

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДОРΟΣЛИХ

2023

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»: Злоякісні новоутворення (C00-C96)

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Лісний Іван Іванович	завідувач науково-дослідного відділення анестезіології та інтенсивної терапії державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку», заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Зуб Валерій Олексійович	народний депутат України (за згодою);
Безносенко Андрій Петрович	завідувач науково-дослідного відділення пухлин органів черевної порожнини державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Горобець Анастасія Олександрівна	доцент кафедри педіатрії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Земсков Сергій Володимирович	проректор закладу вищої освіти з наукової роботи та інновацій Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Климнюк Григорій Іванович	завідувач науково-дослідного відділення дитячої онкології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку», заступник голови робочої групи;
Кондрацький Юрій Миколайович	завідувач відділення пухлин стравоходу і шлунку державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Крячок Ірина Анатоліївна	завідувач науково-дослідного відділення онкогематології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Павлик Сергій Володимирович	завідувач відділення дитячої онкології державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;

Солодяннікова Оксана Іванівна	завідувач науково-дослідного відділення ядерної медицини державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку»;
Швець Олег Віталійович	президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація дієтологів України» (за згодою);

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

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.
----------------------------	--

Рецензенти:

Дмитрієв Дмитро Валерійович	медичний директор Комунального неприбуткового підприємства Подільського регіонального центру онкології Вінницької обласної ради, д.мед.н., професор;
Матолінець Наталія Василівна	професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор, Заслужений лікар України, Президент ГО «Українська асоціація парентерального та ентерального харчування».

Дата оновлення стандартів – 2029 рік.

Список скорочень

ERAS	програма «Прискореної реабілітації після операції»
EBCC	енергетичні витрати у стані спокою
ЕХ	ентеральне харчування
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІМТ	індекс маси тіла
КМП	клінічний маршрут пацієнта
ЛХ	лікувальне харчування
ПДХ	пероральне додаткове харчування
ПХ	парентеральне харчування
ТГСК	трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин
ЧЕГ	черезшкірні ендоскопічні гастростоми
ШКТ	шлунково-кишковий тракт

Розділ І. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із злоякісними новоутвореннями

1. Положення стандарту медичної допомоги

СМД призначений для лікарів онкологів, хірургів-онкологів, анестезіологів, хіміотерапевтів, радіологів, лікарів з променевої терапії, онко-гематологів, дієтологів, середнього медичного персоналу для організації надання медичної допомоги та покращення результатів лікування онкологічних хворих шляхом оптимізації їх лікувального харчування.

2. Обґрунтування

Харчування має вирішальне значення у комбінованій протипухлинній терапії. Переконливі докази вказують на те, що проблеми харчування слід враховувати в межах алгоритму лікування та діагностики ще з моменту діагностування раку та контролювати паралельно з провадженням протипухлинної терапії. Проте в світі і в нашій країні мальнутриція, пов'язана із онкологічним захворюванням досі у достатній мірі не виявляється, недооцінюється та неоптимально лікується у комплексному веденні пацієнтів.

Мальнутриція є спільною ознакою у хворих на рак і виникає внаслідок як самої пухлини, так і медикаментозної та хірургічної протипухлинної терапії. Недостатність харчування негативно впливає на якість життя та переносимість лікування. Було підраховано, що до 10–20 % онкологічних пацієнтів помирають через наслідки мальнутриції, а не через саму пухлину.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу хворим з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях.

2) Існує 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 мальнутрицією при онкологічних захворюваннях.

Бажані:

4) У закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), де надають медичну допомогу хворим з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях, розміщуються інформаційні матеріали стосовно проявів та профілактики, щодо факторів ризику.

Розділ II. Діагностика

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз встановлюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

2. Обґрунтування

Неповноцінна дієта зумовлює хронічну недостатність харчування. Для того, щоб підтримати стабільний нутритивний статус, харчування повинне відповідати потребам пацієнта в калоріях, що є сумою енергетичних витрат у стані спокою (ЕВСС), фізичну активність і в незначній кількості — аліментарно-індукований термогенез. В онкологічних пацієнтів ЕВСС при визначені за допомогою непрямой калориметрії, «золотого» стандарту, можуть бути незмінними, підвищеними або зниженими по відношенню до цього показника в осіб з групи контролю без пухлин

В онкологічних пацієнтів не пригнічується синтез м'язових білків, цей процес не порушується та зберігається відповідь на надходження амінокислот з їжею, нехай із підвищеною потребою в амінокислотах (білках), ніж у здорових осіб молодого віку.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Для виявлення мальнутриції або ризику мальнутриції у всіх пацієнтів, які надходять на лікування до ЗОЗ, проводиться оцінка нутритивного ризику за шкалами, що наведені у додатках 1, 2, 3 до цього Стандарту.

2) З метою виявлення ранніх стадій нутритивних порушень проводиться регулярна оцінка надходження поживних речовин, зміни ваги та ІМТ, починаючи від встановлення діагнозу онкологічного захворювання та при повторних обстеженнях залежно від стабільності клінічної ситуації відповідно до додатку 4 цього Стандарту.

3) 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) Проводиться рутинний скринінг онкологічних пацієнтів на пізніх стадіях захворювання щодо споживання кількості поживних речовин, втрати маси тіла та виявлення низького індексу маси тіла.

Бажані:

5) Для пацієнтів з патологічними результатами скринінгу застосовується об'єктивна та кількісна оцінка надходження поживних речовин, симптомів, що впливають на стан пацієнта, пов'язаних із харчуванням, м'язової маси, фізичної працездатності та ступеня системного запалення.

6) Онкологічні пацієнти, яким проводять радикальні чи паліативні хірургічні втручання, ведуться в межах програми «Прискореної реабілітації після операції» (ERAS). Згідно з цією програмою кожному пацієнту проводиться скринінг мальнутриції та, якщо пацієнт знаходиться в групі ризику, забезпечується додаткова нутритивна підтримка.

Розділ III. Лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Дієтотерапію бажано розпочати тоді, коли пацієнти ще не перейшли в стан важкої мальнутриції. Першою формою нутритивної підтримки повинне бути консультування з приводу харчування, щоб полегшити контроль симптомів, і заохочення до споживання збагаченої білками та висококалорійної їжі та рідини, які добре засвоюються; перевагу слід надавати висококалорійній і високобілковій дієті як методу підтримки та покращення нутритивного статусу.

2. Обґрунтування

В онкологічних пацієнтів з порушенням процесів травлення або всмоктування їжі, які не здатні приймати їжу, за допомогою лікувального харчування можна стабілізувати нутритивний статус. У пацієнтів з пухлинами, які перешкоджають пероральному споживанню або пасажу їжі вздовж верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, нутритивний статус можна стабілізувати за допомогою ЕХ. У випадку тяжкої кишкової недостатності внаслідок радіаційного ентериту, хронічної кишкової непрохідності, синдрому короткої петлі, канцероматозу очеревини або хілотораксу нутритивний статус можна підтримати шляхом парентерального харчування (ПХ).

У пацієнтів із резистентністю до інсуліну спостерігається порушення засвоєння й окислення глюкози міоцитами; проте утилізація жирів залишається нормальною або підвищується, що також свідчить на користь вищого співвідношення жирів до вуглеводів. Відбувається ефективна мобілізація жирів і використання їх як джерела енергії. У порівнянні зі здоровими суб'єктами, метаболічний кліренс різних ліпідних емульсій був підвищений в онкологічних пацієнтів зі стабільною масою тіла, та ще вищий у пацієнтів, які втрачали масу тіла. Крім того, існують додаткові переваги використання ліпідів замість глюкози при різних схемах ПХ.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Загальний підхід до лікувального харчування (далі - ЛХ) всіх онкологічних пацієнтів: скринінг та обстеження; потреби в калоріях і поживних речовинах проводять відповідно до додатку 4 цього Стандарту.

2) Клінічне харчування при онкологічних захворюваннях необхідно проводити відповідно до додатку 5 цього Стандарту.

3) Загальний підхід до лікування всіх онкологічних пацієнтів: типи ЛХ; фізичні вправи проводять відповідно до додатку 6 цього Стандарту.

4) Лікувальні інтервенції для окремих категорій пацієнтів при хірургічному втручанні проводять відповідно до додатку 7 цього Стандарту.

5) Протягом променевої терапії, особливо що стосується променевої терапії голови та шиї, грудної клітки та шлунково-кишкового тракту (ШКТ), потрібно забезпечити в першу чергу споживання достатньої кількості поживних речовин, застосовуючи індивідуальне консультування з приводу харчування та/або за допомогою перорального додаткового харчування (ПДХ) з метою уникнення погіршення нутритивного статусу, підтримання засвоєння їжі та

уникнення переривання променевої терапії відповідно до додатку 8 цього Стандарту.

6) Лікувальні втручання для окремих категорій пацієнтів, що проходять радикальну або паліативну протипухлинну медикаментозну терапію та/або високодозовану хіміотерапію та трансплантацію гемопоетичних стовбурових клітин проводять відповідно до додатку 9 цього Стандарту.

7) Загальні енергетичні витрати в онкологічних пацієнтів, якщо тільки вони не обраховуються в індивідуальному порядку, мають бути подібними до аналогічних у здорових суб'єктів, та становити від 25 до 30 ккал/кг/доба.

8) Споживання білків має становити понад 1 г/кг/добу та, якщо можливо, до 1,5 г/кг/доба.

9) ЕХ за допомогою назогастрального або черезшкірного зонда (наприклад, черезшкірні ендоскопічні гастростоми) проводиться при тяжкому мукозиті, індукованому променевою терапією, або при обструктивних пухлинах голови та шиї або грудної клітки.

10) Етапи надання нутриціологічної підтримки на шляху онкологічного хворого проводять відповідно до додатку 10 цього Стандарту.

11) ЛХ у онкологічних хворих проводять відповідно до додатку 11 цього Стандарту.

Бажані:

12) Рекомендоване додаткове застосування ПДХ в тих випадках, коли застосування висококалорійної дієти не є ефективним при досягненні цілей, пов'язаних із харчуванням. ЛХ показане, якщо пацієнти не можуть харчуватися належним чином (наприклад, менше 50 % від потреби протягом більше одного тижня або лише 50–75 % від потреби протягом більше двох тижнів). Якщо було прийняте рішення на користь додаткового харчування пацієнта, ми рекомендуємо застосовувати ЕХ, якщо дієтотерапія (консультування, ПДХ) не забезпечує належне пероральне харчування, або ПХ, якщо ЕХ недостатньо або воно не є можливим.

13) Проводиться додаткове застосування вітамінів і мінералів у кількостях, що приблизно відповідають рекомендованій добовій фізіологічній потребі та не рекомендується застосування високих доз мікронутрієнтів за відсутності підтвердженого специфічного дефіциту.

14) Для онкологічних пацієнтів, які втрачають масу тіла та мають резистентність до інсуліну рекомендується збільшити співвідношення калорій, отриманих з жирів до калорій, отриманих з вуглеводів. Це необхідно для підвищення енергетичної цінності харчування та обмеження глікемічного навантаження.

15) Призначаються нутритивні інтервенції з метою підвищення перорального споживання їжі для онкологічних пацієнтів, які здатні споживати їжу, проте мають ознаки мальнутриції або знаходяться в групі ризику.

16) Підтримання або підвищення рівня фізичної активності в онкологічних пацієнтів з метою підтримки м'язової маси, фізичної функції та метаболізму. Застосування індивідуальних силових вправ як доповнення до аеробних вправ з метою підтримання сили та маси м'язів.

17) Застосування кортикостероїдів впродовж обмеженого періоду часу (1–3 тижні) для підвищення апетиту в онкологічних пацієнтів з втратою апетиту на пізніх стадіях захворювання, проте потрібно зважати на побічні ефекти (атрофія м'язів, резистентність до інсуліну, інфекції).

18) Застосування прогестинів з метою підвищення апетиту в онкологічних пацієнтів із втратою апетиту на пізніх стадіях захворювання, проте необхідно пам'ятати про потенційні серйозні побічні ефекти (тромбоемболія).

19) Додаткове застосування довголанцюгових Омега-3 жирних кислот або риб'ячого жиру у пацієнтів на пізніх стадіях онкологічного захворювання, які отримують хіміотерапію та перебувають в групі ризику втрати маси тіла або страждають від недостатності харчування, з метою стабілізації або покращення апетиту, засвоєння їжі, безжирової маси тіла та загальної маси тіла.

20) У пацієнтів зі скаргами на відчуття швидкого насичення, після діагностики й лікування запорів, розглянути необхідність застосування прокінетиків, при цьому слід пам'ятати про потенційні побічні ефекти метоклопраміду на центральну нервову систему, а домперидону — на серцевий ритм.

21) Якщо зниження перорального харчування було 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.

Розділ IV. Подальше спостереження за пацієнтами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Для пацієнтів з групи помірного чи тяжкого нутритивного ризику (особливо ті, хто перенесли оперативне втручання з приводу злоякісних пухлин верхніх відділів ШКТ) слід розглянути можливість рутинної післяопераційної нутритивної підтримки (де можливо — пероральним або ентеральним шляхом), і слід зважити щодо продовження такої підтримки, коли пацієнт виписується за місцем проживання. Надати рекомендації пацієнтам щодо фізичної активності. Фізична активність — це ефективна стратегія для покращення аеробної здатності, фізичної форми та функціонального статусу.

2. Обґрунтування

Деякі онкологічні пацієнти 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 онкологічних пацієнтів з групи ризику мальнутриції, яким провели хірургічне втручання або в яких вже є мальнутриція, ми рекомендуємо належну нутритивну підтримку як під час госпіталізації, так і після виписки зі стаціонару.
- 3) Для онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічну резекцію верхніх відділів ШКТ з приводу злоякісних пухлин в межах традиційної періопераційної допомоги ми рекомендуємо оральне/ентеральне імунне харчування (аргінін, Омега-3 жирні кислоти, нуклеотиди).
- 4) Необхідно підтримувати нормальну масу тіла (ІМТ 18,5–25 кг/м²) та дотримуватися здорового способу життя, що передбачає фізичну активність та дієту на основі овочів, фруктів і цільнозернових продуктів і з низьким вмістом насичених жирів, червоного м'яса та алкоголю.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях.

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 при онкологічних захворюваннях».

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 пацієнтам з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях. 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 при онкологічних захворюваннях», 2023 року.
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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 жовтня 2013 року № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 січня 2014 року за № 77/24854.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

Протокол нутритивного ризику в онкології (PRONTO)

Що	Чому	Як	Відповіді та дії	
1. Маса тіла	- Масу тіла слід підтримувати стабільною - Ненавмисна втрата ваги є маркером недоїдання, пов'язаного із захворюванням - Ненавмисна втрата ваги є незалежним предиктором поганого результату у хворих на рак	ЗАПИТАЙТЕ ПАЦІЄНТА: - Ви ненавмисно втрачали вагу (на 5-10% або більше) за останні 3-6 місяців? Досліджувальні запитання: - Яка/це ваша звичайна вага? - Чи ваш одяг/кілця/протези підходять більше вільніше, ніж зазвичай? - Чи доводилося вам робити дірки на поясі?	ТАК	ВТРУЧАТИСЯ Пацієнт може потребувати медичного втручання в харчуванні згідно даного протоколу
			НІ	СПОСТЕРІГАТИ - Попросіть пацієнта стежити за вагою (особливо, якщо наявна втрата ваги) - Надайте основні поради щодо підтримки або покращення перорального споживання: достатня кількість білка, калорій, вітамінів і мінералів. Уникайте непотрібних обмежень/модних дієт
2. Апетит і споживання їжі	- Анорексія (тобто зниження бажання їсти) є загальною ознакою лікування раку та лікування раку - Анорексія може зменшити споживання їжі - Зменшення споживання їжі, не лише через анорексію, є ключовим чинником втрати ваги, пов'язаної з раком - Пацієнту може знадобитися лікувальне харчування для повного покриття харчових потреб	ЗАПИТАЙТЕ ПАЦІЄНТА: - Чи їли ви менше, ніж зазвичай, протягом останнього тижня або від останнього огляду/консультації? Досліджувальні запитання: - Чи є у вас якісь симптоми, які впливають на вашу здатність їсти та пити, напр. біль у роті, нудота, блювання, зміни смаку?	ТАК	ВТРУЧАТИСЯ Пацієнт може потребувати медичного втручання в харчуванні згідно даного протоколу
			НІ	СПОСТЕРІГАТИ - Попросіть пацієнта стежити за споживанням їжі (позначте, якщо споживання їжі знижене). - Надайте основні поради щодо підтримки або покращення перорального прийому: достатню кількість білка, калорій, вітамінів і мінералів. Уникайте непотрібних обмежень/модних дієт

3. Міцність і рухливість	• Втрата м'язової маси/функції є поширеною при раку та є маркером пов'язаного із захворюванням недоїдання • Втрата м'язової маси може призвести до більш високої токсичності хіміотерапії, погіршення комплаєнсу при онкологічному лікуванні, затримки та переривання терапії, втрати мобільності, незалежності та коротшого виживання, серед іншого. • Декілька протипухлинних препаратів можуть погіршити втрату/функцію м'язів • Втрата м'язів іноді може бути прихована за нормальною або надмірною масою тіла (особливо у пацієнтів із підвищеним індексом маси тіла)	ЗАПИТАЙТЕ ПАЦІЄНТА: • Чи втратили ви сили чи відчуваєтеся слабшими, ніж зазвичай від останнього огляду/консультації? Чи втратили ви сили чи відчуваєтеся слабшими, ніж зазвичай від останнього огляду/консультації? Досліджувальні запитання: • Чи помітили ви зміни у своїй здатності виконувати звичайні щоденні дії, напр. відкривати пляшки, вставати зі стільця, підніматися по сходах, піднімати важкі предмети? • Чи відчуваєте ви втому? Ваші м'язи слабкі?	ТАК	ВТРУЧАТИСЯ Пацієнт може потребувати медичного втручання в харчуванні згідно даного протоколу
---------------------------------	---	--	------------	---

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)



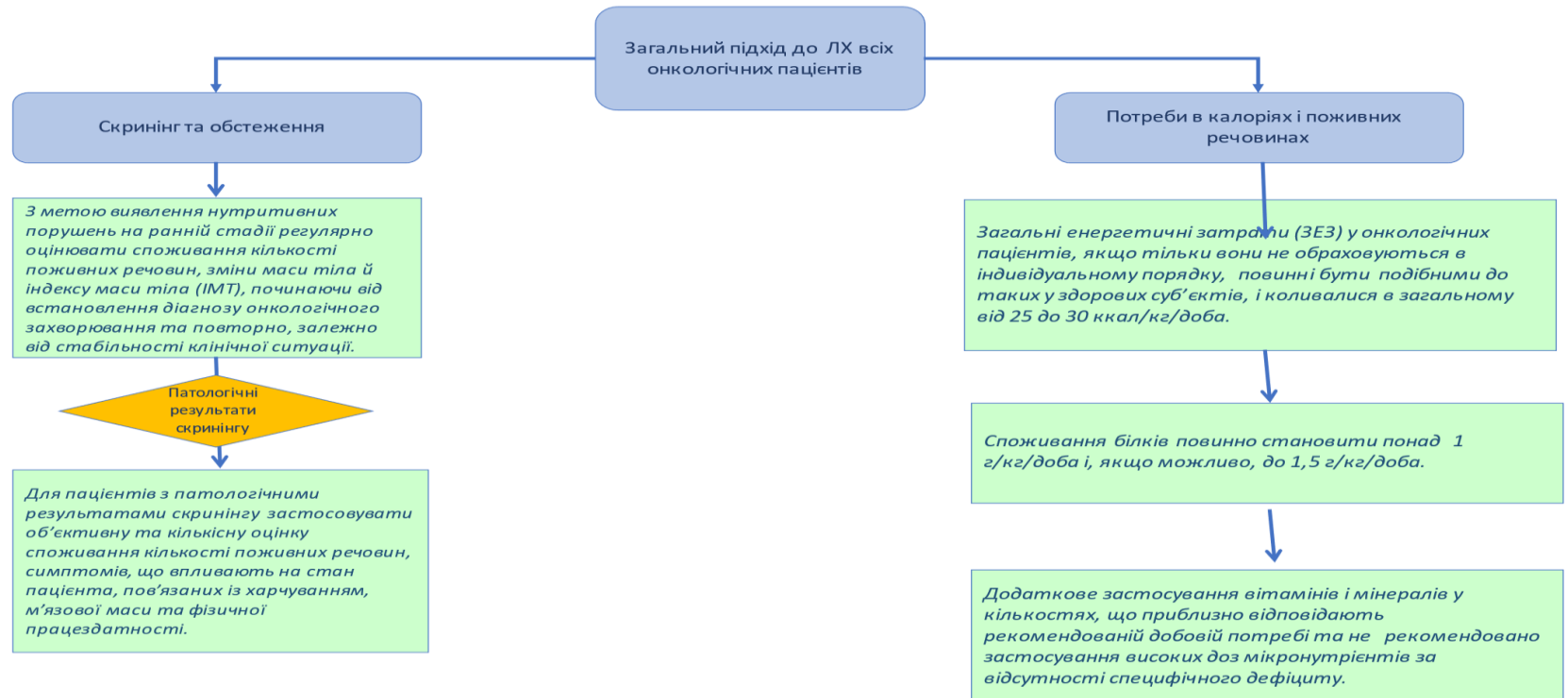
Скринінг нутритивних порушень

Стосується останніх 6-ти місяців		1. Чи є ненавмисна втрата ваги? Немає 0 Невпевнений 1 Так, скільки кг? 1-5 1 6-10 2 11-15 3 >15 4 невпевнений 2	чи підозрюють вони, що схудли, одяг вільніший?
наприклад, менше 3/4 звичайного споживання		2. Ви погано їсте через зниження апетиту? Ні 0 Так 1	також може бути через труднощі з жуванням або ковтанням
загальна втрата ваги та по питанням щодо апетиту		Підрахунок _____	

Загальний рахунок

- Оцінка 0 – 1 вказує на низький ризик мальнутриції.
- 2 бали вказують на помірний ризик мальнутриції.
- Оцінка 3-5 балів свідчить про високий ризик мальнутриції.

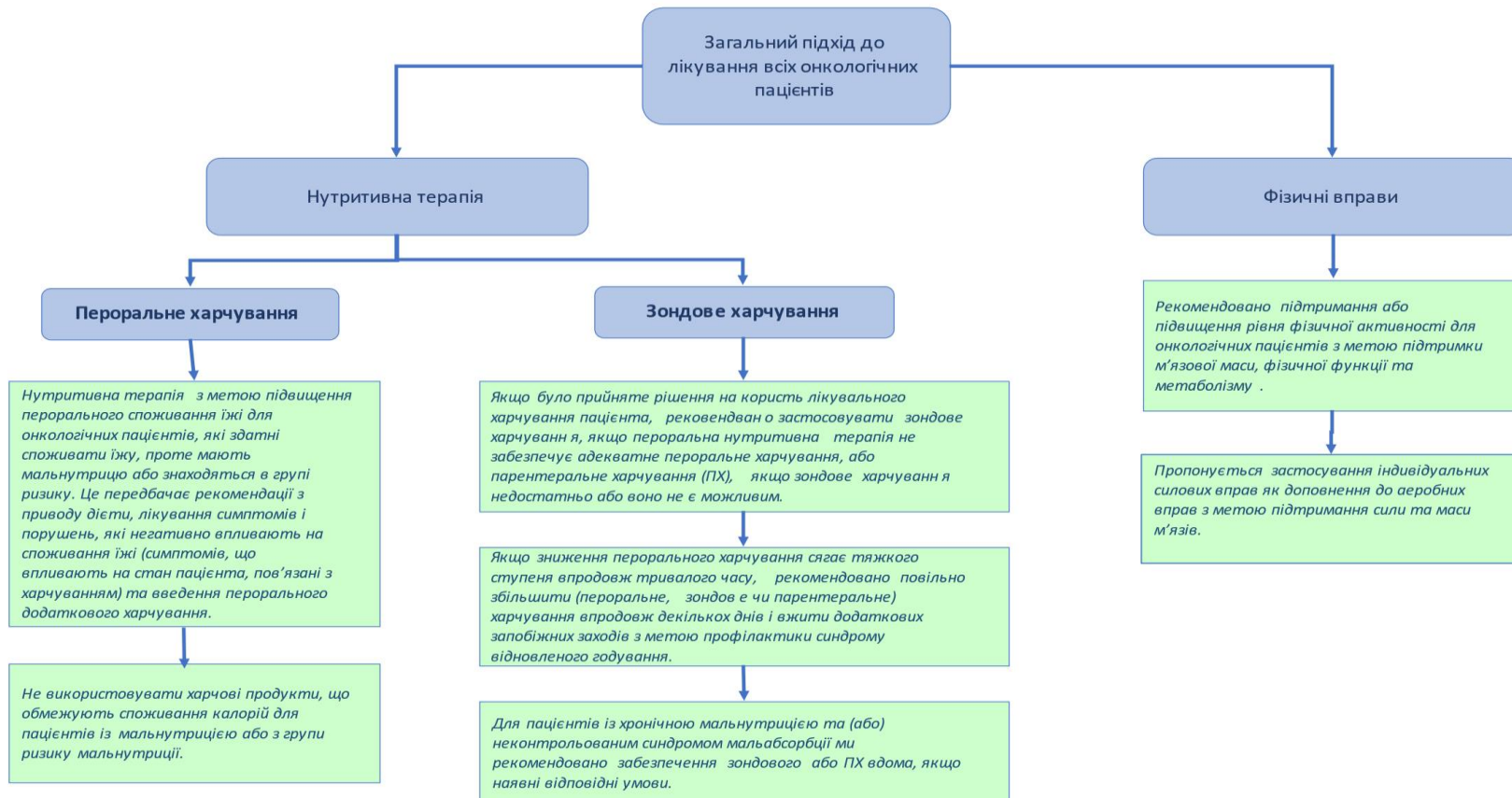
**Загальний підхід до ЛХ всіх онкологічних пацієнтів:
скринінг та обстеження; потреби в калоріях
і поживних речовинах**



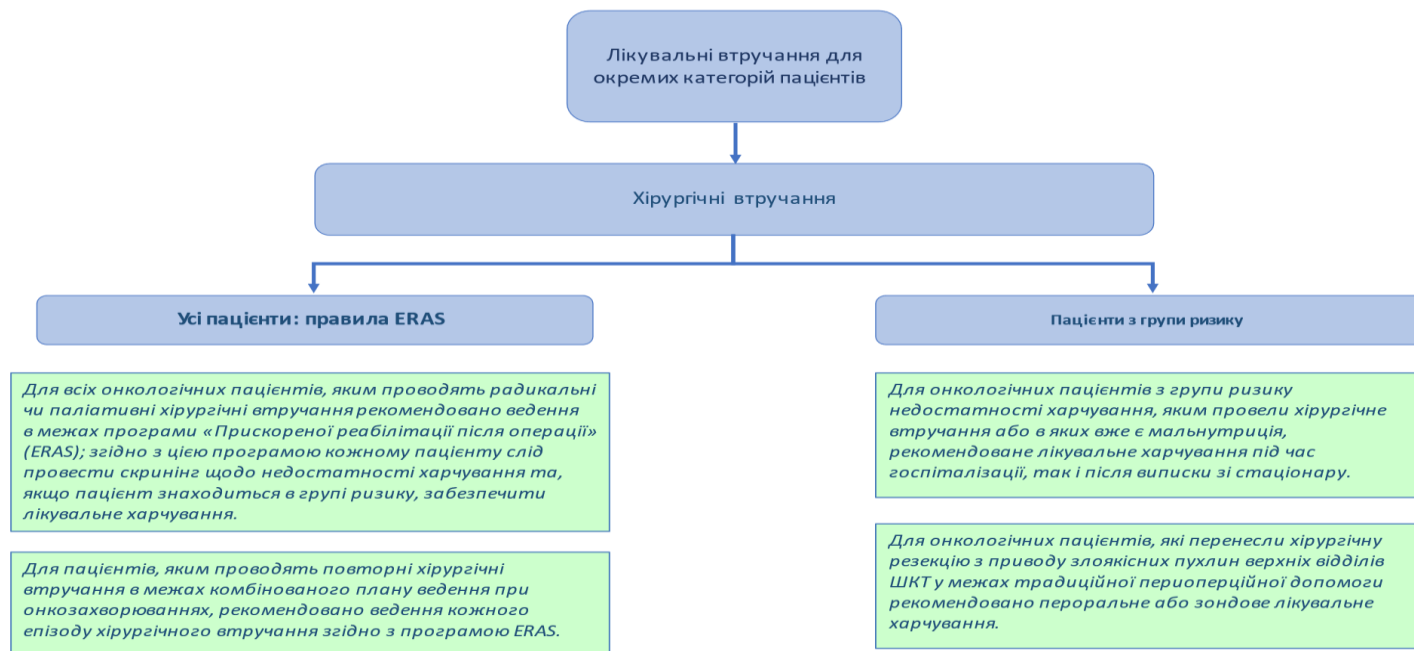
Клінічне харчування при онкологічних захворюваннях



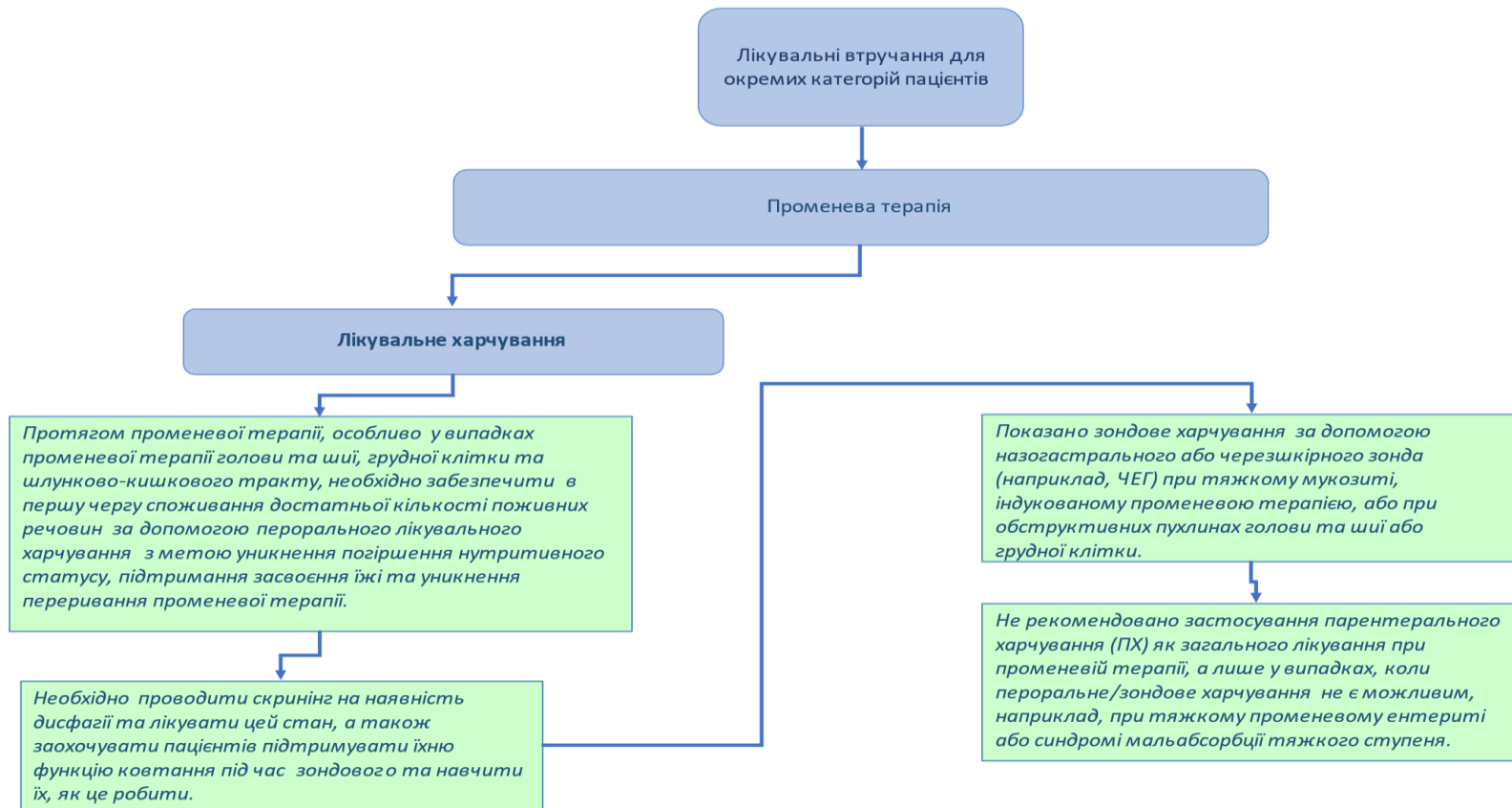
Загальний підхід до лікування всіх онкологічних пацієнтів: типи ЛХ; фізичні вправи



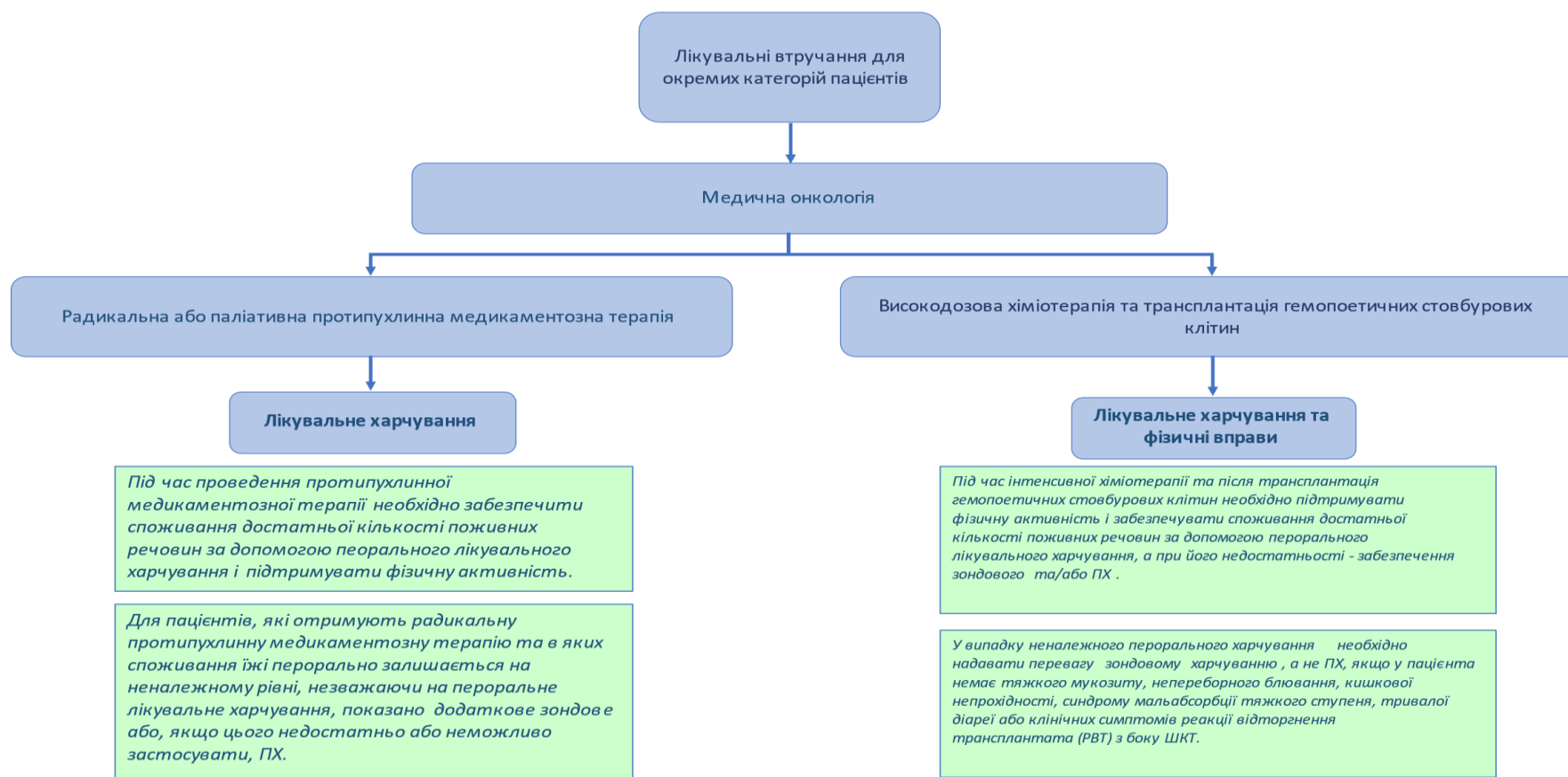
Лікувальні інтервенції для окремих категорій пацієнтів Хірургічні втручання



Лікувальні інтервенції для окремих категорій пацієнтів при променевій терапії



Лікувальні втручання для окремих категорій пацієнтів



Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях»
(підпункт 10 пункту 3 розділу III)

**Етапи надання нутриціологічної підтримки
на шляху онкологічного хворого**

Назва етапу	Тривалість етапу	Завдання ЛХ	Тип ЛХ
Етап попередньої діагностики <i>(до дати встановлення діагнозу)</i>	2-4 тиж	ЛХ, призначене лікарем-діагностом	п/о
Етап неoad'ювантної терапії	3-6 міс	Раннє пре-реабілітаційне ЛХ	п/о або зондове
<i>або</i>			
Етап передопераційної підготовки	10-14 днів	Передопераційне ЛХ	п/о або зондове
Етап ад'ювантної терапії	6-12 міс	Тривале ЛХ на етапі ад'ювантної терапії	п/о або зондове
<i>або</i>			
Етап післяопераційний	1-12 міс	Тривале ЛХ на реабілітаційному етапі	п/о або зондове

Лікувальне харчування на шляху онкологічного хворого

