

РОЛЬ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ В ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Марченко Анастасія Сергіївна

асистент

Кафедри загальної практики
сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Радєвіч Євгенія Вячеславівна

студентка

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Анотація: Для вирішення основних завдань паліативної медицини постає питання своєчасного визначення потреби та проведення нутритивної підтримки, яка дозволить значно покращити якість життя паліативних пацієнтів. Оскільки існує проблема зниженого харчування, недоїдання, внаслідок чого відбувається погіршення якості та зниження тривалості життя, тож правильна нутритивна підтримка пацієнтів – є важливою складовою супровідної терапії.

Ключові слова: паліативна допомога, нутритивна підтримка, паліативні хворі, трофологічна недостатність, ентеральне харчування, парентеральне харчування.

Введення. Харчування – це важливий показник якості життя під час хвороби. Повноцінне харчування важливе для нормального функціонування організму людини, і, особливо, для людей із захворюваннями, які обмежують та мають загрозу життю. Нутритивна підтримка проводиться з лікувальною метою у період підвищеної потреби організму в енергетичному забезпеченні й з великою ймовірністю, може сприяти поліпшенню якості життя, якщо вона є частиною комплексного підходу до паліативної допомоги.

Мета. Вивчення ролі нутритивної підтримки, визначення обсягу та рекомендацій, щодо ведення паліативного пацієнта.

Матеріали та методи. За допомогою пошуку в різних науково-статистичних базах та порталах (Google, PubMed), були проаналізовані вітчизняні та закордонні джерела за ключовими словами: «паліативна допомога», «нутрітивна підтримка паліативних хворих», «дієтичні втручання для лікування низької м'язової маси в паліативних хворих» з подальшим опрацюванням інформації відповідно до поставленої мети та формування висновків.

Результати та обговорення. Паліативна допомога зосереджена на симптомах і контролі стресу від хвороби для всіх хворих. Мета полягає в тому, щоб покращити якість життя як для пацієнта, так і для його родини, особливо коли втручання, що модифікують захворювання, недоступні. Нутрітивну підтримку можна визначити, як комплекс лікувальних заходів, спрямованих на підтримку структурно-функціональної та метаболічної рівноваги в організмі хворих. Найчастіше, необхідність у проведенні нутрітивної підтримки виникає у пацієнтів онкологічного профілю, а також при серцевій недостатності, сепсисі, системних васкулітах та інш. У цих пацієнтів порушені обмінні процеси, які призводять до ослаблення та зниження загальної опірності організму в боротьбі із захворюваннями. В організм надходить все менше поживних речовин, що сприяє розвитку нутрітивної недостатності. Як наслідок, можливий розвиток трофологічної недостатності. Тобто, виникає невідповідність між потребою та надходженням поживних речовин в організм. Під впливом цих порушень у пацієнтів можуть виникнути: відраза від їжі, зміни смаку, нудота, запори чи проноси, хронічна втома, анемія, депресія, зниження маси тіла, синдром кахексії-анорексії та неможливості продовжувати лікування. У здорової людини малокалорійне харчування змушує функціонувати організм в економному, енергетично-щадному режимі. Але, при трофологічній недостатності ми можемо спостерігати зворотню реакцію, коли дефіцит калорій активує метаболічні процеси, прискорює розпад білкової та жирової тканини. Сама ж трофологічна недостатність може бути безпосередньою причиною смерті в онкохворого, оскільки відбувається активація процесу канцерогенезу.

Крім того, в онкохворих пухлинні клітини мають здатність продукувати речовини, що пригнічують апетит. Кахексію та анорексію ще називають «прихованою вбивцею раку», і клінічні дані свідчать про те, що приблизно 20-30% смертей пояснюється неправильним харчуванням, а не раком [1, с. 2]. У хворих на пізніх стадіях раку збереження харчового статусу може бути важливою проблемою на етапі паліативної допомоги. У цьому контексті дефіцит харчового статусу може погіршити стан працездатності, якість життя, толерантність до паліативного протипухлинного лікування та виживання. Тобто, пацієнти зі зниженим пероральним споживанням потребують нутрітивної підтримки, задля підтримування статусу харчування та задоволення потреб організму.

Нутрітивну підтримку можна інтегрувати в програму паліативної допомоги, коли очікується позитивний вплив на якість життя, а ризик смерті від недоїдання вищий, ніж через прогресування раку. Основними завданнями є усунення проявів синдрому гіперметаболізму-гіперкатаболізму; збереження соматичного та вісцерального пулів білків; профілактика та лікування імуносупресії; зниження ризиків інфекційних ускладнень; активація репаративних процесів; підвищення рівня якості життя хворих. Варто пам'ятати, що нутрітивна недостатність може бути, навіть, у пацієнтів з надмірною масою тіла.

Для оцінки потреб у застосуванні допоміжної нутрітивної підтримки умовно ми можемо поділити паліативних хворих на групи:

- пацієнти з гарним прогнозом на життя, вони стабільні й прогнозів на погіршення загального стану немає;
- пацієнти, стан яких погіршується, але повільно й ми розуміємо, що ймовірніше за все прогноз на життя оцінюється в декілька тижнів, місяців;
- пацієнти, стан яких ми визначаємо, як термінальний, прогностично термін життя ми оцінюємо в декілька днів або годин.

Щодо діагностики ступеня недостатності харчування ми можемо орієнтуватись на такі критерії, як: визначення мимовільної втрати маси тіла;

адекватність харчування за останній період; індекс маси тіла; тяжкість захворювання. У пацієнтів, які отримують протипухлинну терапію також варто враховувати додаткові фактори: розташування первинної пухлини та метастазів; загальний стан; фізична активність; характер лікування та його ускладнення; вплив пухлини на функцію органів травлення; лабораторні показники. Тому, підхід до нутритивної підтримки буде абсолютно різний з урахуванням індивідуальних особливостей кожного хворого.

У медичній практиці використовуються різні методи нутритивної підтримки: сипінг, ентеральне парентеральне та змішане харчування.

Сипінг, або "sip feeds" - вид нутритивної підтримки, коли хворий через трубочку приймає готові живильні ентеральні суміші невеликими ковтками протягом 15-20 хв. Сипінг не повинен замінювати основне повноцінне харчування, а лише забезпечувати надходження додаткового калоричного та білкового еквівалентів, сумарно до 500 ккал/добу. Щодо ентерального харчування (ЕХ), то рекомендації ESPEN свідчать про те, що його слід розглядати в першу чергу, коли шлунково-кишковий тракт функціонує, а пероральне харчування залишається неадекватним, не зважаючи на харчові втручання. Ентеральне харчування найчастіше використовується для паліативної допомоги пацієнтам із раком голови та шиї або верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Серед пристроїв для шлунка через шкірну ендоскопічна гастростомія (ПЕГ) є золотим стандартом, у той час, як гастростомія з радіологічним вставленням (RIG) або хірургічна гастростомія повинна виконуватися, коли неможливо встановити ендоскопічну трубку. Довгостроковий доступ до порожньої кишки (ендоскопічна або хірургічна єюностомія) може бути варіантом у разі непрохідності/порушення моторики шлунка. Розміщення назогастрального зонда (НГЗ) або назоеюнального зонда (НГЗ) можна розглянути, коли очікується короткочасне ЕХ (зазвичай до 6 тижнів) і або виживання невизначене. Якщо ЕХ протипоказане або неможливе через стеноз, порушення моторики, мальабсорбцію, абдомінальний біль або нестерпний і сильний дискомфорт, слід розглянути парентеральне

харчування (ПН).

Враховуючи всі аспекти нутритивної підтримки лікар повинен вчасно визначити пацієнтів, які потребують в додатковому нутритивному харчування та адаптувати його до потреб пацієнта, задля підтримки комфорту та якості життя. Критеріями ефективності проведення нутритивної підтримки в паліативній медицині є збереження маси тіла, купіювання білково-енергетичної недостатності та метаболічних порушень.

Висновки. Незалежно від наявності та обсягу медичної допомоги нутритивна підтримка є важливою складовою у паліативній медицині. При виборі найбільш адекватної методики необхідно враховувати основне захворювання та супутні ускладнення, терапевтичну програму, цілі харчування та очікувану тривалість життя пацієнта. Нутритивні рекомендації вимагають міждисциплінарного підходу. Пацієнти повинні проходити регулярне обстеження та мати індивідуальний план харчування, спрямований на запобігання недоїданню та покращення результатів, пов'язаних із захворюванням, задля покращення якості життя, а в ряді випадків навіть продовжити життя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ottery F. D. Cancer cachexia: Prevention, early diagnosis, and management. *Cancer Pract.* 1994, 2, 123–131