*Kostiuk D., Kolesnychenko O., Khrupa O., Kaciun A.*
*SAN fizjoterapia dzienne gr. 2, V semestr*

# WSPARCIE ŻYWIENIOWE.
# **DROGI ŻYWIENIOWE**

# Przyczyny zmniejszonego przyjmowania pokarmu

*Chirurgiczne:*

- – zaburzenia żucia i połykania
- – zaburzenia smaku
- – zespół po gastrektomii
- – niewydolność trzustki
- – zwężenie w zespoleniu
- – biegunki i zaparcia
- – ból

# Przyczyny zmniejszonego przyjmowania pokarmu

*Chemioterapii:*

– nudności, wymioty
– zaburzenia smaku i węchu
– zapalenie jamy ustnej
– biegunka

*Radioterapii:*

– zaburzenia połykania (bole)
– suchość, zapalenie śluzówek
– zwężenia, przetoki

Podstawą do podjęcia leczenia wyniszczenia nowotworowego za pomocą leczenia żywieniowego jest szczegółowa **ocena stanu odżywienia** chorego i jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii.

# Ocena stanu odżywienia chorego

Należy rozpocząć od obliczenia procentu ubytku dotychczasowej (normalnej) masy ciała, korzystając z poniższego wzoru:

**% ubytku m.c. = normalna m.c. – aktualna m.c. /normalna m.c. x 100**

# Ocena stanu odżywienia na podstawie ubytku masy ciała:

– prawidłowy: < 5% ubytku masy ciała,
– niedożywienie lekkie: > 5%,
– niedożywienie umiarkowane: > 10%,
– niedożywienie ciężkie: > 15%.

**Do oceny stanu odżywienia chorych na nowotwory, przebywających w szpitalach i domach opieki społecznej wykorzystuje się obecnie:**

**ankietę NRS** – Nutritional Risk Screening (ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia), zaleconą przez Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolicznego ESPEN 2002,

bądź nieco starszą **ankietę SGA** – Subjective Global Assesment (subiektywna globalna ocena stanu odżywienia)

**Zarówno niedożywienie białkowo-kaloryczne, jak i białkowe wymaga zastosowania odpowiednio dobranej formy żywienia –**

**doustnej, dojelitowej lub pozajelitowej.**

# Żywienie doustne

- zapewnienie większej kaloryczności posiłków poprzez podawanie odżywek drogą doustną
- spożywanie przed posiłkami małej ilości alkoholu np. wina czy piwa
- przygotowanie małych porcji ulubionego jedzenia, zwracając uwagę na unikanie zapachów przygotowywanego posiłku, zachowanie higieny jamy ustnej, zmniejszanie przykrych zapachów z owrzodzeń i stomii

# Żywienie dojelitowe

U pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów drogą naturalną z powodu zaburzeń połykania, celowe jest rozważenie kontynuacji odżywiania dojelitowego:

- wykonanie zabiegu założenia **gastrostomii** („rurki” do żołądka przez powłoki brzuszne)
- gastrostomia **operacyjna** / **endoskopowa** (nie może być stosowana u chorych na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, gardła, języka) / **jejunostomia** / **sonda żołądkowa**
- Odżywianie dojelitowe może być prowadzone w domu i polega na podawaniu specjalnie przygotowanego pokarmu kilka razy dziennie do gastrostomii.

# Nawadnianie i żywienie pozajelitowe

- Podawanie wszystkich składników odżywczych drogą dożylną, najczęściej przez tzw. **worek żywieniowy**
- Podawanie niewielkiej ilości płynów (najczęściej 500-1000 ml dziennie) drogą **dożylną**, poprzez wkłucie wenflonu
- Przy trudnościach z uzyskaniem dostępu do żyły jest podawanie płynów drogą **podskórną** (roztwór soli fizjologicznej lub 5% glukozy)

# Farmakoterapia

- Leczenie farmakologiczne polega na podawaniu leków poprawiających **łaknienie** i powodujących **przyrost** masy ciała

# Zalecenia dotyczące podaży energii i składników pokarmowych:

Średnia podaż **energii** w żywieniu osób chorych na nowotwory powinna wynosić 30-35 kcal/kg m.c./dobę, u chorych znacznie wyniszczonych można zwiększyć do 40-45.

Zalecana ilość **białka** wynosi ok. 1,3 g/kg m.c./dobę. U chorych katabolicznych podaż białka można zwiększyć do 0,3-0,35 g N/kg m.c./dobę.

**Tłuszcze** powinny stanowić 25-30% zapotrzebowania energetycznego. Należy zwiększyć zapotrzebowanie na tłuszcze do 50-60% energii kosztem węglowodanów, gdyż komórki nowotworowe wykorzystują glukozę do namnażania się.

# Literatura


- Opieka paliatywna dla wolontariuszy, Stowarzyszenie Wspierania Opieki Paliatywnej, Poznań, 2008
- Podstawy żywienia w onkologii. Dr n. med. Maciej Żechowicz, Katedra Onkologii WNM UWM