

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

С.В. Богат

Национальный исследовательский Белгородский государственный университет
E-mail: sbogat@yandex.ru

Рассмотрены основные вопросы паллиативной помощи, механизмы патогенеза нутритивной недостаточности у онкологических больных, возможности применения энтерального и парентерального питания.

Ключевые слова: паллиативная помощь, метаболические изменения, нутритивная поддержка, энтеральное и парентеральное питание.



Согласно докладу ВОЗ, в 2008 г. в мире было зарегистрировано 12,7 млн больных со злокачественными новообразованиями. При этом общее число смертей от онкологических заболеваний составило в 2008 г. 7,6 млн, а к 2030 г., по прогнозам ВОЗ, этот показатель может достигнуть 11 млн. На данный момент онкологические заболевания занимают 2-е место в структуре смертности от неинфекционных заболеваний. Следует отметить, что оба показателя имеют неуклонную тенденцию к росту во всем мире.

Основы паллиативной помощи

Поддерживающая помощь предусматривает: предупреждение и устранение отрицательного воздействия на организм злокачественного онкологического заболевания (рака) и противоопухолевого лечения (это касается физических симптомов и психосоциальных проблем, а также побочного действия лечения рака на протяжении всего периода болезни); проведение реабилитации и оказание поддержки выжившим больным.

Существуют разногласия в толковании терминов «паллиативная помощь» и «поддерживающая по-

мощь». Но большинство экспертов сходятся во мнении, что поддерживающая помощь – это помощь пациентам, получающим противоопухолевое лечение, а также выжившим больным, а паллиативная помощь – преимущественно помощь пациентам с распространенными формами заболевания, когда противоопухолевое лечение уже отменено (завершено или неэффективно). Однако опрос, проведенный в Германии, показал, что 9% пациентов, находящихся в отделениях паллиативной помощи, получали химиотерапию. Лиц, выживших с диагнозом «рак», не следовало бы включать в целевую группу для оказания паллиативной помощи. Также следует учитывать, что в паллиативной помощи нуждаются не только больные раком, но и пациенты с иными угрожающими жизни заболеваниями.

Термин «поддерживающая помощь» не следует использовать как синоним «паллиативной помощи». Поддерживающая помощь является частью онкологической помощи, в то время как паллиативная помощь имеет самостоятельную область применения (у пациентов с угрожающими жизни заболеваниями). Термином «терминальная помощь» ранее обозначали всестороннюю помощь пациентам с распространенными формами рака и ограниченным сроком жизни.

Главная задача паллиативной помощи – достижение у пациента должного качества жизни, его поддержка, сохранение и повышение, насколько это возможно. Существуют разные уровни паллиативной помощи. На практике, по крайней мере, должны быть реализованы 2 ее уровня: паллиативный подход и специализированная паллиативная помощь, и в большинстве документов это отражено. Паллиативный подход реализуется в учреждениях и службах, которые лишь периодически занимаются оказанием помощи «паллиативным» пациентам. В отличие от этого специализированная паллиативная помощь осуществляется командой подготовленных специалистов, в состав которой входят врачи, медсестры, социальные работники, священнослужители и другие специалисты, имеющие опыт предоставления помощи людям с угрожающими жизни/смертельными или изнурительными хроническими заболеваниями.

Клинико-метаболические изменения в организме при онкопатологии

Большинству больных со злокачественными новообразованиями свойственно прогрессирующее уменьшение массы тела. Кахексия развивается у 5–25% онкологических больных, у 45% госпитализированных пациентов отмечено снижение массы тела. Оно наблюдается у 40% пациентов с раком молочной железы и 80% больных с карциномой желудка и поджелудочной железы. Госпитальное голодание отмечено у 30% онкологических больных.

Термином «раковая кахексия» обозначают группу симптомов и синдромов, характерных для больных с метастазами, но они встречаются и у пациентов с локальным опухолевым процессом. Известно, что объем новообразования не является критерием развития кахексии. Наиболее важна локализация опухоли, особенно при поражении гастроинтестинального тракта.

Причины раковой кахексии

Снижение потребления нутриентов. Большинство онкологических заболеваний сопровождается анорексией. Часто потеря аппетита является одним из основных симптомов, указывающих на наличие опухоли. К анорексии приводят и некоторые физиологические нарушения, такие как изменение вкуса. Надо сказать, что у больных раком отмечается как снижение, так и усиление вкусовых ощущений. Нарушение вкуса может являться следствием дефицита цинка и других микроэлементов.

К снижению потребления нутриентов приводят специфические метаболические процессы, характерные для онкопатологии. Выделяют и ряд гуморальных факторов, вызывающих снижение потребления нутриентов. Так, кахектин, вещество продуцируемое опухолью и моноцитами организма-хозяина, влияет на гипоталамические центры, способствуя развитию анорексии и кахексии.

Резкое снижение потребления нутриентов вызывают и ряд локальных опухолей, особенно пищеварительного тракта и ротовой полости. Результатом поражения гастроинтестинальной системы являются дисфагия, тошнота, рвота, дефицит энзимов, снижение абсорбции. Анорексия и тошнота могут развиваться в результате метаболических нарушений (например, у больных с метастазами в печень из-за повышения образования и снижения распада лактата, продуцируемого опухолью в ходе анаэробного метаболизма глюкозы).

Недостаточность питания у пациентов с онкологическими заболеваниями – результат грубых метаболических расстройств и анорексии, связанных с фактором некроза опухоли. Это осложнение важно предотвратить. По данным отчета ESPEN (2000), частота нутритивной недостаточности у онкологических больных колеблется от 46 до 88%. Исследование,

проведенное группой ESOG в 2003 г. и включавшее в себя 3047 онкологических больных, установило, что частота нутритивной недостаточности при опухолевом поражении органов желудочно-кишечного тракта колеблется от 70 до 83%. Наиболее часто нутритивная недостаточность диагностируется при раке желудка и поджелудочной железы (в 75–80% случаев), локализации опухоли в легких, ободочной кишке, предстательной железе (54–64%), молочной железе, при саркомах, гемобластозах (31–40%).

Нутритивная недостаточность, максимальное проявление которой – синдром анорексии-кахексии, может быть непосредственной причиной смерти 4 из 20 онкологических больных. Во время лечения снижение массы тела >10% возможно примерно у 45% больных (синдром анорексии-кахексии, связанный с лечением).

У онкологических больных из-за нарушений в основных звеньях метаболизма всегда существует несоответствие между получаемой энергией и требующейся.

Нарушения углеводного обмена:

- увеличение глюконеогенеза из аминокислот, лактата и глицерола;
- повышение распада глюкозы;
- инсулинорезистентность.

Нарушения жирового обмена:

- усиление липолиза;
- усиленный распад глицерола и жирных кислот;
- усиленное липидное окисление, неингибируемое введением глюкозы;
- снижение липогенеза;
- снижение активности липопротеинлипазы;
- увеличение потребности в липидах для покрытия энергетических затрат.

Нарушения белкового обмена:

- увеличение распада белка в мышцах;
- увеличение распада висцерального белка;
- увеличение синтеза белков острой фазы;
- снижение синтеза протеина в мышцах;
- увеличение потребности в лейцине и изолейцине.

Методики нутритивной поддержки

- сочетание пероральной диеты с приемом энтеральных смесей;
- обогащение натуральных продуктов;
- добавление (например, антиоксидантов) к энтеральному зондовому питанию;
- сочетание пероральной диеты и парентерального питания;
- обогащение натуральных продуктов с поддержкой парентеральным питанием;
- сочетание энтерального зондового и парентерального питания;

- частичное (аминокислоты, углеводы, жиры) или полное парентеральное питание (аминокислоты, углеводы, жиры, электролиты, витамины);
- энтеральное зондовое питание.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания, при стандартном парентеральном питании вначале вводят сбалансированные смеси аминокислот в расчете 1,3–1,5 г на 1 кг идеальной массы тела в сутки на фоне адекватного энергетического обеспечения. Стартовые энергетические потребности больного рассчитываются так: 25 ккал на 1 кг идеальной массы тела в сутки с увеличением калорийности до 30 ккал на 1 кг идеальной массы тела в сутки в течение последующих нескольких дней. На долю белка в суточном энергетическом обеспечении должно приходиться около 20% от общих энергетических потребностей больного. Оптимальное соотношение – белки: жиры: углеводы – 20: 30: 50%.

Учитывая их ключевую роль в процессах синтеза, к современным растворам аминокислот предъявляются определенные требования, в том числе – высокое содержание незаменимых аминокислот, без которых невозможен полноценный белковый синтез.

Сегодня медицинский рынок аминокислотных смесей предлагает широкий выбор высококачественных продуктов. Один из широко употребляемых растворов – Инфезол, выпускаемый в 2 концентрациях: Инфезол-40 и Инфезол-100. В состав 4% раствора аминокислот Инфезол-40 входят 8 незаменимых и 6 заменимых аминокислот, ксилитол и электролиты (калий и магний).

Инфезол-100 – сбалансированный 10% раствор аминокислот, состоящий из 19 аминокислот, в том числе 8 незаменимых. Одним из преимуществ Инфезола-100 является высокая концентрация аргинина – аминокислоты, условно-незаменимой при нарушении функции печени и почек.

Линейка жировых эмульсий сегодня представлена достаточно широким спектром препаратов 3 поколений. Препараты I поколения содержат только длинноцепочечные жиры, так называемые ЛСТ-эмульсии (Интралипид, Липовеноз, Липозин), препараты II поколения – смесь средне- и длинноцепочечных липидов – МСТ/ЛСТ-эмульсии (Липофундин, Medialipid, Structolipid), препараты III поколения – наряду со смесью средне- и длинноцепочечных жиров 3-омега жирные кислоты, обладающие выраженными противовоспалительными свойствами – МСТ/ЛСТ/3-омега жирные кислоты (LipoPlus, SMOF Lipid). Согласно современным представлениям, у пациентов в критическом состоянии, с тяжелым сепсисом, 30–50% небелковых калорий должно приходиться на долю липидов. Для этого следует использовать жировые эмульсии, представляющие собой смесь ЛСТ

и МСТ, ЛСТ и оливкового масла, МСТ ± оливковое масло и рыбий жир, но не чистые ЛСТ-эмульсии. При проведении нутритивной поддержки существуют некоторые ограничения:

- для пациентов, страдающих сердечной недостаточностью, больше подходят растворы с повышенной концентрацией нутриентов, в связи с чем для удовлетворения потребности в нутриентах потребуется меньший объем раствора; иногда таким пациентам необходимо ограничивать количество вводимого натрия;
- пациентам с хронической почечной недостаточностью и олигурией часто требуется ограничить количество вводимого натрия, калия и жидкости; в основном ограничение белка/азота не рекомендуется, так как оно может способствовать нарастанию недостаточности питания, которая часто сопутствует хронической почечной недостаточности.

Резюмируем вышесказанное:

- смертность от онкологических заболеваний имеет неуклонную тенденцию к росту во всем мире;
- в основе недостаточности питания у пациентов с онкологическими заболеваниями лежат метаболические изменения;
- ранняя нутритивная поддержка – важная часть помощи таким больным, а также важное средство улучшения качества их жизни;
- нутритивная поддержка рассматривается как важная мера предотвращения развития раковой кахексии и ее лечения;
- несмотря на общепринятый и удобный для врача стандартизированный подход к назначению нутритивной поддержки, ко многим пациентам требуется индивидуальный подход;
- несмотря на приоритетный энтеральный путь введения нутриентов, часть больных нуждаются в парентеральном или частично парентеральном питании.

Рекомендуемая литература

Основы клинического питания. Под ред. Л. Сobotка. – Прага, 2007. – 235 с.

Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике. Под ред. А.И. Салтанова. – М., 2009. – 239 с.

Салтанов А.И. Современные требования к растворам аминокислот для парентерального питания в онкологии // Consilium Medicum, Интенсивная терапия. – 2003; 5: 6: 22. <http://www.Consiliummedicum.ru>.

Обухова О.А. и др. Компоненты парентерального питания: аминокислоты // Трудный пациент. – 2010; 10.

NUTRITION SUPPORT PROGRAMS DURING PALLIATIVE CARE
S.V. Bogat

Belgorod State National Research University

The paper sets forth the issues of palliative care, the pathogenetic mechanisms of malnutrition in cancer patients, and the possibilities of enteral and parenteral nutrition.

Key words: palliative care, metabolic changes, nutrition support, enteral and parenteral nutrition.