



Посібник щодо нутритивної терапії для онкологічних пацієнтів

ВИДАННЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Автори:



За підтримки:



Автори посібника з Португальської асоціації досліджень підтримувальної терапії в галузі онкології (AICSO)



Andreia Capela

Президент організації AICSO і лікар-онколог в лікарні Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)



Elsa Madureira

Дієтолог у лікарні Centro Hospitalar e Universitário de São João



Luciana Teixeira

Дієтолог у лікарні Centro Hospitalar e Universitário de São João



Sara Torcato Parreira

Медсестра-координатор онкологічного відділення CUF

Ця публікація призначена для медичних працівників. За підтримки компанії ТОВ з ІІ «Нутриція Україна».

Автори несуть повну відповідальність за зміст цієї публікації, призначеної для медичних працівників. ТОВ з ІІ «Нутриція Україна» здійснює виключно друк цієї публікації і в жодному разі не може вважатися її автором.

Дані, використані в цій публікації, були зібрані авторами з джерел, зазначених у розділі «Бібліографічні посилання», та/або отримані з наукової інформації відповідно до професійних стандартів, тому їх слід вважати лише орієнтовними. Ця публікація не може розглядатися як діагностичний інструмент або основа для встановлення діагнозу. Інформація, представлена в цій публікації, ні за яких обставин не має замінити конкретні рекомендації щодо лікування чи харчування: в усіх випадках відповідальність за лікування покладатиметься на медичного працівника.

Крім того, компанія ТОВ з ІІ «Нутриція Україна» не несе відповідальності за діагноз або лікування, що є результатом тлумачення змісту цієї публікації, а також за використання лікарських засобів і методів лікування та/або медичних рекомендацій, які не відповідають технічному паспорту або стандартній клінічній практиці.

Зміст

Вступ	2
1. Важливість харчування для онкологічних пацієнтів.....	3
2. Вплив недостатності харчування (мальнутриції) на результати у онкологічних пацієнтів	7
3. Визначення нутритивного ризику та оцінка нутритивного статусу	8
4. Як вплинути на недостатність харчування. Роль мультидисциплінарної команди.....	12
4.1. Нутритивна терапія	13
4.2. Фармакотерапія.....	17
4.3. Медсестринський догляд	18
5. Контроль симптомів, що впливають на нутритивний статус	20
5.1. Анорексія	21
5.2. Дисгевзія.....	21
5.3. Нудота і блювання	22
5.4. Мукозит.....	24
5.5. Ксеростомія.....	26
5.6. Діарея	27
5.7. Запор	29
5.8. Кишкова непрохідність	30
5.9. Дисфагія	32
5.10. Втомлюваність.....	33
5.11. Нейтропенія	34
6. Показання до прийому спеціалізованого медичного харчування	36
7. Пацієнти з прогресуючим захворюванням і догляд на термінальній стадії захворювання	38
8. Людина, яка пережила лікування раку	39
9. Фізична активність і фізичні навантаження.....	40
10. Впровадження багатопрофільного підходу	41
11. Бібліографічні посилання.....	42

Вступ

На всіх етапах перебігу захворювання харчування відіграє ключову роль у терапії онкологічних пацієнтів. На кожній стадії захворювання нутритивну терапію адаптують відповідно до терапевтичних цілей, використовуючи лікувальні, паліативні або реабілітаційні методи залежно від обставин.

У нашій культурі їжа має важливе соціальне значення, яке не слід недооцінювати. Тому дуже важливо, щоб сім'я / особи, які здійснюють догляд, брали участь у навчанні та консультуванні, щоб скоригувати очікування та ставлення до дієтотерапії, а також розв'язати деякі хибні уявлення.

Отже, нутритивна терапія онкологічного пацієнта являє собою багатофакторний процес, який складається з кількох етапів і потребує наукових знань і практичних навичок. Підтримка фізичного та психічного благополуччя онкологічного пацієнта має надаватися безперервно, при цьому слід заохочувати залучення сім'ї в процес організації харчування. Багатопрофільний підхід, орієнтований на пацієнта, є невід'ємною частиною успіху лікування.

Харчування є важливим компонентом підходу до пацієнта, і це питання неодноразово піднімається в розмовах онкологічних пацієнтів і осіб, які здійснюють за ними догляд, під час їх взаємодії з медичними працівниками.

Цей посібник був підготовлений професіоналами, які надають щоденний догляд людям, що проходять чи пройшли лікування від раку.

Він слугує корисним інструментом для фахівців, які допомагають вирішувати основні питання харчування пацієнтів, про яких вони піклуються.

1. Важливість харчування для онкологічних пацієнтів

Залежно від типу, локалізації і стадії раку пацієнти піддаються високому ризику недостатності харчування (мальнутриції) та особливо вразливі до міфів і дезінформації навколо питання дієти. Тому на всіх стадіях захворювання пацієнти та особи, які здійснюють догляд, мають отримувати вказівки щодо харчування. У багатьох випадках пацієнти мають проблеми з харчуванням ще до встановлення діагнозу, і саме втрата ваги є основним чинником, який спонукає їх звернутися до лікаря.

Мальнутриція при онкозахворюваннях охоплює складні зміни складу тіла, що супроводжуються системним запаленням, втратою м'язової маси (із втратою жиру чи без неї), втратою ваги, анорексією, інсуліно-резистентністю та іншими метаболічними змінами.

Проблеми мальнутриції можуть бути безпосередньо зумовлені самим захворюванням або ж виникати як наслідок лікування.

Мальнутриція спричинена низкою факторів, зумовлених наявністю пухлинних клітин в організмі.

З одного боку, симптоми, що впливають на нутритивний статус, викликані наявністю пухлини або лікуванням, такі як анорексія, обструкція пухлиною або анатомічні / фізіологічні зміни, призводять до недостатнього споживання їжі або порушення засвоєння поживних речовин.

З іншого боку, запальна реакція спричиняє метаболічні та гормональні зміни, які призводять до змін складу тіла, таких як втрата м'язової маси, із втратою жиру чи без неї.

Крім того, зниження фізичної активності також сприяє цим змінам складу тіла.

Інші терміни, які зазвичай асоціюються з мальнутрицією, спричиненою раком, включають ракову кахексію та саркопенію.

РАКОВА КАХЕКСІЯ >

Втрата ваги, пов'язана з низьким індексом маси тіла (ІМТ) і саркопенією, запаленням і анорексією. Цей стан може перерости в рефрактерну кахексію — хронічне захворювання, яке не реагує на будь-які нутритивні чи фармакологічні втручання.

САРКОПЕНІЯ В ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ >

Втрата м'язової маси, функцій і сили, яка може супроводжуватися мальнутрицією та кахексією у онкологічного пацієнта.

Недостатність харчування (мальнутриція)	Кахексія	Саркопенія
3 критерії	3 критерії	2 критерії
<ul style="list-style-type: none"> Позитивний результат скринінгу (NRS 2002, MUST, MST, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Позитивний результат скринінгу (NRS 2002, MUST, MST, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Позитивний результат скринінгу (SARC-F) — необов'язково
<p>+ Фенотипові критерії</p> <p>Втрата маси тіла. Щонайменше 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Втрата ваги >5% за 6 місяців ІМТ <20 кг/м² Низька м'язова маса 	<p>+ Фенотипові критерії</p> <p>Втрата маси тіла. Щонайменше 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Втрата ваги >5% за 6 місяців ІМТ <20 кг/м² Низька м'язова маса 	<p>Низька м'язова сила</p> <p>+</p> <p>Низька м'язова маса або її якість</p>
<p>+ Етіологічні критерії</p> <ul style="list-style-type: none"> Обмежений доступ до їжі <ul style="list-style-type: none"> Споживання <50% на >1 тиждень Будь-яке зменшення споживання протягом >2 тижнів Хронічна мальабсорбція Гостре або хронічне посилення системного запалення 	<p>+ Етіологічні критерії</p> <ul style="list-style-type: none"> Гостре або хронічне посилення системного запалення 	

Таблиця 1. Визначення мальнутриції, кахексії та саркопенії

За матеріалами Arends, J. Cancer Cachexia in Adult Patients: ESMO Clinical Practice Guidelines, 2021
MST — інструмент скринінгу мальнутриції, MUST — універсальний інструмент скринінгу мальнутриції, NRS-2002 — шкала скринінгу нутритивного ризику від 2002 р., SARC-F — опитувальник для діагностики саркопенії за доменами сили, допомоги при ходьбі, вставання з крісла, підйому по сходах та падінь, SNAQ — короткий опитувальник з оцінки нутритивного статусу, ІМТ — індекс маси тіла



Саме тому лікарі повинні вчасно ідентифікувати пацієнтів групи високого ризику та направляти їх до дієтолога.

Основними завданнями супроводу до та під час лікування є оптимізація нутритивного статусу, пристосування раціону до симптомів та анатомічних або функціональних змін, спричинених пухлиною чи методами лікування, такими як хірургічне втручання, променева терапія, хіміотерапія тощо, а також призначення спеціалізованого медичного харчування (ентерального чи парентерального) у відповідних випадках.

Основною метою нутритивної терапії у онкологічних пацієнтів, які отримують симптоматичне лікування, є забезпечення комфорту, покращення якості життя та зменшення симптомів і проблем, пов'язаних із харчуванням, як у самих пацієнтів, так і в осіб, які здійснюють догляд.

Після завершення лікування важливо, щоб людина, яка пережила лікування раку, вела здоровий спосіб життя та/або адаптувала свій раціон з урахуванням постійних наслідків.

2. Вплив недостатності харчування (мальнутриції) на результати у онкологічних пацієнтів

Частота мальнутриції у онкологічних пацієнтів може досягати 20–70% залежно від типу пухлини, віку людини і стадії захворювання. Наслідки мальнутриції можуть бути руйнівними з точки зору клінічних результатів і пов'язані з такими факторами:



Втрата ваги та/або м'язової маси



Зниження імунітету і зростання ризику розвитку інфекційних ускладнень



Підвищений психологічний стрес і хірургічні ускладнення



Зниження якості життя



Підвищений ризик терапевтичної токсичності, що призводить до зниження дози та інтенсивності лікування і, як наслідок, зниження частоти відповіді



Збільшення смертності від раку, причому деякі дослідження показують, що мальнутриція може бути причиною 10–20% смертей від онкозахворювань



Зростання загальних витрат на лікування, збільшення кількості контактів з медичними службами та відвідувань відділення інтенсивної терапії, а також подовження тривалості перебування в лікарні

3. Визначення нутритивного ризику та оцінка нутритивного статусу

Раннє виявлення онкологічних пацієнтів з вищим нутритивним ризиком дозволяє направити їх до дієтолога і своєчасно призначити нутритивну терапію.

Нутритивний скринінг слід проводити якомога раніше, вже на етапі діагностики і стадіювання, а потім періодично повторювати під час перебігу захворювання. Скринінг може проводити будь-який медичний працівник.

Пацієнтів з онкозахворюваннями, яких відносять до групи ризику мальнутриції, слід направити до дієтолога для оцінки нутритивного статусу та призначення втручання за необхідності.



* Якщо наявний нутритивний ризик

Рисунок 1. Блок-схема нутритивної терапії

Для нутритивного скринінгу можна використовувати різні інструменти, валідовані для застосування у онкологічних пацієнтів:

Інструменти нутритивного скринінгу	Застосування
Nutriscore	Амбулаторне і стаціонарне
Загальна суб'єктивна оцінка пацієнтом, коротка форма опитувальника (PG-SGA® – SF)	Амбулаторне і стаціонарне
Скринінг нутритивного ризику (NRS-2002)	Стаціонарне
Мініопитувальник з оцінки нутритивного статусу, коротка форма опитувальника (MNA – SF)	Пацієнти літнього віку (амбулаторне і стаціонарне)
Інструмент скринінгу мальнутриції (MST)	Амбулаторне і стаціонарне
Універсальний інструмент скринінгу мальнутриції (MUST)	Універсальне
Короткий опитувальник з оцінки нутритивного статусу (SNAQ)	Універсальне

Таблиця 2. Інструменти визначення нутритивного ризику та їх застосування



Рисунок 2. Дерево прийняття рішень після нутритивного скринінгу

Онкологічного пацієнта, якого відносять до групи ризику, направляють до дієтолога, який виконує оцінку нутритивного статусу.

Оцінка нутритивного статусу передбачає аналіз таких параметрів:

- Клінічний анамнез
- Споживання їжі / споживання поживних речовин
- Антропометричні показники (індекс маси тіла (ІМТ), коливання ваги, ...)
- Склад тіла — м'язова маса (фізикальний огляд, біоімпедансний аналіз (БІА), зусилля кисті ...)
- Функціональний статус (за шкалою Східної об'єднаної онкологічної групи (ЕСОГ), за шкалою Карновського, ...)
- Симптоми, що впливають на нутритивний статус (анорексія, нудота, блювання, дисгевзія, дисфагія, біль, запор, діарея, мукозит, втомлюваність)
- Біохімічні параметри
- Ступінь системного запалення (модифікована Прогностична шкала Глазго (mGPS), індекс нутритивного ризику (ІНР), ...)

Також можна використовувати інструменти, валідовані для онкологічних пацієнтів:

- Загальна суб'єктивна оцінка пацієнтом, опитувальник (PG-SGA®)
- Глобальна керівна ініціатива з порушень харчування (мальнутриції) (GLIM)
- Мініопитувальник з оцінки нутритивного статусу (MNA)
- Суб'єктивна загальна оцінка (SGA)

Під час консультації з питань харчування також оцінюються інші питання, які впливають на нутритивний статус онкологічного пацієнта, такі як:

- Регулярна фізична активність
- Вживання алкогольних/інших напоїв
- Психологічний стан
- Роль соціально-сімейної підтримки під час і після лікування



4. Як вплинути на недостатність харчування. Роль мультидисциплінарної команди

Нутритивна терапія має бути адаптованою до ситуації кожного онкологічного пацієнта з урахуванням його вподобань, клінічної ситуації, симптоматики, соціально-сімейного оточення та психологічного благополуччя. При мальнутриції втручання має бути мультимодальним і включати харчові, фармакологічні та психосоціальні заходи, а також програму фізичних вправ. Заходи втручання мають впроваджуватися за спільною участю кількох членів мультидисциплінарної команди, являючи собою невід'ємну частину загальної стратегії ведення онкологічного пацієнта.

Слід періодично проводити оцінку підходів і вносити необхідні зміни. Цілями втручань мають бути зменшення катаболізму та активація анаболічних шляхів за допомогою оптимального споживання енергії та білка.

Вони можуть включати фармакологічні заходи для підвищення апетиту, контролю системного запалення, стимулювання фізичної активності, зменшення психологічного дискомфорту та вирішення соціально-економічних проблем.

Було встановлено, що у онкологічних пацієнтів нутритивна терапія має позитивний вплив на:

- Збільшення споживання енергії та білка
- Збільшення ваги та індексу маси тіла
- Покращення нутритивного статусу
- Збільшення м'язової та жирової маси
- Збільшення м'язової сили
- Зменшення системного запалення
- Покращення якості життя
- Поліпшення відповіді на лікування
- Покращення переносимості лікування
- Підвищення частоти завершення циклів лікування
- Підвищення показника виживаності
- Зменшення витрат на лікування

НУТРИТИВНА ТЕРАПІЯ

На всіх етапах перебігу захворювання цілі та рівень інвазивності та інтенсивності нутритивної терапії можуть варіюватися залежно від життєвого прогнозу і мети поточного підходу до лікування (лікувальний, паліативний, комфортний догляд).

Цілі нутритивної терапії

- Коригування споживання їжі та поживних речовин відповідно до індивідуальних потреб
- Мінімізація метаболічних змін
- Збереження м'язової маси
- Мінімізація побічних ефектів, що впливають на нутритивний статус
- Зменшення ймовірності перерв у лікуванні та/або скорочення його тривалості
- Підвищення якості життя

Втручання має включати консультування з питань харчування, лікування симптомів, що впливають на нутритивний статус, і врахування інших факторів, які впливають на споживання поживних речовин, таких як рівень фізичної активності, психологічні аспекти та соціально-фінансові умови.

Підхід до втручання має бути персоналізованим і адаптованим до потреб конкретного онкологічного пацієнта, причому цей підхід слід регулярно переглядати і коригувати залежно від клінічного стану пацієнта.

Згідно з останніми настановами харчові потреби онкологічного пацієнта є такими:

	Харчові потреби	Спостереження
Енергетична цінність	25–30 ккал/кг/доба	
Білки	1–1,5 г/кг/доба	2 г/кг/доба для стимуляції синтезу білків 65% тваринного походження, переважно лейцин (2 г/доба) / гідроксиметилбутират (ГМБ) (3 г/доба) — більший потенціал для стимуляції синтезу білків
Ліпіди	>50% ккал з небілкових джерел (при кахексії або інсулінорезистентності)	При кахексії та саркопенії рекомендується застосування n-3 поліненасичених жирних кислот, відомих як омега-3.
Рідини	25–30 мл/кг/доба	
Вітаміни та мінерали	РДН (рекомендована добова норма)	Слід регулярно оцінювати рівень вітаміну D у сироватці крові та, за потреби, призначати відповідні добавки

Таблиця 3. Харчові потреби

Нутритивна терапія включає дієтологічні консультації, рекомендації спеціалізованого медичного харчування (у відповідних випадках) і призначення ентерального або парентерального харчування за потреби.

Першочерговим підходом завжди є індивідуальна дієтологічна консультація, що включає такі рекомендації:

- Збільшення кількості прийомів їжі;
- Підвищення енергетичної та білкової цінності страв;
- Збагачення раціону продуктами з високою енергетичною цінністю та високим вмістом білка;
- Пристосування консистенції страв до здатності онкологічного пацієнта до жування, ковтання і перетравлювання їжі;
- Адаптація до симптомів і побічних ефектів лікування (див. главу 5. «Контроль симптомів, що впливають на нутритивний статус», стор. 21);
- Пристосування до смаків, уподобань і антипатій онкологічного пацієнта;
- Роз'яснення міфів, страхів і питань взаємодій між харчовими продуктами, лікарськими засобами, дієтичними продуктами і рослинними препаратами або харчовими добавками.



Якщо раціон не забезпечує задоволення харчових потреб онкологічного пацієнта, наступним етапом є рекомендація спеціалізованого медичного харчування.

Див. главу 6. «Показання до прийому спеціалізованого медичного харчування», стор. 37.

У випадках, коли ці рекомендації є недостатніми або неможливими, рекомендується призначення зондового або парентерального харчування.

У разі нормального функціонування шлунково-кишкового тракту завжди слід віддавати перевагу ентеральному шляху, використовуючи назогастральний або назоєюнеальний зонд (якщо термін використання не перевищує 2 тижні) або гастростому чи єюностому для годування (якщо термін використання перевищує 2 тижні).

Вид продукту, об'єм і спосіб введення (безперервний, болюсний) мають розраховуватися і контролюватися дієтологом. Моніторинг є спільною відповідальністю мультидисциплінарної групи.

Якщо зондове харчування неможливе, протипоказане або недоцільне, призначають парентеральне харчування, як додаткове, так і повне. Склад пакета, об'єм і швидкість введення мають бути визначені дієтологом і контролюватися мультидисциплінарної групою.

На пізніх стадіях захворювання у людей, які більше не отримують активне лікування раку, зондове або парентеральне харчування не призводить до покращення якості життя чи виживаності й асоціюється зі збільшенням частоти побічних ефектів, таких як інфекція, тромбоз, перевантаження рідиною, рефідінг синдром, гепатопатія та остеопатія.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

У ситуаціях тяжкої анорексії та зниженого апетиту слід розглянути можливість застосування стимуляторів апетиту:

- При прогресуючому захворюванні можна розглянути можливість призначення прогестинів (наприклад, мегестролу ацетату 200–600 мг/доба), враховуючи потенційні ризики їх застосування, зокрема тромботичні ускладнення та їх обмежений вплив на збільшення ваги без збільшення нежирової маси тіла.
- Кортикостероїди (дексаметазон у дозі 3–4 мг/доба або еквівалент) можуть бути корисними для поліпшення апетиту, зменшення запалення і втомлюваності, але їх слід застосовувати лише протягом короткого періоду (2–3 тижні), щоб мінімізувати побічні ефекти і зберегти ефективність.
- Завдяки своїй здатності покращувати апетит і контролювати нудоту придатним варіантом може стати оланзапін.
- Що стосується канабіноїдів (наприклад, ТГК), було отримано суперечливі дані щодо їх впливу на анорексію, втрату ваги та якість життя, при цьому не було зареєстровано токсичних ефектів.
- Враховуючи недостатнє наукове обґрунтування, нестероїдні протизапальні засоби не є рекомендованим варіантом у цій ситуації.
- Призначення андрогенів не рекомендується.
- Метоклопрамід і домперидон не ефективні для поліпшення апетиту, але їх можна застосовувати при ранньому метеоризмі, нудоті та блюванні.
- Застосування n-3 поліненасичених жирних кислот може мати проти-запальний ефект при кахексії, що сприяє покращенню апетиту, поліпшенню споживання їжі, збільшенню нежирової маси та набору ваги.



МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД

Нутритивний скринінг і надання консультацій щодо здоров'я та лікування побічних ефектів є надзвичайно важливими складовими медсестринського догляду за онкологічними пацієнтами. Медсестра повинна забезпечити, щоб усі онкологічні пацієнти пройшли скринінг нутритивного ризику, і брати активну участь у роботі багатопрофільної групи, за потреби звертаючись до відповідних фахівців.



У своїй повсякденній практиці медсестри повинні виконувати такі завдання:

- Проводити нутритивний скринінг для онкологічного пацієнта;
- У процесі активного лікування забезпечити регулярне зважування онкологічного пацієнта під час візитів до денного стаціонару та заохочувати пацієнтів до самостійного зважування (щотижня або щомісяця);
- Запитувати про можливі ознаки / симптоми, які можуть вплинути на нутритивний статус**;
- Роз'яснювати непорозуміння та розвінчувати міфи;
- Надавати консультації щодо заходів, які сприяють покращенню контролю побічних ефектів і загального самопочуття.

**** Питати про таке:**

- Чи ви добре харчуєтеся?
- Чи ви здатні були випити 1,5–2 л води, чаю чи настоїв на добу?
- Чи ви втратили вагу?
- Чи ви помітили зміни в апетиті?
- Чи ви відчуваєте труднощі під час вживання їжі?
- Чи відбулися зміни у вашому раціоні харчування?
- Чи маєте ви труднощі з ковтанням?
- Чи відчуваєте ви сухість у роті?
- Чи змінилося ваше відчуття смаку?
- Чи відчуваєте ви нудоту або дискомфорт під час вживання їжі?
- Чи відчуваєте ви втому?
- Чи відчуваєте ви пригнічення?



5. Контроль симптомів, що впливають на нутритивний статус

Онкологічному пацієнту слід пояснити важливість дотримання належної дієти, незважаючи на наявність симптомів. Необхідно запитувати про симптоми заздалегідь. Має здійснюватися регулярний моніторинг симптомів протягом усього періоду їх наявності, враховуючи дати початку і завершення, а також ступінь тяжкості.

Ці симптоми та ознаки зазвичай класифікують згідно із *Загальними термінологічними критеріями небажаних явищ*, призначаючи ступінь тяжкості від 1-го до 5-го. 1-й і 2-й ступені вказують на легкі чи помірні симптоми, які впливають на здатність до самообслуговування. 3-й і 4-й ступені відповідають тяжким і небезпечним для життя симптомам, які перешкоджають виконанню повсякденних справ. 5-й ступінь відповідає смерті.

Раннє виявлення та своєчасне втручання мають вирішальне значення для зменшення ступеня тяжкості та попередження ускладнень.

АНОРЕКСІЯ

У онкологічних пацієнтів анорексія є одним з найпоширеніших симптомів, що виникає незалежно від місця локалізації захворювання і має багато причин.

Можна розглянути можливість призначення прогестинів і кортикостероїдів (див. главу 4.2. «Фармакотерапія», стор. 18), зокрема на пізніх стадіях захворювання.

Рекомендації щодо харчування

- Частіше вживайте їжу невеликими порціями протягом доби;
- Підвищуйте поживну цінність (енергетичну та білкову цінність) страв;
- Відмовтеся від однотипних страв на користь різноманітних, кольорових страв з різною текстурою;
- Змінійте консистенцію їжі, щоб полегшити її сприйняття онкологічним пацієнтом;
- Адаптуйте рекомендації щодо харчування відповідно до уподобань онкологічного пацієнта.



ДИСГЕВЗІЯ

Цей симптом, дуже поширений у пацієнтів, які проходять променеви терапію голови та шиї, може зберігатися від кількох місяців до кількох років після завершення лікування.

Він також дуже часто спостерігається при застосуванні деяких схем хімієтерапії. Це може спричинити відмову від їжі або викликати оgidу. Дисгевзія асоціюється з дефіцитом цинку.



Рекомендації щодо харчування

- Спробуйте нові продукти або продукти, які не подобалися вам до появи цього симптому;
- Заохочуйте готувати кольорові та візуально приємні страви;
- Використовуйте ароматні трави при приготуванні їжі;
- Використовуйте маринади для ароматизації їжі перед приготуванням;
- Віддавайте перевагу стравам, що містять лимонну кислоту, і холодним стравам;
- Відмовтеся від використання металевих столових приборів для зменшення металевого присмаку — замість них слід обирати пластикові або силіконові столові прибори.
- Очищуйте і стимулюйте смакові рецептори перед їжею шляхом ополіскування рота водою з лимоном чи апельсином, газованою водою, імбирним чаєм або соком цитрусових.
- Приймайте добавки з цинком.

НУДОТА І БЛЮВАННЯ

Нудота і блювання є одними з найстрашніших симптомів для пацієнтів, які отримують лікування від раку. Вони можуть бути попередніми (за кілька годин до лікування), гострими (у перші 72 години) або відстроченими (більш ніж через 72 години після лікування). Якщо ці симптоми не піддаються терапії, вони можуть стати рефрактерними. Різні методи лікування мають різний еметогенний потенціал. Індивідуальні характеристики пацієнта також можуть сприяти підвищенню еметогенного ризику.

Із профілактичною метою можна використовувати препарати, зокрема кортикостероїди, антагоністи рецепторів серотоніну підтипу 5HT₃, антагоністи NK₁-рецепторів і класичні нейролептики.

На додаток до попередніх препаратів для лікування також можна розглянути бензодіазепіни, метоклопрамід, канабіноїди та антигістамінні препарати.

Тип препарату	Приклади	Добові дози
Антагоніст рецепторів серотоніну підтипу 5HT₃	Ондансетрон	16–24 мг
Антагоніст NK₁-рецепторів	Апрепітант	125 мг у день 1, 80 мг у день 2 і день 3
	Фосапрепітант	150 мг (в/в)
Кортикостероїди	Дексаметазон	12–20 мг
Нейролептики	Оланзапін	5–10 мг
	<i>Левомепромазин</i>	12,5–25 мг (кожні 4–6 годин)
	<i>Галоперидол</i>	0,5–2 мг (кожні 4–6 годин)
Бензодіазепіни	Лоразепам	0,5–1 мг (кожні 6 годин)
Антагоніст D₂-рецепторів	Метоклопрамід	10 мг (кожні 4–6 годин)
Канабіноїди	Дронабінол	5–10 мг (3–4 р/добу)
	Набілона	1–2 мг (2 р/добу)

Таблиця 4. Приклади протиблювотних препаратів

Рекомендації щодо харчування

- Частіше вживайте їжу невеликими порціями протягом доби;
- Вживайте страви в приємному середовищі (поза кухнею, без запахів);
- Заохочуйте готувати кольорові та візуально приємні страви;
- Віддавайте перевагу легкозасвоюваній, сухій і солоній їжі, а також цитрусам;
- Вживайте їжу при кімнатній температурі, холодною або на льоді;
- Додавайте імбир в напої та їжу;
- Уникайте пропусків прийомів їжі;
- Відмовтеся від вживання напоїв під час їжі;
- Відмовтеся від страв з різким запахом, занадто жирної, солодкої, щільної або м'якої їжі.

МУКОЗИТ

Мукозит — це запалення слизових оболонок, що може вразити будь-яку частину організму, включно із травним трактом.

Методи радикального лікування відсутні. Однак можна рекомендувати профілактичні заходи, такі як часте правильне очищення ротової порожнини, очищення бензидаміном і, у деяких особливих випадках, використання кортикостероїдних розчинів для полоскання ротової порожнини (наприклад, еверолімусу).

У деяких особливих ситуаціях, таких як трансплантація кісткового мозку, променева терапія пухлин голови та шиї, для профілактики перорального мукозиту рекомендується фотобіомодуляція. Пацієнтам, яким проводиться трансплантація кісткового мозку, і тим, хто отримує болюсну терапію 5-фторурацилом, для запобігання пероральному мукозиту можна призначити кріотерапію.

Для профілактики мукозиту у пацієнтів з раком голови та шиї, які отримують хіміопроменеву терапію, можна використовувати пероральний місцевий глютамін.

Лікування мукозиту є симптоматичним і передбачає застосування загальних підходів, а також знеболення за потреби з використанням слабких і потужних опіоїдів або місцевого морфіну. Якщо мукозит ускладнюється інфекцією, може знадобитися призначення протигрибкових препаратів і антибіотиків.

При мукозиті 4-го ступеня верхніх відділів шлунково-кишкового тракту необхідно припинити пероральне харчування і розпочати зондове або парентеральне.

Рекомендації щодо харчування

- Змінійте консистенцію їжі (м'яка, вершкова або рідка) відповідно до ступеня мукозиту.
- Їжте фруктові / злакові каші та смузі;
- Вживайте їжу при кімнатній температурі чи холодною;
- Віддавайте перевагу м'якій їжі, яку легко жувати;
- Підвищуйте рівень гідратації протягом доби;
- Відмовтеся від сухих, твердих, цитрусових, гострих, надмірно гострих, солоних і солодких страв;
- Відмовтеся від алкогольних і газованих напоїв.
- Підтримуйте належну гігієну порожнини рота з очищенням після кожного прийому їжі.



КСЕРОСТОМІЯ

Цей симптом може виникати як у результаті самого захворювання, так і внаслідок лікування, зокрема хімієтерапії, променевої терапії чи хірургічного втручання. Це призводить до погіршення навичок жування, ковтання, спілкування та відчуття смаку, а також підвищує ризик розвитку інфекцій.

У деяких випадках можна розглянути можливість використання штучної слини. Стан може посилюватися супутнім застосуванням деяких лікарських засобів.



Рекомендації щодо харчування

- Підвищуйте рівень гідратації протягом доби;
- Пийте рідину під час їжі, щоб полегшити жування і ковтання;
- Додавайте краплі зі смаком лимону / апельсину в напої та їжу;
- Їжте фрукти з високим вмістом води;
- Віддавайте перевагу вологим і м'яким стравам;
- Вибирайте напівфабрикати з більшою кількістю соусу;
- Розчиняйте невеликі порції заморожених напоїв у роті;
- Вибирайте жувальну гумку без цукру / цукерки зі смаком цитрусових / м'яти;
- Відмовтеся від сухої, грубої, твердої, густої та гострої їжі;
- Відмовтеся від алкогольних і газованих напоїв.

ДІАРЕЯ

Діарея асоціюється зі змінами об'єму та консистенції калу, а також частоти дефекації. Зазвичай діареєю вважається поява водянистих випорожнень частіше 3 разів на добу. Вона може бути викликана лікуванням, інфекціями, а також самим захворюванням.

Для лікування діареї можна призначити лоперамід. У багатьох випадках необхідно визначити наявність інфекції та підібрати антибіотики, орієнтуючись на поширених збудників.

Іноді виникає необхідність провести культуральні дослідження або аналізи на токсини для коригування підходу. Цей симптом ускладнює процеси травлення та всмоктування поживних речовин, що може спричинити зневоднення та мальнутрицію.





Рекомендації щодо харчування

- **Підвищуйте рівень гідратації:**
 - Рекомендовано: вода, трав'яні чаї, настої, ячмінний напій, желатин, розбавлені спортивні напої, розбавлений яблучний сік;
 - Не рекомендовано: напої з кофеїном (кава, чорний і зелений чай, кола, какао), газовані або алкогольні напої.
- **Дотримуйтесь високозасвоюваної дієти:**
 - Продукти з низьким вмістом нерозчинної клітковини, такі як натуральні продукти, овочі, бобові, насіння тощо;
 - Продукти з низьким вмістом жиру;
 - Продукти з низьким вмістом лактози.
- Споживайте продукти, багаті розчинною клітковиною (наприклад, приготовані яблука / груші, стиглі банани, варена морква, ячмінний напій, ...);
- Використовуйте прості способи приготування: варіння, смаження на грилі, тушкування (без пасерування), швидке обсмажування;
- Відмовтеся від гострих приправ;
- Відмовтеся від соусів;
- Розгляньте можливість призначення харчової добавки з розчинною клітковиною.

ЗАПОР

Запор може бути спричинений або посилений певними лікарськими засобами (такими як антагоністи рецепторів серотоніну підтипу 5HT₃ та опіюїдні анальгетики), змінами в раціоні харчування, недостатнім споживанням води та гіподинамією.

Запор може супроводжуватися болем у животі, здуттям, метеоризмом і нудотою. Щоб уникнути труднощів з лікуванням ускладнень і дискомфорту, запор потрібно попереджати або усувати на ранніх стадіях.

Першочерговими заходами мають бути підвищення рівня гідратації, стимулювання фізичної активності та вирішення проблем з харчуванням. Проносні препарати допомагають контролювати запор.

Проносні препарати:

- Проносні засоби, що збільшують обсяг кишкового вмісту, в такий спосіб стимулюючи функцію кишечника, такі як метилцелюлоза, висівки, піліум, фіброгель;
- Осмотичні агенти, що працюють шляхом втягування води в травний тракт для зволоження калу та полегшення його просування і виведення, такі як лактулоза, макрогол, поліетиленгліколь;
- Стимулятори, які посилюють перистальтику ободової кишки, допомагаючи калу рухатися через травний тракт, такі як бісакодил, сенна, натрію пікосульфат;
- Пом'якшувачі, які зволожують кал, роблять його м'якшим і полегшують процес виведення, такі як натрію цитрат і докузат.



Рекомендації щодо харчування

- Підвищуйте рівень гідратації з використанням, наприклад, води, трав'яних чаїв, настоїв, ячмінних напоїв, желатину, води зі смаком лимона тощо;
- Збільшіть споживання продуктів, багатих клітковиною, таких як цільнозернові продукти, овочі, фрукти, горіхи, насіння тощо;
- Заохочуйте регулярну фізичну активність;
- Розгляньте можливість призначення харчової добавки з розчинною і нерозчинною клітковиною.

У разі запору слід запідозрити наявність кишкової непрохідності чи її підтипу.

КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ

Кишкова непрохідність — це часткова чи повна обструкція, що ускладнює просування їжі, рідин, калу або газів через тонкий чи товстий кишечник.

Вона може бути частковою чи повною, а симптоми включають:

- Чергування періодів запору і діареї;
- Відсутність транзиту газів;
- Біль у животі та здуття живота;
- Омертвіння;
- Нудоту і блювання.

Може бути спричинена наявністю пухлин, спайок, гриж або запаленням кишечника.

Слід ретельно підбирати лікування, враховуючи індивідуальні фактори, такі як причина та рівень непрохідності, клінічний стан, стадію та прогноз пацієнта, відповідь на попереднє лікування, функціональний статус, супутні захворювання, уподобання, смаки, а також цілі лікування.

Лікування може включати хірургічне видалення обструкції (наприклад, пухлини, спайки, заворот кишок) або хірургічне шунтування. Для більшості пацієнтів хірургічне втручання є неможливим. У цьому випадку також можна розглянути можливість встановлення протезів / стентів. У випадках, коли хірургічне втручання або встановлення протеза не показане, медикаментозна терапія повинна включати антисекреторні препарати (наприклад, октреотид (оптимально) або антихолінергічні препарати, такі як бутилескополамін), аналгетики (опіоїди за необхідності), протиблювотні препарати (низькі дози галоперидолу, оланзапіну або метоклопраміду, в останньому випадку з контролем появи кольок і посилення болю), протизапальні глюкокортикоїди (дексаметазон у дозі 6–16 мг/доба).

Рекомендації щодо харчування

- Підвищуйте рівень гідратації;
- Частіше вживайте їжу невеликими порціями;
- Вживайте продукти з низьким вмістом нерозчинної клітковини, такі як натуральні продукти, овочі та фрукти зі шкіркою та насінням, бобові, насіння тощо;
- Відмовтеся від гострих приправ;
- Віддавайте перевагу простим легкозасвоюваним стравам з низьким вмістом жиру.



ДИСФАГІЯ

Термін «дисфагія» охоплює як труднощі з початком ковтання (орофарингеальну дисфагію), так і відчуття затримки твердої їжі та/або рідини при проходженні з рота в шлунок (езофагеальну дисфагію). Отже, дисфагія — це відчуття перешкоди при проходженні проковтнутої їжі. Вона може виникати при вживанні будь-яких харчових продуктів або лише продуктів певної консистенції (рідких /твердих).

Вона може бути результатом наявності пухлини, хірургічного втручання, променевої терапії або хіміотерапії. Наявність дисфагії слід оцінювати за допомогою валідованих інструментів (наприклад, EAT-10). Якщо наявність дисфагії підтверджується, слід направити пацієнта до профільного спеціаліста для подальшої діагностики. Необхідно адаптувати раціон харчування, при цьому також можуть знадобитися спостереження логопеда та реабілітація.





Рекомендації щодо харчування

- Змінійте консистенцію страв відповідно до здатності онкологічного пацієнта до ковтання і згідно із вказівками логопеда;
- У разі виникнення дисфагії при споживанні рідких, напіврідких і кремоподібних страв рекомендується застосування загущувача;
- У разі дисфагії може знадобитися змінити консистенцію їжі з твердої на м'яку, кремоподібну чи рідку;
- Віддавайте перевагу вологій їжі, яку легко жувати і ковтати;
- Вживайте невелику кількість рідини під час їжі, щоб полегшити жування і ковтання;
- Уникайте відмінностей у консистенції тих самих страв;
- Уникайте сухої, твердої, волокнистої або липкої їжі;
- Відмовтеся від вживання алкогольних напоїв;
- Правильна поза під час ковтання (сидячи або напівлежачи, з нахилом шиї або поворотом голови в уражену сторону);
- Використовуйте відповідний посуд (чашку з носиком; столові прибори для десерту; відмовтеся від соломинок).

ВТОМЛЮВАНІСТЬ

Втомлюваність є одним з найпоширеніших симптомів у онкологічних пацієнтів. Цей симптом характеризується загальною слабкістю, що перешкоджає накопиченню необхідної енергії для виконання щоденних справ.



Рекомендації щодо харчування

- Підвищуйте рівень гідратації;
- Наголошуйте на важливості належного споживання енергії та білка з їжею;
- Заохочуйте регулярну фізичну активність.

НЕЙТРОПЕНІЯ

Для лікування нейтропенії не існує спеціальних продуктів. Однак важливо рекомендувати дієту, яка буде збалансованою та різноманітною і забезпечить достатню кількість енергії, білка, вітамінів і мінералів. За можливості така дієта повинна включати щоденне споживання таких продуктів, як м'ясо, риба, яйця, овочі, фрукти, крупи, молочні продукти та оливкова олія, і передбачати належну гідратацію.

Слід рекомендувати онкологічному пацієнту / особі, яка здійснює догляд, звертати особливу увагу на гігієну та безпеку харчових продуктів під час їх придбання, зберігання, підготовки та приготування.



Рекомендації щодо харчування

- Підвищуйте рівень гідратації;
- Наголошуйте на важливості належного споживання енергії та білка з їжею;
- Підтримуйте належну гігієну рук і чистоту посуду під час приготування їжі;



- Мийте і дезінфікуйте овочі та фрукти, які плануєте вживати сирими, — замочіть у дезінфікуючому розчині приблизно на 20 хвилин;
- Приділяйте належну увагу приготуванню їжі;
- Зберігайте їжу при відповідній температурі;
- Уникайте ризикованих продуктів (наприклад, молюсків, копчених продуктів, непастеризованих продуктів, оброблених продуктів, таких як фарш або порізані сир / шинка, горіхи та олійне насіння тощо);
- Уникайте пиття води з неконтрольованих джерел або приготування їжі з такою водою.



6. Показання до прийому спеціалізованого медичного харчування

Спеціалізоване медичне харчування (СМП) — це готові суміші поживних речовин, що використовуються як доповнення до раціону харчування. Вони можуть містити різні пропорції різних поживних речовин або складатися лише з однієї. Вони можуть мати різні форми випуску (рідина, порошок, пудинг), клінічні показання (наприклад, при цукровому діабеті, захворюванні нирок, при хронічному загоєнні ран, ...), об'єми та смаки.

Застосування спеціалізованого медичного харчування рекомендується у разі, коли харчові потреби онкологічного пацієнта не задовольняються за рахунок стандартного раціону харчування.

Такі добавки завжди призначають онкологічним пацієнтам, які проходять променеву терапію голови / шиї та грудної клітки.

При кахексії та саркопенії (виснаженні м'язів) добавки повинні містити високий рівень білка, зокрема амінокислоти з розгалуженими боковими ланцюгами, а саме, лейцин (близько 2 г/доба) або його метаболіт, ГМБ; у випадку кахексії слід призначати n-3 поліненасичені жирні кислоти, тобто ЕПК та ДГК у дозі приблизно 2 г/доба, та вітамін D.

Переваги нутритивної терапії з використанням СМХ:

- Збільшення споживання енергії;
- Зниження втрати ваги;
- Покращення якості життя;
- Підвищення показника дотримання схеми протипухлинної терапії;
- Зменшення побічних ефектів лікування.

Показник дотримання застосування спеціалізованого медичного харчування онкологічним пацієнтом зростає, якщо:

- Прийом СМХ включений у структуроване консультування з питань харчування;
- Пацієнт розуміє важливість і мету прийому СМХ;
- Смак, консистенція та температура, при якій споживаються харчові продукти для спеціальних медичних цілей, можуть варіюватися;
- СМХ регулярно приймають у невеликих дозах, як лікарські засоби.

Їх слід вживати між прийомами їжі, а не як заміну. Для зручності можна готувати альтернативні варіанти, наприклад, смузі, десерти, супи, морозиво та інші страви.



7. Пацієнти з прогресуючим захворюванням і догляд на термінальній стадії захворювання

При прогресуючому захворюванні мета нутритивної терапії залежить від прогнозу.

Якщо прогнозована тривалість життя перевищує 6 місяців

Втручання для задоволення харчових потреб можуть включати зондове або парентеральне харчування, завжди за погодженням з лікарями, пацієнтом та особами, які здійснюють догляд. Це втручання допомагає покращити якість життя та подовжити виживаність.

Якщо прогнозована тривалість життя не перевищує 6 місяців

Метою є комфорт і якість життя. Іншими словами, навіть якщо харчові потреби онкологічного пацієнта не задовольняються, слід приділяти увагу його вподобанням і забезпечувати контроль симптомів.

На термінальній стадії захворювання основною метою є забезпечення мінімального споживання води та їжі, враховуючи переносимість онкологічного пацієнта, для втамування голоду і спраги у відповідних випадках. Спеціалізоване медичне харчування (ентеральне або парентеральне) не рекомендується на цій стадії, за винятком випадків, коли відмова від нього може спричинити занепокоєння. Якщо пероральне споживання є недостатнім або неможливим, до того ж існує імовірність поліпшення симптомів, можна розглянути внутрішньовенну чи підшкірну гідратацію.

8. Людина, яка пережила лікування раку

Після завершення лікування важливо, щоб людина, яка пережила лікування раку, вела здоровий спосіб життя та/або адаптувала свій раціон з урахуванням наявних чи потенційних постійних наслідків.

- Якщо у людини, яка пережила лікування раку, залишаються симптоми, див. главу 5. «Контроль симптомів, що впливають на нутритивний статус», стор. 21.
- Людину, яка пережила лікування раку і в якій в результаті хірургічного втручання або променевої терапії залишилися інші ускладнення, що впливають на нутритивний статус, слід направити до дієтолога або залишити під контролем дієтолога.
- За відсутності у пацієнта симптомів чи наслідків рекомендуємо такі заходи:
 - Досягнення або підтримка здорової ваги (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²)
 - Підтримка належного рівня фізичної активності
 - Дотримання принципів здорового харчування (згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я)



9. Фізична активність і фізичні навантаження

Фізична активність, включно з аеробними вправами і вправами для зміцнення м'язів, вважається важливим анаболічним стимулом, тому її слід заохочувати як спосіб покращення кардіореспіраторної форми, м'язової сили, складу тіла, фізичних здібностей і метаболічного контролю, а також поліпшення емоційного стану і зменшення астенії. Програми фізичної реабілітації мають координуватися спеціалістами із застосуванням структурованого підходу, що базується на принципах FITT (частота, інтенсивність, час і тип).

Така програма має бути адаптована до потреб пацієнта, відповідати попередньо встановленим цілям та принципам і бути частиною комплексного плану ведення онкологічного пацієнта. При цьому необхідно враховувати потенційні протипоказання, зумовлені клінічними факторами (наприклад, серцеві, скелетно-м'язові, метаболічні та неврологічні порушення), а також стани, пов'язані з лікуванням і захворюванням, такі як анемія (<8 г/дл), нейтропенія, тромбоцитопенія ($<20\ 000$ г/л) або гарячка ($>38^{\circ}\text{C}$).



10. Впровадження багатoproфільного підходу

Підхід до ведення будь-якого пацієнта з будь-яким типом пухлини на будь-якому етапі захворювання є багатoproфільним і вимагає участі фахівців різних напрямів, окрім тих, які традиційно пов'язані з лікуванням онкологічних пацієнтів. У рамках цього міждисциплінарного підходу слід розглянути можливість залучення онкологів, хірургів, рентгенологів, ендокринологів, дієтологів, психологів, логопедів, фізіотерапевтів, психіатрів, спеціалістів з лікування болю, а також медсестер.

Такий підхід повинен бути пацієнт-орієнтованим, всеосяжним і враховувати фізіологічні та емоційні аспекти.



ЛИТЕРАТУРА

1. Elad S, Cheng K, Lalla R, Yarom N, Hong C, Logan R, Bowen J, et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. *Cancer*. 2020.126(19): 4423-4431 | 2. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, et al, ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 2017. 36:11–48 | 3. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, Erickson N, et al, ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. *Clin Nutr*, 2017. 36: 1187-1196. | 4. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos V, Bruera E, Fabbro E, Dixon S, et al, Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *J Clin Oncol* 38:2438-2453. | 5. J. Arends, F. Strasser, S. Gonella, T. S. Solheim, C. Madeddu, P. Ravasco, L. Buonaccorso, | 6. M. A. E. de van der Schueren, C. Baldwin, M. Chasen & C. I. Ripamonti, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021 Apr;6(3):100092| 7. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40 (2021) 2898e2913 | 8. NCCN Guidelines. Antiemesis. Version 2.2022 | 9. Mercadante S. Palliative care of bowel obstruction in cancer patients. *UpToDate*. Acedido em 28/07/2022 | 10. Mendes J, Ruivo E, Simas A, Amaral T. Desenvolvimento da versão em português do Nutriscore. *Act Port Nutr* 21 (2020) 46-49| 11. Horie LM, Barrere AP, Cas tro MG, et al . Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J* 2019; 34 (Supl. 1):2-32. | 12. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica ; organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. Rio de Janeiro : Edite, 2021. 164 p. | Nutrition for the Person with cancer during treatment – A Guide for Patients and Families. American Cancer Society. 2019. No 941000 Ver. 11/19. | 13. Support for People with Cancer – Eating Hints: Before, during, and after Cancer Treatment. National Cancer Institute. 2018. No 18-7157. | 14. Peñas R, Majem M, Perez-Altozano J, Virizuela J, Cancer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clinical and Translational Oncology* (2019) 21:87–93.



NUTRICIA
Nutridrink



КОЖНОМУ СВІЙ
NUTRIDRINK

№1
БРЕНД



ПРИ ДІАБЕТИ

**ПРИ МУКОЗИТАХ,
ДЛЯ ЗАГОЄННЯ РАН**

**ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ПЕРЕНОСИМОСТІ
ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ¹⁻³**

Ви отримали цей матеріал, оскільки лікар або дієтолог порадив вам продукцію Nutridrink
*Nutridrink – бренд клінічного харчування №1 в Україні у роздрібних продажах за період із січня 2023 р. по
грудень 2024 р. База даних «Pharmxplore» © ТОВ «Гіроксіма Рісерч», 2009-2025.

Доказання дивіться на сайті <https://medical.nutricia.ua/>
Mullin, Gerard E et al. "The Association between Oral Nutritional Supplements and 30-Day Hospital Readmissions
of Malnourished Patients at a US Academic Medical Center." Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics vol. 119,7 (2019): 1168-1175. ²Bargetzi, L et al. "Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients
with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial." Annals of oncology: official
journal of the European Society for Medical Oncology vol. 32,8 (2021): 1025-1033. ³Mudarra Garcia, Natalia et al.
"Pre-Surgical Nutrition Support Reduces the Incidence of Surgical Wound Complications in Oncological Patients."
Nutrition and cancer vol. 72,5 (2020): 801-807. doi:10.1080/01635581.2019.1653473





Автори:



За підтримки:

