

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 онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н, доцента Гаврилюк Дмитрия Владимировича
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности онкология
Куприяновой Анны Борисовны
(ФИО ординатора)

Тема реферата Нутритивная поддержка больных ЗМ

Основные оценочные критерии

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

Дата: «20» мая 2022 год

Подпись рецензента

Гаврилюк Д.В.
(подпись)

Гаврилюк Д.В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Куприянова А.Б.
(подпись)

А.Б. Куприянова
(ФИО ординатора)

баллов ≥ 3 имеется риск недостаточности питания, необходимо проведение нутритивной поддержки. Если количество баллов < 3 – рекомендуется проведение еженедельного скрининга. При планировании серьезной операции необходимо соблюдать план профилактического питания [18]. Таким образом, нутритивная поддержка с применением сипинга может быть рекомендована пациентам, которым планируется обширное оперативное вмешательство при наличии умеренного нарушения нутритивного статуса (потеря $> 5\%$ массы тела за последние 2 мес. или ИМТ 18,5-20,5 в сочетании с плохим самочувствием или потребление пищи в объеме 25-60% от нормальной потребности за последние 7 дней).

Оценка нутритивной недостаточности

В 2018 г. ESPEN и ASPEN (Американской ассоциацией парентерального и энтерального питания) также были предложены критерии оценки недостаточности питания GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition).

Лабораторные методы оценки нутритивного статуса позволяют определить степень нутритивной недостаточности: легкую, среднюю, тяжелую.

Показатели крови	Степень нутритивной недостаточности		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Общий белок, г/л	60-55	55-50	< 50
Альбумин, г/л	35-30	30-25	< 25
Лимфоциты, клеток в мкл	1800-1500	1500-800	< 800

Описанные выше белковые показатели и лимфоциты наиболее часто используются для оценки нутритивного статуса в клинической практике.

Также для оценки нутритивной недостаточности можно использовать индекс нутритивного риска (ИНР), предложенный еще в 80-х гг. Vuzby G.P., который рассчитывается по формуле: $\text{ИНР} = 1,519 \times \text{уровень альбумина (г/л)} \times (\text{масса тела (кг) исходная} / \text{масса тела в настоящий момент})$ и интерпретируется следующим образом: $\text{ИНР} > 97,5$ – нет нутритивной недостаточности; ИНР от 83,5 до 97,5 – средняя степень недостаточности питания; $\text{ИНР} < 83,5$ – тяжелая степень недостаточности питания.

Виды нутритивной поддержки

Выделяют три вида нутритивной поддержки:

- дополнение к пероральному питанию (сипинг – пероральный приём лечебного (специализированного) питания маленькими глотками);
- энтеральное питание (через назогастральный или назоинтестинальный зонд, через стому (чрескожную, эндоскопическую, лапароскопическую, лапаротомную));
- парентеральное питание

Энтеральное питание

Является предпочтительным способом нутритивной поддержки, так как оно физиологично, обеспечивает поддержание структуры и функции кишечника, уменьшает гиперметаболический ответ на повреждение, уменьшает транслокацию бактерий и токсинов из кишечника, экономичнее.

Энтеральное питание может проводиться в следующих случаях:

- наличие хотя бы частичной функции ЖКТ;
- возможность установки зонда или стомы;

Классификация смесей для энтерального питания:

- полимерные: состоят из неизмененных белков, жиров и углеводов;
- олигомерные (полуэлементные): состоят из расщеплённых белков и простых углеводов и содержат масла среднецепочечных триглицеридов;
- смеси для определённых состояний, изготовленные с учётом потребностей конкретного пациента, страдающего тем или иным заболеванием (сахарный диабет, заболевания почек, печени, лёгких).

Противопоказания к энтеральному питанию:

- механическая кишечная непроходимость;
- выраженная тошнота и рвота, не купирующаяся антиэметической терапией;
- гипоксия ($p_{aO_2} < 60$ мм рт. ст.)
- дыхательный и метаболический ацидоз ($pH_{арт.} < 7,2$ ммоль/л; $p_{aCO_2} > 70$ мм рт. ст.).

Парентеральное питание

Необходимые организму нутриенты вводятся непосредственно в кровь.

Основными составляющими парентерального питания являются:

- источники энергии: 10–20% растворы углеводов, жировые эмульсии;
- источники пластического материала: растворы кристаллических аминокислот;
- поливитаминные комплексы для парентерального введения:
 - препараты водорастворимых витаминов;
 - препараты жирорастворимых витаминов;
 - препараты водо- и жирорастворимых витаминов;
 - комплексы микроэлементов для парентерального введения.

Системы парентерального питания:

- «модульная» – использование флаконов с аминокислотами, глюкозой, жировыми эмульсиями; недостатками данного метода являются различная скорость введения препаратов, нагрузка на медперсонал при замене флаконов, более низкая антисептическая защита;
- система «Всё в одном» предполагает использование двух- и трёхкомпонентных контейнеров для парентерального питания, в которых уже подобраны необходимые количества и метаболически верные соотношения аминокислот, глюкозы, липидов и электролитов, имеет ряд принципиальных преимуществ перед использованием изолированной инфузии макронутриентов:
 - высокая технологичность, удобство и простота применения;
 - одновременное и безопасное введение всех необходимых нутриентов;
 - сбалансированный состав;
 - снижение риска инфекционных осложнений;
 - возможность добавлять необходимые микронутриенты (витамины, микроэлементы);

– экономически менее затратная технология по сравнению с флаконной методикой.

Противопоказания к парентеральному питанию:

- возможность энтерального питания;
- отсутствие адекватного сосудистого доступа;
- отсутствие признаков белково-энергетической недостаточности;
- гипоксия ($p_{aO_2} < 60$ мм рт. ст.);
- дыхательный и метаболический ацидоз ($pH < 7,2$; $p_{aCO_2} > 70$ мм рт. ст., сывороточный лактат > 3 ммоль/л);
- анурия или гипергидратация без диализа;
- непереносимость или анафилаксия на составляющие компоненты питания.

Смешанное питание

Энтеральное и парентеральное питание может назначаться пациентам одновременно при недостаточной эффективности одного из этих методов (не позволяющем обеспечить более 60% от потребности в энергии).

Предоперационный период

Пациенты с высоким риском развития питательной недостаточности нуждаются в предоперационной подготовке в течение 10–14 дней. У исходно истощённых пациентов нутритивную поддержку перед операцией следует проводить вне стационара для снижения частоты нозокомиальных инфекций.

Показаниями к проведению предоперационной нутритивной поддержки являются:

- потеря более 10% массы тела за предшествующие 6 мес.;
- ИМТ < 20 кг/м²;
- гипопроteinемия < 60 г/л или гипоальбуминемия < 30 г/л

При сохранении возможности перорального приёма пищи применяют готовые сбалансированные смеси для перорального приёма (сипинг) в дозе 400–600 мл (600–900 ккал/сут.). При невозможности перорального приёма пищи (опухоль верхних отделов пищеварительного тракта, стеноз желудка, кишечная непроходимость) проводят зондовое, парентеральное или смешанное питание согласно расчётной суточной потребности. При

Зондовое энтеральное питание

Зондовое энтеральное питание проводится в том случае, когда питание через рот невозможно, но функция пищеварения сохранена адекватно.

Длительность курса определяется длительностью расстройств самостоятельного питания через рот.

Парентеральное питание

Показанием к парентеральному питанию является невозможность адекватного энтерального питания в течение более 3 сут. В зависимости от продолжительности парентеральное питание подразделяется на:

- краткосрочное ПП (10–15 суток):
 - острый и тяжёлый мукозит, илеус, некупируемая рвота;
- длительное (более 30 суток):
 - тяжёлая мальабсорбция;
 - подострый или хронический радиационный энтерит;
 - тяжёлая энтеропатия на фоне реакции «трансплантат против хозяина».

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

- Общий белок сыворотки крови 1 раз в 5–7 дней
- Альбумин сыворотки крови 1 раз в 5–7 дней
- Гемоглобин 1 раз в 5–7 дней
- Лимфоциты периферической крови 1 раз в 5–7 дней
- Масса тела и ИМТ тела 1 раз в 7–10 дней

Частота исследования данных показателей может изменяться в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Список литературы:

1. Снеговой А. В., Бесова Н. С., Веселов А. В., Кравцов С. А., Ларионова В. Б., Сельчук В. Ю. и соавт. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2016
2. Хомяков В.М., Хороненко В.Э., Ермошина А.Д. Проблема нутритивной недостаточности и методы ее коррекции у больных со злокачественными опухолями пищевода и желудка // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2016. – №5.
3. Руководство по клиническому питанию / под редакцией профессора Луфта В.М. Санкт-Петербург. 2016.
4. Искусственное питание в поддерживающей терапии онкологических больных А.И. Салтанов, Лейдерман И.Н., Снеговой А.В. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012.
5. Евсеев М.А. Нутритивная поддержка у пациентов в хирургической клинике // Хирургическая практика. – 2015
6. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Сытов А.В., Лейдерман И.Н., Ломидзе С.В., Нехаев И.В., Хотеев А.Ж. 2019г