



ГБУЗ НО «НОКОД»

ГБУЗ НО «Нижегородский областной
клинический онкологический диспансер»



ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

603126, г. Нижний Новгород, ул. Родионова, д. 190

Телефон: (831) 282-16-30

<https://nnood.ru/>

E-mail: sekretar@nnood.ru

**Нутритивная поддержка —
неотъемлемая часть лечения и реабилитации
пациентов с онкологическими заболеваниями**

Для проведения скрининга нутритивной недостаточности, согласно рекомендациям Европейского общества химиотерапевтов (ESMO) 2008 г., можно использовать балльную шкалу (А, Б, В):

А. Отметили ли вы самопроизвольное, спонтанное снижение массы тела.	да	нет
Нет – 0 баллов за последнее время?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да – 2 балла.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Б. Если да, то на сколько?		
1-5 кг – 1 балл.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-10 кг – 2 балла.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-15 кг – 4 балла.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Более 15 кг – 4 балла.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Неизвестно – 2 балла.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В. Имеется ли у вас снижение аппетита и, как следствие, снижение объема питания?		
Нет – 0 баллов.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да – 1 балл.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ОЦЕНКА:

Баллы

ПОКАЗАНА НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

>2

НЕ ПОКАЗАНА НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА, ПРОВОДИТСЯ МОНИТОРИНГ

0-2

Согласно рекомендациям ESPEN, потребности пациентов в энергии составляют:

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

Потребности пациентов в белке находятся в диапазоне между 1,2 и 2 г/кг масса тела.



Предварительный скрининг

	да	нет
1. Индекс массы тела <20,5 кг/м ² ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Наблюдалась ли у пациента потеря веса на протяжении предыдущих 3 месяцев?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Было ли снижено питание на предыдущей неделе?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Страдает ли пациент серьезным заболеванием?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если вы дали ответ «Нет» на все вопросы, пациент должен проходить новый скрининг раз в неделю.

Если, например, для пациента запланирована значительная операция, во избежание связанных с этим рисков необходимо соблюдать план профилактического питания.

ОСНОВНОЙ СКРИНИНГ

НАРУШЕНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО СТАТУСА

Баллы

ОТСУТСТВУЕТ

0

НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ. Потеря веса > 5%/3 мес., или потребление пищи 50-75% от потребности на предыдущей неделе.

1

УМЕРЕННОЕ. Потеря веса >5%/2 мес., или ИМТ 18,5-20,5 кг/м² и сниженный алиментарный статус или потребление пищи 20-50% от потребности на предыдущей неделе.

2

ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ. Потеря веса >5%/1 мес. (>15%/3 мес.), или ИМТ <18,5 и сниженный алиментарный статус, или потребление пищи 0-25% от потребности на предыдущей неделе.

3

СЕРЬЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Баллы

ОТСУТСТВУЕТ

0

НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ. Например, перелом шейки бедра, хронические заболевания, особенно с осложнениями: цирроз печени, хроническая обструктивная болезнь легких, диабет, онкологические заболевания.

1

УМЕРЕННОЕ. Например, значительная операция в брюшной полости, инсульт, серьезная пневмония, болезни системы кроветворения.

2

ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ. Например, повреждение головы, ЗНО головы и шеи, пищевода, желудка, трансплантация костного мозга, прохождение интенсивной терапии (APACHE – II >10).

3

Результат скрининга (прибавить 1 балл, если возраст более 70 лет):

< 3 баллов

Еженедельный скрининг. Если, например, для пациента запланирована значительная операция, во избежание связанных с этим рисков необходимо соблюдать план профилактического питания.

≥ 3 баллов

Имеется риск недостаточного питания, необходимо создать план питания.

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.

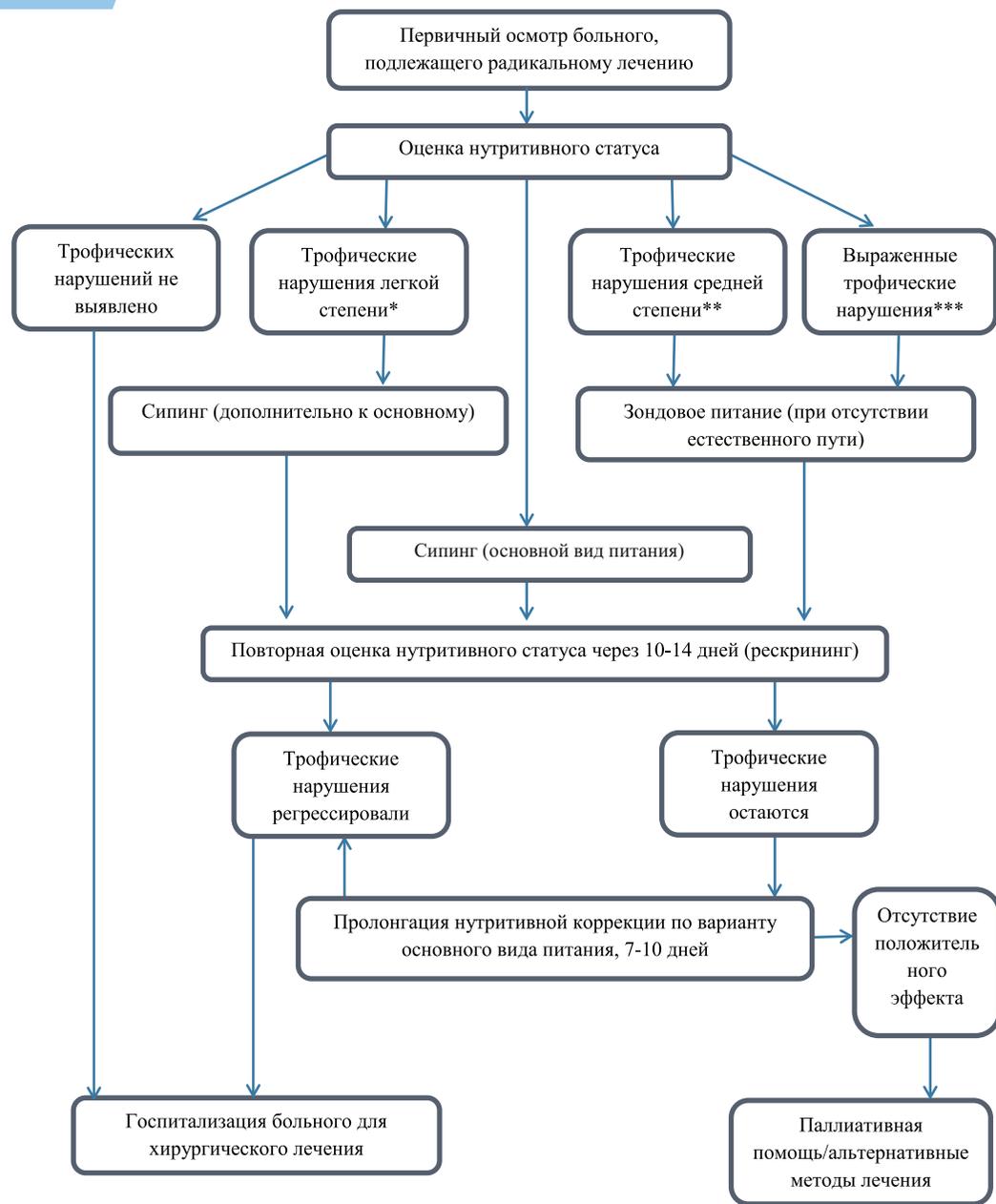
3. Предпочтительный способ — пероральное питание (сипинг). При невозможности или неадекватности перорального питания требуется установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы.

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 онкологического больного в белке), восполнение недостатка витаминов и минералов.

5. Предпочтительно использовать готовые смеси с повышенным содержанием белка.

6. Повторная оценка нутритивного статуса пациента (рескрининг) 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.





*Медленное снижение массы тела — менее чем на 3 кг/3 мес., снижение лимфоцитов не менее $1,5 \times 10^9$ /л.

**Снижение массы тела более чем на 3 кг/3 мес., лимфоциты до $0,9 \times 10^9$ /л, снижение общего белка до 55 г/л, альбумин не ниже 30 г/л.

***Быстрое снижение массы тела — более чем на 10 кг/3 мес., кахексия, падение лимфоцитов, общего белка, альбумина ниже показателей средней степени (**).

Объем питания определяется на основании потребностей пациента в белке и энергии согласно рекомендациям ESPEN.