Особенности нутритивной поддержки у онкопациентов

ГБУЗ СОКОД

Врач -гастроэнтеролог

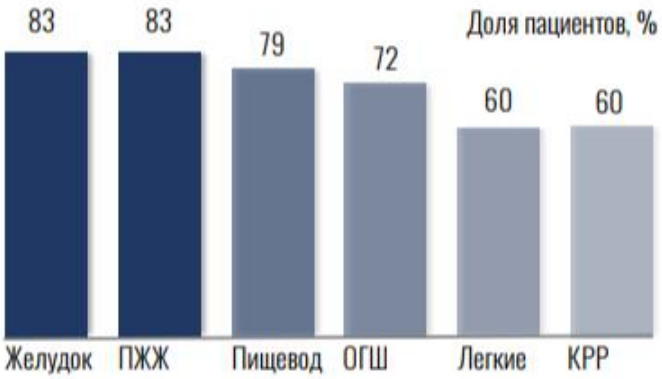
Кожина Марина Владимировна

05.02.2026г

До 80% пациентов с онкологическими заболеваниями страдают от нутритивной недостаточности[1-4]

У 20% пациентов кахексия является непосредственной причиной смерти![2]

Распространенность нутритивной недостаточности при различных типах ЗНО[3,4]



Прогрессирование потери веса в процессе лечения[5]



1. Rovasco P. Nutrition in Cancer Patients. J. Clin. Med. 2019, 8, 1211; 2. Muscaritoli M. et. al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition 40 (2021) 2898-2913; 3. Pressoir et al. 2010 Br J Cancer. 16;102(6):966-71; 4. Laviano A, Meguid MM. Nutrition 1996;12:358-71; 5. Laviano et al, 2018, Proc Nutr Soc.;77(4):388-393

Риск развития нутритивной недостаточности[1-5]

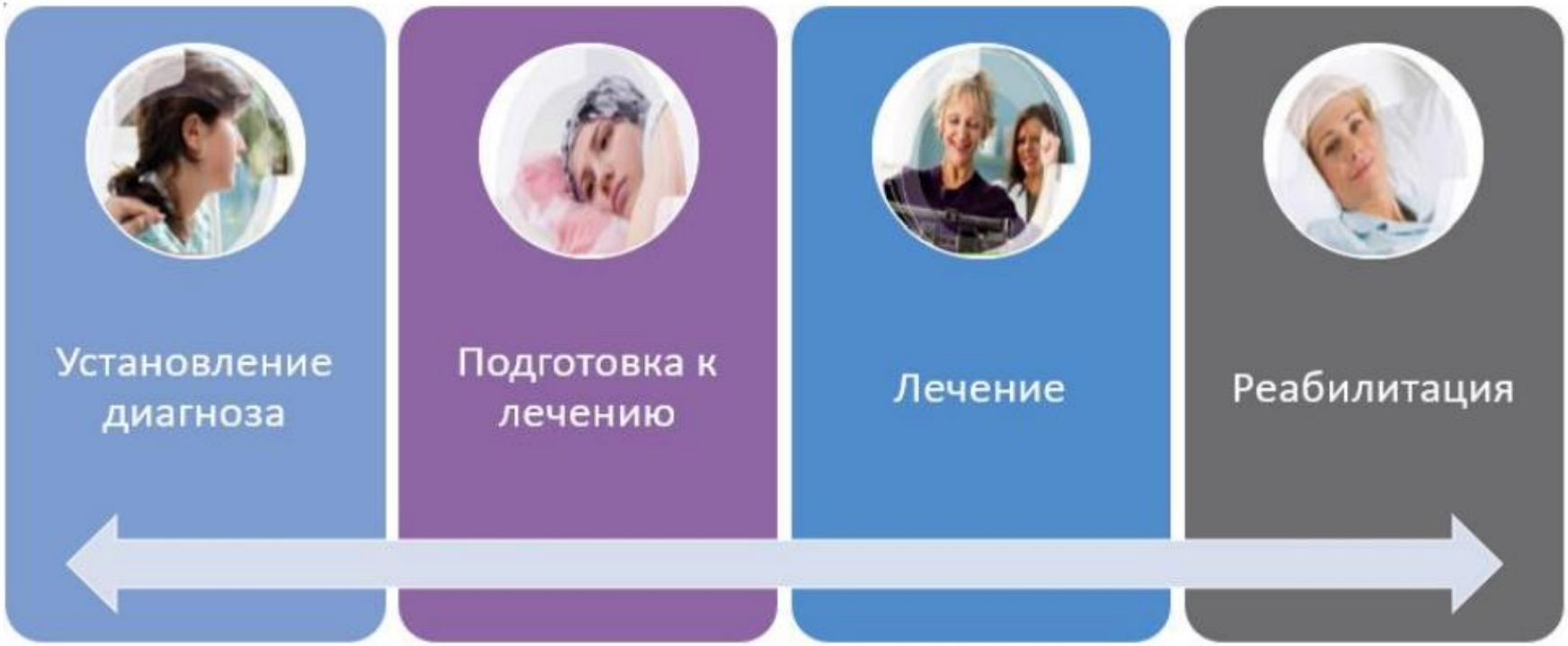




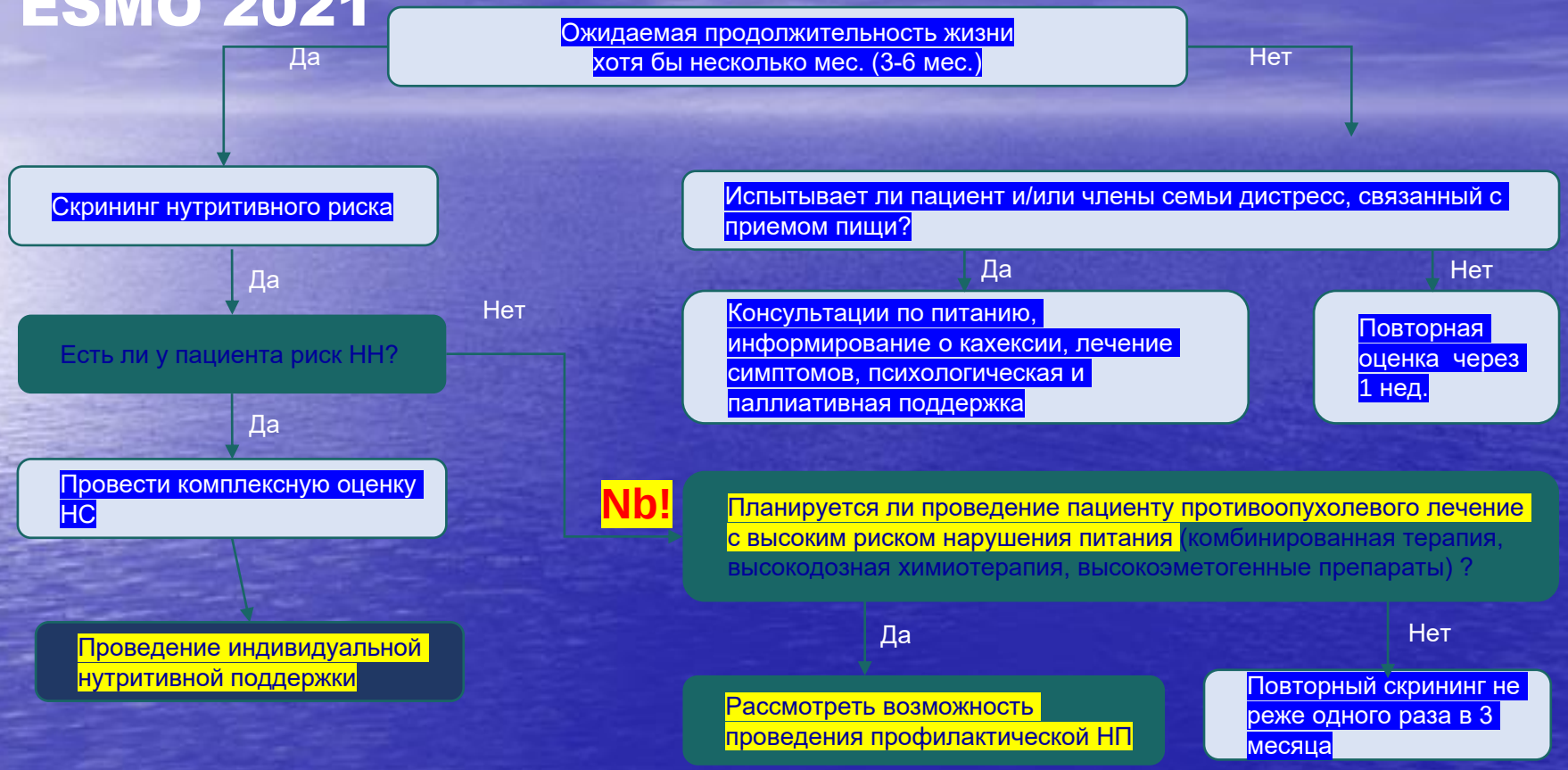


1. Pressoir et al, 2010 Br J Cancer. 16;102(6):966-71; 2. Laviano A, Meguid MM. Nutrition 1996;12:358-71. 3. Escobar Y et al. Clin Transl Oncol. 2023 Dec;25(12):3479-3491. 4. Camblor-Alvarez M et al. Nutr Hosp. 2018 Jan 10;35(1):224-233. 5. de Las Penas R et al. Clin Transl Oncol. 2019 Jan;21(1):87-93.

Когда нужно проводить нутритивную поддержку?

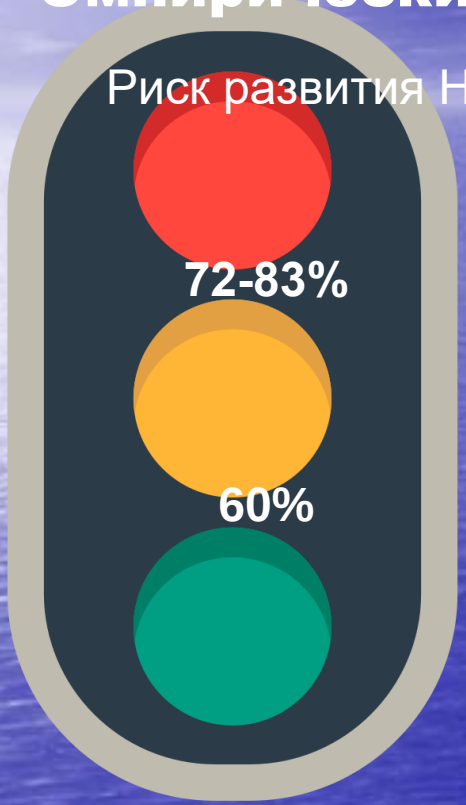


ESMO 2021



1. Arends J. et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2021 https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092

Эмпирический подход к нутритивной поддержке



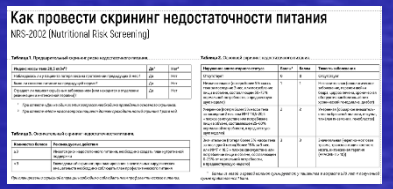
Рак желудка
Рак пищевода
Рак поджелудочной железы

Нутритивная поддержка?

Рак легких
Колоректальный рак

Нутритивная поддержка?

Другие нозологии


Как провести скрининг недостаточности питания
NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)

.*Laviano A, Meguid MM. Nutrition 1996;12:358-71

Global Clinical Nutrition Community (GLIM) Criteria for the Diagnosis of Malnutrition

Фенотепические критерии			Этиологические критерии	
% потери веса	Низкий ИМТ	Снижение мышечной массы	Снижение потребления пищи или ее усвоения	Воспаление
>5% в течении последних 6 мес, или >10% более 6 мес	<20 если < 70 лет, или <22 если > 70 лет	Снижение мышечной массы, доказанное результатами обследований	<50% от энергопотребрности > 1 недели, или любое снижение дольше 2 недель, или наличие любого хронического заболевания, которое может повлиять на прием пищи или ее усвоение (синдром короткой кишки, панкреатит, стриктуры пищевода и тд)	Острое, обусловленное заболеванием, или хроническое

Для установления диагноза недостаточности питания необходимо наличие 1 фенотипического и 1 этиологического критерия

GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: определение степени тяжести недостаточности питания

Пороговые значения для определения степени тяжести недостаточности питания

	Фенотипические критерии		
Степень 1 Умеренная недостаточность питания (необходимо наличие 1 фенотипического критерия, отвечающего условиям)	Потеря веса	ИМТ	Снижение мышечной массы
	5-10% в течении последних 6 месяцев, или 10% -20% Больше 6 мес	<20 если <70 лет, или <22 если >70 лет	Низкий или умеренный дефицит
Степень 2	Более 10% в течении последних 6 месяцев, или более 20% Больше 6 мес	<18.5 если 70 лет , <20 если старше 70 лет	Выраженный дефицит

Определение степени тяжести недостаточности питания[1]

После выявления пациентов, имеющих риск недостаточности питания или уже развившуюся недостаточность питания, необходимо оценить ее степень

Показатель	Степень недостаточности питания		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Альбумин, г/л	35-30	30-25	<25
Общий белок, г/л	60-55	55-50	<50
Лимфоциты, клеток в мкл	1 800-1 500	1 500-800	<800
Дефицит массы, % от идеальной массы тела (рост – 100)	11-10	21-30	>30
ИМТ, кг/м^2	19-17,5	17,5-15,5	<15,5

1. Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии. 7-е изд., перераб. и доп. – М.: АБВ-пресс, 2023. – 320с.

Основные принципы нутритивной поддержки в онкологии



ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, 2017

- При наличии показаний к проведению нутритивной поддержки предпочтительным методом является энтеральное питание. В том случае, если проведение энтерального питания невозможно или неэффективно, необходимо назначать парентеральное питание.
- **Потребление белка должно составлять не менее 1 г/кг/день, но при возможности если это возможно, то нужно стремиться к 1,5 г/кг/день (рекомендации экспертов варьируются от минимальной нормы потребления белка 1 г/кг/день до целевой нормы 1,2-2 г/кг/день).**
- У больных с острой и хронической почечной недостаточностью потребление белка не должно превышать 1–1,2 г/кг/день.
- **Общая энергетическая ценность рациона пациентов с онкологическими заболеваниями (если она не измеряется индивидуально) аналогична энергетической ценности рациона здоровых людей и составляет 25-30 ккал/кг/день.**
- Рекомендуется принимать витамины и минералы в количествах, равных рекомендуемой суточной норме, и не рекомендуется принимать микроэлементы в больших дозах при отсутствии конкретных дефицитов.

Алгоритм назначения нутритивной поддержки (НП)

RASSC 2023

Оценка и мониторинг нутритивного статуса проводятся на всем протяжении лечения и реабилитации пациента

НП должна проводиться **одновременно с началом противоопухолевого лечения** и соответствовать состоянию пациента на каждом из этапов противоопухолевого лечения

Влияние нутритивной поддержки **на рост опухоли не доказано**



1. Оптимизация клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии. 7-е изд., перераб. и доп. – М.: АОИ прим, 2023. – 320с.

Какой способ нутритивной поддержки выбрать?[1,2]

- Основной принцип: если ЖКТ работает – используй его, а если нет - заставь его работать![2]
- Если это возможно, предпочтение следует отдавать пероральному питанию[1]
- Показанием для парентерального питания является невозможность должного субстратного обеспечения больного через ЖКТ[2]

1. Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии. 7-е изд., перераб. и доп. – М.: АБВ-пресс, 2023. – 320с.
2. Руководство по клиническому питанию/под редакцией профессора Луфта В.М. СПб., «Арт-Экспресс», 2016.-484с.

Длительность проведения нутритивной поддержки

Хирургическое лечение

- **7–14** дней нутритивной поддержки на дооперационном периоде
- **7** дней и более нутритивной поддержки в послеоперационном периоде на этапе стационарного лечения и после выписки из стационара. Длительность зависит от объема оперативного вмешательства, функционирования ЖКТ



Химиолучевое лечение

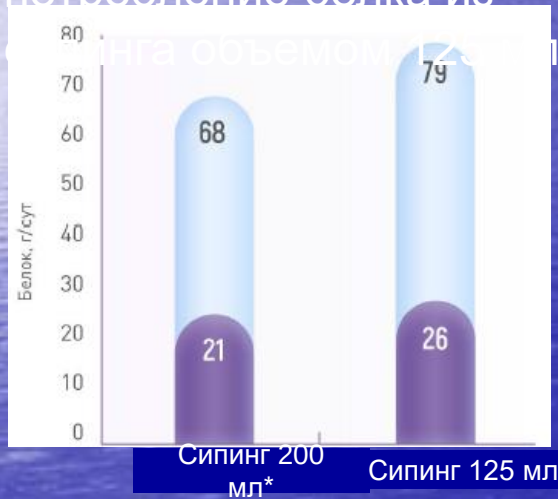
- **7–14** дней нутритивной поддержки до начала лечения при нутритивной недостаточности
- **от 7 до 30** и более дней нутритивной поддержки в процессе лечения — исходя из клинической ситуации и развившихся осложнений (энтериты, мукозиты и т. д.)



Сытов А. В., Зузов С. А., Кукош М. Ю. и соавт. Нутритивная поддержка. Практические рекомендации RUSSCO, часть 2. Злокачественные опухоли 2024;14(3s2):163–173.

Приверженность нутритивной поддержке достоверно выше при применении сипинга меньшего объема

На 24% выше среднее потребление белка из сипинга объемом 125 мл



Общее потребление белка (диета + сипинг)

Среднее потребление белка из сипинга

На 30% выше среднее потребление энергии из



*в дополнении к основному рациону

1 Hubbard G.P. et al. Improved compliance and increased intake of energy and protein with a high energy density, low volume multinutrient supplement. Proceedings of the Nutrition Society (2010) 69 (OCE2), E164

Нутридринк Компакт Протеин – сипинг с высоким содержанием белка в малом объеме

- Сипинг с высоким содержанием белка (18 г) и энергии (306 ккал) в малом объеме (125 мл)
- Для пациентов с онкологическими заболеваниями
- Способствует улучшению результатов противоопухолевого лечения и качества жизни[1,2,3]
- Помогает снизить количество послеоперационных лекарственных осложнений[1,3]
- Самый широкий выбор вкусов (8 вкусов)
- 3 витаминов, 15 минералов, Омега-3, витамин Д



Рекомендации по применению:

- В качестве дополнения к рациону – по 1-3 бутылочки в день
- Длительность приема не ограничена, но не менее 14 дней*
- Принимать маленькими глотками в течение 20–30 минут

Приглашаем Вас присоединиться к каналу компании Nutricia для онкологов в Telegram

*Клинический эффект наблюдается при приеме не менее 14 дней.

1. Обухова О.А и соавт. Клиническое питание и метаболизм. 2023. Т. 4, № 3. С. 150–164
2. Обухова О.А и соавт. Клиническое питание и метаболизм. 2023. Т. 4, № 3. С. 150–164
3. Хагажеева Мп, Снетовой АВ и др.. Изучение влияния высокобел- ковой нутритивной поддержки на послеоперационные исходы и в процессе адъювантной химиотерапии у больных первичным раком желудка. Медицинский совет. 2023;17(23):110–120.

NUTRICIA LIFE-TRANSFORMING NUTRITION | ONCOLOGY

Уникальная* сенсорная палитра вкусов Нутридринк Компакт Протеин





Нутридринк Компакт Протеин с охлаждающим фруктово-ягодным вкусом

Содержит производные ментола, обладающие охлаждающим эффектом и активирующие тройничный нерв. Благодаря воспринимаемому изменению температуры во рту происходит снижение болевых ощущений при приеме пищи, притупляется жжение во рту и уменьшаются приступы тошноты на фоне терапии[1]

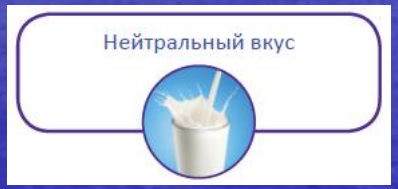




Нутридринк Компакт Протеин с согревающим вкусом имбиря и тропических фруктов

Содержит согревающие вещества естественного происхождения, такие же, как в остром перце. Они активируют ощущения тройничного нерва и делают восприятие вкуса пищи более ярким[1]





Нутридринк Компакт Протеин с нейтральным вкусом

В случае когда необходимо уменьшить дополнительные раздражители, снизить гиперчувствительность и неприятные вкусовые ощущения во рту[1]

*Среди продукции компании Нутриция

1. Обухова О.А., Курмуков И.А., Юнаев Г.С. Роль питательной поддержки при лечении злокачественных новообразований печени // Клиническое питание и метаболизм. 2020;1(3):117–126

Лечебное питание Нутриэн Энергия

Высококалорийное/Высокобелковое полноценное питание содержащее все основные макро- и микронутриенты для взрослых и детей старше 3-х лет при повышенной потребности в белке и энергии

Важно качество нутриентов, а не их количество!

Белок

20% сывороточного белка:

- быстро эвакуируется из желудка (минимизация рефлюкса)
- легко переваривается и усваивается
- аминокислоты с разветвленной цепью (валин, лейцин, изолейцин)

Для сохранения мышечной и общей массы тела

Жиры

- 50% ДЦТ, обогащенных незаменимыми ЖК
- 50% СЦТ, обеспечивающих легкое усвоение энергии

Возрастные показания – с 3 лет

Углеводы

1 г сахара на 200 мл

- сниженное содержание «быстрых» сахаров минимизирует риск развития гипергликемии и осмотической диареи

Оптимальное соотношение ПНЖК (ω-3 и ω-6)

- противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты



Жидкая готовая смесь в объеме 200 мл, 500 мл, 1000 мл

Нутриэн® Энергия

- ✓ **легкое усвоение и хорошая переносимость**
- ✓ способствует **антиоксидантному и иммун**
- ✓ **отсутствие риска** осмотической диареи
- ✓ **разнообразие вкусов:**
- ✓ белок с **высокой биологической ценностью**
- ✓ **оптим**

В качестве дополнения к основному рациону питания

В качестве единственного источника питания

Не содержит: искусственные ароматизаторы и красители, глютен, клинически значимого количества лактозы

Клинический пример ведения пациентки с раком молочной железы

Пациентка, 38 лет с диагнозом – Рак молочной железы
pT2N3M0 IIIc ст
Операция в 2023г- РМЭ слева
Предстоит химиолучевое лечение, в планах маммопластика

ЭГДС- 03.2023г.- состояние после бариатрической операции
на желудке в 2021г.
-вероятнее всего шунтирование(выписки нет). Язва шпоры
анастомоза 10*6 мм , Forrest III

Из анамнеза: до проведения бариатрии –проведена
эрадикация Хеликобактер
 пилори 14 дней,1 я линия (2021г.)
Контроль ПЦР кала – отриц в 2021г, 2022г.

Результаты лабораторных и клинических исследований:

ОАК- гемоглобин – 104г\л, эритроцит- 3,28*10 в 12\л

Биохимия крови: общий белок – 56 г\л

Узи органов брюшной полости: 03.2023г. Заключение:

Данных за мтс не выявлено. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы . Эхографические признаки хронического галькулезного холецистита- в полости желчного пузыря множественные

Подвижные конкременты, занимающие до 1/3 полости желчного пузыря

Размерами до 0,8см

Проведено лечение:

1. Эзомепразол 20 мг 1 таб. 2 р/д за 20 минут до еды 1 месяц

2. Ребамипид 100мг 1 таб. 3 р\д 1 месяц

3. Коррекция белковой недостаточности сипинги с содержанием
белка 18г + 300ккал 3 раза в день 14дней,затем 1 бут 2 раза в день до 1 месяца (ИМТ 18,5 на момент лечения)

4.Коррекция анемии

Контроль ЭГДС после лечения:

04.2023г.- Поверхностный анастомозит с очагами кишечной метаплазии

Биопсия , гистологическое заключение: фрагменты гиперплазированной слизистой с хроническим воспалением-04.2023г.

Рекомендации: продолжать прием ребамипид 300мг/сутки в течение 2х месяцев, контроль уровня белка, альбумина, ферритин в динамике

-коррекция питания и белково-энергетической недостаточности

-явка через 1-2 месяца

В декабре 2023г. Явка с контролем ЭГДС перед хирургическим вмешательством:

На ЭГДС язва шпоры анастомоза 1,0*0,5см.

Быстрый уреазный тест на Х.пилори- отрицательный
Лечение прежнее, при контроле ЭГДС- положительная динамика в виде
отсутствия язвенного дефекта.

Рекомендации по гастропротекции и коррекции нутритивного статуса даны!
ИМТ- 19,5 (общ белок -63 г\л,лимфоциты - 17%)

Сентябрь 2025г.:

ЭГДС: Язва анастомоза ,осложненная кровотечением Форрест 2С
На момент осмотра данных за продолжающееся кровтечение нет
Язва анастомоза 2,5*1,5*0,5см.
От госпитализации пациентка категорически отказалась (подписан письменный отказ). ИМТ 19,0

Лечение в дневном стационаре по месту жительства-
инфузионно рабепразол 20 мг №5, затем переход на рабепразол 20мг/сутки 1 месяц
Ребамипид 100 мг 3 р\д 1 месяц
Метрогил 100 мл инфузионно №7
Коррекция белково-энергетической недостаточности

Контроль ЭГДС 10.2025г.

Заключение: Оперированный желудок. Язва анастомоза в стадии красного рубца 1,5см. Неатрофический гастрит.

Рекомендации: контроль уровня железа, общего белка,альбумина
Общий анализ крови в динамике
Продолжать прием ребамипид 300мг\сутки не менее 2 х месяцев!!!

ИЗБЕГАТЬ прием гастротоксичных препаратов
Контроль ЭГДС через 6 месяцев

Коррекция нутритивиного статуса!!! Полноценное сбалансированное питание!

Выводы:

1. Своевременная диагностика и лечение нутритивной недостаточности позволяет избежать серьезных осложнений во время специального лечения
2. Гастропротективная терапия дает возможность проводить непрерывно лечение у пациентов онкопрофиля
3. Необходимо помнить о физиологических особенностях после современных методов хирургического лечения
4. Непрерывный динамический контроль за пациентами онкопрофиля



Благодарю за внимание!!!