

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА в ПАЛЛИАТИВЕ: КОМУ, КОГДА, КАК?

Смирнов М.В.

Свердловский Областной Онкологический Диспансер

г. Екатеринбург

2026

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

**АВТОР НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ
ГРАНТОВ ОТ
КОМПАНИЙ-ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ**

И

**ВЫСКАЗЫВАЕТ СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ,
ОСНОВАННОЕ на КЛИНИЧЕСКОМ ОПЫТЕ**

**ЭТИОТРОПНАЯ
ТЕРАПИЯ**

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**

**СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**





А кормить будем ?

**... с
пищблока
что-нибудь
принесут...**

..исключить жирное, жареное, соленое...

**ЧТО ТАКОЕ НУТРИТИВНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ?**

НЕАДЕКВАТНОЕ ПИТАНИЕ ?

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

??????

Причины нутритивной недостаточности

- **Недостаточное поступление питательных веществ;**
- **Изменение потребностей организма в нутриентах;**
- **Невозможность организма полностью усвоить поступающие нутриенты;**

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

ПРОБЛЕМА НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

- ✓ ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
- ✓ ХИМИОТЕРАПИЯ
- ✓ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ
- ✓ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ПРОБЛЕМА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ:

- ☐ ИСХОДНАЯ НУТРИТИВНАЯ НЕД-ТЬ
- ☐ ОГРАНИЧЕННОЕ ВРЕМЯ
- ☐ КТО и ГДЕ ???

ЗАДАЧИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ (по возможности):

- ☐ ОСТАНОВИТЬ КАТАБОЛИЗМ БЕЛКА
- ☐ КОРЕКЦИЯ ГИПОВОЛЕМИИ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

ПРОБЛЕМЫ :

- ☐ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ПОТЕРИ
- ☐ НАЛИЧИЕ СВИЩЕЙ, СТОМЫ
- ☐ СИНДРОМ «КОРОТКОЙ КИШКИ»

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ОСОБЕННОСТИ :

- ☐ ЕСТЬ ЗАПАС ВРЕМЕНИ (10 – 45 дней)
- ☐ НО! ПОСТЛУЧЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ
ЗНАЧИТЕЛЬНО ДОЛЬШЕ
- ☐ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЗАВИСЯТ ОТ ЗОНЫ
ОБЛУЧЕНИЯ и ПОЛУЧЕННОЙ ДОЗЫ

ХИМИОТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ОСОБЕННОСТИ :

- ☐ **ВОЛНООБРАЗНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ДИСПЕПСИИ**
(после каждого курса)
- ☐ **«ПОЗДНИЕ» ОСЛОЖНЕНИЯ**
(7-10 суток после окончания курса)
- ☐ **ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ВИДА Х/ПРЕПАРАТА**

ПАЛЛИАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ОСОБЕННОСТИ :

- ☐ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ
- ☐ ПИТАНИЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА –
ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА:

- ☐ **УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

70-80%

**ЖАЛОБЫ СВЯЗАННЫЕ С
ПЛЕВРИТОМ, АСЦИТОМ**

15-20%

СТРАХ, ДЕПРЕССИЯ, УСТАЛОСТЬ

50-70%

**РАНЫ, СВИЩИ,
ДРЕНАЖИ**

10-15%



БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

70-80%

**ЖАЛОБЫ СВЯЗАННЫЕ С
ПЛЕВРИТОМ, АСЦИТОМ**

15-20%

СТРАХ, ДЕПРЕССИЯ, УСТАЛОСТЬ

50-70%

**РАНЫ, СВИЩИ,
ДРЕНАЖИ**

10-15%



90-95%

**АНОРЕКСИЯ-
КАХЕКСИЯ**

**СИНДРОМ
НУТРИТИВНОЙ
НЕД-ТИ**

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

- **называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи**
- **этот процесс включает в себя дополнительное оральное питание, энтеральное питание через зонд, частичное или полное парентеральное питание**

ШАГ 1 : ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ

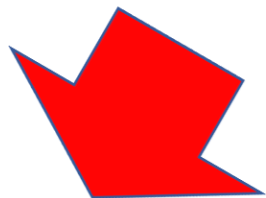
Степени	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин	35-30 г/ л	30-25 г/л	< 25 г/л
Лимфоциты	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы в % от ИМТ	11-10 %	21-30 %	более 30 %
Индекс масса-рост	19-17,5	17.5-15,5	<15,5

вес 60 кг рост 1.7 м

60

----- = 21

1,7 x 1,7



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

ШАГ 2 :САМОЕ ВАЖНОЕ

- **ВОЗМОЖНОСТИ
желудочно-кишечного
тракта**
- **тип проводимой
терапии**
- **качество жизни и
прогноз !!!**

Почему при назначении НП предпочтение отдается энтеральному питанию?

- Более физиологично
- Значительно дешевле парентерального
- Не требует строго стерильных условий
- Не вызывает опасных для жизни осложнений

А ТАК ЖЕ

- 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)

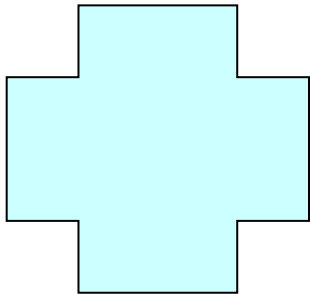
(проф. Луфт ВМ)

ПРОБЛЕМЫ

- **Трудно контролировать энтеральное питание.**
- **Отказ пациентов от энтерального питания из-за извращения вкуса (ощущение сладости)**
- **Пациенты не воспринимают энтеральное питание, как элемент комплексного противоопухолевого лечения**
- **Выраженные диспептические нарушения**

ШАГ 3 : ОЦЕНИТЬ ВОДНЫЙ БАЛАНС

минимальная потребность ≈ 25 мл / кг массы

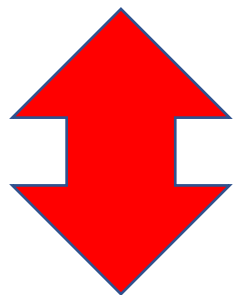


**$\approx 300 - 500$ мл на каждый градус t
при лихорадке**

**≈ 500 мл при усиленном
потоотделении или гипервентиляции**

патологические потери

**Питание на фоне гиповолемии
малоэффективно**



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

ПОТРЕБНОСТЬ В ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

❑ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

- предоперационная подготовка**
- периоперационный период**

❑ ЛУЧЕВАЯ И ХИМИОТЕРАПИЯ

- коррекция диспептических нарушений**

❑ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

- стеноз верхних отделов ЖКТ**
- синдром «короткой кишки»**
- токсическая энтеропатия**

В программах инфузионной терапии должны быть резко сокращено применение натрия хлорида 0,9% и глюкозы 5%.

Натрия хлорид 0,9%

- Осмолярность – 308 мосм/л
- Несбалансированный электролитный состав
- Гиперхлоремический метаболический ацидоз

Глюкоза 5%

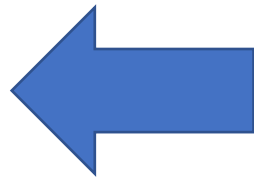
- Гипотонический раствор
- Усиление клеточного отека
- Рост уровня лактата

Накопление жидкости в интерстициальном пространстве и клетках

ШАГ 4 : А СКОЛЬКО НАДО ?

Адекватность –
«много не значит хорошо,
мало значит плохо»
(проф. Луфт ВМ)

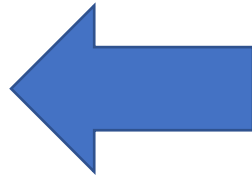
**ЛЕГКАЯ НУТРИТИВНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**



ЭНЕРГИЯ
20 – 25 ккал/кг/сутки

БЕЛОК
1 -1.2 гр/кг/сутки

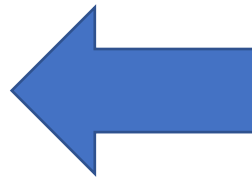
**СРЕДНЯЯ
НУТРИТИВНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**
! стабильное состояние,
нет выраженной
диспепсии, лихорадки



ЭНЕРГИЯ
25 – 30 ккал/кг/сутки

БЕЛОК
1.2 - 1.5 гр/кг/сутки

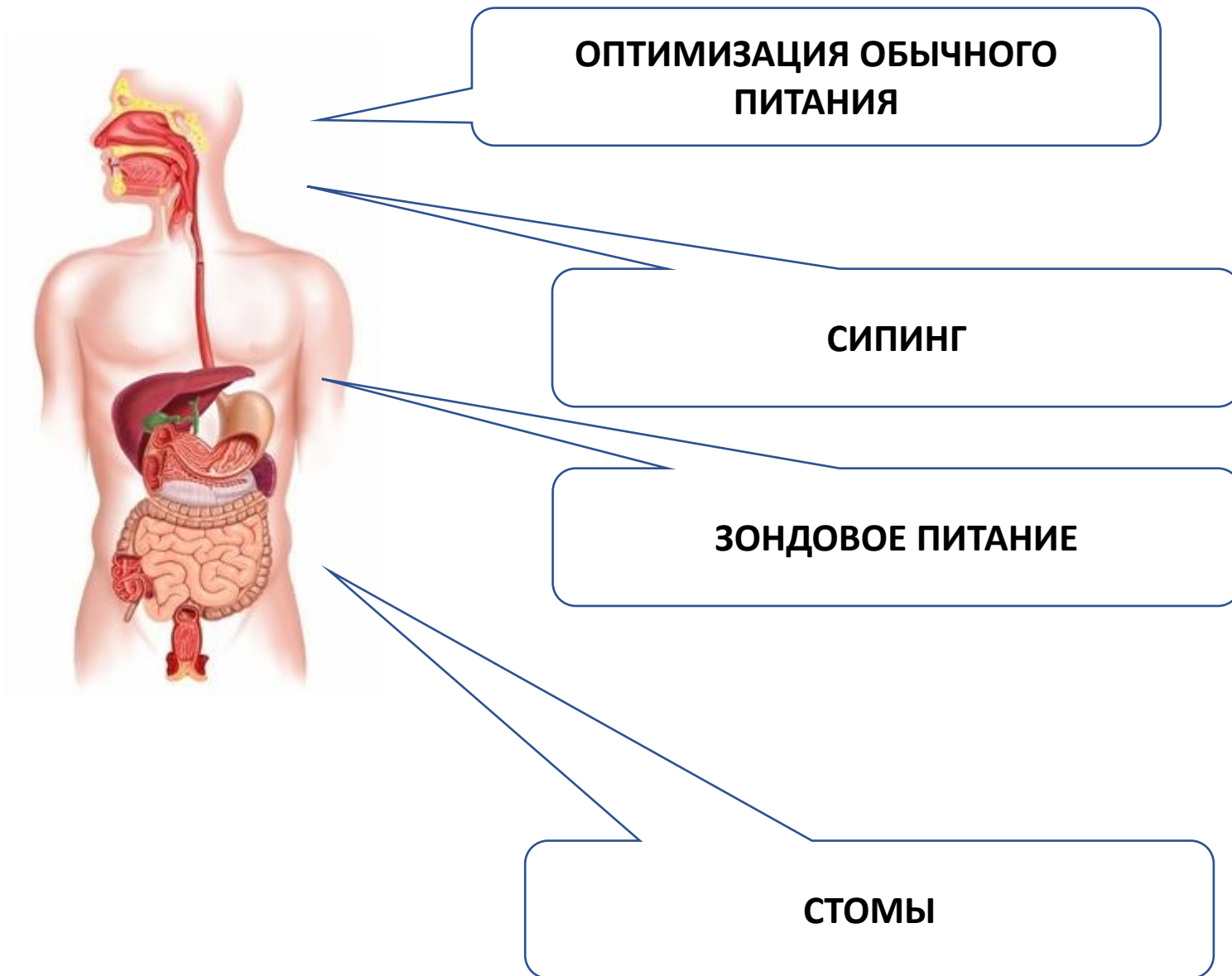
**ТЯЖЕЛАЯ
НУТРИТИВНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ
КАХЕКСИЯ**



ЭНЕРГИЯ
30 – 40 ккал/кг/сутки

БЕЛОК
1.5 - 2 гр/кг/сутки

ШАГ 5 : ВЫБОР МЕТОДИКИ



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОДДЕРЖКА:

- ГАСТРОКИНЕТИКИ
- ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ
- ТЕРАПИЯ МУКОЗИТОВ
- ФЕРМЕНТЫ
- АНТИДЕПРЕССАНТЫ

ШАГ 5 : ВЫБОР МЕТОДИКИ



- амбулаторный пациент
- стационарный пациент вне ОАР
- тяжелая нутритивная нед-ть
- **не работает ЖКТ**
- послеоперационный период
- осложнения терапии
- хроническая непроходимость
- множественные свищи

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- предпочтительнее системы « 3 в 1 »
- в/венная коррекция гидробаланса
- попытка частичного энтерального питания

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

назначается во всех случаях, когда больные

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

**«НЕСПОСОБНОСТЬ ВРАЧА ОБЕСПЕЧИТЬ
ПИТАНИЕ БОЛЬНОГО ДОЛЖНА
РАСЦЕНИВАТЬСЯ
КАК РЕШЕНИЕ УМОРИТЬ
ЕГО ГОЛОДОМ.
РЕШЕНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО В БОЛЬШИНСТВЕ
СЛУЧАЕВ БЫЛО БЫ ТРУДНО ПОДОБРАТЬ
ОПРАВДАНИЕ.»**

Арвид Вретлинд