

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский 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

Кафедра́льный руководи́тель ордина́тора:

к.м.н, доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Реферат на тему:

**«Нутритивная поддержка больных злокачественными
новообразованиями»**

Зильмек Т. К

Выполнила: клинический ординатор
первого года обучения кафедры
онкологии и лучевой терапии
с курсом ПО

Липунцова Анастасия Сергеевна

Красноярск 2021 г.

Содержание

1. Введение
2. Методы клинического питания
3. Диагностика и скрининг
4. Показания и противопоказания для проведения нутритивной поддержки
5. Алгоритм выбора метода нутритивной поддержки.
6. Энтеральное питание.
7. Парантеральное питание
8. Нутритивная поддержка при проведении химиолучевой терапии
9. Нутритивная поддержка у пациентов со злокачественными опухолями органов проксимального отдела пищеварительного тракта
(губа, полость рта, язык, ротоглотка, гортаноглотка и шейный отдел пищевода)
10. Нутритивная поддержка у пациентов с опухолями проксимальных отделов ЖКТ (пищевод, желудок)
11. Нутритивная поддержка у пациентов с опухолями толстой кишки
12. Заключение
13. Список литературы

Введение.

Нутритивная недостаточность является частым проявлением онкологического заболевания, особенно при локализациях, ограничивающих прием пищи. Возникающий при этом дефицит питательных субстратов может сопровождаться различными структурно – функциональными изменениями в организме. Нарушения пищевого статуса у пациентов со злокачественными новообразованиями – одно из наиболее частых проявлений метаболических расстройств, тесно связанных с повышением риска развития осложнений и смертности, снижением качества жизни. Снижение массы тела рассматривается как важный показатель неблагоприятного прогноза у онкологических пациентов. В связи с этим одной из важнейших составляющих интенсивного лечения различных категорий подобных больных является своевременное назначение им адекватной питательной (нутритивной) поддержки.

Методы клинического питания.

Нутритивная поддержка – неотъемлемая часть лечения, включающая:

- оценку нутритивного статуса;
- оценку потребности в нутриентах;
- определение способа нутритивной поддержки
- клинический мониторинг и обеспечение оптимального использования выбранного способа кормления

Методы клинического питания:

1. Сипинг – пероральное употребление современных искусственно созданных питательных смесей в жидком виде (частичный, как дополнение к основному рациону, или полный – потребление только одних питательных смесей).
2. Зондовое питание через назогастральный или назоинтестинальный зонд, при необходимости длительного искусственного питания больных (более 3-4 нед) через гастро- или энтеростому.
3. Парентеральное питание (центральное или периферическое)
4. Смешанный вариант введения питательных субстратов.

Диагностика и скрининг

Европейским обществом клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендовано использовать шкалу NRS – 2002 для скрининговой оценки нутриционного риска

Первичный скрининг:

1	Индекс массы тела менее 20,5	Да	Нет
2	Наблюдалась ли у пациента потеря веса на протяжении предыдущих 3 месяцев?	Да	Нет
3	Было ли снижено питание на предыдущей неделе?	Да	Нет
4	Страдает ли пациент серьезным заболеванием (например, проходит интенсивную терапию или противоопухолевое лечение)?	Да	Нет

Ответ «Нет» на все вопросы – повторный скрининг проводится через неделю	При наличии ответа «Да» на любой вопрос продолжается скрининг по следующему блоку
---	---

Финальный скрининг:

Нарушение питательного статуса		Тяжесть заболевания	
0 баллов – нет нарушений	Нормальный питательный статус	0 баллов – нет нарушений	Нормальная потребность в нутриентах
1 балл – легкое	Потеря массы более 5% за последние 3 мес. Или потребление пищи в объеме 50 – 75% от обычной	1 балл – легкая	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ,

	нормы в предшествующую неделю		хронический гемодиализ, диабет
2 балла – умеренное	Потеря массы более 5% за последние 2 мес. Или ИМТ 18,5 – 20,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи в объеме 25 – 60% от обычной нормы в предшествующую неделю	2 балла – средняя	Инсульт, тяжелая пневмония, радикальная абдоминальная хирургия, гемобластоз
3 балла – тяжелое	Потеря массы тела более 5% за 1 мес. Или ИМТ 18,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи 0 – 25% от обычной нормы за предшествующую неделю	3 балла – выраженная	Черепно- мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (оценка по APACHE-II > 10)
Общая сумма баллов:			
Возраст пациента 70 и более лет – прибавить 1 балл к общей сумме.			

Более 3 баллов – высокий риск питательной недостаточности, требующий разработки программы нутритивной поддержки.

Менее 3 баллов – повторный скрининг каждую неделю. Если планируется оперативное лечение, то необходима программа предоперационной подготовки.

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

Критерий	A (норма)	B (умеренная недостаточность)	C (тяжелая недостаточность)
Потеря веса за последние 6 мес.	Потеря <5%	Потеря 5-10%	Потеря >10%
Пищевой рацион	>90% от необходимого	70-90% от необходимого	<70% от необходимого
Гастроинтестинальные симптомы (тошнота, рвота, диарея)	Нет	Интермитирующее	Ежедневно > 2 недель
Функциональная способность	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

Оценка нутритивной недостаточности:

- 1) Индекс нарушения питания по Buzby G. P. (ИНР), который рассчитывается по формуле: $ИНР = 1,519 \times \text{уровень альбумина (г/л)} \times (\text{М тела (кг)} / \text{исходная} / \text{М тела (кг) в наст.момент})$

ИНР > 97,5 – нет нутритивной недостаточности.

ИНР от 83,5 до 97,5 – средняя степень недостаточности питания.

ИНР < 83,5 – тяжелая степень недостаточности питания.

- 2) Индекс массы тела по Кетле (ИМТ) = $\text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$

Норма – 21–25 кг / м² .

Истощение отчетливое – до 20 кг / м² .

Истощение значительное – до 17 кг / м² .

Истощение предельное – до 16 кг / м² .

Оценка степени питательной недостаточности:

Степени питательной недостаточности	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин, г/л	35-30 г/л	30-25 г/л	<25г/л
Общий белок, г/л	60-55	55-50	<50
Лимфоциты, клеток в мл ³	1800-1500	1500-800	<800
Дефицит массы, % от идеальной массы тела (рост -100)	11-10%	21-30%	>30%
Индекс массы тела, кг/м ²	19-17,5	17,5-15,5	<15,5

Оценка потребностей пациента в нутриентах:

Согласно рекомендациям ESPEN1 , потребности пациентов в энергии составляют:

- 1) для амбулаторных – 30–35 ккал / кг массы тела;
- 2) для стационарных и лежачих – 20–25 ккал / кг массы тела.

Потребности пациентов в белке находятся в диапазоне между 1,2–2 г / кг массы тела

Показания и противопоказания для проведения нутритивной поддержки.

Показания для назначения больным нутритивной поддержки:

- Быстро прогрессирующая потеря массы тела вследствие имеющегося заболевания, составляющего $>2\%$ за неделю, или 5% за месяц, или 10% за 3 месяца.
- Наличие у пациентов исходных признаков недостаточности питания: индекс массы тела $<19 \text{ кг/м}^2$; гипопроteinемия $<60 \text{ г/л}$ и/или гипоальбуминемия $<30 \text{ г/л}$; абсолютная лимфопения <1500 .
- Угроза развития быстро прогрессирующей недостаточности питания.
- Отсутствие возможности оптимального естественного питания (не могут, не хотят, не должны принимать пищу естественным путем).
- Возросшие потребности в нутриентах вследствие имеющихся явлений гиперметаболизма.
- Все пациенты реанимации и интенсивной терапии.
- Предоперационная нутритивная поддержка показана пациентам с исходной нутритивной недостаточностью в послеоперационный период. Также показана пациентам, у которых ожидается отсутствие возможности принимать пищу в течение 3 суток и более периоперационного периода или если пациент не может обеспечить $>60\%$ от потребности в энергии и белке естественным путем в течение более 5 сут.

Противопоказания к проведению нутритивной поддержки:

- Тяжелая некупируемая гипоксемия ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ мм.рт.ст.}$ при возрастающих значениях $\text{FiO}_2 - 70$ и более).
- Шок, т.е. наличие признаков гипоперфузии и/или гиповолемии (мраморные конечности, симптом сосудистого пятна $>3 \text{ сек}$, лактат $>3 \text{ ммоль/л}$, $\text{pH} < 7,2$, $\text{a-v delta PCO}_2 > 6 \text{ мм.рт.ст.}$).
- Гиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 80 \text{ мм.рт.ст.}$)
- Непереносимость сред для проведения нутритивной поддержки.

Алгоритм выбора метода нутритивной поддержки.

При выборе метода нутритивной поддержки следует в первую очередь использовать физиологичный пероральный или зондовый вариант доставки питательных веществ, придерживаясь принципа: «Если ЖКТ работает – используй его, если нет – заставь его работать».



Алгоритм проведения нутритивной поддержки:

1. Определить показания и противопоказания к проведению нутритивной поддержки.
2. Оценка потребностей пациента в нутриентах.
3. Выбор способа нутритивной поддержки.
4. Выбор смеси.
5. Мониторинг эффективности проводимой нутритивной поддержки.

Энтеральное питание.

Противопоказания к энтеральному питанию:

- непереносимость или анафилаксия на отдельные составляющие питания;
- ишемия кишечника;
- механическая острая кишечная непроходимость;
- острый живот;
- перфорация кишечника;
- сывороточный лактат > 3 ммоль / л (маркер ацидоза);
- гипоксия $pO_2 < 50$ мм рт. Ст.;
- $pCO_2 > 80$ мм рт.ст., ацидоз – $pH < 7,2$.

Способы проведения энтерального питания:

- Сиппинг (sip feeding) – пероральный прием питательной смеси через трубочку мелкими глотками, при этом предпочтительно использовать специализированные смеси, содержащее максимальное количество питательных веществ в минимальном объеме.
- Энтеральное зондовое питание (через назогастральный или назоинтестинальный зонд);
- Энтеральное питание через стому (чрескожную эндоскопическую, лапароскопическую, лапаротомную) при длительности более 6 недель.

Показания для наложения стомы:

- невозможность установки назогастрального или назоинтестинального зонда;
- поражение ротоглотки;
- выраженная обструкция пищевода;
- стенозирование просвета желудка;
- поражение слизистых верхних отделов ЖКТ (например, на фоне химиотерапии);
- необходимость длительного (более 6–8 недель) зондового питания.

Противопоказания к энтеральному (оро- / назоинтестинальному) зондовому питанию:

- пищеводные стриктуры / дивертикулы;
- пищеводная обструкция;
- разрывы стенки пищевода;
- переломы носа.

Противопоказания для установки эндоскопических гастростом

- Абсолютные:
 - перитонит;
 - коагулопатии;
 - нет возможности для диафаноскопии;
 - канцероматоз брюшины.
- Относительные
 - асцит;
 - перитонеальный диализ;
 - язва желудка

Классификация смесей для энтерального питания:

1. По химическому составу:
 - А) полимерные:
 - без пищевых волокон;
 - содержащие пищевые волокна.
 - Б) олигомерные.
 - В) метаболически направленные:
 - при сахарном диабете и стрессорной гипергликемии;
 - при печеночной недостаточности;
 - при почечной недостаточности;
 - при дыхательной недостаточности;
 - при иммунодефицитах.
 - Г) Модульные
2. По содержанию энергии:
 - изокалорические (1 мл – 1 ккал).
 - гипокалорические (1 мл < 1 ккал).
 - гиперкалорические (1 мл > 1 ккал).
3. По содержанию белка:
 - Изонитрогенные 35 – 50 г/л белка
 - Гипонитрогенные менее 35 г/л белка
 - Гипернитрогенные более 50 г/л белка
4. По физическим свойствам:
 - Порошкообразные
 - Жидкие, готовые к употреблению
5. По осмолярности:
 - изоосмолярные 280-310 мосм/л
 - гипоосмолярные < 280 мосм/л
 - гиперосмолярные > 310 мосм/л

Парентеральное питание.

Под парентеральным питанием (ПП) понимают способ введения необходимых организму нутриентов непосредственно в кровь, минуя желудочно-кишечный тракт.

Основными составляющими парентерального питания являются:

1. Источники энергии – растворы углеводов и жировые эмульсии:

А) Растворы глюкозы – 10 %, 20 %, 30 %.

Б) Жировые эмульсии:

- а. жировые эмульсии на основе длинноцепочечных триглицеридов (LCT);
- б. жировые эмульсии на основе смеси длинноцепочечных и среднецепочечных триглицеридов (MCT / LCT 50:50);
- с. жировые эмульсии на основе смеси длинноцепочечных и среднецепочечных триглицеридов с добавлением омега-3 жирных кислот (MCT / LCT / омега-3 жирные кислоты);
- д. жировые эмульсии на основе только рыбьего жира (омега-3 жирных кислот).

2. Источники пластического материала для синтеза белка – растворы кристаллических аминокислот:

А) Растворы аминокислот общего назначения.

Б) Растворы аминокислот специального назначения:

- а) дипептиды глутамина;
- б) растворы аминокислот для больных с печеночной недостаточностью;
- с) растворы аминокислот для больных с почечной недостаточностью;
- д) растворы аминокислот, предназначенные для детей.

Поливитаминные комплексы для парентерального введения:

- Препараты водорастворимых витаминов.
- Препараты жирорастворимых витаминов.
- Препараты водо- и жирорастворимых витаминов.
- Комплексы микроэлементов для парентерального введения

Комбинированные препараты для парентерального питания:

- Комбинированные двухкомпонентные контейнеры «Два в одном» (раствор аминокислот + глюкоза).
- Комбинированные трехкомпонентные препараты «Три в одном» (раствор аминокислот + глюкоза + жировая эмульсия).
- Комбинированные трехкомпонентные препараты «Три в одном» (аминокислоты + глюкоза + многокомпонентная жировая эмульсия с включением омега-3 жирных кислот).

Режимы парентерального питания.

- Круглосуточное введение сред:
 - оптимально для больных в стационаре;
 - наилучшая переносимость и утилизация субстратов;
- Продленная инфузия в течение 18–20 часов:
 - хорошая переносимость;
 - в интервалах рекомендуется введение 5 % глюкозы;
- Циклический режим – инфузия в течение 8–12 часов:
 - удобно при домашнем парентеральном питании;
 - хорошая переносимость после периода адаптации.

Системы парентерального питания.

- «Флаконная» – использование нескольких флаконов с аминокислотами, глюкозой и жировыми эмульсиями (по показаниям с добавлением фармаконутриентов). Недостатки: требуется неодинаковая скорость введения растворов, выше риск введения несовместимых нутриентов, более часто возникают нарушения метаболизма (гипергликемия, электролитные нарушения и др.), трудоемкость (капельницы, коннекторы, флаконы), ниже антисептическая защита. К недостаткам применения данной методики также относят избыточную нагрузку на медицинский персонал при замене флаконов (иногда до 6–8 за сутки). Преимущества: гибкость дозирования для больного, возможность изменения программы парентерального питания при меняющейся ситуации.

- «Все-в-одном» («два-в-одном», «три-в-одном») – мешки двухкамерные (аминокислоты + глюкоза) или трехкамерные (аминокислоты + глюкоза ± жировая эмульсия). Преимущества: высокая технологичность, удобство и простота применения; одновременное и безопасное введение всех необходимых нутриентов; оптимально сбалансированный состав; снижение риска инфекционных осложнений; возможность добавлять необходимые микронутриенты (витамины, микроэлементы); экономически менее затратная технология; снижение риска неблагоприятных эффектов, связанных с избыточным поступлением глюкозы; жировая эмульсия уменьшает раздражение вены путем снижения осмолярности питательной смеси; меньшая частота метаболических нарушений.

Противопоказания к парентеральному питанию:

- Анурия или гипергидратация без диализа;
- жировая эмболия (для жировых эмульсий);
- сывороточный лактат > 3 ммоль / л, гипоксия $pO_2 < 60$ мм рт. Ст.;
- $pCO_2 > 80$ мм рт. Ст., ацидоз – $pH < 7,2$;
- непереносимость или анафилаксия на отдельные составляющие питания.

Нутритивная поддержка при проведении химиолучевой терапии.

1. Нутритивная поддержка должна начинаться одновременно с началом лучевой / химиолучевой терапии.
2. Предпочтительный способ проведения нутритивной поддержки – пероральное питание (сиппинг).
3. При невозможности перорального питания (локализация опухоли, осложнения противоопухолевой терапии, например стоматит III–IV степени, невозможность перорального питания в адекватном объеме) целесообразно проводить нутритивную поддержку с использованием назогастрального или назоинтестинального зонда (при предполагаемой длительности питания не более 6 недель).
4. Если предполагается, что в течение 6 недель пациент не сможет вернуться к адекватному пероральному питанию, необходимо рассмотреть вопрос об установке гастро- или еюностомы для питания.
5. Выбор препарата для проведения нутритивной поддержки должен отвечать потребностям пациента в белке и энергии. Использование высокобелкового питания для сиппинга является более предпочтительным.
6. У больных в случае развития мукозита на фоне лучевой терапии целесообразно включать питательные смеси, обогащенные омега-3 жирными кислотами и пищевыми волокнами.
7. Мониторинг нутритивного статуса и коррекция нутритивной поддержки должны проводиться на всем протяжении противоопухолевой терапии. У больных в постлучевом периоде необходимо проводить мониторинг питательного статуса до его нормализации и, соответственно, продолжать нутритивную поддержку.

Рекомендации после завершения курса химио- и лучевой терапии:

1. После завершения курса лечения в выписном эпикризе должна быть сделана запись о динамике нутритивного статуса и проводимой нутритивной поддержке.
2. Пациенту должно быть рекомендовано продолжить контроль за массой тела.
3. Решение о продолжении нутритивной поддержки должно приниматься индивидуально с учетом плана лечения.

Нутритивная поддержка у пациентов со злокачественными опухолями
органов проксимального отдела пищеварительного тракта
(губа, полость рта, язык, ротоглотка, гортаноглотка и шейный отдел
пищевода)

На амбулаторном этапе (предоперационный этап):

1. При первичном осмотре пациента проводится оценка нутритивного статуса:
 - изменение веса за последние три месяца (потеря 10 % и более);
 - индекс массы тела (менее 18,5 кг / м²);
 - ухудшение возможности приема пищи за последнюю неделю;
 - объем потребления пищи.
2. При наличии хотя бы одного из указанных факторов необходимо начинать нутритивную поддержку.
3. Предпочтительный способ – пероральное питание (сиппинг). При невозможности или неадекватности перорального питания требуется установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы
4. Нутритивная поддержка должна обеспечивать общий калораж 25–30 ккал / кг / день, адекватную дозу белка – не менее 1–1,5 г / кг / день (в связи с повышенной потребностью в белке онкологического больного), восполнение недостатка витаминов и минералов.
5. Предпочтительно использовать готовые смеси с повышенным содержанием белка.
6. Повторная оценка нутритивного статуса пациента (ре-скрининг) проводится непосредственно перед госпитализацией. Фактическая нормализация всех показателей трофического гомеостаза (общий белок, альбумин, лимфоциты) и динамика веса позволяет выполнить хирургические вмешательства. Если за 10–14 дней не удастся нормализовать показатели трофического статуса, целесообразно отложить выполнение операции и продолжить нутритивную коррекцию для снижения риска развития послеоперационных осложнений.

Предоперационный период

- У больных, которые могут самостоятельно принимать пищу, предпочтение следует отдавать сиппинговым формам специализированного питания.
- Необходимым условием для применения данного метода являются отсутствие нарушения сознания, сохранение глотательной функции и желание больного принимать питательные средства.
- При невозможности приема пищи естественным путем требуется установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы для болюсного введения питательных смесей.

Послеоперационный период:

В послеоперационном периоде нутритивная поддержка должна быть продолжена в виде энтерального зондового питания методом сеансового введения через 12 часов после операции. Преимуществом подобного подхода является своевременная стимуляция моторики желудка и кишечника.

Жидкие формы питательных смесей удобны в клинической практике, так как не нуждаются в дополнительном разведении и полностью готовы к использованию в течение 24 часов после вскрытия упаковки.

В случае гладкого течения послеоперационного периода и выполнения одномоментной реконструкции органов орофарингеальной зоны зондовое питание может быть прекращено на 14-е сутки.

Нутритивная поддержка у пациентов с опухолями проксимальных отделов ЖКТ (пищевод, желудок).

Предоперационный период:

- При наличии показаний нутритивную терапию начинают на поликлиническом этапе после оценки нутритивного статуса и продолжают в течение всего периода обследования и после поступления в стационар для операции.
- При сохранении возможности перорального приема пищи применяют готовые сбалансированные смеси для перорального приема (сиппинг) в дозе 400–600 мл (600–900 ккал / сут).
- При невозможности перорального приема пищи (опухоли верхних отделов пищеварительного тракта, стеноз желудка, кишечная непроходимость) проводят зондовое, парентеральное или смешанное питание согласно расчетной суточной потребности. При внутрижелудочном введении смеси, особенно у пациентов с нарушением эвакуации из желудка, перед введением очередной порции следует определять остаточный объем желудочного содержимого и в том случае, если он составляет более половины ранее введенной порции, очередное кормление следует пропустить.
- Длительность предоперационной поддержки должна составлять не менее 7 дней. При тяжелых формах нутритивной недостаточности курс нутритивной терапии может быть увеличен до 10–14 суток и более.
- Использование высокобелкового питания для сиппинга является более предпочтительным. Назначение на предоперационном этапе смесей с иммуноактивными компонентами (аргинин, омега-3-ЖК, РНК) достоверно уменьшает частоту инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.
- Отсутствие ограничения питания накануне операции.
- Твердая пища – за 6 часов до операции.

Интраоперационный этап:

- Обеспечение возможности раннего энтерального питания (установка зонда, гастростомия, еюностомия).
- Использование протоколов ускоренной реабилитации (малоинвазивная хирургия, рациональная инфузионная терапия, регионарная анестезия и т.п.).

Послеоперационный период:

- Установлено, что раннее энтеральное питание ассоциировано со снижением числа инфекционных осложнений, продолжительности госпитализации и не влияет на частоту несостоятельности швов кишечного анастомоза.
- Раннее энтеральное питание (зондовое или пероральное) по возможности начинают с первых суток послеоперационного периода. Зондовое питание

начинают с введения смеси со скоростью 20–30 мл / час, увеличивая скорость по мере переносимости в течение 48–72 часов. При этом максимальный темп подачи смеси не должен превышать 125 мл / час.

Целесообразно использовать стандартные или высокобелковые смеси.

- Если энтеральное питание покрывает менее 60 % суточной потребности, его комбинируют с парентеральным. На полное парентеральное питание переходят при невозможности или непереносимости энтерального кормления.

- При полном переходе на пероральный прием пищи продолжают нутритивную поддержку готовыми смесями (сиппинг) с повышенным содержанием белка.

Нутритивная поддержка у пациентов с опухолями толстой кишки.

Предоперационный период

- Всем пациентам должен проводиться скрининг для выявления риска недостаточности питания. У пациентов с имеющейся недостаточностью питания необходимо проводить оценку ее выраженности.
- Проведение нутриционной поддержки следует начинать, если у пациента имеется недостаточность питания или если ожидается, что пациент не сможет питаться обычным путем более семи суток.
- Также проведение нутриционной поддержки начинают, если ожидается, что прием пищи будет недостаточным ($< 60\%$ от оцениваемого расхода энергии) более десяти суток.
- Нутритивную поддержку необходимо проводить за 10–14 дней перед обширными операциями.
- В тех случаях, когда для проведения нутриционной поддержки по каким-либо причинам невозможно использовать энтеральный путь, ее следует проводить парентеральным путем. Дополнительное ГП должно компенсировать разницу между действительным пероральным / энтеральным поступлением нутриентов и оцениваемыми потребностями в них.
- Нет оснований применять ГП, когда поступление нутриентов пероральным или энтеральным путем достаточное.
- Отсутствие ограничения питания накануне операции.
- твердая пища – за 6 часов до операции.

Послеоперационный период

- Раннее назначение энтерального питания. Первый прием жидкости в объеме 300 мл – 10-процентный раствор глюкозы – разрешен через 3 часа после операции.
- Рекомендовано начинать НП в течение первых 24 часов после операции.
- Предпочтительно пероральное питание.
- Целесообразно использовать стандартные или высокобелковые смеси.
- Использование жевательной резинки способствует разрешению пареза.

Заключение.

Нутритивная поддержка – это неотъемлемая часть терапии и реабилитации онкологических больных. Нутритивная недостаточность является одним из характерных проявлений онкологических заболеваний. Недостаточность питания ассоциируется с ухудшением непосредственных и отдаленных результатов лечения, снижением переносимости проводимой терапии, ухудшением качества жизни и дальнейшего прогноза. Своевременная и адекватная нутритивная терапия улучшает результаты лечения и качество жизни больных, сокращает расходы на лечение и срок пребывания в стационаре. При планировании нутритивной поддержки, предпочтение следует отдавать наиболее физиологичному варианту – пероральному приему сбалансированных смесей (сиппинг). При невозможности перорального приема прибегают к зондовому энтеральному питанию и в последнюю очередь к парэнтеральному.

Список литературы.

1. Лейдерман И.Н., Руднов В. А. Нутритивная поддержка в многопрофильном стационаре. М., 2001.
2. Луфт В.М., Афончиков А.В., Дмитриев А.В. Руководство по клиническому питанию: монография; под ред. Луфта В.М. – СПб., 2016.
3. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных – 2016 г. RUSSCO (Снеговой А. В., Бесова Н. С., Веселов А. В., Кравцов С. А., Ларионова В. Б., Сельчук В. Ю., Сокуренок В. П., Хомяков В. М).
4. Вертлинд А., Суджян А. Клиническое питание. Стокгольм, М., 1990.
5. Пасечник И.Н., Назаренко А. Г., Губайдуллин Р.Р. и др. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств // «Доктор.Ру». Анестезиология и реаниматология. 2015. №15 (116) – 16 (117). С. 10-17.
6. Попова Т.С., Тамазишвили Т.Ш., шестопалов А. Е. Парентеральное и энтеральное питание в хирургии. М., 1996
7. Шакирова Л.В., Гайнуллин А. Х. Нутритивная поддержка в онкологии – ГЭОТАР – Медиа. 2020.