахеальной области обнаружено 1 лимфоузел, из правой паратрахеальной - 6 лимфоузлов, из верхней параэзофагеальной области 1 лимфоузел, все без признаков опухолевого роста.
- Послеоперационный период осложнился развитием правосторонней нижнедолевой пневмонией. Проводилась антибактериальная терапия с эффектом.

Критерии выписки пациента онкохирургического профиля из стационара



- ✓ Восстановление функции ЖКТ
- ✓ Отсутствие дренажей
- ✓ Возможность пациента себя обслуживать и адекватно питаться
- ✓ Возможность наблюдения лечащим врачом в Дневном стационаре

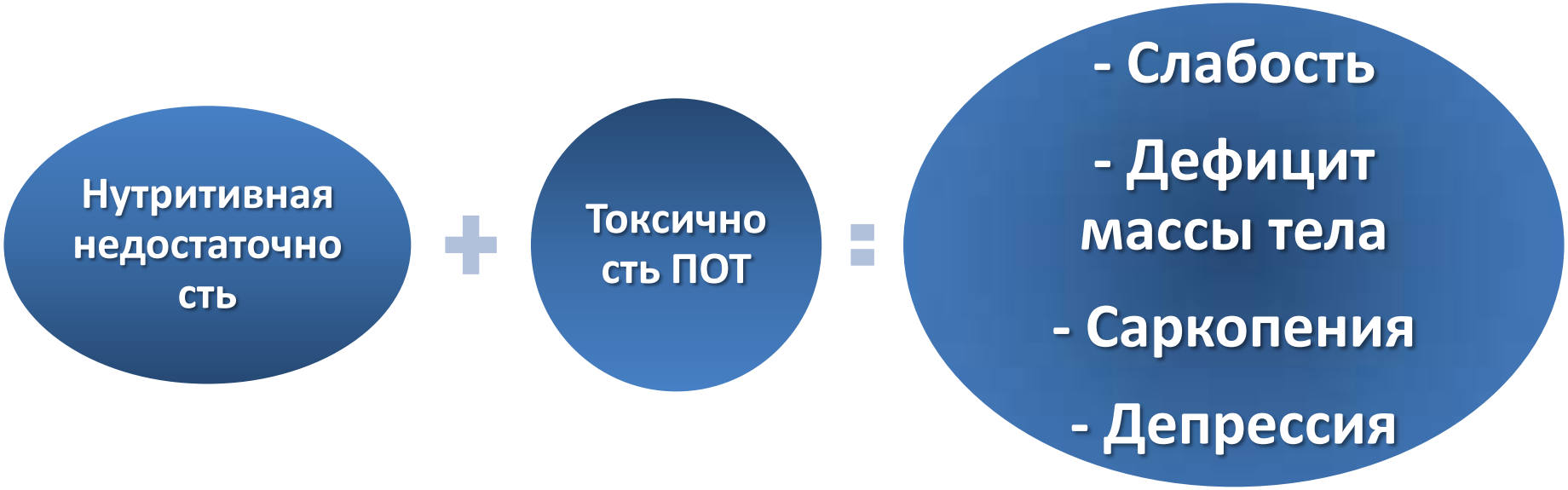
Энергия - 25-30 ккал/кг
Белок - 1,2-1,4 г/кг

При выписке из стационара…



- ✓ **В выписном эпикризе должна быть отражена информация о проведенной нутритивной поддержке и даны рекомендации**
- ✓ **Пациент должен продолжить вести «Пищевой дневник» и контролировать массу тела**
- ✓ **Дальнейший план нутритивной поддержки должен вырабатываться врачом, курирующим пациента (районным онкологом/врачом общей практики)**

Что испытывает онкологический пациент после завершения противоопухолевого лечения ?



Основные типы реабилитационных мероприятий у онкологических больных



Медикаментозная коррекция



Нутритивная поддержка



Восстановление физической активности, ЛФК, санаторное лечение

Фортикер



- ✓ Белок :11 г
- ✓ Энергия: 204 кКал
- ✓ Самое высокое содержание омега-3 полиненасыщенных жирных кислот
- ✓ Комплекс пищевых волокон (2,6 г)
- ✓ Обогащен антиоксидантами, натуральными каратиноидами, таурином
- ✓ Комплекс витаминов и микроэлементов
- ✓ Вкусы, созданные с участием людей, страдающих онкологическими заболеваниями (персик-имбирь, апельсин-лимон, капучино)

Распространенность и влияние сенсорных изменений

- У пациентов с онкологическими заболеваниями высока распространенность инверсий вкуса и запаха, которые развиваются во время и до 1 года после лечения

- Сенсорные изменения усугубляются во время лечения и диагностируются в 50-70% случаев при лучевой терапии

- Так металлический привкус во рту был зарегистрирован у 32% пациентов с опухолями молочных желез, колоректальным раком, раком легкого при проведении ХТ и ЛТ.





- Охлаждающий вкус



Освежающие красные фрукты содержат производные ментола, обладающие охлаждающим эффектом и активирующие тройничный нерв. Благодаря воспринимаемому изменению температуры во рту, пациент испытывает снижение болевых ощущений при приеме пищи, притупляется жжение во рту и уменьшаются приступы тошноты на фоне терапии.



- Согревающий вкус



Горячий тропический имбирь содержит согревающие вещества естественного происхождения, такие же, как в остром перце. Они активируют ощущения тройничного нерва, позволяют снижать ощущения металлического привкуса во рту, делают восприятие вкуса пищи более ярким.



- Нейтральный вкус



Нейтральный предназначен для пациентов, которым необходимо уменьшить дополнительные раздражители, снизить гиперчувствительность и неприятные вкусовые ощущения во рту.

Контроль над побочными эффектами анальгетической и сопроводительной терапии

Многие побочные эффекты анальгетической и сопроводительной терапии мимикрируют под симптомы САКОБ



«Мимикрия»

- **Опиоиды** : рвота/тошнота, запоры, анорексия, сухость во рту, седация
- **Бензодиазепины**: седация, головокружение
- **Антагонисты серотониновых 5-НТ3 рецепторов**: запоры
- **Дипиридамол** :тошнота, рвота, диарея

Как долго проводить нутритивную поддержку ?

До купирования/ уменьшения слабости

До достижения приемлемого КЖ

До стойкой стабилизации/увеличении массы тела

До нормализации лабораторных показателей (общего белка, альбумина, эритроцитов и Hb)



«Печь - не лошадь, везёт только на погост»

(Алексей Иванов)



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/clnu

ESPEN Guideline

ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients☆

Jann Arends [a], Patrick Bachmann [b], Vickie Baracos [c], Nicole Barthelemy [d], Hartmut Bertz [a], Federico Bozzetti [e], Ken Fearon [f, †], Elisabeth Hütterer [g], Elizabeth Isenring [h], Stein Kaasa [i], Zeljko Krznaric [j], Barry Laird [k], Maria Larsson [l], Alessandro Laviano [m], Stefan Mühlebach [n], Maurizio Muscaritoli [m], Line Oldervoll [i, o], Paula Ravasco [p], Tora Solheim [q, r], Florian Strasse

Zeljko Krznari … bach [n], Maurizio Mus… Florian Strass…

Рекомендовано поддерживать/увеличивать уровень физической активности у онкологических пациентов с целью сохранения мышечной массы, метаболизма и нормального функционирования организма

Section B4:

B4 — 1	…utrition
Strength of STRONG	*…an increased …r patients to …nction and metabolic pattern.*
Level of evidence	High
Questions for research	effect of physical activity before, during and after anticancer treatment on clinical outcome, effect of combining an exercise program with nutritional support in curative and palliative settings

Физическая активность: что, сколько, в каком ритме ?



Умеренные нагрузки : повышение ЧСС до 50-75% от базового максимума, 3 р/нед, по 10-60 мин



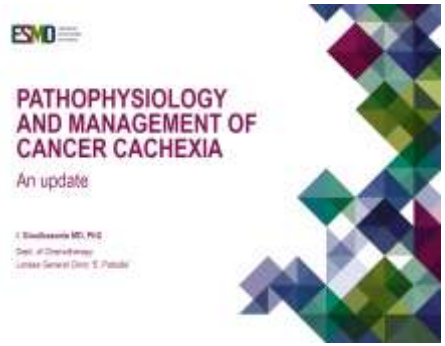
150-180 мин физических упражнений/ нед.





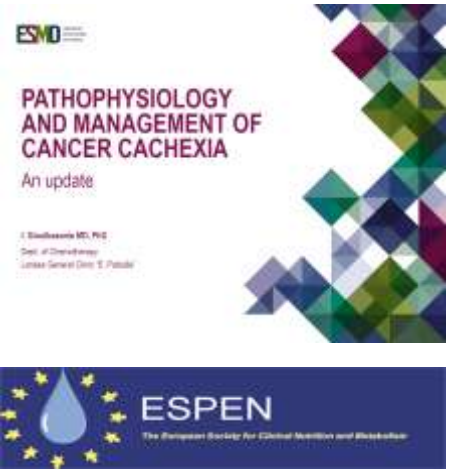


Нутритивная поддержка в «end of life» : когда остановиться ?



… У пациентов с распространёнными формами ЗО рекомендуется применять «нутритивную интервенцию» только после обсуждения с пациентом прогноза заболевания, её ожидаемого влияния на качество жизни и потенциальную выживаемость и информирования о возможных неудобствах, связанных с НП

Нутритивная поддержка в «end of life» : когда остановиться ? (2)



- … У умирающих пациентов лечение должно быть направленно на создание максимального комфорта. Маловероятно, что искусственная гидратация и НП будут полезными для большинства пациентов
- …При о. психозе допускается кратковременная ограниченная гидратация для коррекции дегидратации как провоцирующего фактора

Степень рекомендации: СИЛЬНАЯ
УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ : НИЗКИЙ

Рефрактерная кахексия

- Значительная и прогрессирующая потеря мышечной массы за счёт прогрессирования онкопроцесса, который больше не отвечает на противоопухолевое лечение
- Низкие показатели Индекса Карновского, ECOG-4
- Ожидаемая продолжительность жизни: короткая (< 3 месяца)

Бремя НП превышает потенциальную пользу для пациента

Благодарю за внимание !



Третьяковская галерея

Посетителям Выставки

Эдвард Мунк

Эдвард Мунк. «Метаболизм. Жизнь и смерть».