

МИФЫ О РАКЕ О ПИТАНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Нутритивная поддержка онкологических пациентов



М.Г. Шарафутдинов
кафедра онкологии и лучевой диагностики
Ульяновского государственного университета



**Питание – важный
фактор
профилактики,
лечения
и реабилитации**



Миф:
Нутритивная
недоста-
точность – это
недостаточное
питание



Реальность:

Нутритивная
недостаточность –
это дисбаланс между
потребностями
организма в
питательных
веществах и
количеством
поступающих
нутриентов

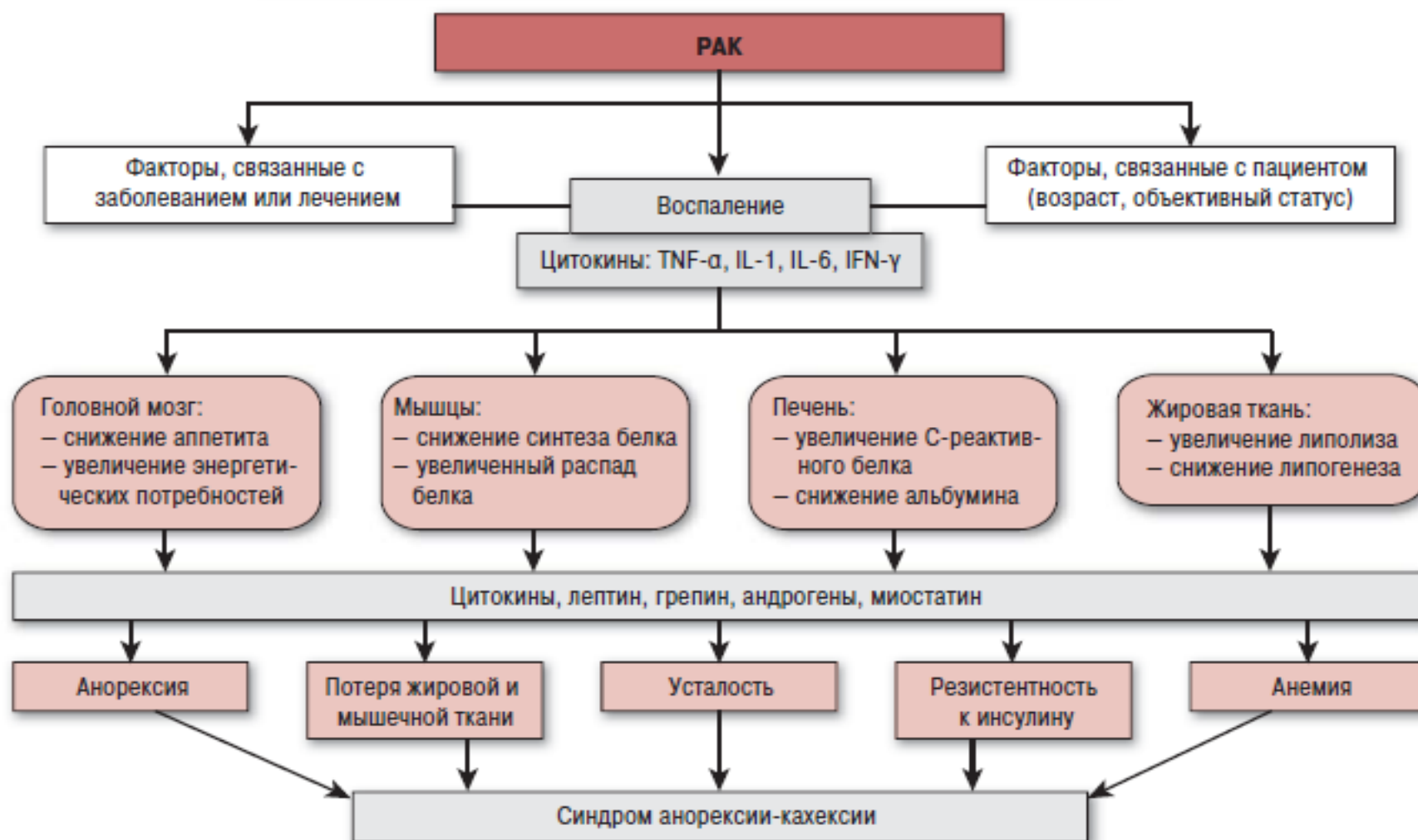
Миф:

**Нутритивная
недостаточность
встречается редко**

Реальность:

- **Рак молочной железы, саркомы, гемобластозы – 31–40%**
- **Опухоли легких, ободочной кишки, простаты – 54–64%**
- **Опухоли пищевода, желудка и поджелудочной железы – 75–80%**

Патогенез анорексии-кахексии:



Снеговой А.В., Кононенко И.Б., Ларионова В.Б., Салтанов А.И., Сельчук В.Ю. Синдром анорексии-кахексии у онкологических больных. Клин. онкогематол. 2015; 8(2): 185–190

Миф:

**Необходимо использовать сложные
диагностические алгоритмы для
определения нутритивной
недостаточности**

Реальность

```
graph TD; A[Реальность] --> B[Потеря массы тела более чем на 5% в течение 3 месяцев и наличие жалоб: снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота т. п. – являются показателями наличия нутритивной недостаточности]; A --> C[Потеря массы тела более чем на 10% в течение 3 месяцев и наличие жалоб: снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота т. п. – обозначают наличие синдрома анорексии - кахексии];
```

Потеря массы тела более чем на **5%** в течение **3** месяцев и наличие жалоб: снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота т. п. – являются показателями наличия **нутритивной недостаточности**

Потеря массы тела более чем на **10%** в течение **3** месяцев и наличие жалоб: снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота т. п. – обозначают наличие **синдрома анорексии - кахексии**

Миф:

Исход лечения онкологического заболевания не зависит от нутритивного статуса пациента

Реальность:

- **20%** онкологических пациентов умирают от истощения
- Выраженная гипотрофия не позволяет осуществить необходимое лечение у **40%** онкологических пациентов

Миф:

Пациент с избыточным весом не может иметь нутритивную недостаточность или риск ее развития

Реальность:

- Избыточная масса жировой ткани, особенно вследствие применения гормональной терапии, маскирует прогрессирующую потерю мышечной массы.
- Отеки, возникающие в результате механического действия опухоли на организм, а также в результате лечения, увеличивают фактическую массу тела, тем самым скрывая прогрессирующую потерю белка в организме пациента

Миф:

Пациенты, у которых лечение онкологического заболевания заключалось только в хирургическом лечении, не нуждаются в нутритивной поддержке

Обогащение рациона такими нутриентами, как Омега-3-, Омега-6-полиненасыщенные жирные кислоты, снижает воспалительную реакцию организма и способствует более быстрому восстановлению



Реальность:

Для уменьшения риска возникновения осложнений после хирургического вмешательства важно потребление не только достаточного количества питательных веществ, но и сбалансированность состава

Осложнения возникшие в раннем послеоперационном периоде

	1-я группа	2-я группа
Несостоятельность швов анастомоза	15%	5%
Нагноение послеоперационной раны	5%	-
Пневмония	10%	5%
Острый панкреатит	10%	10%
Общее количество	40%	20%

Миф:

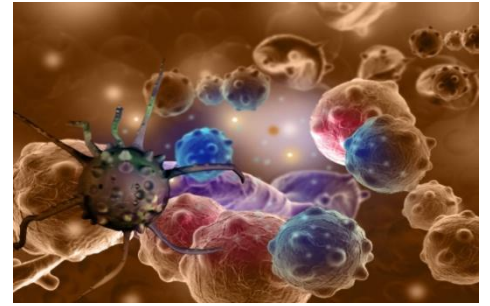
Лечить нутритивную
недостаточность следует,
только если пациент
истощен

Реальность:

Лечение кахексии (синдрома
анорексии-кахексии) – сложный
процесс, не всегда приводящий к
успешному результату, т. к.
остановить процесс распада
клеток и тканей организма
крайне затруднительно

Миф:

Чем больше пациент питается, тем больше он «кормит» растущую опухоль. Прежде всего, следует исключить белок из рациона, как первый источник питания опухоли.



Реальность:

Опухолевые клетки являются своеобразными «ловушками» для белка и глюкозы в организме и имеют повышенное потребление энергии. Но при недостаточном поступлении питательных веществ, опухоль начинает «поедать» собственные энергетические запасы организма, впоследствии запуская процесс развития кахексии (синдрома кахексии-анорексии)

При отсутствии экзогенно поступающих нутриентов организм для обеспечения трофического гомеостаза переходит в режим **активного аутоканнибализма**, что может приводить к быстро прогрессирующему истощению больного!

1 г азота = 6,25 г белка = 25 г мышц

При выраженных явлениях катаболизма **ежесуточно может разрушаться до 500 – 800 г. мышечной ткани!!!**

Миф:

Специальная диета для онкологических больных не нужна

Реальность:

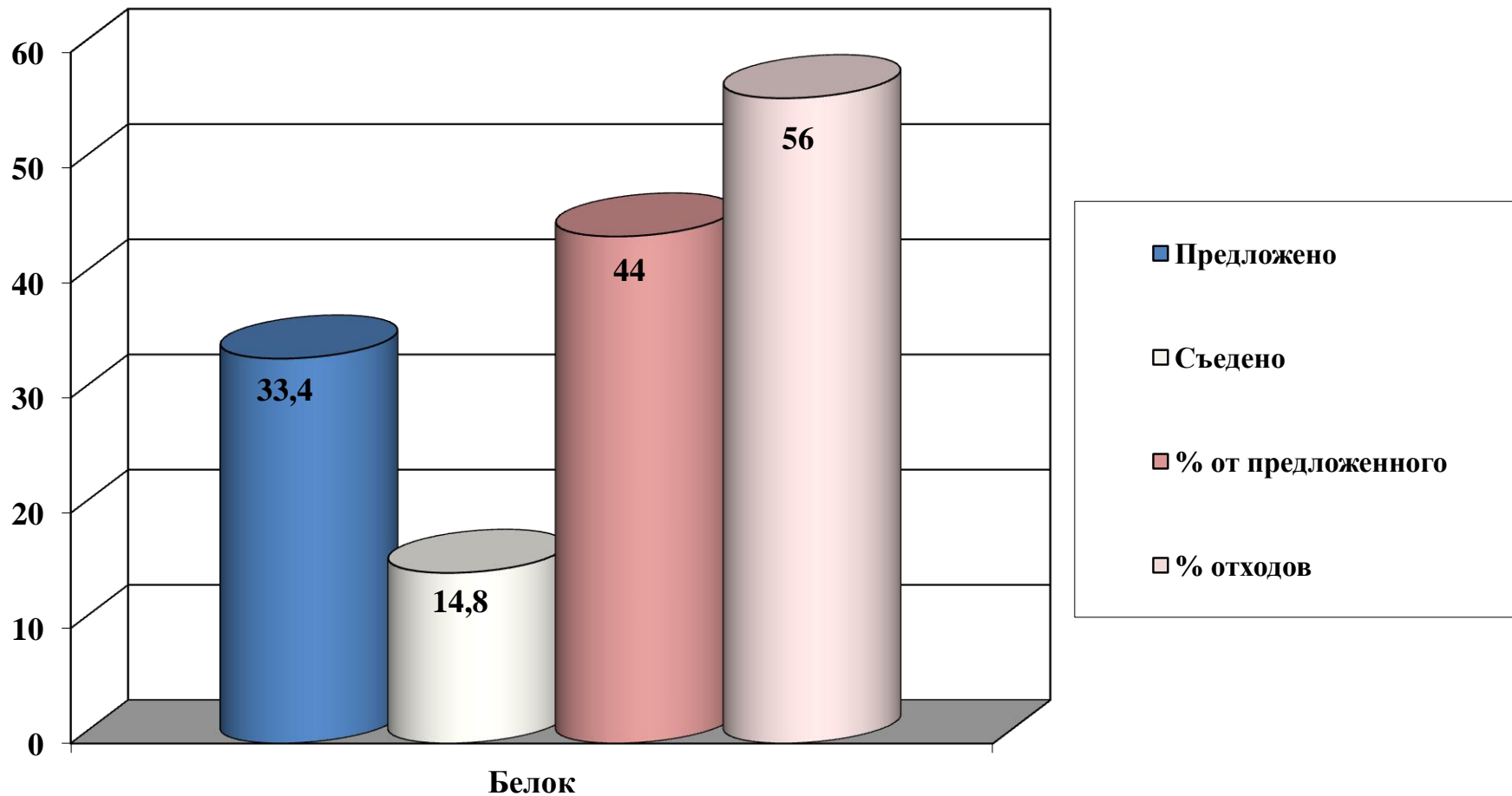
Особенности метаболизма у онкологических больных обуславливают их специфические потребности в питании. Для таких больных нужна особенная сбалансированная диета

Назначим адекватное «домашнее» или «больничное» питание!

Завтрак		Обед		Полдник		Ужин	
Блюда	ккал	Блюда	ккал	Блюда	ккал	Блюда	ккал
вареники с творогом ленивые	347	суп молочный с макаронами	390	омлет	250	язык отварной	195
яйца вареные 2 шт.	126	бутерброд с икрой	110	хлеб	30	бульон мясной	20
Хлеб	30	салат мясной	355	чай с сливками и сахаром	71	глазунья из 2 яиц	201
какао на сгущённом молоке	10	шницель говяжий	359			Хлеб	30
		Хлеб	60			салат из свежих помидоров	19
		Сок апельсиновый	54				
Всего, ккал	593	1328		351		465	
ИТОГ, ккал:		2737					

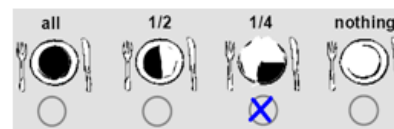
Витамины? Микроэлементы? Незаменимые жирные кислоты? Незаменимые аминокислоты? Пища механически и химически щадящая? Составление меню? Соблюдение меню?

Предлагаемая и реально потребляемая пища: *Великобритания*





Пациент съедает
только 1/3-1/4 порции



Daily intake

- Energy - 500 kcal
- Protein - 28 g

- Standard meal
- 2000 kcal
- 70 g protein
- 280 g CHO
- 70 g fat

Плохое питание – риск развития пролежней, особенно у пожилого человека, т.к. он

- редко съедает более 1/3 во время приёма пищи.
- ест две порции белковой пищи (мясо или молочные продукты).
- мало пьёт
- получает пищу через зонд или более пяти дней внутривенно,

Потребности пациентов в белке и энергии

Белок

- 1,2–2 г/кг

Энергия для лежачих
пациентов

- 20–25 ккал/кг/день

Энергия для
амбулаторных
пациентов

- 30–35 ккал/кг/день

Миф:

Лечебное питание можно заменить обычными продуктами, а количество необходимых калорий можно восполнить соками и сладкими напитками

Реальность:

Во время болезни крайне снижено усвоение питательных веществ, в т.

ч. из-за снижения

функционирования ЖКТ. В лечебном питании содержатся легкоусвояемые компоненты и полноценный комплекс микро-и макронутриентов. В соках и сладких напитках содержатся сахара, которые приводят к выбросу глюкозы в кровь, что может быть провоцирующим фактором в нарушении толерантности к глюкозе

Миф:

Вегетарианская
диета, а также
сыроедение
полезно
любым людям

Реальность:

Состав таких диет не покрывает всех потребностей пациентов с онкологическим заболеванием. Кроме того, отсутствие таких компонентов, как животные жиры, и недостаточное количество белка делает данную диету неприемлемой для пациентов

Миф:

Если пациент попробовал лечебное питание и продукт ему не понравился, значит, он больше не сможет его употреблять

Реальность:

На разных стадиях лечения заболевания (во время химио- и/или лучевой терапии) пациенты могут испытывать изменения вкуса, обусловленные побочными эффектами терапии. Но данные изменения временные и длительность их зависит от индивидуальных особенностей пациента, поэтому через некоторое время следует возобновить прием лечебного питания с разнообразными вкусами

Современная схема лечения - параллельный подход

Диагноз

**Определение стадии
болезни**

**Разработка плана
лечения**

Старт терапии

**Контроль, оптимизация
лечения**

**Оценка пищевого
статуса**

**Разработка плана
нутритивной
поддержки**

**Старт нутритивной
поддержки**

**Контроль, оптимизация
питания**

I этап:

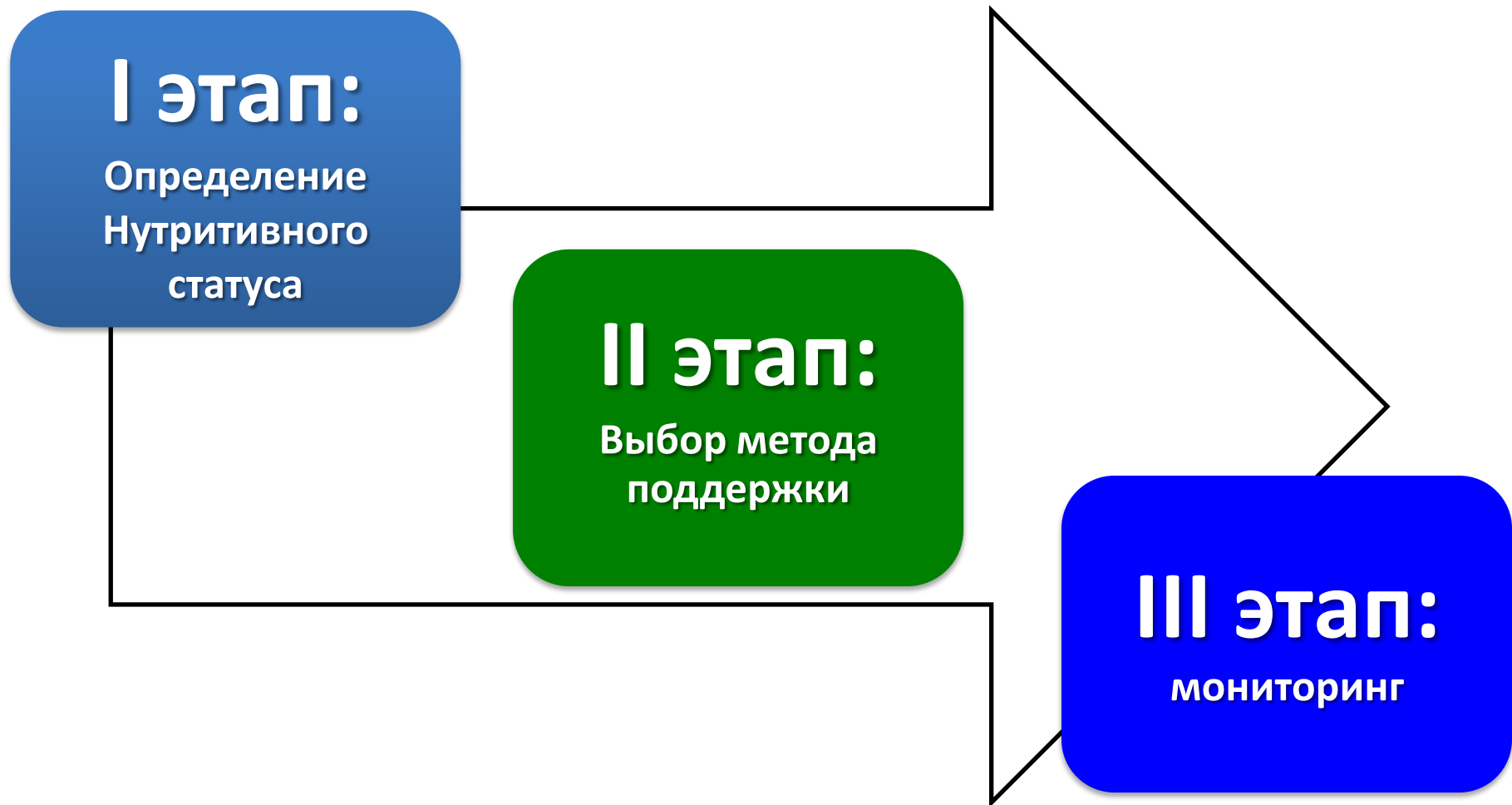
Определение
Нутритивного
статуса

II этап:

Выбор метода
поддержки

III этап:

мониторинг



Оценка нутритивного статуса

Используйте БАЛЬНУЮ ШКАЛУ А, Б, В, Г для назначения нутритивной поддержки

А Отметили ли Вы (самопроизвольное, спонтанное) снижение массы тела за последнее время?

Нет

0 баллов

Да

2 балла

Б Если ДА, то насколько?

1 – 5 кг

1 балл

6 – 10 кг

2 балла

11 – 15 кг

3 балла

Более 15 кг

4 балла

Неизвестно

2 балла

В Имеете ли вы снижение аппетита и, как следствие, снижение объема питания?

Нет – 0 баллов

0 баллов

Да – 1 балл

1 балл

Г ОЦЕНКА:

> 2 баллов – показана нутритивная поддержка

0 – 2 баллов – НЕ показана нутритивная поддержка, проводится мониторинг

Виды лечебного питания в ОНКОЛОГИИ:

1. Пероральный приём готовых питательных смесей
2. Энтеральное зондовое питание
(зондовое комление, введение нутриентов в гастростому или еюностому)
3. Парентеральное питание

Алгоритм выбора метода искусственного питания

Отсутствие возможности естественного питания

Функционирование ЖКТ

ДА

НЕТ

Энтеральное питание

Парентеральное питание

Функция ЖКТ

нормальная

нарушенная

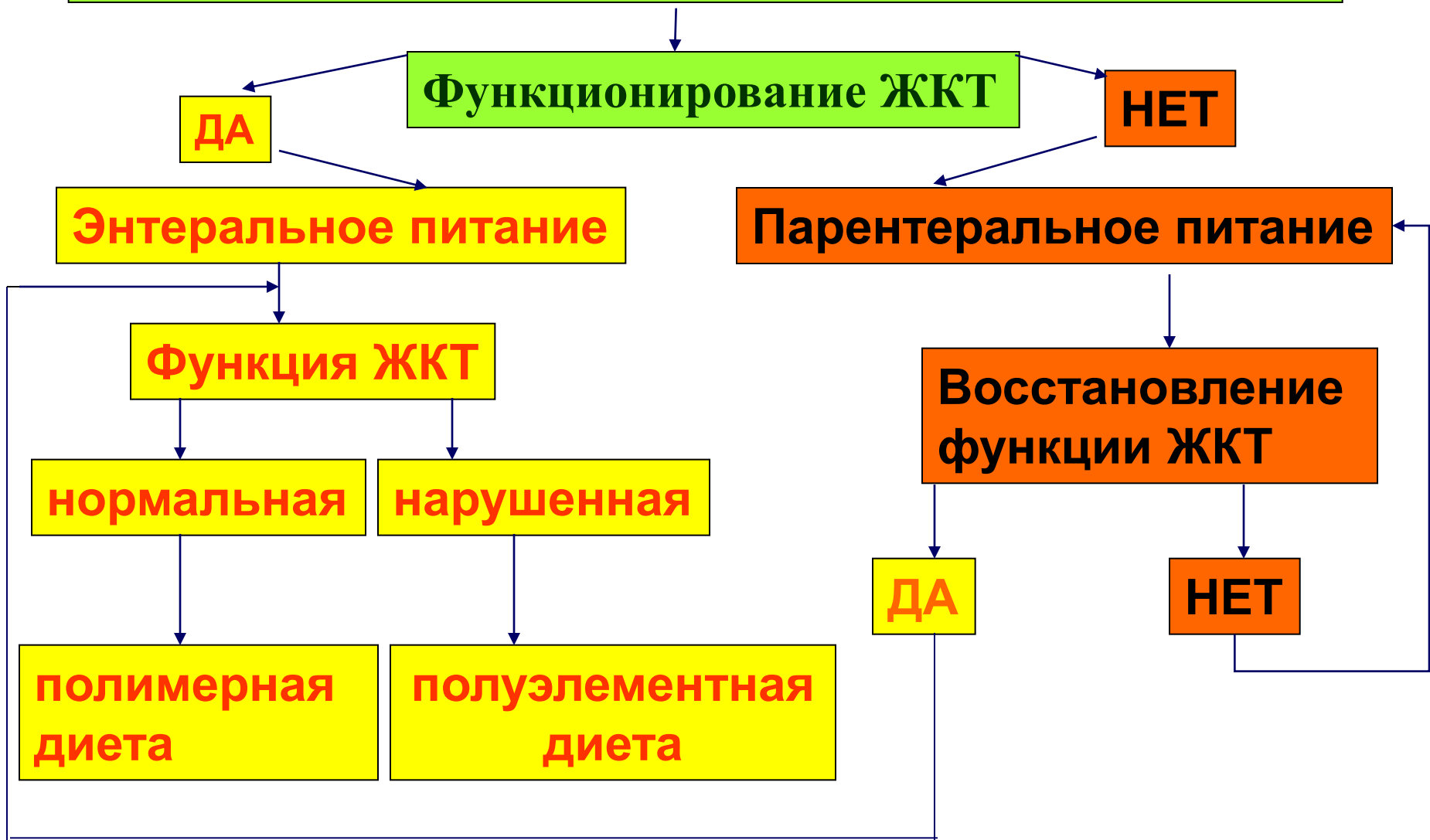
полимерная
диета

полуэлементная
диета

Восстановление
функции ЖКТ

ДА

НЕТ



Особенности питания онкологических пациентов

Пациенты и их родственники в меньшей степени ощущают безысходность, когда активно участвуют в процессе лечения

Врач, в свою очередь, обязан сообщить пациенту о вреде некоторых диет и токсичных дозах «натуральных» пищевых добавок

Врачу следует оберегать пациента от навязчивых попыток заботливых родственников насильно его накормить



Врач должен убедить родственников в тщетности и вреде насильственного питания, в том, что пациент не может много есть и это его право

Особенности питания онкологических пациентов

Без лечения основного заболевания искусственное питание не может продлить жизнь

Однако многие пациенты и их родственники считают полноценное питание очень важным, вне зависимости от течения основного заболевания

Заинтересованность врача в обеспечении должного питания пациента оказывает и положительный психологический эффект, особенно в отсутствие эффекта от проводимого лечения

Некоторые меры, которые могут быть полезны

- Пищу следует принимать часто (до 6 раз в сутки) маленькими порциями по мере переносимости
- Пищу следует раскладывать в маленькие тарелки
- Продукты всегда должны быть под рукой, чтобы пациент мог есть сразу при появлении чувства голода
- С целью возбуждения деятельности желез, слизистой оболочки ЖКТ в диету пациентов включают кислые продукты (сухие вина, кисломолочные продукты, квас, кислые соки и сиропы из плодов и ягод, кислые и маринованные овощи)
- По возможности следует есть за столом и одевать пациента к каждому приему пищи
- Необходимо своевременно лечить стоматит, ксеростомию, устранять неприятный привкус
- Витамины
- Не следует часто взвешивать больного

Нутритивная поддержка

Длительное время считалось, что для того, чтобы в организм человека поступало достаточное количество питательных веществ, необходимо обильное питание

Но обильное полноценное питание зачастую невозможно из-за вышеупомянутых токсических реакций

В настоящее время одним из путей решения проблемы является активная **нутритивная поддержка**, адаптированная под специфические расстройства метаболизма онкологических пациентов



Нутритивная поддержка

Процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи

Доказаны улучшение качества жизни и увеличение выживаемости у пациентов, получающих специальное питание

Сложности организации питания у онкологических пациентов и как их преодолеть

- Обычные продукты отличаются относительно низкой нутриентной плотностью
- В условиях сниженного аппетита и депрессии потребление пациентами пищи резко снижается
- Обеспечить пациента необходимым количеством нутриентов возможно только с применением специализированных продуктов

Алгоритм выбора метода нутритивной поддержки



Полноценное, адекватное, удобное для применения специализированное питание основа и неотъемлемая часть повышения качества жизни не только пациента, но и его семьи = удобство и безопасность



Высокое содержание белка и энергии в специализированном питании может положительно влиять на:

- ✓ Восстановление сил и сохранение самостоятельности в повседневной активности.²⁻⁷
- ✓ Уменьшение риска осложнений после перенесённого заболевания, скорость заживления ран, профилактику образования пролежней.^{2, 8-12}
- ✓ Сокращение продолжительности пребывания в стационаре и количество повторных госпитализаций.^{4, 13, 14}

НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН

125
мл



сипинг с высоким содержанием белка в малом объеме для нутритивной поддержки пациентов с онкологическими заболеваниями

18 граммов
белка в 125 мл

306* ккал в одной
бутылке

- Содержит витамины и минералы и НЕ содержит глютен
- В составе цельный белок коровьего молока

*Нутридринк Компакт Протеин с нейтральным, охлаждающим фруктово-ягодным и согревающим вкусом имбиря и тропических фруктов

НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН -

важный дополнительный источник питания
для онкологических пациентов¹



Белок
(18г)

как в

3
яйцах



Ca
кальций
488 мг

как в

350 мл
молока



Fe
железо
2,7 мг*

как в

100 г
говядины



C
витамин
38,4 мг*

как в

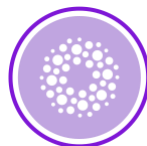
1
мандарине



*Нутридринк Компакт Протеин с нейтральным, охлаждающим фруктово-ягодным и согревающим вкусом имбиря и тропических фруктов

1. Химический состав российских пищевых продуктов. Под редакцией член-корр. МАИ, проф. И.М. Скурихина и академика РАМН, проф. В.А. Тутельяна. – Москва, 2002; стр 236. Расчет: исходя из расчета, что яйцо порцией 50 гр содержит 6,35 г белка * 3 = 19,05 г белка; в одном стакане молока порцией в 100 мл содержится 120 мг кальция * 3,5 = 480 мг кальция; в говядине порцией 100 г содержится 2,7 мг железа * 1; мандарин порцией 100 г содержит 38 мг витамина С * 1 (в среднем 1 мандарин весит 100г).

НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН



Показан пациентам с онкологическими заболеваниями



Вкусы охлаждающий, согревающий, нейтральный* наиболее востребованы у пациентов, получающих химио- и/или лучевую терапию, при развитии инверсии вкуса¹



Положительно влияет на переносимость и результаты противоопухолевого лечения^{2,3}

*Нутридринк Компакт Протеин с нейтральным, охлаждающим фруктово-ягодным и согревающим вкусом имбиря и тропических фруктов

1. Геворков А.Р. и соавт. Распространенность, клиническое значение и возможности коррекции нарушений обоняния и восприятия вкуса у пациентов с онкологическими заболеваниями. Опухоли головы и шеи. 2019;9(2):00–00.
2. Manasek V., et al. The Impact of High Protein Nutritional Support on Clinical Outcomes and Treatment Costs of Patients with Colorectal Cancer. Klin Onkol. Fall 2016;29(5):351-357.
3. Мошуров И.П. и соавт. Влияние нутритивной поддержки на проведение химиолучевого лечения рака орофарингеальной зоны, гортани и пищевода. Материалы IX Съезда онкологов России, Уфа, 14–16 июня 2017 г.

Как выбрать специализированное питание?

Невозможность принимать достаточный объем пищи

- Насыщенное питание в малом объеме



Мукозиты

- Питание, обогащенное омега-3 ПНЖК



Нарушения стула

- Питание с пищевыми волокнами

Тошнота, нарушения вкуса, отвращение к пище

- Или продукт без выраженного вкуса и запаха (нейтральный)
- Или специализированные вкусы (кислые)



Мониторинг пищевого статуса

- Своевременное выявление пациентов из группы риска нарушения питательного статуса позволяет защитить пациента от прогрессирующей потери массы тела и развития рефрактерной кахексии
- Скрининг и мониторинг недостаточности питания должны проводиться на протяжении всего времени лечения онкологического пациента

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС, ПЕРЕНОСИМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА, ПРОХОДЯЩИХ ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ¹

Исследование Li T. et al. (2017)

Проспективное рандомизированное контролируемое многоцентровое исследование

Цель исследования

Оценить влияние применения энтерального питания на нутритивный статус, переносимость и результаты химиолучевой терапии у больных раком пищевода

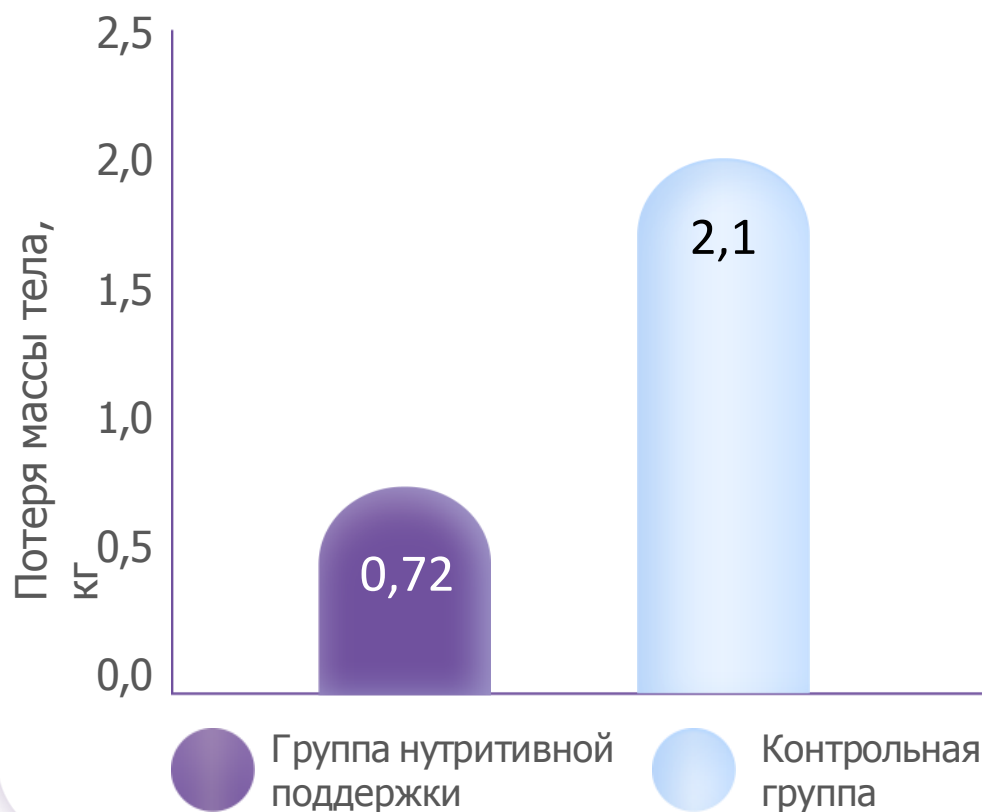
Пациенты

Больные неоперабельным раком пищевода (n=158), получавшие химиолучевую терапию. Группа нутритивной поддержки (n=106) получала энтеральное питание (ЭП), которое подбиралось индивидуально с учетом нутритивного статуса. Контрольная группа (n=52) получала обычную диету без энтеральной поддержки.

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС, ПЕРЕНОСИМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА, ПРОХОДЯЩИХ ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ¹

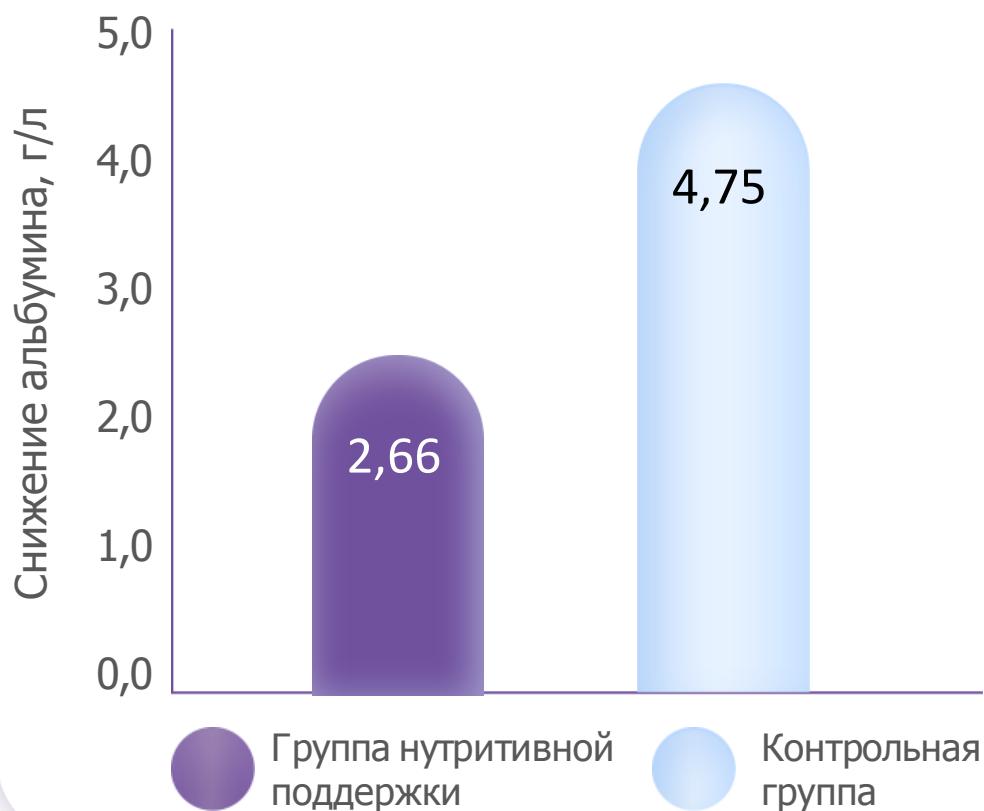
Потеря массы тела



В 3 раза меньше потеря массы тела в группе нутритивной поддержки ($P < 0,001$).

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

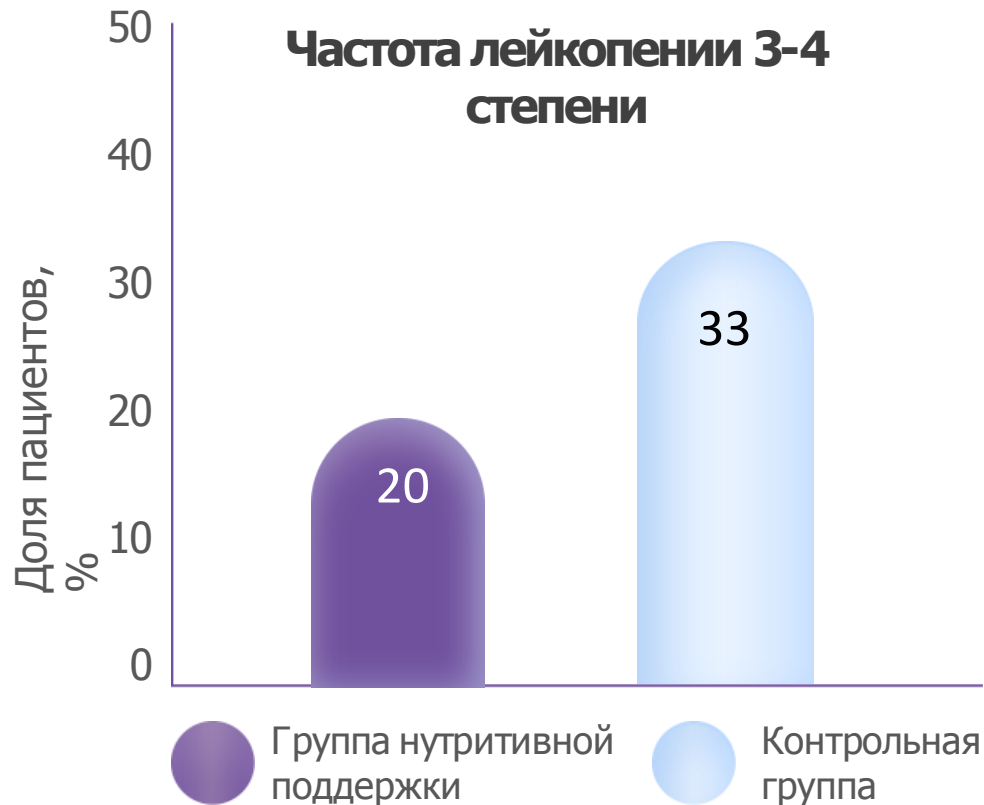
ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС, ПЕРЕНОСИМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА, ПРОХОДЯЩИХ ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ¹



В 2 раза меньше снижение показателей сывороточного альбумина в группе нутритивной поддержки ($P < 0,001$).

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА¹

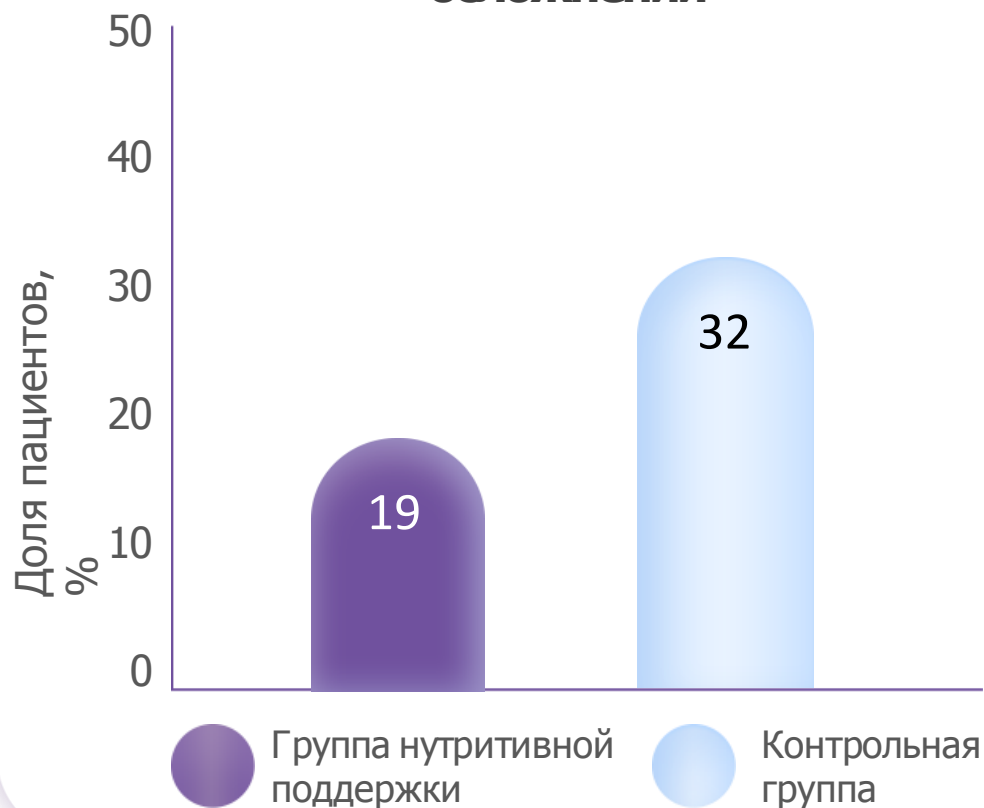


В 1,5 раза реже развитие лейкопении 3-4 степени в группе нутритивной поддержки ($P = 0,011$)

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА¹

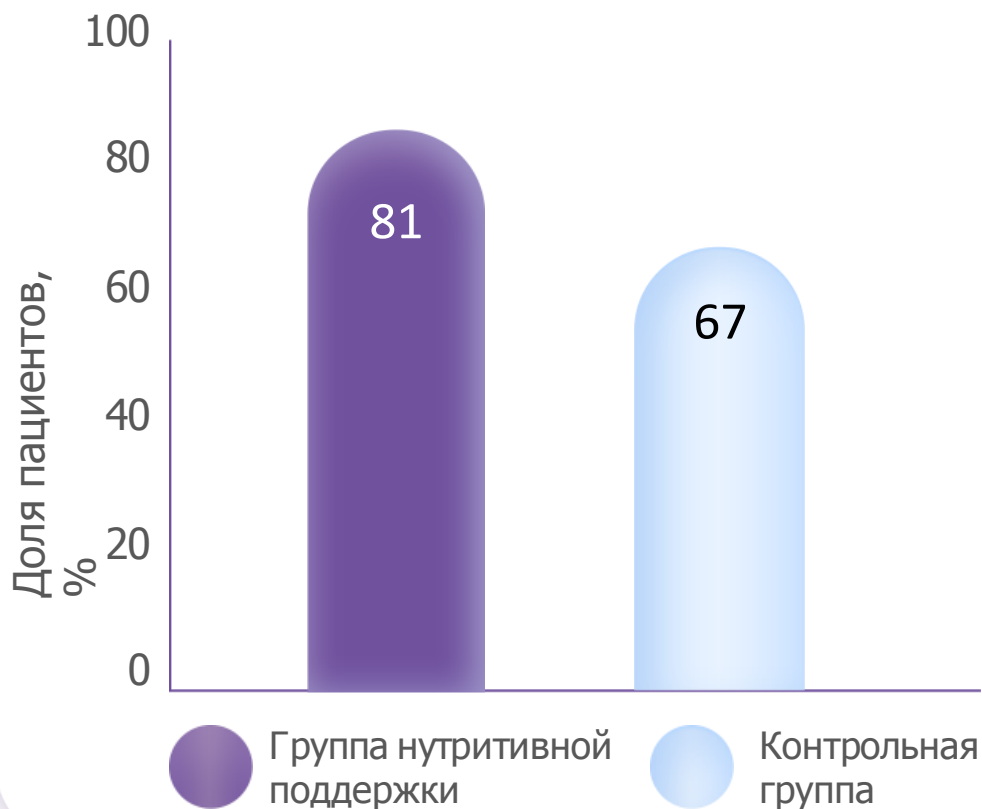
Частота инфекционных осложнений



В 1,5 раза меньше частота инфекционных осложнений в группе нутритивной поддержки (P = 0,021)

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПОВЫШАЕТ ОТВЕТ ОПУХОЛИ НА ХИМИОТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА¹

Ответ опухоли на химиотерапию

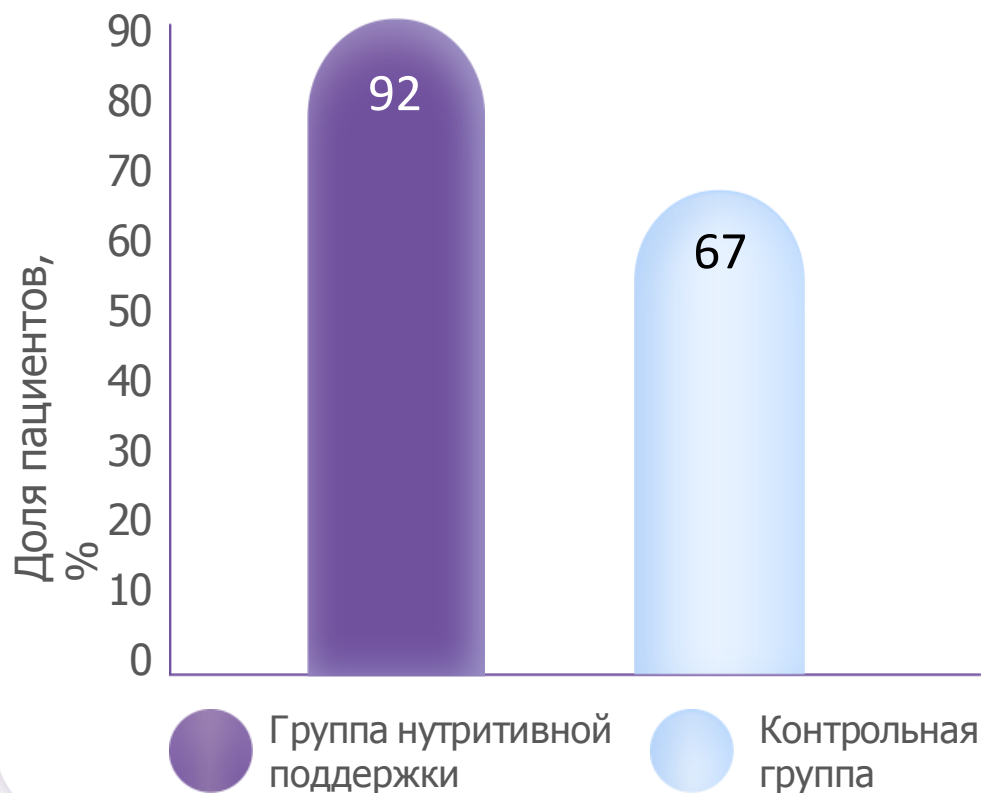


Значительно лучший ответ опухоли на ХЛТ в группе нутритивной поддержки ($P = 0,004$)

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ УЛУЧШАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАВЕРШЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА¹

Завершение химиотерапии



В 1,5 раза выше показатели завершения ХЛТ в группе нутритивной поддержки ($P = 0,001$)

1. Li T. et al. Enteral nutrition to improve nutritional status, treatment tolerance, and outcomes in patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy (CCRT): Results of a prospective, randomized, controlled, multicenter trial (NCT 02399306) J Clin Oncol 35, 2017 (suppl; abstr 4033)

Заключение

- **Нарушения нутритивного статуса встречаются у большинства онкологических пациентов и могут являться единственной причиной смерти**
- **Нутритивная поддержка – неотъемлемая часть терапии и реабилитации**
- **Необходима диагностика нутритивного статуса уже с первого визита пациента к онкологу**
- **Адекватная нутритивная поддержка улучшает переносимость и эффективность лечения, улучшая исходы заболевания**
- **В процессе лечения и после него необходим мониторинг пищевого статуса**
- **Нутритивная поддержка должна сопровождать каждый этап лечения пациента и соответствовать его потребностям в данный момент**



Благодарю за внимание!