

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З
КАХЕКСІЄЮ

2024

Загальна частина

Даний стандарт медичної допомоги не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо лікувального харчування пацієнтів дорослого віку з онкологічними захворюваннями

Назва діагнозу: Злоякісні новоутворення

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: Кахексія (R64)

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Швець Олег Віталійович	завідувач кафедри громадського здоров'я та нутриціології Національного університету біоресурсів і природокористування України, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», секретар голови робочої групи;
Лісний Іван Іванович	завідувач науково-дослідного відділення анестезіології та інтенсивної терапії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Павлик Сергій Володимирович	завідувач відділення дитячої онкології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Анохіна Галина Анатоліївна	професор кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика;
Федяєва Світлана Іванівна	асистент кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Рецензенти:

Скрипник Ігор Миколайович	проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Полтавського державного медичного університету, президент громадської організації «Українська гастроентерологічна асоціація»;
Шадрін Олег Геннадійович	завідувач відділенням проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України».

Дата оновлення стандартів – 2029 рік.

Перелік скорочень

ЕВСС	енергетичні витрати у стані спокою
ЕП	енергетичні потреби
ЕХ	ентеральне харчування
ЗЕВ	загальні енергетичні витрати
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІМТ	індекс маси тіла
КМП	клінічний маршрут пацієнта
ЛХ	лікувальне харчування
НГЗ	назогастральний зонд
ПДХ	пероральне додаткове харчування
ПХ	парентеральне харчування
СВГ	синдром відновленого годування
УІСМ	універсальний інструмент скринінгу мальнутриції
ЧЕГ	черезшкірні ендоскопічні гастростоми
ШКТ	шлунково-кишковий тракт

Розділ I. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із кахексією

1. Положення стандарту медичної допомоги

СМД призначений для лікарів загальної практики-сімейної медицини, терапевтів, педіатрів, онкологів, хірургів-онкологів, анестезіологів, хіміотерапевтів, онко-гематологів, гастроентерологів, нефрологів, лікарів-дієтологів, дієтологів, середнього медичного персоналу для організації надання медичної допомоги та покращення результатів лікування хворих шляхом оптимізації комплексної терапії та лікувального харчування.

2. Обґрунтування

Кахексія, сутністю якої є виснаження жирових запасів організму, втрата загальної і м'язової маси тіла є поширеним ускладненням важких форм багатьох гострих і хронічних захворювань. Зокрема, до половини всіх пацієнтів з пізніми стадіями раку страждають на кахексію. Подібне виснаження енергетичних та поживних ресурсів організму становить безпосередню загрозу виникнення ускладнень, небезпечних для життя хворої людини.

Терапевтичні інтервенції включають коригування лікування основного захворювання для поліпшення засвоєння та метаболізму нутрієнтів для кращого забезпечення енергією, поживними речовинами та анаболічними стимулами, а також комплексну підтримку щодо усунення дисфункцій, пов'язаних з емоційними та соціальними аспектами харчування. Нутритивні та метаболічні втручання варіюються від консультування з метою оптимізації дієти до фармакологічних засобів, ентерального (ЕХ) і парентерального харчування (ПХ).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Наявні затверджені на рівні ЗОЗ документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасної діагностики та лікування пацієнтів з кахексією.

2) Наявний розроблений та задокументований індивідуальний план обстеження, лікування та спостереження узгоджений з пацієнтом, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта з кахексією.

Бажані:

4) У ЗОЗ, де надають медичну допомогу хворим з кахексією, здійснюється розміщення та поширення інформаційних матеріалів стосовно проявів патологічного стану, профілактики його виникнення та прогресування; за запитом пацієнтів та членів сім'ї/особи, яка здійснює догляд, надаються посилання на надійні джерела для отримання додаткової інформації.

Розділ II. Діагностика

1. Положення стандарту

Пацієнти з важкими формами захворювань, які зумовлюють високий ризик мальнутриції та кахексії, повинні підлягати скринінгу мальнутриції відповідно до УІСМ або іншого аналогічного інструменту.

Втрата понад 5% ваги за попередні шість місяців та наявність трьох з п'яти таких ознак, як втома, анорексія, зменшення м'язової сили та м'язової маси, а також системних ознак запалення, визначають високу ймовірність наявності кахексії.

Згідно з визначеним ступенем ризику погіршення нутритивного статусу визначається періодичність його оцінки (Додаток 1).

2. Обґрунтування

Зниження маси тіла з одночасним виснаженням жирових запасів і м'язової маси часто розвиваються у пацієнтів із важкими формами хронічних захворювань та на пізніх стадіях онкологічних захворювань. Погіршення забезпечення нутрієнтами, розлади метаболічних процесів, які призводять до системного запалення та активації катаболізму внаслідок низки патофізіологічних механізмів, можуть призвести до втрати ваги на фоні одночасного впливу комплексу факторів, включаючи обмеження або повне припинення споживання їжі, зниження фізичної активності та виключення пов'язаних з нею анаболічних ефектів.

Кахексія може розвиватися поступово, тому виділяють її ранні фази без помітної втрати маси тіла та прогресуючі стадії із вираженими ознаками мальнутриції.

Найбільш поширеними проявами розладів травлення у пацієнтів з кахексією є анорексія та раннє насичення, нудота, здуття живота, спотворення смаку, ксеростомія, дисфагія та запор. Крім того, можуть виникати інші вторинні симптоми - прояви недостатнього харчування, такі як задишка, сильна втома тощо.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Для виявлення кахексії або ризику кахексії в усіх пацієнтів, які лікуються амбулаторно, госпіталізуються до ЗОЗ, знаходяться у будинках догляду, проводиться оцінка ризику порушень нутритивного статусу за методологією та із застосуванням інструментів, що наведені у додатках 1, 2 до цього Стандарту.

2) З метою виявлення ранніх стадій порушення нутритивного статусу проводиться регулярна оцінка споживання їжі, зміни ваги та ІМТ, починаючи від встановлення діагнозу захворювань, які супроводжуються високим ризиком мальнутриції та кахексії відповідно до додатку 3 цього Стандарту.

3) У пацієнтів з ознаками мальнутриції та кахексії, або при високому ризику цих станів проводиться скринінг на наявність дисфагії та її лікування, а також проводиться заохочування та навчання пацієнтів щодо того, як

підтримувати їхню функцію ковтання під час ентерального харчування (далі - ЕХ).

4) Для пацієнтів з патологічними результатами скринінгу порушення нутритивного статусу застосовується зазначений у додатку 1 алгоритм моніторингу та планування дієтичних інтервенцій.

5) Діагноз мальнутриції, оцінка її важкості базуються на визначенні критеріїв, наведених у додатку 2. Наявність саркопенії підтверджується вираженою втратою м'язової маси та функціональної рухової спроможності – сила рукостискання, вставання зі стільця, хода, підйом по сходах. Ризик кахексії збільшується при наявності активного системного запалення.

Розділ III. Лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ведення пацієнтів з кахексією передбачає індивідуальний комплексний мультидисциплінарний підхід на основі своєчасного виявлення об'єктивних ознак недостатності харчування (мальнутриції) з метою невідкладного запровадження інтервенцій, спрямованих на стабілізацію метаболічних процесів та сприяння відновленню нутритивного статусу.

Доцільність модифікації дієти, збільшення споживання харчових продуктів з метою поліпшення забезпечення пацієнта енергією та поживними речовинами має бути визначена ще до появи ознак мальнутриції.

Загальноприйнятною є практика нутритивної підтримки із включенням консультації дієтолога, лікаря-дієтолога або іншого фахівця із профільною освітою та досвідом з приводу харчування. Рекомендації мають включати інтервенції для кращого контролю симптомів, заохочення до споживання високобілкової та висококалорійної їжі та напоїв, які добре засвоюються.

2. Обґрунтування

Клінічні прояви, показники об'єктивних, лабораторних та інструментальних тестів у пацієнтів з кахексією динамічно змінюються протягом траєкторії захворювання; зміни компенсаторних можливостей організму та характеру метаболізму, а також погіршення фізичної працездатності є важливими терапевтичними мішенями для пацієнтів, які проходять лікування раку та інших хронічних захворювань, які перебігають на фоні мальнутриції, разом з тим, вони втрачають свою важливість ближче до кінця життя.

Проте виснажливі симптоми необхідно лікувати та полегшувати, наскільки це можливо, протягом життя кожного пацієнта із залученням членів його/її сім'ї та осіб, які здійснюють догляд.

Вихідна оцінка нутритивного статусу, розроблення індивідуальних комплексних та послідовних дієтичних інтервенцій, моніторинг їхнього дотримання та інтервенцій є провідною стратегією ведення пацієнтів з мальнутрицією (додатки 4 та 5).

Споживання їжі може бути порушено внаслідок впливу багатьох факторів та вторинних симптомів, що впливають на харчування, деякі з яких можуть

ефективно лікуватися. Якщо після пом'якшення цих факторів споживання їжі залишається недостатнім, слід розпочати нутритивні втручання.

Порівняно із поліпшенням забезпечення енергією та поживними речовинами за допомогою нутритивних втручань, модулювання метаболічних порушень є більш складним процесом. Розвиток інсулінорезистентності та анаболічної резистентності погіршує підтримку м'язової маси всього тіла. Таким чином, втручання для зменшення катаболізму та збільшення анаболічних шляхів метаболізму включають забезпечення достатньої кількості енергії та білків; тренування м'язів; фармакологічні засоби для підвищення апетиту, зменшення системного запалення та стимулювання росту м'язів; і психосоціальні взаємодії для полегшення дистресу.

Нутритивна підтримка та фізіотерапія можуть бути запропоновані індивідуально з ретельним моніторингом індивідуальних цілей та якості життя. Впродовж останніх тижнів життя дуже важливо полегшити страждання, пов'язані з харчуванням, а також страждання, пов'язані із втратою маси тіла. Необхідно розглянути підходи, які дозволяють подолати страждання, пов'язані з наближенням смерті та співчутливе спілкування з пацієнтом і родиною.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Кожному пацієнту з кахексією слід запропонувати інтервенції з метою або покращення, або полегшення наслідків кахексії.

2) Лікування кахексії вимагає мультимодального підходу, спрямованого на полегшення симптомів, що впливають на споживання їжі, забезпечення адекватного споживання енергії, надходження та засвоєння поживних речовин, мінімізацію катаболічних змін, підтримку тренування м'язів і надання психологічної та соціальної підтримки.

3) Під час протипухлинного або іншого лікування та пацієнтам із очікуваною тривалістю життя більше кількох 3-6 місяців рекомендуються втручання як для протидії погіршенню ресурсів організму та метаболізму, так і для полегшення виснажливих симптомів.

4) Якщо очікувана виживаність становить менше кількох 3-6 тижнів, рекомендується зосередитись на втручаннях проти кахексії, спрямованих на полегшення виснажливих симптомів, таких як спрага, нудота, блювання та дисфагія, а також психологічного та екзистенціального страждання та страждання членів родини (додаток 5).

5) У ситуаціях, коли важко прийняти рішення щодо відповідної стратегії втручання проти кахексії, можна розглянути попереднє втручання впродовж обмеженого періоду, щоб оцінити ймовірність покращення.

6) Нутритивна підтримка пацієнтів, які можуть споживати їжу, повинна ґрунтуватися на консультаціях щодо дієти, рекомендаціях щодо вибору високоенергетичних продуктів з високим вмістом білка, збагачення їжі (наприклад, шляхом додавання жиру/олії, білкового порошку) та використання перорального додаткового харчування (далі - ПДХ).

7) Якщо це виявляється недостатнім, слід запропонувати годування через зонд (ентеральне харчування), якщо нижня частина шлунково-кишкового тракту функціонує, в іншому випадку парентеральне харчування є методом вибору. Окремі способи годування можна комбінувати для досягнення оптимального ефекту. Варіанти нутритивних інтервенцій наведені у додатку 5 до цього Стандарту.

8) Пацієнтів із кахексією внаслідок значного обмеження харчування, або повного голодування, в яких ІМТ становить 14,0 - 15,0 кг/м² і нижче, доцільно госпіталізувати. У таких випадках нутритивний супровід рекомендовано починати з парентерального харчування сумішами, які містять всі макро - та мікронутрієнти протягом достатнього періоду часу для стабілізації гемодинамічних та метаболічних показників із поступовим переходом на оральне або ентеральне харчування.

9) Пацієнтам з очікуваною виживаністю менше кількох місяців, перевагу надають нутритивним інтервенціям із низьким ризиком/обтяженням для пацієнта (наприклад, консультування та ПДХ).

10) Якщо це безпечно, пероральний шлях повинен бути першим вибором нутритивної підтримки. Ентеральне зондове годування може застосовуватися у випадках дисфагії, якщо функція тонкої кишки збережена.

11) ПХ слід розглянути, якщо пероральне харчування і годування через зонд не переносяться або залишається недостатнім.

12) Нутритивні інтервенції мають бути спрямовані на задоволення потреб у енергії та поживних речовинах. Вони повинні супроводжуватися тренуванням м'язів і терапевтичними втручаннями для нормалізації метаболічного стану (зменшення системного запалення, полегшення дистресу).

13) Надходження поживних речовин та енергії слід забезпечити на рівні не менше 25-30 ккал/кг маси тіла/ день, включаючи принаймні 1,2 г білка/кг маси тіла/день. У хворих з кахексією рекомендуються співвідношення макронутрієнтів, в яких жир половину небілкових калорій.

Бажані:

14) Можливе призначення кортикостероїдів для підвищення апетиту впродовж короткого терміну (до 2-3 тижнів). Стимулюючий вплив на апетит зазвичай зникає при їхньому тривалому застосуванні.

15) Прогестини можна використовувати для підвищення апетиту та маси тіла, але не для збільшення м'язової маси, якості життя чи фізичної витривалості у пацієнтів із раковою кахексією. Необхідно враховувати ризик серйозних побічних ефектів, включаючи тромбоемболічні ускладнення.

16) Існують помірні докази, які свідчать про можливість застосування оланзапіну для лікування апетиту та нудоти у пацієнтів з прогресуючим раком.

17) Пацієнтам з кахексією, які отримують хіміотерапію, променеву терапію або хіміопротеневу терапію, можна запропонувати ПДХ з Омега-3 ПНЖК та протеїнами для збільшення маси тіла, зменшення втрати м'язової маси тіла та покращення якості життя.

18) Якщо пероральне харчування було суворо обмежене або відсутнє впродовж тривалого періоду, проводиться повільне збільшення (пероральне, ентеральне чи парентеральне) харчування впродовж декількох днів і вживання додаткових запобіжних заходів з метою профілактики синдрому відновленого годування (СВГ). Рекомендується проведення скринінгу СВГ відповідно до додатку 6, його профілактика і лікування згідно з додатком 7.

19) Помірні фізичні вправи під керівництвом професійних експертів є безпечними для пацієнтів з кахексією і рекомендуються для підтримки та збільшення м'язової маси.

20) Також два-три рази на тиждень має виконуватись помірно аеробне (на витривалість) тренування для всіх пацієнтів з кахексією. Призначення вправ має здійснюватися фізіотерапевтом або лікарем, належним чином підготовленим професіоналом і включати структурований підхід, який включає режими (аеробіка, опір, гнучкість), частоту, інтенсивність і тривалість, а також визначений час для повторної оцінки.

Розділ IV. Подальше спостереження за пацієнтами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнти з групи середнього чи високого нутритивного ризику повинні проходити регулярну оцінку нутритивного статусу відповідно до додатку 1 для ранньої діагностики його порушення та виникнення мальнутриції (додаток 2). Пацієнти з ризиком неоптимального харчування мають отримати рекомендації по харчуванню та фізичній активності.

2. Обґрунтування

Деякі пацієнти з кахексією продовжують жити впродовж багатьох місяців та років виключно на ПХ, тобто такий часовий проміжок, протягом якого будь-яка особа без їжі за інших умов загинула б від голодного виснаження. Перш ніж розпочати програму тренінгів з домашнього ПХ, важливо оцінити когнітивні та фізичні можливості пацієнта.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Для пацієнтів із хронічною недостатністю надходження поживних речовин та (або) неконтрольованим синдромом мальабсорбції проводиться забезпечення ЕХ або ПХ вдома за наявності відповідних умов.

2) Для пацієнтів кахексією, яким провели хірургічне втручання, рекомендується належна нутритивна підтримка як під час госпіталізації, так і після виписки зі стаціонару.

Індикатори якості медичної допомоги**Перелік індикаторів якості медичної допомоги**

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з кахексією.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Нутритивна підтримка дорослих пацієнтів з кахексією».

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік- 90%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора. ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу; лікарями онкологами, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу та лікарів онкологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування. Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення пацієнтів.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають медичну допомогу дорослим пацієнтам з кахексією.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Нутритивна підтримка дорослих пацієнтів з кахексією», 2024, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(пункт 1 розділу II)

Універсальний інструмент скринінгу мальнутриції (MUST)

Крок 1. Індекс маси тіла (ІМТ), кг/м²	Кількість балів
>30	0
>20	0
18,5 – 20	1
<20	1
Крок 2. Ненавмисна втрата ваги у відсотках впродовж 3-6 місяців	Кількість балів
<5%	0
5-10%	1
>10%	2
Крок 3. Активність та важкість основного захворювання	Кількість балів
Якщо прояви гострої хвороби, або важкість хронічного захворювання призвели до припинення харчування тривалістю > 5 днів	2
Крок 4. Сума балів (крок 1+2+3) та план ведення пацієнта	Сума балів
Низький ризик – рутинне ведення	0
Середній ризик - активне спостереження	1
Високий ризик – невідкладний план лікування	2

КРОК 5: ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(пункт 3 розділу II)

Діагностичні критерії мальнутриції

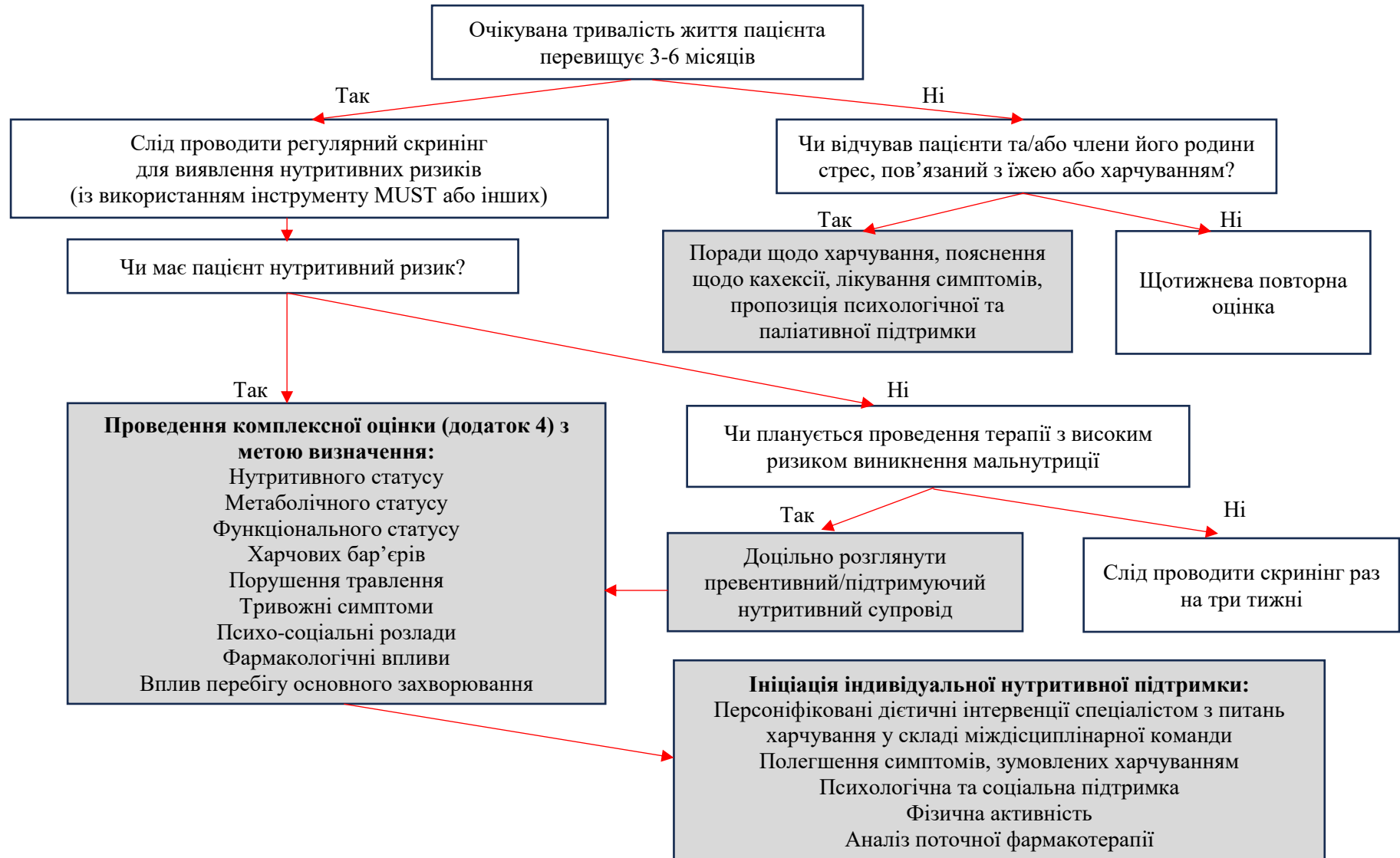
Фенотип			Етіологія	
Втрата ваги	Зниження ІМТ	Втрата м'язової маси	Зменшення споживання їжі або засвоєння нутрієнтів	Запальний стан
>5% протягом останніх шести місяців; >10% за строк понад шість місяців	< 20 кг/м ² для віку < 70 років; або < 22 кг/м ² для віку > 70 років	Зменшення підтверджене валідованим методом оцінки складу тіла (біоімпеданс, КТ, МРТ)	≤50% ЕП >1 тижня, або будь-яке зменшення >2 тижнів, або будь-яка хронічна патологія ШКТ, яка погіршує абсорбцію	Гостре захворювання/травма, або хронічне захворювання ЕП – енергетичні потреби

Діагноз мальнутриції підтверджується при наявності одного критерію фенотипу та одного етіологічного критерію

Ступені важкості мальнутриції [5]

	Втрата ваги (%)	Зменшення ІМТ (кг/м ²)	Втрата м'язової маси
Стадія 1/помірна мальнутриція (потрібний один критерій, що відповідає цій стадії)	5–10% протягом останніх шести місяців, або 10–20% за строк понад 6 місяців	< 20 - < 70 років < 22 - ≥70 років	Легкий – помірний дефіцит відповідно валідованому методу дослідження
Стадія 2/важка мальнутриція (потрібний один критерій, що відповідає цій стадії)	>10% протягом останніх шести місяців або >20% за строк більше 6 місяців	< 18.5 - < 70 років < 20 - ≥ 70 років	Важкий дефіцит відповідно валідованому методу дослідження

Скринінг, діагностична оцінка, індивідуальні нутритивні інтервенції та моніторинг ефективності



Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(підпункт 4 пункту 3 розділу III)

Параметри комплексної оцінки кахексії та рекомендовані інструменти для досліджень

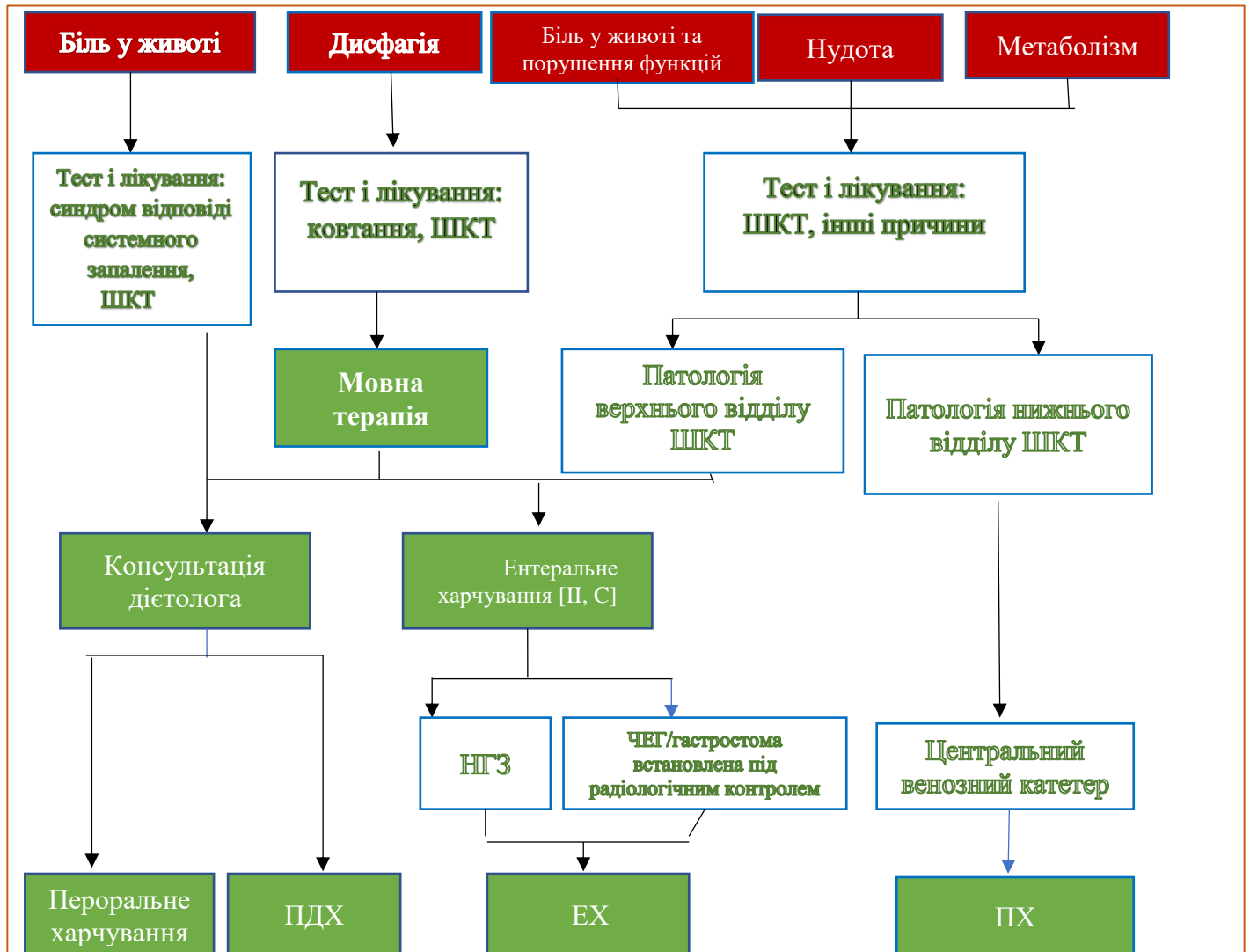
Категорія	Параметр	Рекомендовані інструменти
Нутритивний статус	Маса тіла Втрата маси тіла Споживання їжі Споживання енергії та білка ^a Мікронутрієнти або дефіцит макронутрієнтів ^a Композиція тіла ^a	ІМТ % від здорової звичайної маси тіла % від звичайної кількості ккал/кг/добу, г/кг/добу Харчовий щоденник або 24-год. відтворення та програмний аналіз Дослідження біологічних рідин Антропометрія БІМ, КТ або ПРАМ ¹³³
Метаболічний статус	Системне запалення Витрати енергії ^a	Модифікована прогностична оцінка Глазго ¹⁵ Непряма калориметрія
Функціональний статус	ЗС Фізична активність Залежність Сила рукостискання ^a Швидкість ходи ^a	ECOG/WHO index ADL ¹³⁴ Northwick Park Dependency Score ¹³⁵ Динамометр Тест швидкості ходи на дистанції 4 метри ¹³⁶
Харчові бар'єри	Симптоми впливу харчування	PG-SGA ¹³⁷ контрольний список впливу харчування ²³
Порушення травлення	Жування, смак, ковтання, перистальтика кишечника, запори, діарея, стеноз, порушення всмоктування	Діагностична співбесіда, візуальні дослідження, функціональні тести, візуальні аналогові шкали
Симптоми тривоги	Оцінка симптомів і фактори ризику (пізнання, емоції, депресія)	ESAS ¹³⁸
Психологічна і соціальна тривога	Психосоціальна оцінка ¹³⁹	FAACT ¹⁴⁰ EORTC QLQ-CAX24 ¹⁴¹
Побічні реакції від дії ліків	Можливий негативний вплив на апетит, ШКТ, центральну нервову систему, втома	Фармакологічне консультування

Перебіг основного захворювання	Ступінь і активність онкологічного або іншого захворювання,	Консультація спеціаліста з відповідної патології
--------------------------------	---	--

ADL – повсякденна діяльність; БІМ – біологічна імпедансометрія; КТ – комп'ютерна томографія; ПРАМ – подвійна рентгенівська абсорбціометрія; ECOG – Східна об'єднана онкологічна група; ESAS – Едмонтонська система оцінки симптомів; EORTC – Європейська організація з дослідження та лікування раку; FААСТ – функціональна оцінка лікування анорексії/кахексії; ШКТ – шлунково-кишковий тракт; PG-SGA – суб'єктивна глобальна оцінка пацієнта; ЗС – загальний стан; QLQ-CAХ24 – опитувальник якості життя, характерний для кахексії; ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я. ^a Якщо доступно та доречно, залежно від наявних ресурсів і здатності пацієнта.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(підпункт 4 пункту 3 розділу III)

Вибір варіантів нутритивних інтервенцій



Примітки: Червоний колір: мішені для інтервенцій; зелений: нутритивні інтервенції; білий: інші аспекти ведення.

ЕХ, ентеральне харчування; ШКТ, шлунково-кишковий тракт; НГЗ, годування через назогастральний зонд; ПДХ, пероральне додаткове харчування; ЧЕГ, черезшкірна ендоскопічна гастростома; ПХ, парентеральне харчування.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(підпункт 18 пункту 3 розділу III)

Скринінг для визначення ризику СВГ

Критерії для ідентифікації дорослих пацієнтів із ризиком синдрому відновленого годування		
	Помірний ризик: необхідна присутність двох критеріїв	Значний ризик: необхідна присутність одного критерію
Індекс маси тіла Втрата ваги Споживання калорій	16-18,5 кг/м ² 5% протягом одного місяця Відсутність або мінімальне вживання протягом 5-6 днів Або <75% від потреби в енергії >7 днів протягом гострої хвороби або травми Або <75% від потреби в енергії >1 місяця	<16 кг/м ² 7,5% за 3 міс; >10%/6 міс Відсутність або мінімальне вживання протягом >7 днів Або <50% від потреби в енергії >5 днів протягом гострої хвороби або травми Або <50% від потреби в енергії >1 місяця
Патологічні рівні калію, фосфору чи магнію до відновлення годування	Мінімально знижений рівень або нормальний нещодавній рівень, які потребували незначної або одноступенчової саплементації	Мінімально/значно знижений рівень або нормальний нещодавній рівень, які потребували значної або багаторазової саплементації
Втрата підшкірного жиру Втрата м'язової маси	Ознаки мінімальної втрати Ознаки мінімальної або помірної втрати	Ознаки значної втрати Ознаки значної втрати
Супутні хвороби з високим ризиком	Неважка хвороба	Важка хвороба

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка дорослих
пацієнтів з кахексією»
(підпункт 18 пункту 3 розділу III)

Профілактика та лікування СВГ у дорослих пацієнтів з високим ризиком

Напрямки нутритивної підтримки	Рекомендації
Відновлення надходження калорій (енергії)	<ul style="list-style-type: none"> • Розпочинається з 100-150 г декстрази або 10-20 ккал/кг протягом перших 24 годин; збільшується на 33% від цільового показника кожні один-два дні. Це включає ентеральну та парентеральну глюкозу. • Для пацієнтів від помірного до високого ризику СВГ, які мають низькі рівні електролітів, відтермінування збільшення калорійності є доцільним допоки не проведена саплементация електролітами та/або не досягнута нормалізація їхнього рівня. • Відновлення харчування або збільшення калорійності слід відкласти у пацієнтів з критично низькими рівнями фосфора, калію та магнію допоки ці рівні не будуть нормалізовані. • Необхідно враховувати калорії розчинів декстрази для внутрішньовенного введення та ліків, які вводяться разом із розчином декстрази, у зазначених вище межах калорійності та/або розпочинати з обережністю інфузії для пацієнтів з помірним або значним ризиком СВГ. Якщо пацієнт отримував значні за обсягом інфузії розчинів декстрази протягом декількох днів разом із фармакологічними засобами, не мав симптомів та відхилень рівня електролітів від нормальних показників, то харчування може бути відновлене у більших кількостях ніж описано вище.
Обмеження рідини Обмеження натрію Обмеження білку	<ul style="list-style-type: none"> • Не рекомендоване • Не рекомендоване • Не рекомендоване
Електроліти	<ul style="list-style-type: none"> • Перевірте сироватковий рівень калію, магнію та фосфору перед відновленням харчування. • Моніторинг рівня цих електролітів кожні 12 годин протягом перших трьох днів у пацієнтів із значним ризиком. Може бути потреба у частішому моніторингу відповідно до клінічної ситуації. • Відновіть нормальний рівень електролітів згідно стандартів надання медичної допомоги.

Тіамін та мультивітаміни	<ul style="list-style-type: none"> • Неможливо сформулювати рекомендації щодо профілактичного введення електролітів, якщо вихідні показники, перед відновленням годування були нормальні. • Якщо після відновлення харчування рівень електролітів стає важко коригувати, або він стрімко падає, то слід зменшити на 50% кількість/калорійність розчину декстрози і підвищувати її кожні 1-2 на 33% від цільового показника з урахуванням клінічної ситуації. Тактика може бути змінена на основі рішення відповідального лікаря відповідно до клінічної ситуації, нутритивна підтримка може бути відкладена якщо рівень електролітів небезпечно низький або демонструє стрімку динаміку падіння. • Необхідно ввести 100 мг тіаміну всім пацієнтом із ризиком перед початком відновлення харчування або перед початком введення декстрози внутрішньовенно. • Слід давати тіамін у дозі 100 мг/добу протягом 5–7 днів або довше у пацієнтів, які тривалий час голодували, хворим на хронічний алкоголізм або при інших причинах високого ризику дефіциту та/або за наявності ознак дефіциту тіаміну. • Визначення рівня тіаміну не має практичної користі. • Мультивітамінний препарат додається до парентерального харчування, якщо немає протипоказань, допоки триває ПН. Для пацієнтів, які отримують пероральне/ентеральне харчування, додається пероральний/ентеральний комплекс вітамінів один раз на день протягом 10 днів або більше.
Моніторинг довготривала підтримка	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовано визначення життєво важливих показників кожні 4 години протягом перших 24 годин після відновлення годування у пацієнтів з ризиком СВГ. • Кардіореспіраторний моніторинг рекомендується нестабільним пацієнтам або пацієнтам із значними дефіцитами електролітів відповідно до стандартів надання допомоги. • Щоденне зважування із контролем надходження та витрат енергії. • Щоденне оцінювання коротко- та довгострокових цілей щодо харчування протягом перших кількох днів до появи ознак стабілізації стану пацієнта (наприклад, відсутність потреби в додатковому введенні електролітів протягом двох днів з подальшим веденням відповідно до стандартів надання допомоги).