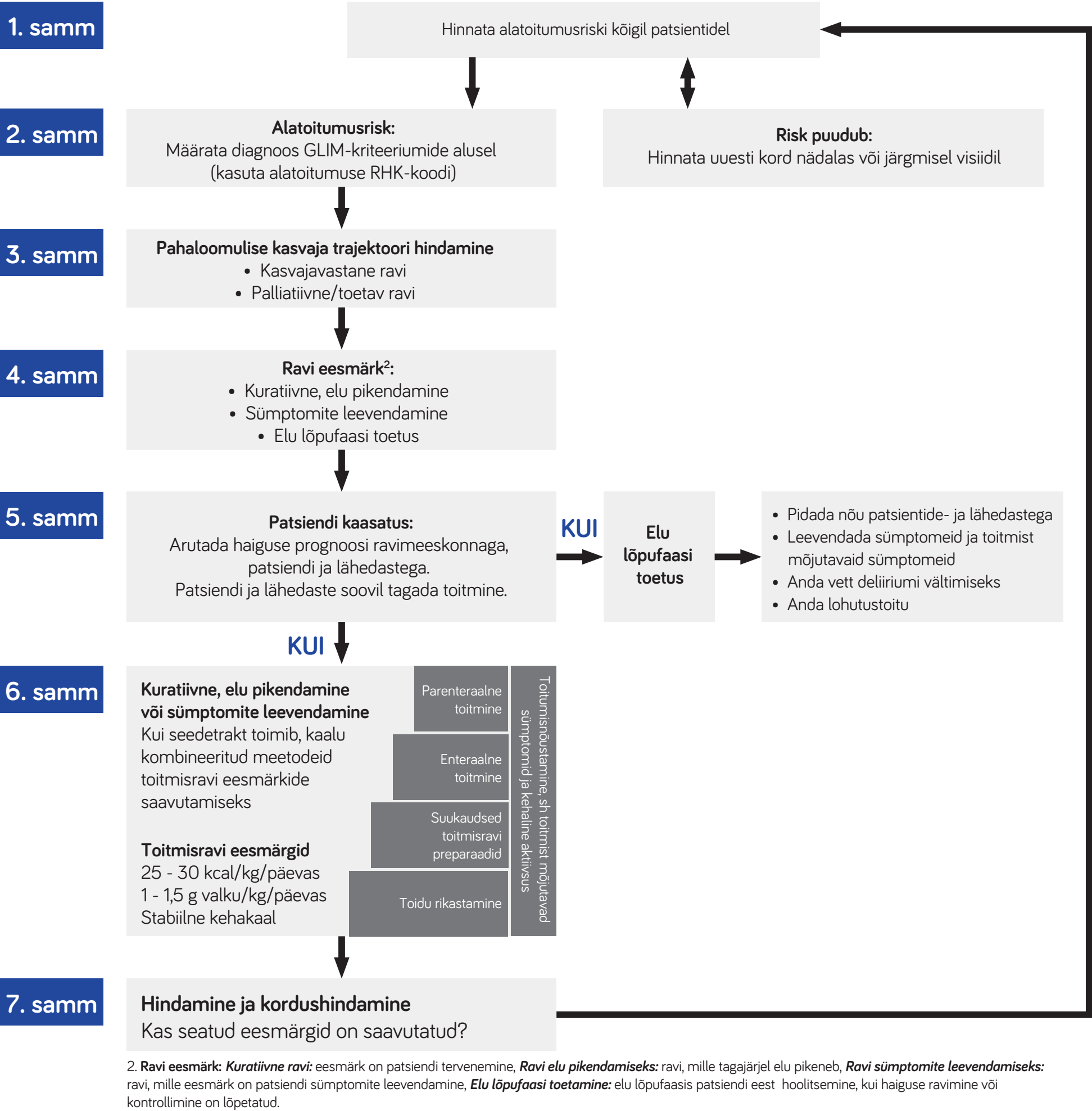


TOITMISRAVI PAHALOOMULISE KASVAJA RAVI OSANA

PÕHJAMAADE EKSPERTARVAMUS (PÕHINEB RAHVUSVAHELISTEL RAVIJUHENDITEL)¹

1. Põhineb ESPENi ravijuhenditel, GLIM-kriteeriumidel, The Lancet Oncology artiklil „Quality-of-life assessment in palliative care“
Ekspertide grupp: Stein Kaasa, PhD, sertifitseeritud onkoloogiaspetsialist. Gabor Liposits, onkoloog, DK. Tommy Cederholm, MD, kliinilise toitmise professor.
Pia Österlund, MD, PhD, dotsent. Ylva Orrevall, PhD, kliiniline dietoloog.
Ekspertide gruppi toetatakse Nutricia stipendiumiga. Tõlgitud ja kohandatud NutriMedical OÜ poolt, 09/2023.



GLIM alatoitumuse diagnoosimine: Vähemalt 1 fenotüübiline ja 1 etioloogiline kriteerium	
> 1 FENOTÜÜBILINE KRITERIUM	> 1 ETIOLOOGILINE KRITERIUM
SOOVIMATU KEHAKAALULANGUS > 5 % viimase 6 kuu jooksul > 10 % rohkem kui 6 kuu jooksul	VÄHENENUD SÖÖMISMAHT VÕI OMASTAMINE ≤ 50 % energiavajadusest > 1 nädal või igasugune vähenemine > 2 nädala jooksul või krooniline seedetrakti haigus, mis mõjutab omastamist/imendumist
MADAL KMI KMI < 20 kui < 70 aasta / KMI < 22 kui ≥ 70 aasta	PÕLETIK Ägeda kroonilise põletiku biomarkerid ⁴
VÄHENENUD LIHASSMASS Piirväärtused olenevad hindamismeetoditest ³	
³ KASUTADA KÄE PIGISTUSJÕU PIIRVÄÄRTUST: kui käe pigistusjõud on meestel < 27 kg / kui käe pigistusjõud on naistel < 16 kg VÕI JÄSEMETE MASSIINDEKSI (ASMI) PIIRVÄÄRTUS: < 7,0 kg/m ² meestel / < 5,5 kg/m ² naistel	⁴ Näiteks CRP, albumiin, Glasgow' prognostiline skoor

TOITMISRAVI PAHALOOMULISE KASVAJA RAVI OSANA⁵

5. Põhineb: ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017 veebr;**36**(1):11–48.
Alfabeetiline nummerdus viitab ESPENi väljaandele. Tabelis antud koodid viitavad algsele väljaandele.

1. Alatoitumusriski sõelhindamine ja tegevusplaani koostamine
a Kõik pahaloomulise kasvaja diagnoosi saanud patsiendid tuleb õdede poolt sõelhinnata alatoitumusriski osas kohe diagnoosi saamise hetkel ja edasi regulaarsete intervallidega kasutades selleks valideeritud sõeltesti (nt NRS-2002, MUST, MNA lühivorm, PG-SGA lühivorm) (B1-1)⁵ b Alatoitumusriski korral tuleb hinnata objektiivselt ja kvantitatiivselt söömismahte, toitumist mõjutavaid sümptomeid, lihasmassi, kehalist võimekust ja süsteemse põletiku ulatust (B1-2)⁵ c Alatoitumuse diagnoosi määrab toitmisravispetsialist/arst kasutades näiteks GLIM-kriteeriumeid. Kasutada RHK-koodi (E40-E46).

2. Otsustada, millised on toitmisravi eesmärgid võttes arvesse plaanitavat ravi ja selle võimalusi (meetodeid)			
Kuratiivne ravi	Ravi elu pikendamiseks	Ravi sümptomite leevendamiseks	Elu lõpufaasi toetus
Kiiritusravi - Kiiritusravi (KR) ajal – pöörata erilist tähelepanu pea, kaela, rindkere ja seedetrakti KR-ile – aitab piisavat söömismahtu tagada individuaalne toitumishinnamine ja/või suukaudsete toitmisravi preparaatide (STP) kasutamine, et hoida ära toitumusliku seisundi halvenemine, säilitada piisav söömismaht ja vältida KR katkemist. (C2-1)⁵ - Entraalne toitmine nasogastraalsondi või perkutaanse gastrostoomi kaudu on soovitatav kiirituse poolt põhjustatud raskekujulise mukosiidi või pea-kaela või rindkere obstruktiivsete tuumorite korral. (C2-2)⁵ - Sõelhinnata ja käsitleda düsfaagiat ning julgustada ja õpetada patsiente, kuidas enteraalse toitmise ajal neelamisfunktsiooni säilitada. (C2-3)⁵ - Parenteraalne toitmine on näidustatud vaid juhul, kui piisav suukaudne/enteraalne toitmine ei ole võimalik (nt. kiiritusest põhjustatud raske enteriidi või imendumishäire korral). (C2-6)⁵	Kasvajate süsteemravi (medical oncology) - Pahaloomulise kasvaja ravi ajal tuleb tagada piisav söömismaht ja säilitada kehaline aktiivsus. (C3-1)⁵ - Kui vaatamata nõustamisele ja STP-de kasutamisele ei ole suukaudne söömismaht piisav, siis soovatakse kasutada lisaks enteraalset toitmist või kui ka see ei ole piisav või võimalik, siis parenteraalset toitmist. (C3-2)⁵	Sümptomite leevendamine Riski korral hinnata neid patsiente täiendavalt nii toitumist mõjutavate ravitavate sümptomite kui ka ainevahetushäirete seisukohast. Kaugele arenenud pahaloomulise kasvajaga patsientidele pakkuda ja rakendada toitmisravi sekkumisi alles siis, kui on patsiendiga arutatud pahaloomulise haiguse prognoosi ja nii eeldatavat kasu elukvaliteedile kui ka võimalikku elulemust, samuti toitmisraviga seonduvat kaasnevat koormust. (C6-1)⁵	Hooldus elu lõpufaasis Sureva patsiendi ravi peab põhinema tema mugavustundel. Enamikul juhtudel ei ole enteraalsest ja parenteraalsest toitmisest tõenäoliselt mingit kasu. Siiski, ägeda segasuse esinemise korral soovatakse kasutada lühiajalist ja piiratud vedeliku manustamist, et välistada selle esilekutsuva põhjusena vedelikupuudust. (C6-3)⁵

3. Arvestada toitmisravi üldisi põhimõtteid			
Toiduenergia: • Pahaloomulise kasvajaga patsiendi kogu energiakulu (v.a. kui seda ei ole individuaalselt hinnatud) on eeldatavalt sarnane terve inimese omaga ja jääb üldjuhul vahemikku 25 - 30 kcal/kg/päevas. (B2-1)	Toiduvalgud: • Valguvajadus on üle 1 g/kg/päevas, võimalusel kuni 1,5 g/kg/päevas. (B2-2)	Vitamiinid ja mineraalained: • Vitamiine ja mineraalaineid tuleb tarbida ligikaudu soovituslikus päevases keskmises annuses. Kui konkreetset vaegused puuduvad, siis suurtes kogustes mikrotoitaineid ei soovitata. (B2-4)	• Sureva patsiendi ravi peab põhinema tema mugavustundel. Enteraalsest ja parenteraalsest toitmisest ei ole enamikele patsientidele suure tõenäosusega mingit kasu. (C6-3)

4. Jälgida ja kohandada toitmisravi seatud eesmärkide täitmiseks
• Kui on otsustatud rakendada toitmisravi, siis soovatakse enteraalset toitmist alles siis, kui suukaudne toitmine on vaatamata nõustamisele ja STP-de kasutamisele ebapiisav ja parenteraalset toitmist alles siis, kui enteraalne toitmine ei ole piisav või rakendatav. (B3-3)