

УДК 616-006-083.2+614.253.5
DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-582-598

НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

К. Консон¹, И.И. Хайруллин², Д.В. Невзорова³, Л.А. Карасева⁴

¹Министерство здравоохранения Израиля, г. Беэр Шева

²Фонд Международного медицинского кластера, г. Москва

³ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва,

⁴ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

Введение (актуальность). Медицинские сестры играют важную роль в раннем выявлении и оценке недоедания онкологических пациентов и в их нутриционной поддержке, которая является частью целостной практики сестринского ухода. Целью сестринской поддержки является улучшение потребления пациентами питательных веществ и смягчение метаболических нарушений, снижение риска сокращения противоопухолевого лечения, стабилизация веса, минимизация неблагоприятных симптомов и повышение качества жизни.

Цель. Определить роль сестринского персонала в обеспечении нутриционной поддержки онкологических пациентов на всех уровнях заболевания.

Материалы и методы. В работе использованы рекомендации по питанию онкологических пациентов авторов статьи, по методике «Нутритивная поддержка» американских центров лечения онкологических пациентов, применялась методика Д.В. Невзоровой.

Результаты. Пациенты онкологического профиля, которым проводится своевременная, адекватная их потребностям, оптимальная по срокам проведения нутриционная поддержка, лучше справляются с проблемами, связанными с болезнью и лечением (симптомами, побочными эффектами), социальными и психологическими проблемами. Применение питательных смесей помогает поддерживать жизнедеятельность организма больного человека, что отражается на качестве его жизни.

Заключение. Нутриционная поддержка пациента с онкозаболеванием необходима, как с целью улучшения результатов специализированного лечения, так и с целью обеспечения максимально возможного качества его жизни и максимально возможного состояния физического и эмоционального комфорта для членов семьи.

Ключевые слова: нутриционная поддержка, медицинская сестра, онкологический пациент, неблагоприятные синдромы, качество жизни.

NUTRITIONAL SUPPORT OF CANCER PATIENTS IN THE PRACTICE OF NURSE

C. Konson¹, I.I. Khayrullin², D.V. Nevzorova³, L.A. Karaseva⁴

¹*Ministry of Health of Israel, Southern District, Beer Sheva*

²*Foundation of the International Medical Cluster, Moscow*

³*FGAOU VO "First Moscow State Medical University named after A.I. THEM. Sechenov" of the Ministry of Health of Russia, Moscow*

⁴*FSBEI HE "Samara State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Samara*

Introduction (relevance). Nurses play an important role in the early detection and evaluation of malnutrition in cancer patients and in their nutritional support, which is part of a holistic nursing practice. The goal of nursing support is to improve patient's nutritional intake and mitigate metabolic disturbances, reduce the risk of reducing anticancer treatment, stabilize weight, minimize adverse symptoms, and improve quality of life.

The purpose of the study is to define the role of nursing staff in providing nutritional support to cancer patients at all levels of the disease.

Materials and methods. The work used the recommendations on the nutrition of oncological patients of the authors of the article, according to the method of "Nutritive Support" of the American centers for the treatment of oncological patients, the method of D.V. Nevzorova.

Results. Cancer patients who receive timely, adequate to their needs, optimal nutritional support in terms of timing, better cope with problems associated with the disease and treatment (symptoms, side effects), social and psychological problems. The use of nutrient mixtures helps to maintain the vital activity of the body of a sick person, which affects the quality of his life.

Conclusions. Nutritional support for a patient with cancer is necessary both to improve the results of specialized treatment, and to ensure the highest possible quality of life and the highest possible state of physical and emotional comfort for family members.

Key words: nutritional support, nurse, cancer patient, adverse syndromes, quality of life.

Введение (актуальность). Медицинские сестры играют важную роль в раннем выявлении и оценкенедоедания онкологических пациентов и в их нутриционной поддержке, которая является частью целостной практики сестринского ухода. Целью сестринской поддержки является улучшение потребления пациентами питательных веществ и смягчение метаболических нарушений, снижение риска сокращения противоопухолевого лечения, стабилизация веса, минимизация неблагоприятных симптомов и повышение качества жизни.

Цель. Определить роль сестринского персонала в обеспечении нутриционной поддержки онкологических пациентов на всех уровнях заболевания.

Материалы и методы. В работе использованы рекомендации по питанию онкологических пациентов авторов статьи [8], по методике «Нутритивная поддержка» американских центров лечения онкологических пациентов [10], применялась методика Д.В. Невзоровой [2].

Результаты исследования и обсуждение. Связанные с онкологическими заболеваниями физиологические симптомы, а также психологический стресс, социальные и духовные потребности, возникающие в ходе болезни, серьезно влияют на жизнь пациента и его семьи. Различные виды лечения (химиотерапия, иммунотерапия, лучевая терапия, хирургическое вмешательство и другие противоопухолевые методы), могут приводить пациентов к множественным побочным эффектам (Таблица 1) [1].

Таблица 1

Изменения состояния пациентов, связанные с заболеваниями
и симптомами, вызванными лечением

<i>Физиологические изменения</i>	<i>Связанные с болезнью и лечением симптомы/побочные эффекты</i>	<i>Социальные/психологические/духовные причины</i>
Сенсорные нарушения	Химиотерапия и радиотерапия (лучевая) головы и области шеи: <ul style="list-style-type: none"> • изменение вкуса • ксеростомия • мукозит • боль • тошнота, рвота 	<ul style="list-style-type: none"> • сложности при покупке и приготовлении пищи • снижение аппетита • трудности жевания • некачественная пища • воспалительный процесс • недоедание • нехватка взаимодействия с окружением (с другими людьми) при приеме пищи
Изменения в ЖКТ	<ul style="list-style-type: none"> • диспепсия: диарея, дисфагия; • запор/кишечная непроходимость: антагонисты серотонина, опиаты; • химиотерапия: колит-илеит, диарея, мальабсорбция; • лекарства: антибиотики, антидепрессанты, антагонисты дофамина 	<ul style="list-style-type: none"> • социальная изоляция – одиночество • семейные конфликты • депрессия • тревожность • состояние стресса • экономическое состояние • нарушение инструментальной активности (iadt) • нарушение повседневной

Снижение физической активности	<ul style="list-style-type: none"> • слабость, связанная с онкологией и/или лечением; • артроз; • ожирение; • остеопения; • деменция; • саркопения 	активности (adl) <ul style="list-style-type: none"> • снижение мобильности • синдром онкологической кахексии и анорексии
Саркопения: снижение безжировой массы тела	<ul style="list-style-type: none"> • снижение физической активности; • синдром онкологической кахексии и анорексии; • хронические незлокачественные заболевания – ХОБЛ, ХСН, терминальная стадия почечной недостаточности 	

Переносимость рака, как системного, сложного и неоднородного заболевания, и результат лечения зависит от многих факторов, важным из которых является питание, независимо от того, является ли курс лечения для пациента лечебным или паллиативным, когда вмешательства, модифицирующие заболевание, недоступны. Развитие недостаточности питания сопровождается потерей массы тела, нарушениями физиологических функций, увеличением риска развития осложнений и часто приводят к ухудшению исхода заболевания.

Медицинские сестры играют жизненно важную роль в управлении питанием пациентов, обеспечивая как физическую, так и эмоциональную поддержку пациенту и членам его семьи. Нутриционная поддержка медицинскими сестрами должна оказываться ими в составе участвующей в лечении мультидисциплинарной команды, в которую помимо медсестер входят врачи, диетологи и другой медицинский персонал [2, 3].

Сестринская нутриционная поддержка осуществляется на всех уровнях заболевания и включает следующие действия [4]:

- скрининг и мониторинг состояния питания;
- оценка и облегчение тяжелых симптомов, связанных с питанием;
- советы пациентам и их семьям по снижению неблагоприятных симптомов;
- поощрение физической активности пациентов;

- эмоциональная поддержка пациентов и их родственников;
- выполнение назначений по клиническому питанию.

Первостепенное значение для пациентов имеет доверительное общение с медицинской сестрой и получение её клинической, психологической, социальной и духовной поддержки. Пациентам и лицам, осуществляющим уход, необходимо понимать важность проводимых вмешательств и принимать участие в их соблюдении.

Скрининг и мониторинг состояния питания должен быть включен в рутинный уход за пациентами и может выполняться медицинскими сестрами, подобно тому, как это предписано сестринским протоколом в случае ухода за пациентами старшего возраста [4, 5]. Медицинской сестре следует расспросить пациента о его индивидуальной ситуации с питанием, выявить признаки, которые способствуют снижению веса или препятствуют потреблению и усвоению питательных веществ, такие как снижение физической активности, тошнота или рвота, диарея, запор, боль, депрессия или социально-экономические проблемы, затрудняющие доступ к пище. При сестринском обследовании пациента должны задаваться вопросы о его социальном статусе: наличии постоянного дохода, жилищных условиях, наличии семьи, взаимоотношений с ближайшим окружением.

Не существует единого фактора, определяющего статус питания пациента, поскольку обычно действует сочетание клинических, аналитических, антропометрических и функциональных параметров. Из клинических параметров важным является расположение опухоли (более высокий риск для питания при раке пищеварительного тракта) и проводимое лечение.

Среди антропометрических показателей наиболее надежным показателем дефицита питания считается значительная потеря веса (10% за 6 месяцев или 5% за 3 месяца). Наиболее связанным с нутритивным статусом аналитическим параметром служит уровень альбумина. С целью скрининга и мониторинга недостаточности питания можно использовать:

- 1) принятые в учреждении опросники для выявления пациентов с риском развития недостаточности питания, среди которых могут быть: NRS-2002 (Nutritional risk screening), SGA (Subjective global assessment), ESMO (European Society for Medical Oncology) [5], а также MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) [6], MST (Malnutrition Screening Tool) [7];
- 2) антропометрические и лабораторные показатели для оценки имеющейся недостаточности питания.

Раннее выявление пациентов с недостаточным весом или недоеданием позволяет

улучшить пищевой статус пациента и избежать дополнительного ухудшения состояния. Оценка состояния питания пациента с анализом антропометрии и уровня альбумина, способствует направлению пациента с риском нарушения или уже страдающего от недоедания к специалисту по питанию (Таблица 2) [2, 5].

Таблица 2

Оценка степени питательной недостаточности

<i>Показатели</i>	<i>Недостаточность питания</i>		
	<i>Лёгкая</i>	<i>Средняя</i>	<i>Тяжёлая</i>
Альбумин, г/л	35-30	30-25	< 25
Общий белок, г/л	60-55	55-50	< 50
Лимфоциты, клеток в мл ³	1800-1500	1500-800	< 800
Дефицит массы тела (% от идеальной величины: рост -100)	10 - 20%	21-30 %	> 30 %
Индекс массы тела (кг/м ²)	19-17,5	17,5-15,5	<15,5

Мониторинг пищевого поведения пациента проводится при каждом осмотре и регистрируется в медицинской документации. Следует оценивать аппетит, режим питания и водный баланс, проводить периодическое взвешивание и контроль диуреза.

Оценка и облегчение тяжелых симптомов, испытываемых онкологическими пациентами и влияющих на их способность и желание принимать пищу, является важной задачей медицинской сестры. К подобным симптомам относятся: проблемы с пищеварением, тошнота и рвота, дисфагия (расстройство глотания), ксеростомия (сухость во рту), мукозит и язвы во рту, изменения вкуса и запаха, потеря веса [8, 9, 10]. Рекомендации по питанию при таких симптомах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Диетические рекомендации в зависимости от симптомов воздействия на питание

<i>Симптомы</i>	<i>Рекомендации по питанию</i>
Потеря аппетита, анорексия	<ul style="list-style-type: none"> • сведение к минимуму усилий, связанных с питанием, предпочтение небольшим и частым перекусам высококалорийной и белковой пищей (арахисовое масло, оливковое масло, авокадо, молочные коктейли, смузи и супы, джемы, мед, майонез и пр.) в течение дня; • могут быть полезны высококалорийные жидкие блюда;

Изменения вкуса и запаха	<ul style="list-style-type: none"> ● регулирование диеты в соответствии с новыми вкусовыми предпочтениями и исключение продуктов, которые могут вызывать отвращение, например, продуктов с сильным запахом (жареное мясо, рыба); ● предпочтение продуктам с умеренным вкусом, холодные продукты, как правило, менее пахнут; ● для усиления вкуса можно использовать соль, травы, специи и приправы.
Тошнота и рвота	<ul style="list-style-type: none"> ● частый прием пищи небольшими порциями (мягкие продукты, такие как желе, бульоны, пудинги, каши, естественные средства от тошноты – чай, леденцы или жевательные конфеты из имбиря и мяты); ● часто тошнота возникает, когда в желудке нет еды, этому может помочь питание небольшими порциями в течение дня, примерно, каждые два часа; ● потребление жидкости в течение дня, например, имбирного напитка, бульона, чая или прохладной воды (менее пахучие и холодные жидкости могут переноситься лучше, чем горячие); ● успокаивающее действие от тошноты возможно при вдыхании запаха имбиря или перечной мяты.
Мукозит полости рта, ксеротомия, боль	<ul style="list-style-type: none"> ● предпочтение продуктов комнатной температуры и исключение горячих блюд и напитков, холодные продукты и жидкости могут быть более приятными; ● включение в рацион мягкой, теплой, не раздражающей пищи (мясо на пару, салаты с провернутым мясом и птицей, запеканки, суфле, пудинги, творог, йогурты, каши, супы-пюре и бульоны с минимальным количеством соли, перца); ● исключение кислых фруктов и цитрусовых, так как они могут усилить раздражение слизистой оболочки полости рта; ● исключение твердой пищи, которая может повредить оболочку полости рта (орехи, твердые фрукты, корки, твердая выпечка); ● включение в рацион высокобелкового, высокоэнергетического, богатого омега-3 питания (доза подбирается диетологом индивидуально), пить через трубочку, маленькими глотками, между приемами пищи в течение 15-20 мин.; ● увеличение потребления жидкости (прохладной воды) в том числе, во время еды и посасывание кубиков льда или леденцов, жевательной резинки без сахара, чтобы увлажнить пищу и избежать обезвоживания.

Диарея	<ul style="list-style-type: none">● исключение молочных и жирных продуктов, а также –содержащих кофеин или алкоголь;● пациентам с легкой диареей (менее четырех дефекаций в день) питание продуктами, содержащими мало клетчатки, что может сделать стул более плотным (бананы, рис, тосты), чтобы уменьшить количество стула;● принимать твердую пищу небольшими частыми приемами (около 6 раз в день);● избегать обезвоживания и нарушения жидкостного баланса, потребляя до 3-х литров жидкости в день.
Запор	<ul style="list-style-type: none">● ежедневное употребление в пищу продуктов с высоким содержанием клетчатки и пробиотических добавок;● достаточное количество жидкости: 8-10 стаканов в день (вода, сливовый сок, теплые соки, чай, лимонады);
Дисфагия	<ul style="list-style-type: none">● измельчение и увлажнение пищи (добавление сливок, подливки или соуса), что позволяет добиться необходимого объема для облегчения проглатывания;● избегание продуктов смешанной консистенции и добавление в вязкую пищу загустителя для предотвращения удушья;● прохождению по пищеводу можно способствовать путем мелкого измельчения и погружения продуктов в жидкости (напитки, подливы или соусы);● мерами предосторожности могут быть хорошо пережеванная пища и частое питание небольшими порциями.

При потере аппетита и для снижения возникающей усталости/слабости могут быть рекомендованы продукты с высоким содержанием белка и калорий, перекусы в течение дня вместо обильных приемов пищи и соблюдение баланса жидкости.

Изменения вкуса и запаха могут быть вызваны лечением и используемыми лекарствами: пациент может почувствовать в пище больше горького, металлического или прогорклого вкуса, сладости могут казаться кислыми; в связи с этим можно рекомендовать прохладное питание в соответствии с новыми вкусовыми предпочтениями. При проблемах с металлическим привкусом может помочь использование не металлической, а пластиковой посуды.

Тошнота и рвота – одни из самых неприятных побочных эффектов, с которыми сталкиваются онкологические пациенты. Полезной считается предварительная оценка факторов риска, таких как предыдущий опыт тошноты-рвоты (тошнота-рвота в анамнезе во время беременности, морская болезнь, анамнез алкоголизма). Для снижения этих симптомов

полезны диетические рекомендации. По назначению врача показан прием противорвотных препаратов перед едой. Кроме противорвотных препаратов возможны немедикаментозные вмешательства, такие как иглоукалывание, точечный массаж. Полоскание рта до и после еды и отказ от каких-либо действий в течение как минимум часа после кормления могут облегчать симптомы. Необходимо следить за обезвоживанием: это особенно важно, если у пациента сильная рвота и потеря жидкости.

Мукозит полости рта и боль – это состояние, при котором полость рта и слизистая пищеварительной системы опухают и раздражаются. Мукозит, вызванный химиотерапией и лучевой терапией, является одним из самых изнурительных и проблемных побочных эффектов онкологических заболеваний. При этом пациент может испытывать боль, поэтому наличие мукозита может повлиять на пищевой статус пациента.

Ксеростомия (сухость во рту из-за уменьшения или отсутствия слюноотделения) также может быть симптомом/побочным эффектом облучения головы и шеи или действием лекарств. Сухость во рту проявляется по-разному: чувство жажды, утрата способности ощущать вкус, вязкая или густая слюна, язвы во рту и трещины в уголках рта или на губах (в том числе, из-за неподходящих зубных протезов), ощущение боли. Симптомы сухости во рту, мешающие пациенту есть или пить, могут привести к недоеданию или обезвоживанию.

При невозможности питания через рот – решать вопрос с врачом об искусственном питании.

Диарея может быть вызвана, например, химиотерапией, таргетной терапией, иммунотерапией или облучением области таза. Диарея определяется как увеличение объема жидких фекалий, что приводит к нескольким дефекациям в день и может сопровождаться спазмами в животе или газами. Соблюдая диетические рекомендации, после консультации с врачом можно принимать противодиарейные лекарства. Продолжительная диарея может вызвать у пациента перианальное воспаление и раздражение. Для соблюдения тщательной гигиены рекомендуется советовать пациентам использование влажной туалетной бумаги или детских салфеток. Принятие тазобедренной ванны и/или нанесение водоотталкивающей мази также могут успокоить пораженный участок.

Запор может часто возникать при онкологических заболеваниях и в процессе их лечения. Потенциальными причинами запора могут быть наличие опухоли в брюшной полости или в тазу и определенные виды лечения, такие как опиоиды для снятия боли или химиотерапия. Некоторые лекарства, используемые для лечения депрессии, часто сопровождающей диагноз рака, также могут вызывать запор. Важны адекватное потребление

жидкости и клетчатки, направленные на предотвращение обезвоживания, и регулярная физическая активность (по возможности ежедневные прогулки). Если меры предосторожности неэффективны и запор остается проблемой (отсутствие стула в течение трех дней), то наряду с продолжением диетической терапии и физической активности, после консультации с врачом возможен прием соответствующих лекарств (слабительные, увеличение объема размягчителей стула, стимуляция перистальтики кишечника), а в сложных случаях можно использовать клизму.

Дисфагия означает либо трудность, которую человек может испытывать во время первичных фаз глотания (обычно описываемую как «орофарингеальная дисфагия»), либо ощущение того, что пища или жидкость блокируются во время прохождения от рта до желудка (обычно описываемое как «пищеводная дисфагия»). Признаками нарушения глотания могут быть: затрудненное жевание и глотание, истечение слюны и пищи из полости рта вовремя еды или регургитация в полость носа, кашель во время еды или питья, чувство нехватки воздуха (удушьё).

В тяжелых случаях, когда, несмотря на вмешательства, питание через рот остается неадекватным, по назначению врача применяется искусственное лечебное питание [11].

Советы пациентам и их семьям по снижению неблагоприятных симптомов входят в круг обязанностей медицинской сестры онкологического профиля. До сведения пациентов и их родственников должна доводиться информация по правильному «диетическому» поведению во время лечения, которая содержит следующие рекомендации:

- исключить алкоголь и курение;
- соблюдать гигиену полости рта, при этом: зубная щетка должна быть достаточно мягкой, чтобы исключить травмирование десны; использовать зубные пасты на натуральной основе, исключить в их составе лаурилсульфат натрия, который считается веществом, раздражающим кожу; пользоваться зубной нитью или ирригаторами для водяной очистки межзубных промежутков;
- при наличии у пациента зубных протезов убедиться, что они используются и при использовании не причиняют неудобств;
- при оказании помощи с кормлением выражать поддержку пациенту – помочь сесть удобнее, держать за руку;
- полоскать рот по 3-5 мин каждые 2-3 часа не менее 8 раз в день, используя стоматофит, мирамистин, пищевую соду, отвары трав – ромашки, шалфея, коры дуба, зверобоя;

- с первого дня химиотерапии, между полосканиями, использовать для смазывания слизистой оболочки полости рта и, появившихся язвочек, облепиховое масло, солкосерил, актовегин;
- по назначению врача пациентам с кахексией или тяжелым недоеданием может потребоваться доставка питательных веществ искусственным путем.

Поощрение физической активности пациентов сестринским персоналом помогает пациентам справляться с болезнью и лечением, поскольку умеренные физические нагрузки снижают риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, вызываемые действием некоторых химиотерапевтических препаратов и лучевой терапии [12].

Физическая активность способствует укреплению мышечного тонуса и повышению выносливости, уменьшению таких побочных эффектов химиотерапии, как рвота и тошнота, улучшению аппетита, пищеварения и сна, уменьшению (неприятной для многих) зависимости от других людей при выполнении простых повседневных задач.

Пациентам полезно комбинировать упражнения, усиливающие выносливость организма (велотренажер, ходьба) и гимнастику (упражнения на координацию и растяжку), занимаясь примерно по полчаса в день или в течение 3-10 минут. Физические нагрузки противопоказаны при появлении отеков, одышки, головокружения и/или помутнения зрения, наличия болей.

Эмоциональная поддержка пациентов и их родственников является важным компонентом работы медицинских сестер [1]. Эмоциональная и психосоциальная поддержка является частью пациент-ориентированного подхода, позволяющего пациентам получать помощь у тех, кто за ними ухаживает. Отношения медицинских сестер с пациентами должны быть основаны на доверии, открытости и честности, понимании, участии, уважении, установлении общих целей. Ложная надежда на излечение, когда излечение невозможно, в конечном итоге может быть источником сожаления, поскольку она может помешать пациентам и их семьям принять разумные решения в отношении лечения и образа жизни. Пациенты и их семьи ценят сестринское вмешательство, которое поддерживает физический комфорт, а также предоставляет понятную и запоминающуюся медицинскую информацию, советы.

Снижение веса влияет на пациента не только физически, но и психологически. Пациенты могут осознавать изменяющийся облик своего тела, что часто приводит к депрессии, тревоге и к конфликтам из-за еды между членами семьи, которые могут быть разрушительными

и напрямую влияют на качество жизни пациентов. Цели питания меняются на разных стадиях болезни пациента. На ранних стадиях, во время лечения, необходимо сестринское вмешательство в питание, чтобы помочь пациентам справиться с метаболическими потребностями болезни, предотвратить инфекцию, восстановить ткани и улучшить общее самочувствие. К концу жизни цель состоит в том, чтобы уменьшить дискомфорт, связанный с едой, и исключить конфликт относительно минимального потребления пищи пациентом, в результате которого некоторые родственники захотят принудительно кормить пациента. Принуждение пациента к еде не позволяет ему жить дольше или чувствовать себя сильнее, но может вызвать у него дискомфорт, привести к аспирации и ухудшить состояние.

Важным является информирование о существовании множества факторов, не зависящих от пациента, относительно того, почему возникает усвоенное отвращение к еде и того, что кахексия является ожидаемой частью прогрессирования рака в терминальной стадии. Диетическое вмешательство не предотвратит неизбежное, а осознание этого родственниками позволяет переключить их энергию с питания на другие виды деятельности по уходу (присутствие у постели больного, полоскание рта, держание за руку, разговор).

Медицинские сестры, действуя с сочувствием, пониманием и успокоением, способствуют положительным психологическим результатам для пациентов, поддерживая надежду на лучшее качество жизни, на духовное благополучие, основанное на религиозных верованиях или на пробуждающемся стремлении к духовному комфорту.

Выполнение назначений по клиническому питанию включает фармакологическую помощь для снижения неблагоприятных симптомов, связанных с пищеварением, таких как тошнота, рвота, мукозит или ксеростомия [11]. Медицинская сестра должна объяснять пациентам и родственникам назначение и порядок приема лекарств. Сестринские вмешательства, направленные на контроль выполнения рекомендаций диетолога, клинического фармаколога и других специалистов, которые определяют питание пациента, способствуют воспитанию оптимизма и улучшению качества жизни пациента в период выживания.

Если ожидаемая продолжительность жизни онкологических пациентов составляет период от нескольких месяцев до нескольких лет, их нутритивный статус может поддерживаться с целью сохранения толерантности к противоопухолевым препаратам, в том числе в случаях, когда оральное питание становится невозможным. При этом может использоваться:

- энтеральное питание – доставка искусственного жидкого питания непосредственно в

кишечник через зонд;

- парентеральное питание – введение питательных веществ в кровотоки внутривенно (в / в).

Решение о маршруте, содержании и контроле нутриционной поддержки принимается специалистами совместно с учетом мультидисциплинарного подхода.

При энтеральном кормлении зонд вводится прямо в кишечник. Гастростомическая трубка в желудок или кишечнику устанавливается хирургическим путем через разрез в передней брюшной стенке. Назогастральный зонд вводится через нос в желудок. Установку назогастрального зонда может выполнять специально обученная онкологическая медицинская сестра. Необходимо следить за переносимостью пациентом кормления и сообщать врачу, если у пациента отмечаются болезненные ощущения, напряженность живота или рвота. Пациент должен находиться в вертикальном положении не ниже тридцати градусов, чтобы свести к минимуму риск срыгивания и аспирации, и должен оставаться в вертикальном положении в течение 30-60 минут после кормления. Необходимо ежедневно чистить зубы, десны и язык пациента. Губы следует регулярно увлажнять (искусственная слюна, ледяная крошка) и, при необходимости, смазывать вазелином, чтобы предотвратить растрескивание. Область разреза в передней брюшной стенке необходимо ежедневно осматривать на предмет покраснения, отека, некроза или гнойного отделяемого, а также ежедневно очищать кожу.

Парентеральное кормление устанавливает медицинская сестра, имеющая специальную подготовку, при этом за пациентом необходимы регулярные клинические наблюдения и анализы крови для проверки уровня кальция, сахара, натрия и других веществ в крови. Тесты помогают определить, сколько каждого питательного вещества необходимо пациенту для внутривенного питания. Также необходимы регулярные записи артериального давления, пульса и температуры, а также тщательный учет баланса жидкости. Медицинская сестра должна помнить о цели ухода. Для неизлечимо больных пациентов она может помочь оценить преимущества и риски продолжения искусственного питания и помочь разобраться в этических вопросах, таких как необходимость продолжать искусственное питание и другие меры, продлевающие жизнь.

Прекращение искусственного питания является моральным императивом, если его продолжение не принесет реальной пользы пациенту или может вызвать клинические осложнения, а также когда пациент находится в терминальной стадии (последние дни / часы жизни).

Заключение. Таким образом, качество ухода медицинских сестер за паллиативными пациентами в значительной степени определяется их вниманием и действиями, направленными на снижение возникающих при лечении неблагоприятных симптомов, связанных с питанием. Нутриционная поддержка необходима на всех этапах терапии онкологического больного, включая оказание паллиативной медицинской помощи, с целью улучшения результатов специализированного лечения и обеспечения пациенту и его семье максимально возможного состояния физического и эмоционального комфорта.

Список литературы

1. Cotogni P., Stragliotto S., Ossola M., Collo A., Riso S. and on behalf of the Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer, The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*.2021 Jan 22;13(2):306. <https://doi.org/10.3390/nu13020306>
2. Nutritional support. Cancer Treatment Centers of America Available at: URL: <https://www.cancercenter.com/integrative-care/nutritional-support> Accessed at:11/24/2021
3. Невзорова Д.В., Луфт В.М., Лейдерман И.Н. и др. Нутритивная поддержка и регидратация взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2021 https://palliativemed.sechenov.ru/upload/iblock/cb5/x2b5e7ghfzyoyuv8uvlqp4_wtrlbt47kn.pdf
4. Oberholzer R., Hopkinson J.B., Baumann K. et al. Psychosocial Effects of Cancer Cachexia: A Systematic Literature Search and Qualitative Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012, Volume 46, Issue 1, 77-95 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.020>
5. Xu X., Parker D., Ferguson C., Hickman L. Where is the nurse in nutritional care? *Contemporary Nurse*, 2017 53:3, 267-270, <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1370782>
6. Шарашкина Н.В., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н. Сестринский протокол: Оценка состояния питания и синдром мальнутриции. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020;1:93-97. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-93-97>
7. Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В. и др. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных. *Злокачественные опухоли*.2016.№4;С. 434–450 – [Электронный источник]. – URL: <https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2016/40.pdf> Дата обращения:24.11.2021
8. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) Available at: URL: https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf Accessed at: 11/24/2021

9. Malnutrition Screening Tool (MST) Available at: URL: <https://sscbc.ca/sites/default/files/SPH%20Malnutrition%20Screening%20Tool%20%28MST%29%20pdf%20%28ID%20315681%29.pdf> Accessed at:11/24/2021

10. Liposits G., Orrevall Y., Kaasa S. et. al. Nutrition in Cancer Care: A Brief, Practical Guide with a Focus on Clinical Practice//JCOOncology Practice 17, no. 7 (July 01, 2021) e992-e998 <https://doi.org/10.1200/OP.20.00704>

11. Muscaritoli M., Arends J., Bachmann P. et. al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition 2021, Volume 40, Issue 5, 2898–2913 <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>

12. Лечебная физкультура. Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова Министерства здравоохранения Российской Федерации – [Электронный источник]. – URL: <https://www.niioncologii.ru/departments/rehab-methods/physical-training>

References

1. Cotogni P., Stragliotto S., Ossola M., Collo A., Riso S. and on behalf of the Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer, The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. Nutrients.2021 Jan 22;13(2):306. <https://doi.org/10.3390/nu13020306>

2. Nutritional support. Cancer Treatment Centers of America Available at: URL: <https://www.cancercenter.com/integrative-care/nutritional-support> Accessed at:11/24/2021

3. Nevzorova D.V., Luft V.M., Leiderman I.N. et al. Nutritional support and rehydration for adults in need of palliative care [Nutritivnaya podderzhka i regidrataciya vzroslyh, nuzhdayushchihsya v palliativnoj medicinskoj pomoshchi]. Guidelines, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow [Ministerstvo zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii, Moskva].2021 https://palliativemed.sechenov.ru/upload/iblock/cb5/x2b5e7ghfzyoyuv8uvlqp4_wtrlbt47kn.pdf (In Russian)

4. Oberholzer R., Hopkinson J.B., Baumann K. et al. Psychosocial Effects of Cancer Cachexia: A Systematic LiteratureSearch and Qualitative Analysis. Journal of Pain and Symptom Management 2012 Volume 46,Issue 1,77-95 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.020>

5. Xu X., Parker D., Ferguson C., Hickman L. Where is the nurse in nutritional care? Contemporary Nurse, 2017 53:3, 267-270, <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1370782>

6. Sharashkina N.V., Runikhina N.K., Tkacheva O.N. Nursing protocol: Assessment of nutritional status and malnutrition syndrome [Ocenka sostoyaniya pitaniya i sindrom mal'nutricii].

Russian journal of geriatric medicine [Rossijskij zhurnal geriatricheskoj mediciny].2020; 1:93-97.
<https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-93-97> (In Russian)

7. Snegovoy A.V., Besova N.S., Veselov A.V. Practical recommendations for nutritional support in cancer patients [Prakticheskie rekomendacii po nutritivnoj podderzhke u onkologicheskikh bol'nyh]. Malignant tumors [Zlokachestvennye opuholi].2016. No. 4; pp. 434–450 – [Electronic source]. – URL: <https://www.rosoncweb.ru/standards/RUSSCO/2016/40.pdf> Date of access: 11/24/2021 (In Russian)

8. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) Available at: URL: https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf Accessed at: 11/24/2021

9. Malnutrition Screening Tool (MST) Available at: URL: <https://sscbc.ca/sites/default/files/SPH%20Malnutrition%20Screening%20Tool%20%28MST%29%20pdf%20%28ID%20315681%29.pdf> Accessed at:11/24/2021

10. Liposits G., Orrevall Y., Kaasa S. et. al. Nutrition in Cancer Care: A Brief, Practical Guide with a Focus on Clinical Practice//JCOOncology Practice 17, no. 7 (July 01, 2021) e992-e998
<https://doi.org/10.1200/OP.20.00704>

11. Muscaritoli M., Arends J., Bachmann P. et. al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition 2021, Volume 40, Issue 5, 2898–2913
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>

12. Therapeutic exercise [Lechebnaya fizkul'tura]. National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov of the Ministry of Health of the Russian Federation [Nacional'nyj medicinskij issledovatel'skij centr onkologii imeni N.N. Petrova Ministerstva zdravooxraneniya Rossijskoj Federacii]- [Electronic source]. – URL: <https://www.niioncologii.ru/departments/rehab-methods/physical-training> (In Russian)

Сведения об авторах

Консон Клаудиа – кандидат медицинских наук, высококвалифицированный специалист по гериатрии, паллиативной помощи и долговременному уходу Министерство здравоохранения Израиля, Южный округ, Беэр Шева, А-Тиква, 4, e-mail: claudia.konson@gmail.com, ORCID 0000-0002-8451-6180; SPIN: 6793-7106

Хайруллин Ильдар Индусович – генеральный директор Фонда Международного медицинского кластера, 121205, г. Москва, бульвар Большой, 46, e-mail: edu@mimc.global, ORCID 0000-0002-6182-915X; SPIN: 6764-8477

Невзорова Диана Владимировна – директор ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, e-mail: nevzorova_d_v@staff.sechenov.ru, ORCID 0000-0001-8821-2195, SPIN: 6934-4353

Карасева Лариса Аркадьевна – доктор медицинских наук, профессор, директор Института сестринского образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89, e-mail: l.a.karaseva@samsmu.ru, ORCID 0000-0003-3999-9731; SPIN: 4744-0545

About the authors

Konson Claudia – PhD, highly qualified specialist in geriatrics, palliative care and long-term care Israeli Ministry of Health, Southern District, Beer Sheva, HaTikva, 4, e-mail: claudia.konson@gmail.com, ORCID 0000-0002-8451-6180; SPIN: 6793-7106

Khairullin Ildar Indusovich – General Director of the International Medical Cluster Foundation, 121205, Moscow, Bolshoi Boulevard, 46, e-mail: edu@mimc.global, ORCID 0000-0002-6182-915X; SPIN: 6764-8477

Nevzorova Diana Vladimirovna – Director of the Federal Research and Practical Center for Palliative Care FGAEI HE “First Moscow State Medical University named after I.I. THEM. Sechenov” of the Ministry of Health of Russia, 119991, Moscow, st. Trubetskaya, 8, e-mail: nevzorova_d_v@staff.sechenov.ru, ORCID 0000-0001-8821-2195, SPIN: 6934-4353

Karaseva Larisa Arkadievna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Institute of Nursing Education, Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, 443099, Samara, st. Chapaevskaya, 89, e-mail: l.a.karaseva@samsmu.ru, ORCID 0000-0003-3999-9731; SPIN: 4744-0545

Статья получена: 01.09.2022 г.
Принята к публикации: 29.12.2022 г.