

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра анатомии и прямой кишки в курсе ПД
(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н. доцента Лавришова А.В.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности энимиш
Куришова Анна Борисовна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Нутритивная поддержка больных ЗНО

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1.	Структурированность	3
2.	Объем	3
3.	Актуальность	5
4.	Соответствие текста реферата его теме	4
5.	Владение терминологией	4
6.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	3
7.	Логичность доказательной базы	4
8.	Умение аргументировать основные положения и выводы	4
9.	Источники литературы (не старше 5 лет)	3
10.	Наличие общего вывода по теме	3
Итоговая оценка		3,8 (4)

Дата: « 9 » 20 22 год

Подпись рецензента

Лавришов А.В.
(подпись)

Белякин Б.Н.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Куришова А.В.
(подпись)

А.В. Куришова
(ФИО ординатора)

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, профессор, Зуков Руслан Александрович

РЕФЕРАТ

на тему:

Нутритивная поддержка больных с ЗНО

Выполнил:

клинический ординатор 1 года

Куприянова Анна Борисовна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Введение.

Питание важно для здорового функционирования организма человека. И в особенности для онкологических пациентов. На любом этапе комплексного лечения онкологических заболеваний – от диагностики заболевания до этапа реабилитации – необходимо уделять должное внимание тому, чем и как питается пациент. Питание – это важный показатель качества жизни пациента. Качество жизни пациента – это интегральная характеристика. Она включает в себя его физическое, психологическое и социальное функционирование. Цель врача не просто вылечить человека, но и сохранить социальную адаптацию и психологическое благополучие, чтобы пациент мог себя максимально комфортно чувствовать в период лечения и после него.

Содержание:

1. Введение
2. Причины нутритивной недостаточности
3. Медицинский скрининг нутритивной недостаточности
4. Профилактика саркопении
5. САКОБ
6. Сипинговое питание
7. Зондовое питание
8. Парентеральное питание
9. Ведение пациентов
10. Рекомендации RUSSCO

Нутритивный статус – комплекс клинических, антропометрических и лабораторных показателей, характеризующих количественное соотношение мышечной и жировой массы человека.

Также важным понятием является нутритивная или питательная недостаточность. Это состояние, которое обусловлено несоответствием между поступлением питательных веществ в организм и их расходом, что приводит к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма.

Риск развития нутритивной недостаточности у онкологических пациентов высок. Он зависит от локализации опухоли и стадии процесса.

Причины нутритивной недостаточности

1. Снижение потребления пищи. Может быть связано как с проявлениями самого заболевания (затруднения при проглатывании пищи, тошнота, рвота, инверсия вкуса), так и с осознанным ограничением потребления пищи пациентом.

2. Нарушение усвоения питательных веществ. Часто это связано с органическими и структурными изменениями органов ЖКТ.

3. Потеря питательных веществ. Это может происходить на фоне рвоты или диареи в связи с основным заболеванием или в результате лечения.

4. Нарушения метаболизма. Развивается на фоне онкологического заболевания, может быть связано с недостатком определенных питательных веществ, например, витаминов. Они участвуют во многих биологических реакциях организма. Если происходит нарушение всасывания или поступления витаминов в организм, нарушается обмен веществ в целом.

5. Психологический стресс. На фоне стресса может снижаться аппетит, и, как следствие, количество потребляемой пищи. Также в организме могут запускаться механизмы, ускоряющие распад питательных веществ.

Медицинский скрининг нутритивной недостаточности

1. Контроль массы тела. Контроль массы тела – задача не только врача, но и самого пациента. Необходимо следить за своим весом (расчет ИМТ), питанием и обращать внимание на происходящие изменения.

Субъективная глобальная оценка недостаточности питания, SGA (Detsky A. S. , McLaughlin J. R. , 1987)

Критерий	Норма	Недостаточность питания	
		умеренная	тяжелая
Потеря веса за последние 6 мес	потеря < 5%	5-10%	> 10%
Пищевой рацион	> 90% от необходимого	70-90%	< 70%
Диспепсия (тошнота, рвота, диарея)	нет	интермиттирующие ежедневно > 2 раз	
Функциональная активность	полная	снижена	прикован к постели
Основное заболевание	ремиссия	вялотекущее течение	острое/обострение
Подкожный жир	норма	снижен	значительно снижен
Мышечная масса	норма	снижена	значительно снижена
Ортостатический отек	нет	слабый	выраженный
Асцит	нет	слабый	выраженный

2. Клинический и биохимический анализы крови. По данным анализа крови (например, по уровню белка, альбумина в крови, по количеству лимфоцитов) врачи могут отслеживать и фиксировать наличие и динамику нутритивной недостаточности у пациента.

Степени выраженности питательной недостаточности.

Степени питательной недостаточности	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Альбумин, г\л	35-30 г/ л	30-25 г/л	< 25 г/л
Общий белок, г\л	60-55	55-50	< 50
Лимфоциты, клеток в млЗ	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы, % от идеальной массы тела (рост –100)	11-10 %	21-30 %	> 30 %
Индекс массы тела, кг\м2	19-17, 5	17. 5-15, 5	<15, 5

3. Биоимпедансметрия. Это один из инструментальных методов в арсенале врачей. Он основан на изучении количественного соотношения мышечной и жировой массы тела, оценке их соотношения в динамике. В его основе лежат физические законы различной электропроводимости тканей организма.

4. Компьютерная томография. Используется также для оценки количества мышечной и жировой массы тела. Она выполняется каждому пациенту на этапе постановки диагноза и при дальнейшем лечении.

Профилактика саркопении

Саркопения – изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы тела и снижению функции мышц. Обычно такое состояние обусловлено возвратными изменениями метаболических процессов, нарушением питания и усиленным мышечным катаболизмом (расщеплением питательных веществ).

Помочь в профилактике саркопении могут следующие методы:

- Обязательное соблюдение режима двигательной активности (если мышцы не выполняют свои функции, они начинают слабеть и постепенно уменьшается мышечная масса)
- Сбалансированное и обогащенное питание, которое должно обеспечивать требуемую энергетическую ценность продуктов (достаточное содержание белка, наличие витаминов, микроэлементов и так называемых фармаконутриентов – незаменимых аминокислот, жирных кислот и некоторых других питательных веществ)

Если говорить о конкретных показателях, то можно обратить внимание на следующие элементы и придерживаться указанных значений:

- Энергетическое обеспечение: 25-35 ккал/кг/сутки
- Белковое обеспечение: 1,2-1,5 г/кг/сутки
- Фармаконутриенты
- Витамины B6, B12, фолиевая кислота, цинк
- Фумарат, сукцинат, цитрулин, лимонная кислота

Синдром анорексии-кахексии онкологических больных (САКОБ)

Следующее важное понятие – синдром анорексии-кахексии. Это многофакторный синдром, характеризующийся потерей массы тела, анорексией (в том числе снижением или отсутствием аппетита) и различными метаболическими нарушениями (усиленный распад питательных веществ, распад белков в мышцах, синдром хронического воспаления).

Выделяют 3 степени этого синдрома: прекахексия, кахексия и рефрактерная кахексия.

- Прекахексия: анорексия, метаболические нарушения, потеря веса $< 5\%$
- Кахексия: анорексия, синдром хронического воспаления, потеря веса $> 5\%$
- Рефрактерная кахексия: прогрессирующее заболевание на фоне лечения, потеря веса $> 8-10\%$

Синдром анорексии-кахексии тесно связан с общим самочувствием пациента. При нарастании явлений синдрома анорексии-кахексии ухудшается общее самочувствие пациента, что влечет за собой невозможность продолжения специализированного противоопухолевого лечения.

В широком смысле кахексия не равняется потере массы тела. Потеря массы тела – это только часть, одно из звеньев, которое приводит к ее развитию, а так же это:

- Снижение общей массы тела и потеря мышечной массы тела;
- Мальабсорбация (потеря питательных веществ из-за недостаточности всасывания в тонком кишечнике);
- Анорексия;
- Дисфагия (затруднение при глотании пищи);
- Постоперационный катаболизм;
- «Ловушка для микронутриентов» (опухолевые ткани активно поглощают питательные вещества, что может привести к дефицитам в здоровых клетках)

Нутритивная поддержка – это лечебное питание, цель которого обеспечить организм всеми необходимыми питательными веществами с помощью питательных смесей. Это оптимизирует процессы метаболизма, а также увеличивает резервы организма.

Цели и задачи нутритивной поддержки:

1. Повышение качества жизни пациента (к этому врачи стремятся в первую очередь)
2. Возмещение повышенных энергозатрат
3. Улучшение переносимости противоопухолевого лечения
4. Улучшение ответа на проводимую терапию (улучшение эффективности)
5. Оптимизация питания с целью более ранней реабилитации (в постоперационном периоде, после лечения, в ремиссии)
6. Улучшение прогноза заболевания
7. Повышение показателей выживаемости

Методы нутритивной поддержки:

- **Сипинговое питание** – пероральное потребление современных питательных смесей в жидком виде (частичное или полное)
- **Зондовое питание** – осуществляемое через назогастральный или назоинтестинальный зонд или через гастро- и энтеростому (более 3-4 недель)
- **Парентеральное питание** – центральное, периферическое
- **Смешанный вариант** введения питательных субстратов

Сипинговое питание

Энтеральное питание (сипинг) — питание, физиологичное для организма. Применяется обычно в дополнение к обычному рациону пациента. Это пероральный прием питательной смеси через трубочку маленькими глотками. Следует соблюдать простые правила относительно сипинга: пить необходимо строго через трубочку (чтобы глоток был небольшим) и пить медленно (примерно в течение 30 минут). При этом предпочтительно использовать специализированные смеси, содержащие максимальное количество питательных веществ в минимальном объеме. Особое внимание следует обращать на количество в смеси белка – строительного материала для восстановления организма, повышения его сопротивляемости. При развитии нутритивной недостаточности в первую очередь усиливается распад именно белков, нарушается их синтез в организме. Смеси для сипинга имеют различные вкусовые особенности, и часто пациенты могут индивидуально выбирать тот вкус, который им нравится.

Зондовое питание

Оно представляет собой энтеральное питание. Такое питание осуществляется посредством постановки зонда в желудок или тонкий кишечник. При невозможности постановки зонда необходимо формирование гастро- или энтеростомы, при которых питание поступает непосредственно в соответствующий орган. Данный подход применим в трех случаях: когда пациенты не могут, не хотят или, в связи с локализацией опухолевого процесса, не должны получать питание перорально.

Парентеральное питание

Парентеральное питание предполагает использование смесей, которые специально разработаны для их введения в периферические или центральные вены.

Показания к применению такого метода:

- Невозможность установки зонда или формирования гастростомы

- Категорический отказ пациента от постановки зонда
- Наличие рецидивирующей рвоты
- Патологии ЖКТ (например, непроходимость кишечника или развитие каких-либо патологических воспалений в отделах кишечника)
- Если энтеральное питание будет невозможно в течение трех и более суток
- При проведении химиолучевой терапии
- При снижении или отсутствии аппетита с полным отказом пациента от пищи
- При снижении уровня белка, даже если проводится активная нутритивная поддержка энтеральными смесями

Абсолютными показаниями к назначению активной нутритивной поддержки являются:

- Наличие непреднамеренной быстро прогрессирующей и значимой потери массы тела
- Наличие у пациента исходных признаков гипотрофии: ИМТ (индекс массы тела) = 19 и ниже, снижение уровня белка и альбумина в крови, снижение уровня лимфоцитов в клиническом анализе крови. Важно оценивать не только ИМТ, но и наличие мышечной массы, так как показатель может соответствовать норме за счет массы опухолевой ткани или жидкости (асцит, плеврит).
- Угроза развития быстро прогрессирующей нутритивной недостаточности: невозможность питаться естественным путем, проявления усиленного распада питательных веществ в организме

Начало и продолжительность нутритивной поддержки

Период, когда назначается нутритивная поддержка:

- При исходной гипотрофии: не менее, чем за 7 суток до начала планового лечения
- При удовлетворительных показателях нутритивного статуса: с первых дней лечения

Продолжительность проведения нутритивной поддержки:

- Пациенты с гипотрофией, которым предстоит радикальное лечение: начало курса активной нутритивной поддержки за 7-14 дней до вмешательства
- Пациенты, получившие радикальное лечение: раннее применение сипинга или зондового питания в восстановительном периоде

Критерии продолжительности нутритивной поддержки или показатели того, что она может быть завершена:

- Стабилизация или увеличение массы тела (за счет мышечной массы тела)
- Нормальные показатели уровня белка
- Отсутствие анемии
- Удовлетворительная физическая активность

Лишний вес и нутритивная поддержка

Очень важным вопросом является оценка того, нуждаются ли пациенты с повышенной массой тела в нутритивной поддержке.

Нормальная или повышенная масса тела не означает того, что у пациента не имеется признаков саркопении (снижения объема мышечной массы).

При нарастающей потере массы тела в первую очередь уменьшается не жировая ткань, а теряется именно мышечная ткань. Это ведет к потере белка и развитию различных осложнений. Данный процесс не зависит от исходной массы тела человека.

Кроме того, во многих исследованиях доказано, что наличие саркопенического ожирения (сочетание уменьшения мышечной массы тела с повышенной жировой массой) также неблагоприятно сказывается на прогнозе заболевания, т.к. ухудшает переносимость противоопухолевого лечения.

Рекомендации нутритивной поддержки от russco

Рекомендации по проведению нутритивной поддержки являются неотъемлемой частью многих руководств по лечению различных заболеваний, в том числе и онкологических.

Так, в руководстве российского общества клинической онкологии RUSSCO даны четкие указания по поводу проведения нутритивной поддержки:

- Использование высокобелкового питания для сипинга является более предпочтительным;
- Рекомендуются использовать энтеральное питание, обогащенное различными питательными веществами — омега-3 жирные кислоты, глутамин, пребиотики;
- Применение перорального энтерального питания, обогащенного омега-3 жирными кислотами и пищевыми волокнами имеет преимущества для профилактики гастроинтестинальной токсичности;
- Большинство пациентов нуждается в продолжении нутритивной поддержки на амбулаторном этапе в рамках реабилитации.

ВЫВОДЫ

Необходимо своевременно выявлять пациентов из группы риска нарушения питательного статуса. Это позволяет защитить их от прогрессирующей потери массы тела и развития связанных с этим осложнений.

Скрининг и мониторинг недостаточности питания должны проводиться на протяжении всего лечения, что важно для оценки динамики нутритивного статуса онкологических пациентов.

Литература:

1. И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р. и др. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема // Хирургия. 2015. № 9. С. 4-8.
2. Рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 декабря 2006 г. № 6530-РХ Клинические рекомендации по нутритивной поддержке при химиотерапии и/или лучевой терапии».
3. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии.
4. Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В. и др. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. № 4. Спецвыпуск 2.
5. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения. Пер. с англ. М., 2013. 272 с.