

УДК 616-006:614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00058

ПОТРЕБНОСТЬ В НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ – СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ»

Е.В. Гамеева¹, О.В. Зеленова², С.И. Абрамов², А.А. Костин¹, В.Н. Ющук³

¹ ФГБУ Московский научный исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр радиологии Минздрава России, г. Москва

² ФГБУ «Центральный научно – исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

³ Министерство Здравоохранения Сахалинской области, г. Южно-Сахалинск

Нутритивный скрининг и методология его проведения должны стать неотъемлемой частью протоколов клинического лечения ЗНО с помощью химиотерапевтического /хирургического/ радиологического подходов. Недостаточное потребление пищи и снижение мышечного белка четко коррелирует со смертностью при ЗНО, а также с осложнениями после операций по удалению опухоли и дозопонижающей токсичностью при проведении системной противоопухолевой терапии.

Цель исследования: провести опрос врачей - специалистов, оказывающих специализированную помощь по профилю «Онкология» для выяснения знаний, навыков и применения нутритивной поддержки для пациентов со злокачественными заболеваниями.

Материалы и методы. Опрос в медицинских учреждениях субъектов федерации в период с 2018 по 2019 год. В опросе приняло участие 252 врача – специалиста, оказывающих помощь по профилю «онкология» из 12 регионов. Оригинальный опросник, разработанный специально для данного исследования, был разослан специалистам по электронной почте и ответы они размещали на специально созданной электронной площадке.

Результаты исследования. Более 30% врачей специалистов не используют или не знают ничего о нутритивном скрининге и методах его проведения. Исследование антропометрии используют регулярно 50% врачей, на момент поступления 37%, по мере необходимости – 6,5% и никогда не используют и не знают о нем – 6,5% врачей. Методом биоимпеданса не владеют и не используют – 54% врачей, владеют и используют регулярно только 18,6% врачей, на момент первого осмотра – 19,5% врачей и по мере необходимости – 10%. 50% опрошенных специалистов никогда не используют динамометрию и 60% не используют тест с ходьбой, еще 5,58% и 4,65% соответственно – не знают о существовании данных тестов вообще. Никогда не используют и не знают о существовании метода расчета нутритивной потребности- 36% специалистов. 84% опрошенных врачей - специалистов используют нутритивную поддержку пациента ЗНО, находящегося в ОРИТ. Зондовое питание используют 54%, остальные 46% не используют и не знают. Энтеральное сипинговое питание используют 51% и 49% не используют или не знают. 72% врачей – специалистов используют нутритивную поддержку при нахождении пациента на лечении в отделении. При этом парентеральное питание используют 53% опрошенных врачей, 47% - не знают или не используют, энтеральное зондовое питание используют 52%, 48% не знают или не

используют. Подобные результаты получены и по энтеральному пероральному питанию, которое знают и используют 50% врачей и такое же количество 50% - не используют и не знают.

Заключение. Результаты опроса показали, что необходимо разрабатывать обучающие модели для студентов и курсантов профильных кафедр онкологии, которые позволят в режиме как очного, так и дистанционного обучения (НМО) повысить знания врачей – специалистов по нутритивной поддержке онкологических пациентов.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, нутритивная поддержка, нутритивный скрининг, опрос, антропометрия, метод биоимпедансного анализа, энтеральное питание, энтеральное зондовое питание, парентеральное питание

THE NEED FOR NUTRITIONAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS ACCORDING TO A SURVEY OF MEDICAL SPECIALISTS WHO PROVIDE ASSISTANCE IN THE "ONCOLOGY" PROFILE

Gameeva E.V.¹, Zelenova O.V.², Abramov S.I.², Kostin A.A.¹, Uschuk V.N.³

¹*Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

²*FGBU «Federal Institute of Health Organization and Informatics» Ministry of The Health of Russian Federation, Moscow*

³*Ministry of Health of the Sakhalin region, Yuzhno-Sakhalinsk*

Nutritional screening and its methodology should become an integral part of the protocols for the clinical treatment of ZNO using chemotherapeutic /surgical/ radiological approaches. Insufficient food intake and decreased muscle protein are clearly correlated with mortality in ZNO, as well as with complications after tumor removal operations and dose-limiting toxicity during systemic antitumor therapy.

The purpose of the study: to conduct a survey of specialist doctors who provide specialized care in the "Oncology" profile to find out the knowledge, skills and application of nutritional support for patients with malignant diseases.

Materials and methods. In order to identify the need for nutritional support, a survey was conducted in medical institutions of the Federal subjects in the period from 2018 to 2019. The survey was attended by 252 specialist doctors who provide assistance in the "Oncology" profile from 12 regions. The original questionnaire, developed specifically for this study, was sent to specialists by email and the answers were posted on a specially created electronic platform.

Research result. More than 30% of specialist doctors do not use or do not know anything about nutritional screening and its methods. Anthropometry research is used regularly by 50% of doctors, 37% at the time of admission, 6.5% when necessary and 6.5% of doctors never use or know about it. The method of bioimpedance is not owned or used by 54% of doctors, only 18.6% of doctors own and use it regularly, at the time of the first examination – 19.5% of doctors and as necessary – 10% .50% of the surveyed specialists never use dynamometry and 60% do not use the walking test, another 5.58% and 4.65%, respectively, do not know about the existence of these tests at all. 36% of specialists never use or know about the existence of a method for calculating nutritional needs. 84% of the surveyed specialist doctors use nutritional support for a ZNO patient in the ICU. Probe power is used by 54%, the remaining 46% do not use and do not know. Enteral sipping nutrition is used by

51% and 49% do not use or do not know. 72% of specialist doctors use nutritional support when a patient is being treated in the Department. While parenteral nutrition use, 53% of doctors, 47% - do not know or use, enteral tube feeding is used 52%, 48% don't know or use. Similar results were obtained for enteral oral nutrition, which is known and used by 50% of doctors and the same number of 50% - do not use and do not know.

Conclusion. The results of the survey showed that it is necessary to develop training models for students and cadets of specialized departments of Oncology, which will allow both full – time and distance learning (e-learning) to increase the knowledge of specialist doctors on nutritional support for cancer patients.

Keywords: malignant tumors, nutritional support, nutritional screening, survey, anthropometry, bioimpedance analysis method, enteral nutrition, enteral probe nutrition, parenteral nutrition.

Актуальность. Нарушение питания у пациентов с ЗНО является важным фактором, существенно влияющим на результаты лечения и общую выживаемость. Место нутритивного скрининга и методология его проведения должны стать неотъемлемой частью протоколов клинического лечения ЗНО с помощью химиотерапевтического / хирургического / радиологического подходов (см. рис.1).



Рисунок 1. Место скрининга недостаточности питания в алгоритме лечения пациента ЗНО

Прежде чем описать результаты, полученные нами в ходе исследования, необходимо вкратце описать те моменты определения нутритивного риска и нутритивного статуса пациента, которые важны для назначения правильной и эффективной формы нутритивной поддержки.

Катаболические нарушения у пациентов ЗНО, требующие внедрения нутритивного скрининга до начала терапии.

Недостаточное потребление пищи часто встречается у пациентов ЗНО и сопровождается потерей массы тела, в некоторых случаях существенной. Недостаточность питания диагностируется в ситуации, когда пациент не может принимать пищу более одной недели или при оценочном уровне потребления энергии $<60\%$ от нормы в течение более 1–2 недель [1].

Снижение уровня мышечного белка – отличительная особенность кахексии при ЗНО, существенно снижающей качество жизни и отрицательно влияющей на физическое функционирование и переносимость терапии. Признаком тяжелого сокращения мышечной массы является абсолютное снижение до уровня ниже 5-го перцентиля. Оценка может проводиться следующим образом: *методом антропометрии - площадь мышц в средней части плеча* (норма: мужчины $< 32 \text{ см}^2$, женщины $< 18 \text{ см}^2$); *индекс аппендикулярных скелетных мышц методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии* (норма: мужчины $< 7,26 \text{ кг/м}^2$; женщины $< 5,45 \text{ кг/м}^2$); *индекс поясничных скелетных мышц по результатам визуализации опухолей при помощи КТ* (норма: мужчины $< 55 \text{ см}^2/\text{м}^2$; женщины $< 39 \text{ см}^2/\text{м}^2$); *общий индекс безжировой массы тела без костей, определяемый методом биоэлектрического импедансного анализа* (норма: мужчины $< 14,6 \text{ кг/м}^2$; женщины $11,4 \text{ кг/м}^2$). Мышечная масса нижеуказанных значений четко коррелирует со смертностью при ЗНО, а также с осложнениями после операций по удалению опухоли и дозолимитирующей токсичностью при проведении системной противоопухолевой терапии.

Скрининг с целью выявления нутриционного риска. Эффективный метод скрининга должен быть быстрым, недорогим, обладать высокой чувствительностью и хорошей специфичностью. Для этого необходимо определить ИМТ (индекс массы тела = $\text{масса тела}/\text{рост}^2$), снижение массы тела и показатель потребления пищи. Такие данные получают с помощью валидированных инструментов скрининга: Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST), Mini Nutritional Assessment Short Form Revised [2].

Инструменты для оценки питания: современными инструментами оценки питания считаются следующие шкалы и опросники: Subjective Global Assessment (SGA), Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) [3, 4] и Minimal Nutrition Assessment (MNA), в результате применения которых объединяются качественные и

полуколичественные показатели и выводится комплексный *«показатель недостаточности питания»* [5], однако без четкой классификации недостаточности по отдельным подкатегориям.

Нутритивная и метаболическая терапия в значительной мере предполагает поддержание или увеличение мышечной массы. Поскольку у многих пациентов ЗНО снижается физическая активность и ухудшается общее состояние, что часто сопровождается дальнейшей потерей мышечной массы, рекомендовано сочетание нутритивных и физиотерапевтических методов лечения. [6] Нутритивной поддержке должно предшествовать обследование пациента на предмет состояний, поддающихся терапии (например, ксеростомия, изменение обоняния и вкуса, тошнота, рвота, раздражение в области десен, мукозит или стоматит, запор, диарея, мальабсорбция, побочные эффекты лекарств, инфекции, острая и хроническая боль и психологический стресс).

При определении массы тела следует учитывать избыточную жидкость (плевральный выпот, асцит и (или) отек). Оценка мышечных и жировых резервов желательно основывать на конкретных измерениях. Этого можно достичь методами разной степени сложности и надежности, а именно *методом антропометрии и методом биоимпедансного анализа (БИА)* [7, 8].

Физическая активность у пациентов ЗНО, особенно после радикальных хирургических операций, способствует поддержанию или значительному улучшению аэробной способности, силы мышц, качества жизни, связанного со здоровьем, самооценки и снижения утомляемости и тревожности [9, 10, 11] Программа физической нагрузки должна состоять из проводимых под контролем домашних упражнений умеренной степени интенсивности (50–75 % от исходного максимального пульса или аэробной способности) три раза в неделю продолжительностью по 10–60 минут. Для определения физического состояния пациента необходимо использования метод динамометрии и тест с 6-ти минутной ходьбой.

Виды нутритивной поддержки. Искусственное питание – произвольное введение питательных веществ через кишечный зонд (энтеральное питание) или при помощи парентеральных инфузий (парентеральное питание). Искусственное питание назначают пациентам, не способным питаться самостоятельно (т.е. не принимающим пищу более одной недели или удовлетворяющим пищевые потребности менее чем на 60 % в течение 1–2 недель). Если было принято решение об искусственном кормлении пациента, рекомендуется

энтеральное питание, при недостаточности питания через рот, несмотря на нутритивные вмешательства (консультации и наблюдение нутрициолога, биологически активные добавки), и на парентеральное питание, если энтерального питания недостаточно или оно невозможно.

Главной формой нутритивной поддержки, по данным международных рекомендаций, является консультация и наблюдение нутрициолога, направленные на лечение симптомов и стимуляцию приема пищи, обогащенной энергией и жидкостями, которые лучше переносятся. Пациенту необходим рацион с высоким содержанием энергии и белка – оптимальный метод поддержания и коррекции нутриционного статуса. Консультации и наблюдение нутрициолога включают в себя сбор анамнеза, установление диагноза и назначение нутритивной поддержки. Консультации проводят обученные специалисты по питанию (зарегистрированные/аккредитованные диетологи и нутрициологи) [12].

Для проведения полноценной и эффективной нутритивной поддержки пациентов ЗНО, необходимо внедрение этих знаний в программы подготовки и переподготовки узких специалистов. Для оценки существующих знаний о нутритивной поддержке и методах ее проведения нами проведен опрос врачей – специалистов второго уровня оказания медицинской помощи в специализированных онкологических клиниках.

Материалы и методы. Опрос проведен в медицинских учреждениях субъектов федерации в период с 2018 по 2019 год. В опросе приняло участие 252 врача – специалиста, оказывающих помощь по профилю онкология из 12 регионов (см. таблицу 1). Оригинальный опросник, разработанный специально для данного исследования, был разослан специалистам по электронной почте и ответы они размещали на специально созданной электронной площадке.

Большинство из опрошенных специалистов работают в медицинских учреждениях Московской области – 100 человек, 47 врачей из Липецкой области, 41 врач из Оренбургской области 33 из Самарской области и 10 специалистов из Москвы, всего в опросе приняло участие 215 врачей-специалистов.

В таблице №2 представлено распределение врачей, участвующих в опросе по профилю отделения. Врачи - специалисты работают в 68% в специализированных отделениях, оказывающих онкологическую помощь по следующим направлениям: хирургическое отделение – 24,42%, общая онкология – 22,58%, химиотерапия - 13, 82%, радиология – 6,91% и 32,26% в отделениях паллиативной медицинской помощи и терапии.

Таблица 1

Количество врачей и регионы, которые приняли участие в опросе по использованию нутритивной поддержки пациентов ЗНО (абс. число, %)

<i>Регион</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Московская область	100	39,68%
Липецкая область	47	18,65%
Оренбургская область	41	16,27%
Самарская область	33	13,10%
Москва	10	3,97%
Сахалинская область	8	3,17%
Башкортостан	5	1,98%
Алтайский край	1	0,40%
Ульяновская область	1	0,40%
Свердловская область	1	0,40%
Республика Мари-Эл	1	0,40%
Республика Татарстан	1	0,40%
Орловская область	1	0,40%
Пермский край	1	0,40%
Томская область	1	0,40%

Таблица 2

Распределение врачей – специалистов по отделениям медицинских учреждений, участвующих в опросе (абс. число, %)

<i>Тип отделения</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Онкология (химиотерапия)	30	13,82%
Онкология (общая)	49	22,58%
Онкология (хирургия)	53	24,42%
Радиология	15	6,91%
Другое	70	32,26%

Опросник содержал 13 вопросов, касающихся нутритивного скрининга и знаний его проведения, методов нутритивного скрининга, определение нутритивного статуса пациента, вопросы потребности в средствах нутритивной поддержки, возможности и назначения препаратов для нутритивной поддержки, а также вопросы финансирования данной направления поддержки пациентов с ЗНО.

Результаты.

Вопрос 1. Необходим ли обязательный скрининг нутритивной недостаточности при поступлении пациента в стационар?

Таблица 3

Необходимость проведения скрининга на нутритивную недостаточность у пациентов ЗНО (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Да	139	64,65%
Нет	34	15,81%
Не знаю	42	19,53%

Обязательный скрининг оценки нутритивного статуса пациента считают обязательным 64, 65% респондентов, не обязательным – 15,81% и не знают – 19, 53% врачей, что вероятнее всего, можно трактовать как незнание понятия «нутритивного статуса». Таким образом, более 30% врачей специалистов не используют или не знают ничего о нутритивном скрининге и методах его проведения.

Вопрос 2. Как вы узнаете массу тела пациента?

Взвешивают пациента 59% опрошенных врачей - специалистов, 8,84% - спрашивают о весе самого пациента и 3, 26% находят информацию из истории болезни. К сожалению, 28,84% респондентов ответили отрицательно или не дали каких-либо данных, что полностью соответствует ответам на 1 вопрос и необходимости проведения нутритивного скрининга, т.е. те же специалисты не знают о необходимости взвешивания пациента с целью дальнейшего расчёта ИМТ, одного из основных показателей для определения нутритивного статуса.

Таблица 4

Источники информации о массе тела пациента (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Взвешивание	127	59,07%
Спрашиваю пациента	19	8,84%
Из истории болезни	7	3,26%
Нет данных	62	28,84%

Вопрос 3. Есть ли в *приемном отделении* вашего учреждения весы?

Вопрос 4. Есть ли в *вашем отделении* весы?

Таблица 5

Наличие приборов для взвешивания пациента в приемном отделении медицинской организации и в отделении, где пациент проходит лечение (абс. число, %)

<i>Наличие весов в приемном отделении медицинского учреждения</i>			<i>Наличие весов в отделении, где работает специалист</i>		
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>		<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Да	149	69,30%	Да	101	46,98%
Нет	5	2,33%	Нет	53	24,65%
Нет данных	61	28,37%	Нет данных	61	28,37%

В приемном отделении медицинского учреждения весы для взвешивания пациента есть в 69,30%, нет в 28,27%. 101 врач (47%) ответил положительно о наличие весов в отделении, где они работают, однако 53 врача (25%) сказали, что весов в отделении нет, и еще 28,37 % не дали никакого ответа. Таким образом, меньше половины опрошенных врачей имеют возможность контролировать нутритивной статус пациента и взвешивать пациента по мере необходимости, во время его пребывания на лечении.

Вопрос 5. Какие методы нутритивного скрининга вы используете и как часто?

Таблица 6

Использование различных инструментов нутритивного скрининга в процессе лечения пациента ЗНО (масса тела, антропометрия, биоимпеданс) (абс. число, %)

<i>Исследования/ как часто</i>	<i>Измерение массы тела</i>		<i>Антропометрия</i>		<i>Биоимпеданс</i>	
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Регулярно на каждом этапе лечения	130	60,47%	107	49,77%	40	18,60%
По мере необходимости	10	4,65%	14	6,51%	21	9,77%
На момент поступления/ первичного осмотра	67	31,16%	80	37,21%	42	19,53%
Никогда	6	2,79%	11	5,12%	91	42,33%
Не знаю	2	0,93%	3	1,40%	21	9,77%

Измерение массы тела пациента регулярно на каждом этапе лечения пациента производят 60,5% врачей - специалистов, на момент поступления – 31%, по мере необходимости – 4,65%, никогда этого не делают всего 3% врачей. Исследование антропометрии используют регулярно 50% врачей, на момент поступления 37%, по мере необходимости – 6,5% и никогда не используют и не знают о нем – 6,5% врачей. Методом биоимпеданса **не владеют и не используют – 54% врачей**, владеют и используют регулярно только 18,6% врачей, на момент первого осмотра – 19,5% врачей и по мере необходимости – 10% .

Для определения дополнительной жидкости в полостях врачи - специалисты используют регулярно метод компьютерной томографии 45,5%, по мере необходимости – 23%, на момент поступления пациента в отделение 18,6% и не знают о данном методе и не используют его – 13% врачей. **Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия не проводится никогда и о ней не знают – 63,4% врачей**, проводится регулярно данный метод исследования только 13%, и по мере необходимости – 14,5% врачей.

Таблица 7

Использование различных инструментов нутритивного скрининга в процессе лечения пациента ЗНО (компьютерная томография, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) (абс. число, %)

<i>Исследования / как часто</i>	<i>КТ</i>		<i>Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия</i>	
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Регулярно на каждом этапе лечения	98	45,58%	28	13,02%
По мере необходимости	49	22,79%	31	14,42%
На момент поступления/ первичного осмотра	40	18,60%	19	8,84%
Никогда	18	8,37%	75	34,88%
Не знаю	10	4,65%	62	28,84%

В международных клинических рекомендациях 2016 года с высокой степенью доказательности описано сочетание физических упражнений в комбинации с питанием. Для определения физического состояния пациента необходимо определить силу сжатия кисти

(динамометрия) и провести тест с 6-ти минутной ходьбой. **50% опрошенных специалистов никогда не используют динамометрию и 60% не используют тест с ходьбой**, еще 5,58% и 4,65% соответственно – не знают о существовании данных тестов вообще.

Таблица 8

Частота использования метода динамометрии кисти и теста с ходьбой для определения физического состояния пациента (абс. число, %)

<i>Исследования / как часто</i>	<i>Сила сжатия кисти (динамометрия кисти):</i>		<i>Тест с 6 минутной ходьбой</i>	
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Никогда	108	50,23%	128	59,53%
По мере необходимости	29	13,49%	32	14,88%
Регулярно	20	9,30%	16	7,44%
На момент поступления/ первичного осмотра	46	21,40%	29	13,49%
Не знаю	12	5,58%	10	4,65%

Вопрос 6. Как часто вы делаете расчет нутритивной потребности у пациента ЗНО, находящийся на лечении в вашем отделении?

Таблица 9

Частота расчета нутритивной потребности у пациента с ЗНО, находящихся на лечении (абс. число, %)

<i>Расчет нутритивной потребности / как часто</i>	<i>Расчет нутритивной потребности</i>	
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Никогда	66	30,70%
По мере необходимости	34	15,81%
Регулярно	63	29,30%
На момент поступления/первичного осмотра	41	19,07%
Не знаю	11	5,12%

Врачи – специалисты знают и рассчитывают нутритивную потребность в 70% случаев из них 30% регулярно, и 35% в момент поступления и по мере необходимости. **Никогда не используют и не знают о существовании метода расчета нутритивной потребности-36% специалистов.**

Вопрос 7. Проводится ли нутритивная терапия на догоспитальном этапе?

Таблица 10

Частота использования нутритивной поддержки на догоспитальном этапе (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Да	102	47,44%
Нет	113	52,56%

Вопрос 8. Применяется ли нутритивная поддержка пациентов, находящихся в ОРИТ?

Таблица 11

Частота применения нутритивной поддержки пациента ЗНО,
находящихся в ОРИТ (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
ДА	181	84,19%
Нет	34	15,81%
Нет данных		0,00%

Вопрос 9. Какие виды нутритивной поддержки применяются в вашем учреждении, в случае нахождения пациента в ОРИТ?

Таблица 12

Частота использования различных видов нутритивной поддержки в ОРИТ (абс. число, %)

<i>Парентеральное питание</i>			<i>Зондовое энтеральное питание</i>			<i>Энтеральное питание (СИПИНГ)</i>		
	<i>Кол-во</i>	<i>Доля</i>		<i>Кол-во</i>	<i>Доля</i>		<i>Кол-во</i>	<i>Доля</i>
Да	129	60,00%	Да	116	53,95%	Да	110	51,16%
Нет	19	8,84%	Нет	21	9,77%	Нет	43	20,00%
Нет данных	67	31,16%	Нет данных	78	36,28%	Нет данных	62	28,84%

84% опрошенных врачей - специалистов дали положительный ответ на вопрос об использовании нутритивной поддержки пациента ЗНО, находящегося в ОРИТ. При этом парентеральное питание используется в 60%, остальные 40% не используют или не знают. Зондовое питание используют 54%, остальные 46% не используют и не знают. Энтеральное сипинговое питание используют 51% и 49% не используют или не знают. Таким образом, **половина врачей - специалистов не знают или не используют различные виды нутритивной поддержки пациента с ЗНО в условиях ОРИТ.**

Вопрос 10. Проводится ли нутритивная поддержка во время пребывания пациента в отделении?

Таблица 13

Частота применения нутритивной поддержки пациента ЗНО,
находящегося в отделение (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Да	156	72,56%
Нет	59	27,44%
Нет данных		0,00%

Вопрос 11. Какие виды нутритивной поддержки применяются в вашем отделении, в случае необходимости?

72% врачей – специалистов дали положительный ответ на вопрос об использовании нутритивной поддержки при нахождении пациента на лечении в отделении. При этом парентеральное питание используют 53% опрошенных, **47% - не знают или не используют**, энтеральное зондовое питание используют 52%, **48% не знают или не используют**. Подобные результаты получены и по энтеральному пероральному питанию, которую знают и используют 50% врачей и такое же количество **50% - не используют и не знают**.

Таблица 14

Частота использования различных видов нутритивной поддержки пациента с ЗНО,
находящегося на лечении в отделении (абс. число, %)

	<i>Парентеральное питание в отделении</i>		<i>Энтеральное зондовое питание в отделении</i>		<i>Энтеральное пероральное питание (сипинг) в отделении</i>			
	<i>кол-во</i>	<i>доля</i>		<i>кол-во</i>	<i>доля</i>	<i>кол-во</i>	<i>доля</i>	
Да	115	53,49%	Да	113	52,56%	Да	109	50,70%
Нет	18	8,37%	Нет	23	10,70%	Нет	35	16,28%
Нет данных	82	38,14%	Нет данных	79	36,74%	Нет данных	71	33,02%

Вопрос 12. Проводится ли нутритивная поддержка после выписки пациента из стационара?

Таблица 15

Частота проведения нутритивной поддержки пациента с ЗНО
 после выписки из стационара (абс. число, %)

	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Да	125	58,14%
Нет	90	41,86%
Нет данных	0	0,00%

Вопрос 13. Кто финансирует нутритивную поддержку на догоспитальном этапе, в ОРИТ и после выписки из стационара?

Таблица 16

Финансирование нутритивной терапии на различных этапах лечения пациента ЗНО
 (догоспитальным и после госпитальный этап) (абс. число, %)

<i>Источники финансирования на догоспитальном этапе</i>			<i>Источники финансирования после выписки</i>		
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>		<i>Количество ответов</i>	<i>Доля</i>
Пациент	51	23,72%	Пациент	83	38,60%
ОМС	47	21,86%	ОМС	34	15,81%
Не знаю	117	54,42%	н/д	98	45,58%

Таблица 17

Финансирование нутритивной терапии на различных этапах лечения пациента ЗНО (во время пребывания пациента в медицинском учреждении) (абс. число, %)

<i>Источники финансирования в ОРИТ</i>			<i>Источники финансирования нутритивной поддержки пациента в отделении</i>		
	<i>кол-во</i>	<i>доля</i>		<i>кол-во</i>	<i>доля</i>
Пациент	19	8,84%	Пациент	19	8,84%
ОМС	160	74,42%	ОМС	137	63,72%
Не знаю	36	16,74%	Не знаю	59	27,44%

Во время пребывания пациента в медицинском учреждении оплата его нутритивной поддержки осуществляется за счёт фонда ОМС в 75% при нахождении в ОРИТ и в 64% при нахождении пациента в отделении, однако 8,5% пациентов вынуждены были финансировать продукты для нутритивной поддержки самостоятельно. Догоспитальный этап и после выписки из стационара финансирование осуществляет сам пациент в 23% и 38%

соответственно, более 50% опрошенных врачей не знают об источнике финансирования на этих этапах.

Выводы. В опросе приняло участие 215 врачей-специалистов из 15 регионов. Более 30% врачей специалистов не используют или не знают ничего о нутритивном скрининге и методах его проведения. Те же специалисты не знают о необходимости взвешивания пациента с целью дальнейшего расчёта ИМТ, одного из основных показателей для определения нутритивного статуса. Взвешивают пациента 59% опрошенных врачей - специалистов, 8,84% - спрашивают о весе самого пациента и 3,26% находят информацию из истории болезни. В приемном отделении медицинского учреждения весы для взвешивания пациента есть в 69,30%, нет в 28,27%. 47% ответили положительно о наличии весов в отделении, где они работают.

Исследование антропометрии используют регулярно 50% врачей, на момент поступления 37%, по мере необходимости – 6,5% и никогда не используют и не знают о нем – 6,5% врачей. Методом биоимпеданса не владеют и не используют – 54% врачей, владеют и используют регулярно только 18,6% врачей, на момент первого осмотра – 19,5% врачей и по мере необходимости – 10%.

Регулярно используют метод компьютерной томографии для определения дополнительной жидкости в полостях - 45,5%, по мере необходимости – 23%, на момент поступления пациента в отделение 18,6% и не знают о данном методе и не используют его – 13% врачей. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия не проводится никогда и о ней не знают – 63,4% врачей, проводится регулярно данный метод исследования только 13%, и по мере необходимости – 14,5% врачей.

50% опрошенных специалистов никогда не используют динамометрию и 60% не используют тест с ходьбой, еще 5,58% и 4,65% соответственно – не знают о существовании данных тестов вообще. Никогда не используют и не знают о существовании метода расчета нутритивной потребности- 36% специалистов.

84% опрошенных врачей - специалистов используют нутритивную поддержку пациента ЗНО, находящегося в ОРИТ. При этом парентеральное питание используется в 60%, остальные 40% не используют или не знают. Зондовое питание используют 54%, остальные 46% не используют и не знают. Энтеральное сипинговое питание используют 51% и 49% не используют или не знают. Таким образом, половина врачей- специалистов не знают или не используют различные виды нутритивной поддержки пациента с ЗНО в условиях ОРИТ.

72% врачей – специалистов используют нутритивную поддержку при нахождении пациента на лечении в отделении. При этом парентеральное питание используют 53% опрошенных врачей, 47% - не знают или не используют, энтеральное зондовое питание используют 52%, 48% не знают или не используют. Подобные результаты получены и по энтеральному пероральному питанию, которую знают и используют 50% врачей и такое же количество 50% - не используют и не знают.

Вопросы финансирования нутритивной поддержки должны быть решены за счет средств ОМС по программе государственных гарантий при условии формирования новых клиничко-статистических групп и расчёта новых тарифов на проведение данного типа поддержки.

Результаты опроса показали, что необходимо разрабатывать обучающие модели для студентов и курсантов профильных кафедр онкологии, которые позволят в режиме как очного, так и дистанционного обучения (НМО) повысить знания врачей – специалистов по нутритивной поддержке онкологических пациентов.

Список литературы

- 1 Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al., DGEM (German Society for Nutritional Medicine), ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. Clin Nutr 2009;28:445-54
- 2 Isenring E, Elia M. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? Nutrition 2015;31:594-7
- 3 Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored patient-generated subjective global assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr 2002;56:779-85
- 4 Gabrielson DK, Scaffidi D, Leung E, Stoyanoff L, Robinson J, Nisenbaum R, et al. Use of an abridged scored patient-generated subjective global assessment (abPG-SGA) as a nutritional screening tool for cancer patients in an outpatient setting. Nutr Cancer 2013;65:234-9
- 5 Isenring E, Cross G, Kellett E, Koczwara B, Daniels L. Nutritional status and information needs of medical oncology patients receiving treatment at an Australian public hospital. Nutr Cancer 2010;62:220-8

- 6 Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosity-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN expert group. Clin Nutr 2014;33:929e36
- 7 Jang RW, Caraiscos VB, Swami N, Banerjee S, Mak E, Kaya E, et al. Simple prognostic model for patients with advanced cancer based on performance status. J Oncol Pract 2014;10:-335-41
- 8 Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus framework. Lancet Oncol 2011;12:489-95
- 9 Speck RM, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. J cancer Surviv Res Pract 2010;4:87-100
- 10 Stene GB, Helbostad JL, Balstad TR, Riphagen II, Kaasa S, Oldervoll LM. Effect of physical exercise on muscle mass and strength in cancer patients during treatment: a systematic review. Crit Rev Oncol/Hematol 2013;88:573-93
- 11 Fong DY, Ho JW, Hui BP, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SS, et al. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2012;344:70
- 12 Brown T, Findlay M, von Dincklage J, Davidson W, Hill J, Isenring E, et al. Using a wiki platform to promote guidelines internationally and maintain their currency: evidence-based guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. J Hum Nutr Diet 2013;26:182-90

Сведения об авторах

Гамеева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, e-mail: gameeva@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8509-4338, SPIN-код: 9423-7155.

Зеленова Ольга Владимировна – доктор медицинских наук, заведующая отделением клинико-экономической оценки медицинских технологий здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Адрес: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11; e-mail: zelenova@mednet.ru; ORCID 0000-0002-9297-275X

Абрамов Сергей Иванович – главный специалист отделения медицинской статистики, ФГБУ «Центральный научно – исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, д. 11. e-mail: abramov@mednet.ru, SPIN-код: 5970-2794

Костин Андрей Александрович- доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, главный внештатный специалист онколог Минздрава Московской области, зав. кафедрой урологии, онкологии и радиологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, Москва, Российская Федерация, первый заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск, Российская Федерация, e-mail: kostin@nmicr.ru, ORCID: 0000-0002-0792-6012.

Ющук Владимир Николаевич - Министр здравоохранения Сахалинской области, Карла Маркса, д. 24, г. Южно-Сахалинск, 693020, Российская Федерация, e-mail: zdrav@sakhalin.gov.ru

Information about authors

Gameeva Elena Vladimirovna- PhD, deputy director for medical work Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4 Koroleva str., Obninsk, 249036, Russian Federation, e-mail: gameeva@yandex.ru , ORCID: 0000-0002-8509-4338, SPIN-код: 9423-7155

Zelenova Olga Vladimirovna - MD, PhD, Head of Health Technology Assessment Department Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Russia, Moscow, Dobrolubova str, 11, 127254 e-mail: zelenova@mednet.ru; ORCID 0000-0002-9297-275X

Abramov Sergey Ivanovich, chief specialist of Department of medical statistics in Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation. Dobrolyubova str. 11, Moscow, 127254, Russia. e-mail: abramov@mrdnet.ru, SPIN: 5970-2794.

Kostin Andrey Alexandrovich- chief freelance specialist oncologist of the Ministry of health of the Moscow region, MD, prof., corresponding member., head. Department of urology, Oncology and radiology of the faculty of advanced training of medical workers of the peoples 'friendship University of Russia, first Deputy General Director of the Federal state budgetary institution " NMIC of radiology " of the Ministry of health of Russia, Obninsk, Russian Federation, , 4 Koroleva str., Obninsk, 249036, Russian Federation, kostin@nmicr.ru, ORCID ID - 0000-0002-0792-6012.

Vladimir N. Yushchuk -Minister of health of the Sakhalin region, Karl Marx, 24, Yuzhno-Sakhalinsk, 693020, Russian Federation, e-mail: zdrav@sakhalin.gov.ru.

Статья получена: 27.04.2020 г.
Принята к публикации: 01.09.2020 г.