

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОВЕДЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ?

Шаврин А.П., Ховаева Я.Б., Кирьянова Н.В., Бабушкина Г.Д.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России», Пермь, e-mail: ashavrin1@mail.ru

В статье представлен детальный анализ проблем, которые могут возникать в процессе оказания паллиативной помощи на амбулаторном этапе в части нутритивной поддержки. Рассматриваются возможные варианты решения этих проблем. Указывается, что синдром гиперкатаболизма-гиперметаболизма, кахексии-анорексии и кишечной недостаточности способен вызвать тяжелые последствия в виде гипоальбуминемии и может быть непосредственной причиной смерти пациентов. В связи с этим необходимо проводить комплекс лечебных мероприятий, направленных на поддержание структурно-функционального и метаболического равновесия в организме тяжелых больных с использованием современных методов нутритивной поддержки в виде сипинга, зондового, парентерального и смешанного питания и энтеральных гиперкалорических питательных смесей. Для практического врача определены основные задачи нутритивной поддержки, показания, методы и критерии эффективности проведения лечебного питания.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, паллиативная медицина

NUTRITIONAL SUPPORT IN PALLIATIVE MEDICINE. IS IT POSSIBLE IN THE OUTPATIENT SETTING?

Shavrin A.P., Khovaeva Ya.B., Kirjanova N.V., Babushkina G.D.

FSBEI HE Academician Ye.A.Vagner PSMU MOH Russia, Perm, , e-mail: ashavrin1@mail.ru

Detailed analysis of the problems that can occur in the process of palliative care of patients in the outpatient setting, especially, in their nutritional support, is given the paper. Possible variants of their solution are observed. It was established that the syndromes of hyper- catabolism-hypermetabolism, cachexia-anorexia and intestinal failure can provoke severe consequences in the form of hypoalbuminemia and may become the direct cause of patients' death. That's why it is necessary to carry out a complex of treatment measures, aimed at maintenance of structural-functional and metabolic balance in organism of seriously ill patients with the use of modern methods of nutritional support such as sip -feeds, tube, parenteral and mixed feeding and enteral feeding with hypercaloric nutrient mixtures. The main goals of nutritional support, indications, methods and criteria of clinical nutrition efficiency are determined for practitioners.

Keywords: nutritional support, palliative medicine

В настоящее время во многих странах мира, в том числе и Российской Федерации, отмечается активное развитие паллиативной медицинской помощи, которая определяется как всеобъемлющая медико-социальная помощь больным с диагнозом активного (при наличии симптомов, требующих активного медицинского вмешательства) неизлечимого прогрессирующего заболевания на стадии, когда исчерпаны все возможности специального (радикального) лечения. Основной целью паллиативной медицинской помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других тягостных проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки как самому пациенту, так и его близким. Принципы паллиативной помощи могут

быть реализованы на разных стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения. Европейская Ассоциация паллиативной помощи выделяет три уровня паллиативной помощи:

- паллиативный подход – осуществляется всеми врачами и медицинскими сестрами вне зависимости от их специализации, имеющими базовую подготовку по паллиативной помощи;

- общая паллиативная помощь – осуществляется онкологами, гериатрами и другими специалистами, имеющими дополнительное последипломное профессиональное образование по паллиативной **медицинской помощи**;

- специализированная паллиативная помощь – оказывается квалифицированными специалистами паллиативной помощи/медицины, имеющими специализацию, сертификацию (постоянно повышающими свой профессиональный уровень) в условиях специализированных учреждений.

Следует отметить, что в нашей стране сертифицированного специалиста по паллиативной медицинской помощи пока еще нет, но уже на законодательном уровне ведется разработка профессионального стандарта «Врач паллиативной медицинской помощи» для введения соответствующей специальности и сертификации. Кроме этого, имеется ряд проблем в организации самой системы паллиативной медицины, особенно на амбулаторном этапе, которые связаны с отсутствием в поликлинических учреждениях кабинетов паллиативной медицинской помощи, которые решали бы все поставленные перед ними задачи, в том числе по программе нутритивной поддержки [2].

Основной задачей паллиативной помощи является улучшение качества жизни больного, при этом приоритетным направлением является достижение эмоционального равновесия и физического комфорта больного в результате проведения медицинского вмешательства, без причинения дополнительной боли и дискомфорта страдающему пациенту. Кроме этого, специалист должен обладать необходимыми знаниями, чтобы подготовиться к разговору о смерти с больными и их родственниками. Предпосылкой возникновения данной проблемы в системе здравоохранения является увеличение продолжительности жизни населения и доли лиц старших возрастных групп с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями.

Для достижения основной задачи в паллиативной медицине наряду с решением множества различных проблем пациента перед врачом паллиативной медицинской помощи часто встает вопрос своевременного определения потребности и проведения нутритивной (нутриционной) поддержки (НП) паллиативных больных. Как показывают практические наблюдения, потребность в НП тяжелобольных пациентов весьма велика и требует от медицинских работников соответствующих профессиональных компетенций для ее

проведения. В литературе отмечается, что симптомы анорексии встречаются у 65% онкологических пациентов на поздних стадиях заболевания. Явления обстипации, усиливающие анорексию, присутствуют у 60% больных с различными заболеваниями в терминальной стадии и могут быть обусловлены малоподвижностью пациентов, обезболивающей терапией, недостаточным содержанием в рационе питания грубых пищевых волокон, а также самой анорексией [1]. Своевременное распознавание и коррекция этих тягостных симптомов позволят значительно улучшить качество жизни паллиативных пациентов.

Зачастую врачи, курирующие паллиативных пациентов после выписки из стационара (терапевты, врачи общей практики), не имеют соответствующих представлений о показаниях и способах этого вида медицинской помощи. В идеале, этими вопросами должен заниматься врач-нутрициолог, но таких специалистов в настоящее время недостаточно. Вместе с тем опыт наблюдения за паллиативными больными показывает, что многие пациенты, в частности онкологического профиля, оказавшись в амбулаторных условиях, не получают адекватной, а порой вообще никакой нутриционной поддержки и медленно погибают при явлениях прогрессирующего синдрома анорексии-кахексии.

Цель настоящей публикации – обратить внимание лечащих врачей на возможности проведения НП у паллиативных больных в амбулаторных условиях.

Нутриционную поддержку можно определить как комплекс лечебных мероприятий, направленных на поддержание структурно-функционального и метаболического равновесия в организме тяжелых больных. Чаще всего необходимость в проведении нутритивной поддержки возникает у пациентов онкологического профиля, хотя потребность в ней может возникнуть при многих тяжелых заболеваниях: рефрактерной сердечной недостаточности, сепсисе, системных васкулитах, циррозах печени, тяжелой ХОБЛ и пр. Во всех этих случаях создаются более или менее сходные условия для формирования синдромов гиперкатаболизма-гиперметаболизма, кахексии-анорексии, кишечной недостаточности. Не углубляясь в патогенетические аспекты данных феноменов, следует отметить тяжелые последствия формирующейся при гиперкатаболизме гипоальбуминемии, которая служит предиктором неблагоприятного исхода [6].

Так, при показателе сывороточного альбумина менее 35 г/л число послеоперационных осложнений у онкологических больных увеличивается в 4 раза, уровень послеоперационной летальности – до 6 раз. Трофологическая недостаточность (ТН) может быть непосредственной причиной смерти каждого пятого онкологического больного, активируя канцерогенез и усугубляя иммунный дефицит. При этом формальное увеличение потребления продуктов питания не гарантирует нормализацию нутритивного статуса [6, 3].

Известно, что у здорового человека гипокалорийное питание заставляет функционировать организм в экономном, энергетически щадящем режиме. Обратная картина наблюдается при ТН у паллиативных больных, когда дефицит пищевых калорий активирует метаболические процессы, ускоряет распад белковой и жировой ткани. Кроме того, опухолевые клетки обладают способностью продуцировать вещества, угнетающие аппетит, а также липид- и протеинмобилизующие факторы. Ликвидировать нарастающие энергетические потери у паллиативных больных без учета некоторых базовых показателей невозможно [3].

Основными задачами нутритивной поддержки являются купирование проявлений синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма; сохранение соматического и висцерального пулов белков; профилактика и лечение иммуносупрессии; снижение рисков инфекционных осложнений; активация репаративных процессов; повышение уровня качества жизни больных. Начинать проведение НП следует с момента ее диагностики, т.е. безотлагательно. Следует помнить о том, что нутритивная недостаточность может быть даже у пациентов с избыточной массой тела. Показаниями к проведению НП являются:

- 1) потеря 10% и более массы тела за 1 месяц и/или 20% за 3 месяца;
- 2) снижение индекса массы тела до 19 кг/м^2 и менее;
- 3) гипопроteinемия и гипоальбуминемия (60 и 30 г/л соответственно);
- 4) гиперметаболизм (по экскреции с мочой азота более 6 г/сутки);
- 5) парентеральное питание проводится при неэффективности или невозможности проведения энтеральной нутритивной поддержки;
- 6) сопутствующие заболевания (эрозивно-язвенные поражения пищевода и зоны анастомоза, желчнокаменная болезнь, наличие расстройств опорожнения кишечника и др.).

Критериями эффективности проведения лечебного питания в паллиативной медицине служат сохранение массы тела, купирование белково-энергетической недостаточности и метаболических нарушений.

При построении программы лечебного питания пациента рекомендуется длительное соблюдение диетического режима, обеспечение достаточного количества макронутриентов (белков, жиров, углеводов) и микронутриентов (витаминов, макро- и микроэлементов). Следует учитывать, что развитие белково-энергетической недостаточности сопровождается высокой скоростью обменных процессов, потерей тощей и жировой массы тела, истощением энергетических и пластических запасов организма. Поэтому требуется увеличение общей калорийности рациона питания до 3100–3600 ккал/день с учетом соматического статуса пациента. У пациентов без выраженных симптомов белково-энергетической недостаточности энергетическая ценность рациона питания больного должна соответствовать физиологической потребности в энергии, которая составляет в среднем 2200–2400 ккал в

день. Уровень потребления белка определяется индивидуально для каждого пациента, с учетом суточной потери азота с мочой, а при прогрессирующей кахексии содержание белка в рационе должно составлять 2 г на 1 кг массы тела. Количество жира в диете пациента составляет 80–90 г в день, из которых 1/3 – растительные жиры, содержащие омега-6 жирные кислоты. Также следует использовать рыбные продукты, содержащие омега-3 жирные кислоты, играющие важную роль в метаболических процессах. Физиологические потребности в углеводах составляют 300–450 г в день. Предпочтительно рекомендуется использовать медленно усваиваемые растительные углеводы, но и не следует полностью отказываться от быстро всасывающихся рафинированных углеводов. Значительное ограничение или полное исключение углеводов из рациона питания недопустимо, поскольку это приводит к усилению глюконеогенеза, сопровождающегося усилением катаболизма белка и жиров и соответственно к прогрессированию кахексии. Кроме этого, при недостаточности углеводов в рационе питания больного возрастает риск развития гипогликемических состояний [4].

Потребности в витаминах и микроэлементах удовлетворяются приемом поливитаминных комплексов, представленных на фармакологическом рынке в достаточном количестве.

В обязанность врача входит информирование родственников больного или лиц, осуществляющим уход за ним, о правилах нутриционной поддержки. С этой целью при кабинете паллиативной медицинской помощи (а при его отсутствии — лечащим врачом) проводятся обучающие мероприятия в виде школ, семинаров по вопросам нутритивной поддержки пациентов. При составлении программ лечебного питания пациентам следует давать четкие, конкретные рекомендации, не перегруженные информацией. Важно отметить, что необходимо обеспечить адекватную энергетическую ценность лечебных рационов, которая должна составлять 25–35 ккал/кг массы тела; общее количество свободной жидкости в рационе составляет 1,5–2,0 л, температура пищи – от 10–15 до 60–65°C, ритм приема пищи составляет 4–6 раз в день.

Распределение энергетической ценности лечебного рациона осуществляется следующим образом: завтрак – 25–30%, обед – 40%, полдник – 5–10%, ужин – 20–25%, на ночь – 5–10% от калорийности. Соблюдение часов приема пищи: 8–9 ч (завтрак); 13–14 часов (обед); 16:00–16:30 (полдник); 18–19 часов (ужин); 21 час (на ночь) [5].

Правильная кулинарная обработка продуктов питания для паллиативных пациентов имеет очень важное в практическом отношении значение. В качестве основных способов приготовления пищи выбирают варку, приготовление на пару, тушение, запекание. При проведении лечебного питания нередко возникает необходимость дополнительного

использования ферментативных препаратов (креона, панцитрата и др.) в зависимости от степени выраженности синдрома мальабсорбции. Больным, перенесшим оперативные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта, рекомендуется применять пищу в протертом виде в течение одного года.

У ослабленных, тяжелобольных пациентов для коррекции белково-энергетических нарушений используются различные методы нутритивной поддержки: сипинг, зондовое, парентеральное и смешанное питание. Парентеральная НП проводится преимущественно в отделениях интенсивной терапии; на амбулаторном этапе этот вид поддержки имеет вспомогательное значение. В амбулаторной практике у тяжелых больных успешно применяется такой метод нутритивной поддержки, как сипинг.

Сипинг, или «*sip feeds*» (от англ. *sip* – «пить маленькими глотками»), представляет вид нутриционной поддержки, при котором больной через трубочку принимает готовые питательные энтеральные смеси небольшими глотками в течение 15–20 мин. Сипинг не должен заменять основное полноценное питание, а только обеспечивать поступление дополнительного калорического и белкового эквивалентов, суммарно до 500 ккал/сутки. Для сипинга в настоящее время разработаны специальные энтеральные гиперкалорические питательные смеси с нейтральным вкусом либо с различными вкусовыми добавками (шоколад, кофе, ваниль, клубника, банан, абрикос и др.). Для применения в амбулаторной практике доступны следующие питательные смеси: Нутридринк Компакт, Импакт Энтерал, Импакт Орал, Нутрикомп Дринк Суппортан и др. Нутридринк Компакт может являться как дополнительным, так и единственным источником питания онкологических больных.

Существуют и иные подходы к энтеральному питанию, отличающиеся путями доступа: чрекожные эндоскопические, хирургические и назоэнтеральные (гастральные).

Выбор точки приложения энтеральной поддержки (желудок, двенадцатиперстная кишка, тощая кишка) определяется хирургом с учетом возможности осуществить доступ, риском аспирации желудочного содержимого и предполагаемой продолжительностью энтерального питания [5].

Зондовое питание, как и сипинг, может быть доступно в амбулаторных условиях; для его выполнения требуется назогастральный или назоинтестинальный зонд. Питательные смеси вводят болюсно через шприц Жанэ или капельно с помощью кишечных насосов-инфузоров. Питание через зонд менее физиологичное, чем сипинг. В амбулаторной практике зондовое питание встречает определенные сложности. Это, во-первых, отсутствие доступных регламентирующих документов федерального уровня, где четко оговорена процедура; во-вторых – периодическая замена зонда. Установку и замену зонда выполняет хирург.

Парентеральное питание малопригодно для нутриционной поддержки у паллиативных больных, поскольку требует продолжительного введения препаратов и присутствия медицинского персонала.

Заключение

Нарушение пищевого статуса у паллиативных пациентов требует адекватного лечения для ликвидации белково-энергетической недостаточности, метаболических нарушений, профилактики развития кахексии и инфекционных осложнений. Сохранение соматического и висцерального пулов макро- и микронутриентов, минорных питательных веществ у паллиативных пациентов является одной из главных задач, так как трофологическая недостаточность является предиктором неблагоприятных исходов и усугубляет прогрессирование основного заболевания.

Используя современные практические и научные данные по организации лечебного питания паллиативных пациентов, лечащие врачи способны своевременно и профессионально организовать программу нутритивной поддержки тяжелобольных пациентов в амбулаторных условиях и повысить у них качество жизни, а в ряде случаев даже продлить жизнь. Важным аспектом в этой работе является профессиональное консультирование пациентов и лиц, осуществляющих за ними уход, по вопросам приготовления и хранения, способам приема пищи. Обучение пациентов вопросам лечебного питания, кроме прочего, способствует созданию обстановки доверия и взаимоуважения между пациентом и лечащим врачом. Такая всеобъемлющая забота о паллиативных пациентах, включающая наряду с другими лечебными мероприятиями сбалансированное питание, позволит повысить качество медицинской помощи, а также удовлетворенность ею как самих пациентов, так и их родственников.

Список литературы

1. Введение в паллиативную помощь /Пер. с англ. О. Цейтлинной, Е. Бакуниной // под ред. Невзоровой Д.В. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера». – 2016. – 276 с.
2. Крутень А.В. Стратегия развития системы паллиативной медицинской помощи Пермского края. Пути решения проблем / А.В. Крутень, Л.Н. Чудинова, А.П. Шаврин и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 2. – С. 13–16.
3. Снеговой А.В. Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных / А.В. Снеговой, А.И. Салтанов, Л.В. Манзюк, В.Ю. Сельчук // Практическая онкология. – 2009. – № 1. – С. 49–57.

4. Хомичук А.Л. Принципы питания больных, оперированных по поводу рака желудка / А.Л. Хомичук, В.И. Пилипенко, А.К. Шаховская // Consilium medicum. – 2014. – Т. 16. – № 8. – С. 89–92.
5. Шевченко Ю.Л. Особенности нутриционной поддержки в многопрофильном стационаре / Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, В.Н. Матушевская, Б.А. Теплых // Гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – С. 17–21.
6. Ockenga J., Valentini I. Review article: anorexia and cachexia in gastrointestinal cancer // Aliment Pharmacol Ther. – 2005. — № 22. – P. 583–94.