

## **Роль нутритивной поддержки пациентов на этапах паллиативного лечения**

Жукова Т.В.

УО «Белорусский государственной медицинской университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

Паллиативная медицинская помощь направлена на уменьшение тяжелых проявлений неизлечимых заболеваний у пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому, а также в условиях дневного стационара. Актуальной проблемой у таких пациентов остается недостаточность питания. Недостаточность питания наблюдается у 85% пожилого населения и у 50% всех госпитализированных пациентов, а кахексия может быть непосредственной причиной смерти каждого пятого онкологического больного.

Хронические прогрессирующие неизлечимые заболевания способствуют развитию недостаточности питания, оказывая влияние на потребление пищи, нарушение переваривания и всасывания нутриентов, увеличение интенсивности метаболизма и катаболизма белка. Недостаточность питания сопровождается потерей массы тела, нарушениями физиологических функций, увеличением риска развития осложнений и приводит к ухудшению исхода заболевания. Она может быть обусловлена многими факторами: нарушением вкусовых ощущений, тошнотой и рвотой, болевым синдромом, побочным действием лекарственных препаратов и других применяемых методов лечения, трудностями при жевании и глотании, сложностями

в приобретении продуктов питания или их приготовлении. Пониженному потреблению пищи также способствуют тревога, депрессия, потеря социальной значимости и независимости.

Редукция массы тела и развивающаяся кахексия у онкологических больных обусловлены прямым воздействием самой опухоли, повышенной продукцией провоспалительных цитокинов, формированием стойко отрицательного энергетического баланса, активацией катаболизма, нарастающей саркопенией, нарушениями пищеварения, анемией, ухудшением функционального статуса и снижением физической активности. При этом потеря активной клеточной массы может происходить, даже если питание остается адекватным.

Выделяют три стадии развития кахексии:

Прекахексия характеризуется:

- потерей массы тела 5% за 3 мес или 10% за 6 мес;
- наличием гипо- или анорексии и метаболических изменений при ИМТ более 20кг/м<sup>2</sup> и более;
- наличием системной воспалительной реакции;

Кахексия характеризуется:

- потерей массы тела >5% за 2 мес или >10% за 6 мес;
- или саркопенией и потерей массы тела >2% за 1 мес;
- наличием гипо- или анорексии и пониженным потреблением пищи на фоне системной воспалительной реакции;

Рефрактерная кахексия характеризуется:

- наличием стойкой и выраженной анорексии;
- ИМТ менее 16 кг/м<sup>2</sup>;
- саркопенией и плохим функциональным состоянием пациента;
- резистентностью к проводимой нутритивно-метаболической терапии;
- предположительной продолжительностью жизни <3 мес.

Потеря массы тела при хронических заболеваниях происходит достаточно часто, однако, развернутая картина истинной кахексии с явными признаками системного воспаления и выраженными потерями мышечной и жировой ткани встречается реже. Факторы, способствующие развитию кахексии, также включают недостаточную импульсацию альфа-мотонейронов, изменение уровня анаболических гормонов, хроническую катаболическую направленность обмена, снижение поступления белка с пищей и снижение физической активности. Кахексия обычно связана с хроническими заболеваниями или состояниями, при которых воспалительная реакция легкой или умеренной интенсивности сохраняется в течение продолжительного времени. Примеры включают сердечную, дыхательную, печеночную

и почечную недостаточности, распространенные онкологические процессы, поздние стадии СПИД и ревматоидного артрита.

Потеря массы тела при персистирующей системной воспалительной реакции сопряжена с увеличением смертности, ухудшением функционального статуса, снижением переносимости лечения и его эффективности, увеличением потребления ресурсов здравоохранения и увеличением смертности. Наиболее социально значимым последствием этого является ухудшение качества жизни в последние годы, месяцы и дни жизни пациента. На поздних стадиях происходит значительная утрата жировой ткани, что обуславливает характерный внешний вид больного с кахексией.

Скрининговым показателем недостаточности питания пациента является индекс массы тела (далее – ИМТ), определяемый по отношению фактической массы тела (далее – МТ, кг) к длине тела, выраженной в метрах и возведенных в квадрат. Наличие у пациентов в возрасте до 70 лет ИМТ менее 20 кг/м<sup>2</sup>, а у больных в возрасте старше 70 лет менее 22 кг/м<sup>2</sup> свидетельствует о наличии у них недостаточности питания. При изменении состояния пациента, уменьшении степени функциональной активности, нарушении глотания, в ряде случаев следует проводить лабораторные методы выявления наличия изолированного дефицита таких нутриентов как минеральные вещества (К, Са, Mg, P, Zn), витамины и микроэлементы с целью своевременной их коррекции.

Рекомендуется при первичном осмотре и при изменении общего состояния провести обсуждение принципов питания, планируемой нутритивной поддержки и регидратации с пациентом и его родственниками (законными представителями), в отношении предполагаемой эффективности, возможных побочных эффектов, этических и экономических аспектов с отметкой в медицинской документации о его проведении.

При попытках увеличения питательной ценности рациона, в первую очередь необходимо применить подход «еда превыше всего», что должно помочь наладить оптимальную диету путем обогащения пищи высококалорийными естественными продуктами и /или ценными энтеральными питательными смесями, которые могут добавляться в готовые блюда или применяться методом перорального сипинга. Желательно, чтобы прием питательных смесей не приводил к снижению или замещению обычного приятного по вкусовому выбору пациента рациона питания. При возникновении проблем с глотанием может помочь использование определенных условий приема пищи (поза, угол поднятия туловища, место кормления, объем еды в одно кормление, общее количество приемов пищи и т.д.). Осуществление питания через рот требует больших временных и человеческих затрат, однако, является предпочтительным, позволяя избегать проблем, связанных с использованием назогастральных зондов и стом. Возможность его

осуществления зависит также от способности к глотанию и отсутствия обструкции на уровне пищевода, желудка или кишечника.

При дисфагии 1-3 степени и сохраненной функции ЖКТ рекомендуется назначать диеты с повышенной питательной ценностью и относительно легкой усваиваемостью. С учётом результатов оценки выраженности дисфагии, выбор качества и характера пищи проводится следующим образом:

При дисфагии 1 степени применяется диета из натурального продуктов, с учетом ограничений, касающихся основного заболевания.

При дисфагии 2 степени еда должна очень легко раздавливаться языком (пюре или варёные овощи до очень мягкой консистенции, суп – пюре без добавлений; картофельное пюре, картофельный суп; отварные и протёртые овощи; кисель / йогурт, мясное пюре, мясные муссы; филе рыбы (без костей), фрукты и фруктовые продукты (бананы, груши, тушёные яблоки, абрикосы, персики без кожи и семян); молочные продукты, сметана, мороженое, натуральный йогурт без кусочков, джемы.

При дисфагии 3 степени еда должна быть мелко протёртой, однородной, мягкой, легко разжёвываемой: крем-супы, фруктовые супы, сливки, жидкое картофельное пюре, очень мелко протёртые овощи, кисели, фруктовые пюре, соки, заварной крем.

Полностью удовлетворить нутритивные потребности пациента можно с помощью перорального приема питательных смесей или дополняя ими его обычный рацион или используют смешанные методы питания.

Рекомендуется назначать препараты перорального энтерального питания (далее – ПЭП), которые обеспечивают поступление в организм энергии не менее 400 ккал/сут и белка не менее 30 г/сут всем пациентам с недостаточностью питания или риском ее развития.

Препараты ПЭП обладают высоким содержанием калорий и питательных веществ и разработаны специально для обеспечения ежедневной потребности в питательных веществах, когда обычной диеты для этого не хватает. Выделяют ПЭП с высоким содержанием белка, в которых он составляет >20% калорийности, и с высоким содержанием калорий, содержащие >1,5 ккал на мл или г. Систематический обзор по анализу эффективности и безопасности применения высокобелкового ПЭП (> 20% калорийности по белкам) любой консистенции на протяжении любого периода времени показал, что применение ПЭП по сравнению с традиционной схемой питания оказывало разнообразные эффекты в различных условиях ухода и группах пациентов, в том числе снижение риска развития осложнений, снижение риска повторных госпитализаций, повышение силы жевания кисти, повышение уровня потребления белка и энергии при небольшом снижении уровня потребления обычной пищи и оптимизацию массы тела.

Энтеральное питание может быть реализовано:

– пероральным приемом специальных обычных или загущённых питательных смесей или путем обогащения обычных блюд с необходимой для облегчения глотания консистенцией порошкообразными и иными энтеральными питательными смесями;

– с использованием различных методик одновременно (через рот и с использованием зондов и стом).

При назначении энтерального питания с применением питательных смесей, следует учитывать частоту и риски возможных осложнений, чтобы пациент соблюдал рекомендованный режим питания и/или приема пероральных питательных смесей необходимо учитывать его предпочтения относительно их количества, запаха, вкуса, температуры и внешнего вида. В связи с чем, особенно в начале приема, необходимо обеспечить их вкусовое разнообразие. Так, например, идеальная смесь для приема внутрь (сипинга) должна обладать высокой питательной ценностью при одновременно низкой способности вызывать чувство насыщения.

Рекомендуется подбирать смесь для энтерального питания индивидуально, с учетом диагноза, функционального состояния ЖКТ и необходимости ограничения вводимого объема жидкости. При сохраненной нормальной функции желудочно-кишечного тракта следует применять полимерные энтеральные смеси. Если имеются выраженные нарушения функций ЖКТ, то следует рассмотреть целесообразность временного, а при необходимости и постоянного применения полуэлементных (олигомерных, пептидных) смесей. Если имеется необходимость в ограничении вводимой жидкости и/или в использовании смесей с повышенным содержанием энергии и белка, следует использовать гиперкалорические гипернитрогенные смеси. При наличии органной недостаточности или выраженной (10 ммоль/л и более) гипергликемии следует рассмотреть возможность применения специализированных метаболически направленных смесей. Если количество вводимой жидкости не ограничено можно использовать стандартные изокалорические изонитрогенные смеси. При наличии у пациента диареи или запора следует использовать смеси, содержащие пищевые волокна.

При невозможности проведения энтерального питания рекомендуется назначение парентерального питания с учетом имеющихся противопоказаний.

Нутритивная поддержка, особенно в терминальной фазе хронического заболевания, ограничивается этической и клинической целесообразностью дальнейших медицинских вмешательств, в то время, как на более ранних стадиях паллиативного лечения, адекватная, персонифицированная и своевременно назначенная нутритивная поддержка оказывает позитивное влияние на течение заболевания и качество жизни пациента.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

*Основан в 1999 году*

Выпуск 27

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,  
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск  
«Колорград»  
2025