**Проходите, присаживайтесь там, где есть табличка и стаканчик. На бумажечках напишите свое имя или имя-отчество. Так, как хотите, чтоб я Вас называла. Пока вы пишите, давайте расскажу, где мы с вами находимся и зачем вас сюда позвали. Мы с вами находимся в стенах агентства, которое занимается опросами. Причем опросы абсолютно разные, на абсолютно разные темы. Все, что нам в жизни встречается – все в принципе подлежит исследованию. Потому что производят очень много всего и для того, чтоб это соотносилось с тем, что людям нужно, с тем, что людям важно проводятся такие опросы. Конечно же, это касается и различных фармацевтических компаний, различных фармацевтических корпораций, потому что фарм промышленность не стоит и что-то новое выпускается. И вас сюда позвали как экспертов, как тех людей, которые работают, в своей практике знают все нужды, все проблемы категории, которую мы будем обсуждать. У нас будет несколько правил. Первое правило: нет правильных и неправильных ответов. Вас затем сюда позвали, чтоб услышать ваше мнение, мнение эксперта. Поэтому все, что вы скажите – это ваша практика, это хорошо и это правильно. Ни в коем случае у меня нет задачи вас оценивать, не дай бог. Ваше мнение может отличаться от мнения вашего соседа, это тоже абсолютно нормально, потому что у всех практика разная, пациенты у всех разные, учреждения у всех разные, у всех свои принципы работы. Мы находимся в специально оборудованном помещении, у нас есть микрофончики, есть видеокамера. Нигде по телевизору вы себя не увидите, по радио тоже не услышите. Есть вещи гораздо более интересные и смешные. Таких бесед у меня не одна, таких бесед у меня много с разными абсолютно специалистами. Сразу скажу, что не только с онкологами и химиотерапевтами на эту тему, поэтому здесь можете быть спокойны. Это исключительно конспект. Давайте начнем со знакомства. Меня зовут Екатерина, я работаю таким образом – провожу беседы с людьми. Работаю давным-давно, работаю в основном на фармацевтическом направлении, поэтому не волнуйтесь, понимать вас буду. Под меня подстраиваться не нужно, облегчать терминологию не нужно. Можете высказываться тем языком, к которому привыкли. Единственная просьба – не говорить общие очевидные вещи, меня все-таки больше интересует именно ваша практика, какие-то подробности. Если я спрашиваю «почему?», это не для того, чтоб до вас докопаться, а чтобы понять, как у вас это происходит, что для вас важно. Расскажите о себе. Меня интересует, где вы работаете, кем работаете, какие у вас пациенты.**

**Галя**: Я работаю в 40-ой больнице, в химио-терапевтическом отделении. У нас в основном солидные опухоли. В месяц проходит около 200 человек.

**Какие у Вас пациенты в основном?**

**Галя**: В основном молочная железа, яичники, опухоли желудка, ЖКТ. Наверное, это основные.

**А какова степень тяжести?**

**Галя**: Пациенты от удовлетворительной до тяжелой группы. В последнее время тяжелые.

**Поняла, Галя. Мария?**

**Мария**: Я работаю в центре рентгено-радиологии химиотерапевтом-онкологом. Там же спектр заболеваний у нас всех одинаковый, потому что распространенность онкологических заболеваний везде стандартная. Достаточно большой у меня процент больных на сопутствующую терапию на симптоматике. Помимо химиотерапевтических протоколов различных есть еще и больные, которые уже лежат в состоянии, в котором поддержку паллиативную проводить.

**Какая степень тяжести Ваших пациентов?**

**Мария**: Скажем так, средней тяжести больше.

**Хорошо. Инесса?**

**Инесса**: В онкоцентре Блохина. У нас формально 60 коек. В последнее время мы придерживаемся этого числа, раньше было и до 100. Проходимость – в среднем лежат по 8 дней, поэтому, наверное, тоже за 200 человек в месяц. Солидные опухоли: молочная железа, желудок, колоректальный рак, легкого очень много, немножко нейро-эндокринными занимаемся, яичники, шейка матки.

**Какая степень тяжести у пациентов?**

**Инесса**: Так же от удовлетворительного до крайне тяжелого.

**Хорошо. Игорь?**

Игорь: Я работаю в госпитале Мандрыки в химиотерапевтическом отделении. Пациенты в основном тоже, как уже было сказано, средней степени тяжести. Я думаю, это уже с другими фактами связано. В основном занимаюсь немного колоректальным раком, раком легкого, по женской части яичники тоже попадаются.

**Хорошо, поняла. Сегодня мы будем говорить про такую, наверное, необычную для вас тему – это клиническое питание. В основном все наши вопросы будут посвящены ему. Клиническое питание – какова его роль в поддержке и лечении пациентов, как вас кажется?**

**Мария**: Мне кажется, при адекватном финансировании этого лечения и готовности пациента к этому лечению – это достаточно важно для сохранения его состояния и качества жизни.

**Игорь что нам говорит?**

**Игорь**: Я полностью согласен, важная роль. Потому что помимо химиотерапии, химиотерапию комбинируют с лучевой терапией. От лучевой терапии возможны такие осложнения – например, эзофагит. Не будем говорить о степени, просто это может дойти до того, что пациент не сможет самостоятельно принимать пищу. Это принципиальный вопрос. В таком случае пациенту нужно назначать ректальное питание, чтоб поддержать функциональность организма.

**Галина?**

**Галя**: Я абсолютно согласна с коллегами. Химио-лучевое они в основном получают, лежат в радиологическом отделении, поэтому я не сталкивалась. Но даже при лечении опухолей при колоректальном раке, те же стоматиты, эзофагиты и само прогрессирование заболеваний. Те же пациенты, когда не могут они питаться нормально, рак желудка опять же. Если систентирование – опять возникают проблемы: тошнота, рвота. Яичники – то же самое. Поэтому это очень важно.

**Инесса?**

**Инесса**: Естественно, конечно, это очень большое значение имеет, особенно у ослабленных кахетичных пациентов.

**Как часто назначаете клиническое питание?**

**Игорь**: Конечно же, это зависит от, как было сказано ранее, финансирования, от возможности, от наличия данных препаратов. Моментами можно чередовать. Конечно, тяжелые пациенты, так же, в принципе, со средней частотой химио-лучевая.

**Но все-таки, как часто? Раз в месяц? Или реже, или чаще?**

**Игорь**: В последний раз у меня было раз в месяц у пациента.

**Это все клиническое питание или только парентеральное?**

**Игорь**: Парентеральное клиническое питание.

**А если говорим про все типы клинического питания, то сколько таких пациентов?**

**Игорь**: В принципе, довольно часто.

**Мария**: Стол номер такой-то, всем назначили парентеральное питание. Если что-то пришло, то всем.

**Инесса**: 3-4 человека бывает в месяц. У нас как раз за счет того, что химио-лучевое проводится, у них нет своих коек, они лежат у нас – поэтому.

**Галя**: У нас питание получает максимум процентов 80. Многие даже уже привередничают, что вот этот вкус не нравится и заберите вы его нафиг.

**Инесса**: Мне клубнику, пожалуйста.

**Галя**: А вот тот шоколадный еще был съедобный. Вплоть до этого. А что касается парентерального, то здесь, наверное, 1-2 человека в неделю.

**Мария, у Вас?**

**Мария**: Если брать основной контингент, которые лежат уже либо с осложнениями какими-то хирургическими, что-то наоперировали и потом они с непроходимостью какой-то, которая непонятно чем вызвана, ослабленные критичные больные. Где-то 2-3-4 в месяц, если парпарентеральные брать.

**В какой момент принимается решение о нутриционной поддержке пациента?**

**Мария**: При поступлении. При развитии осложнений.

**Сразу при поступлении может быть. Еще какие варианты?**

**Инесса**: Еще после операции лежат у нас, а не в хирургии.

**После операции.**

**Игорь:** В зависимости от ситуации.

**Они у Вас лежат, потому что там места нет?**

**Инесса**: И по политическим соображениям, по разным бывает. Все бывает у нас.

**А кто принимает решение обычно об нутриционной поддержке?**

**Инесса**: Лечащий врач.

**Мария**: Лечащий врач, иногда анестезиолог, если из реанимации.

**Если из реанимации – то там реаниматолог. У всех так?**

**Инесса**: Да.

**Мария**: Если больной проходил этот этап.

**А если не был в реанимации?**

**Инесса**: Лечащий врач.

Лечащий врач – это кто? Онколог-химиотерапевт?

**Все**: Да.

**Хорошо, поняла. Вообще если говорить про задачи клинического питания, как можно охарактеризовать, какова основная цель? Для чего это?**

**Игорь**: Цель? Скажем так, это восполнение потребности пациента в жизненно необходимых веществах. Например, белки, углеводы, декстроза – это источник энергии для организма.

**Еще есть какие-то задачи у клинического питания?**

**Мария**: Альтернативная поддержка качества жизни.

**Качества жизни…**

**Мария**: Мне кажется, что если такой фактор, что пациенту всю ночь что-то капают, о нем заботятся, его хорошо лечат.

**То есть, какой-то психологический момент?**

**Мария**: Безусловно, конечно.

**Инесса**: Если просто психологический, то можно что-нибудь другое, а не такое дорогое.

**Мария**: Не таким уже умирающим. И то, что их всю ночь кормят, тоже имеет значение.

**Инесса**: Если это не главный судья страны.

**Поняла. Галина?**

**Галя**: Даже если не умирающий, то как дополнение и в дополнение к обычному питанию.

**Для чего?**

**Галя**: Во-первых, при наличии той же тошноты и рвоты неполноценно усваивается то, что человек ест. Чтобы не терял массу тела, чтобы нормально переносил ту же химиотерапию. В общем-то, направлено на то, чтоб у него был эффект от лечения. А эффект при определенном состоянии, чтоб удовлетворить пациента.

**Игорь**: Даже если они могут питаться – одной жидкой пищей, так скажем, сыт не будешь.

**Галя**: Да.

**Насколько важным или обязательным этапом в схеме ведения пациента на химиотерапию является клиническое питание?**

**Игорь**: На самом деле вопрос немножко обобщенный получается. Все так же зависит от пациента: какой тяжести пациент, какое лечение он проходит. Я, возможно, сейчас повторюсь, но все-таки, в случае с эзофагитом тем же я считаю, что это центральная роль, самая главная.

**Остальные что думают?**

**Мария**: Тоже обобщать: какая роль? Скажем так, если это адъювант, то это не имеет роли. Если это пациент с действительно серьезной патологией, ослабленный, дефицит массы тела, то покормить его – одна из основных задач.

**Хорошо, поняла. Немного друга тема: вообще роль родственников. Рассказываете им о том, что необходимо клиническое питание, что оно проводится?**

**Игорь**: Да.

**Рассказываете. Просто с целью информационной или сами интересуются?**

**Инесса**: Когда надо купить. Когда у нас нет – тогда однозначно рассказываем. Иногда родственникам не очень интересно даже, когда у нас все есть.

**Расскажите, были ли у вас случаи, когда родственники приобретали сами препараты клинического питания?**

**Инесса**: Были, конечно.

**Мария**: Официально, может, не имеем возможности говорить. Но когда ради пациента родственники готовы сделать все, то почему нет?

**Это как энтеральное, так и парентеральное питание?**

**Инесса**: Да.

**Галя**: Любое.

**А почему? Не хватает просто препаратов?**

**Игорь**: И такое тоже бывает.

**А какое еще бывает?**

**Инесса**: Химиопрепараты тоже заканчиваются.

**Это понятно. Меня интересует сейчас именно клиническое питание.**

**Галя**: Когда его нет в клинике, поэтому… А потом – мы можем же обеспечить на тот момент, пока они у нас лежат. Скажем, энтеральное. А дома стоит ли покупать? Конечно, стоит. Покупают, в общем-то, и кушают.

**А когда они сами покупают, вы им пишете конкретное торговое наименование или предлагаете разные на выбор?**

**Инесса**: Как правило, на выбор.

**Игорь**: На выбор.

**Мария**: Конечно, в рекомендациях перечисляю, какие они есть.

**Галя**: Что найдете, что купите.

**Игорь**: Цели тоже разные бывают у парентерального питания в плане восполнения.

**Про это еще расскажете. Хорошо, поняла. Вообще в целом в клинике кто, какой специалист занимается вопросами клинического питания? Есть ли такой специалист у вас?**

**Инесса**: То, что мы сказали. Либо реаниматолог, анестезиолог, либо лечащий врач, все.

**Всяких там нутрициологов нет?**

**Все**: Нет.

**Как вам кажется, чья это должна быть сфера ответственности?**

**Инесса**: За все отвечает лечащий врач.

**Остальные что думают?**

**Игорь**: Знаете, мое мнение… поговорили про нутрициологов… Скажем так, мир неуклонно идет вперед, прогресс, все дела, поэтому я считаю, что и в данной ситуации нужен специалист. Вот мы – лечащие врачи, мы назначаем. Но мы же сталкиваемся с моментом, что нет препарата. Соответственно, нужна какая-то инстанция. Это же центральная роль.

**Как вам кажется, вообще на сегодняшний день есть какие-то положительные изменения в плане кинического питания?**

**Мария**: Да, наверное. Появилось оно.

**Галя**: Что оно появилось, конечно, уже.

**Появилось в каком плане?**

**Галя**: Аптеки активно покупают.

**Аптеки стационарные?**

**Галя**: Стационарные.

**Еще что-то положительное?**

**Инесса**: То, что есть специальное при сахарном диабете, дифференцированное.

**Игорь**: Больше контроля за этим, умеренное содержание декстрозы, если у пациента сахарный диабет. Это удобно.

**А какие-то проблемы остаются на сегодняшний день?**

**Игорь**: Остаются проблемы.

**Какие?**

**Инесса**: Финансовые в первую очередь.

**Финансовые – это что? Они слишком дорогие или их мало закупают?**

**Инесса**: Когда их не хватает по той или иной причине, то упирается в финансы.

**Еще какие-то есть проблемы?**

**Галя**: Проблема выбора, наверное.

**Проблема выбора в каком плане?**

**Галя**: Раз они привередничают – хочется же все-таки помочь человеку.

**Недостаточно широкий сейчас выбор?**

**Галя**: Да.

**Это касается энтерального или парентерального? Или и того, и другого?**

**Галя**: И того, и другого.

**Еще с какими-то сложностями сталкивались в вашей практике, когда назначали киническое питание?**

**Инесса**: Была еще такая проблема, например, когда у пациентки было очень много других инфузий. А так как это питание нужно медленно капать, то просто мешок не успевал ту дозу, которую нужно было прокапать за сутки, получалась по факту только половина дозы.

**В сочетании с другими, да?**

**Мария**: Игорь, а где вы работаете?

**Игорь**: В Мандрыке.

**Мария**: Что это такое?

**Игорь**: Военный госпиталь имени Мандрыки.

**Мария**: Это в Одинцово?

**Игорь**: Нет, это не в Одинциво, он в Сокольниках.

**Галя**: Есть в Сокольниках госпиталь, да.

**Игорь**: Многопрофильное учреждение.

**Галя**: Там и химиотерапия есть?

**Игорь**: Да, но сравнительно недавно. Да, занимаемся.

**Расскажите мне вообще, что входит в понятие «клиническое питание»? Какие типы, группы?**

**Инесса**: Энтеральное, парентеральное.

**Энтеральное - это какое? Оно как-то подразделяется?**

**Галя**: Есть сухие и жидкие, по-моему, смеси.

**Какие-то специальные смеси сухие и жидкие.**

**Галя**: Да.

**Еще какой есть тип энтерального питания?**

**Мария**: Сипинг вот этот.

**Инесса**: Что такое сипинг?

**Мария**: Через трубочку, миншуры.

**Инесса**: Нутридринк тоже через трубочку вводят. Это сипинг?

**Мария**: Не знаю, это способ приема.

**И парентеральное. Оно на что-то подразделяется?**

**Галя**: Есть трехкомпонентное.

**Еще какое?**

**Инесса**: Наверное, двухкомпонентное.

**Галя**: Двухкомпонентное, однокомпонентное.

**Расскажите мне тогда, пожалуйста: вообще если взять вашу практику, у вас у всех она примерно сходна. Возьмите бумажки и сделайте себе такую табличку. Меня интересуют основные ваши группы пациентов и что им назначается чаще: энтеральное или парентеральное. Если взять за 100% всех пациентов, которым нужно клиническое питание. Рак молочной железы, рак желудка и так далее, у кого какая практика. И скольким процентам назначается энтеральное, а скольким парентеральное.**

**Мария**: А Вас именно по нозологии интересует? Потому что тот же рак молочной железы – может быть предоперационная химия, а может быть метастатический.

**Меня интересуют наиболее частые группы пациентов, которые получают клиническое питание. Поэтому если там есть какая-то особенность, например, стадии, тогда лучше впишите.**

**Мария**: Те же опухоли головы и шеи – там часто назначается в зависимости от стадии.

**Тогда это впишите.**

**Мария**: Потому что нужно распределить.

**Инесса**: Мы за 100% берем локализации или все-таки питание за 100%?

**Питание.**

**Инесса**: Если берем молочную железу, я 100% должна на 2 разделить.

**Да. Если им показано вообще, то, например, 5% энтеральное, 5% на парентеральное. Галина, вообще в вашей практике столько процентов на энтеральном, сколько на парентеральном?**

**Галя**: На энтеральном порядка 80%, наверное.

**А почему такое распределение, как Вам кажется?**

**Галя**: Потому что энтеральное есть в аптеке, а парентерального нет в аптеке. Это надо разговаривать с людьми: кто может купить, кто хочет и насколько люди адекватны.

**Игорь, у Вас как? Какое примерно общее распределение?**

**Игорь**: Конечно, в основном в больших случаях это энтеральное питание. Конечно, в цифрах я не очень силен, но в основном низко получается, 30%. Возьмем, к примеру, рак яичников. Одно дело, если она не запущено, а если запущенная? Мы проводим химиотерапию, возникают осложнения. Соответственно, в данной ситуации мы будем назначать парентеральное питание.

**Мария, у Вас?**

**Мария**: У меня получается, что больше парентерального питания. Думаю, потому, что на энтеральное они все-таки домой они уходят. Пока они у меня лежат в стационаре и у меня есть возможность, я им стараюсь внутреннюю поддержку все-таки покапать, если есть препарат.

**Инесса, у Вас как?**

**Инесса**: Конечно, больше всего энтеральное, потому что если можно справиться при помощи энтерального – то зачем же тогда парентеральное? Парентеральное - это когда невозможно через желудочно-кишечный тракт, нет возможности.

**А если попробовать охарактеризовать основные случаи, когда точно показано парентеральное питание, что это будет?**

**Мария**: Дисфагия тяжелая.

**Еще?**

**Игорь**: Эзофагит.

**Еще?**

**Галя**: Состояние пациента само по себе.

**Само по себе тяжелое состояние.**

**Галя**: Средней тяжести, ближе к тяжелой, когда практически не может есть, не хочет.

**Не может, не хочет есть.**

**Инесса**: Когда желудочно-кишечный тракт встал и не работает.

**У меня есть еще небольшое к вам задание. Есть описанные клинические случаи. Какая задача? Надо прочитать и на бумажке написать, какой тип питания вы бы назначили: парентеральное или энтеральное и можно даже с подтипом.**

**Игорь:** Я весьма быстро начал читать. Я так понял: по какому поводу мы назначим парентеральное питание и необходимо это обосновать. Правильно Вас понял?

**Обосновать устно. Напишите просто, какой тип питания Вы бы назначили: парентеральное или энтеральное, можно с подтипом.**

**Игорь**: Хорошо.

**А устно расскажете, почему.**

**Мария**: Частая рвота. Понятие «частая».

**Игорь**: Понятие довольно общее получается.

**Мария**: Если со слов пациента частая – то это может 2 раза в день быть.

**Галя**: Да, да.

**Игорь**: Адаптирует в свою пользу ситуацию. Все со мной согласны? Да, тем более, курс химиотерапии, смотря как понимать: с премедикацией или без.

**Очень уж Вы…**

**Игорь**: Углубляюсь?

**Расскажите, у кого что. Давайте начнем с Вашей Анны, что предлагаете и почему?**

**Галя**: Анна, 46 лет, замужем, двое детей. 2 года назад она прошла лечение комплексное по поводу рака яичников, 6 курсов, они комбинированные, комплексные.

**Давайте не будем все читать, а то очень долго. Что назначите ей?**

**Галя**: Назначу? Ей по-хорошему надо бы назначить парентеральное питание, но так как у нее двое детей и она проходит в дневном стационаре онкологического центра, тут стоит вопрос: а где она будет получать это парентеральное питание? Если бы она находилась не в дневном стационаре… если она туда каждый день приезжает, то можно было бы парентеральное и давать. А домой уже энтеральное питание.

**Мария**: Я тоже согласна на энтеральное питание. Но б давала при нарастании выраженности рвоты и дальше по снижению индекса массы тела ставить вопрос уже о стационере, о парентеральном питании.

**Госпитализировать и парентеральное?**

**Галя**: А может быть, и усилить противорвотную терапию. Почему она у нее настолько выражена? Чем прикрывают ее? Тоже вопрос другой еще.

**А парентеральное однокомпонентное, двухкомпонентное, трехкомпонентное?**

**Галя**: Лучше трех.

**Мария**: Если есть возможность, то трех, да.

**Ваше?**

**Инесса**: Ксения, 76 лет. Несколько лет назад – образования в молочной железе, это вкратце.

**Не обязательно все читать.**

**Инесса**: Выраженные лимфоузлы. В настоящее время слабость, снижение массы тела на 15% за последние несколько месяцев. Назначен курс химиотерапии, который сопровождается тошнотой и рвотой, снижением аппетита, включает усталость, мышечную слабость, депрессию. Уже назначено ей энтеральное питание, которое она плохо переносит. Нужна дополнительная нутритивная поддержка. Понятно, что тогда нужно подключить парентеральное питание или можно усилить противорвотную терапию, раз у нее такая реакция на химиопрепараты. Естественно, трехкомпонентное.

**Игорь?**

**Игорь**: Я полностью согласен с Инессой. Во-первых, у нее, повторюсь, тошнота, рвота. Конечно, не указано, да. Возьмем к примеру, что все не очень. Ухудшение аппетита. Так мы ее есть не заставим, понятное дело. Потеря массы тела на 15%. Это именно тот показатель, скажу за себя, я бы насторожился в этой ситуации. Да, противорвотная терапия в первую очередь.

**Это понятно.**

**Игорь**: В общем, парентеральное питание трехкомпонентное.

**Почему трехкомпонентное?**

**Игорь**: Чтоб восполнить. Потому что у нее идет ухудшение общего состояния. Как она еще получит необходимые вещества? Как организм получит?

**Расскажите мне тогда немножко про энтеральное питание. Очень коротко вообще. В каких случаях энтеральное питание является единственным типом клинического питания?**

**Мария**: Мне кажется, опухоли головы и шеи. После химио-лучевого лечения, после операционного лечения, когда пациент по посттравматическому статусу сохранный, но нарушение глотания вследствие различных причин. Пищу плохо глотает.

**Инесса**: Да, когда механическое повреждение пищевода.

**А в каких случаях переводятся с энтерального на парентеральное?**

**Инесса**: Когда плохо переносят или когда недостаточно.

**Как определяете?**

**Инесса**: По тому же снижению индекса массы тела, по всем остальным показателям.

**Галина, вы когда переводите с парентерального на энтеральное? Такая вообще бывает ситуация?**

**Галя**: Бывает ситуация. Вообще если человек долго на парентеральном питании, он сам хочет что-то такое, чтоб попало в рот, начинает просить. Нужно потихоньку переводить надо.

**А бывают такие ситуации, когда показано вроде как парентеральное питание, но назначается энтеральное?**

**Мария**: Отсутствие парентерального питания – основная причина.

**Тогда поговорим более детально именно про парентеральное питание. Когда слышите «парентеральное питание», что в голову сразу приходит, какие ассоциации возникают?**

**Мария**: Инфузомат.

**Инесса**: Давительная инфузия.

**Мария**: Часто, по крайней мере раньше, нужно было центральный индустор.

**Инесса**: Контроль глюкозы.

**Игорь, Вам что в голову приходит?**

**Игорь**: Контроль глюкозы. Восполнение белков, липидов, углеводов. Аминокислоты тоже не помешают.

**Галя**: И контроль микроэлементов.

**Какие есть преимущества парентерального питания?**

**Инесса**: У Вас такие вопросы…

**Мария**: Сбалансированность, по крайней мере, так они позиционируют. Что все, что только можно положить – в этих пакетах.

**А минусы есть у него какие-то?**

**Галя**: У него есть свои противопоказания.

**Кроме противопоказаний есть недостатки?**

**Галя**: То, что это действительно длительно.

**А длительно – это как долго?**

**Инесса**: В течении почти всего дня. Я уже говорила, был пример, когда было много всяких антибиотиков, витаминов, все капали и просто не успевали.

**Это занимает весь день. Еще бывают барьеры?**

**Инесса**: С глюкозой справляемся.

**Игорь**: На счет некоторых препаратов… Назовем это универсальностью. Не было же исследований по поводу применения парентерального питания и, допустим, кормления грудью? Не было. Но я думаю, любой будет применять с осторожностью в данной ситуации.

**Такое вообще возможно?**

**Игорь**: Да. Все-таки, да.

**Еще какие-то барьеры?**

**Мария**: Иногда просто тяжелая почечная недостаточность, и принятие этого решения польза-вред.

**Если говорить про парентеральное питание: какие у него основные задачи?**

**Мария**: Нутритивная поддержка организма.

**Есть у него какие-то свойства, дополнительные эффекты?**

**Инесса**: Опосредовано уже, наверное.

**Какое? Как оно может влиять опосредовано?**

**Инесса**: Повышается внутренние силы организма и он борется дальше.

**Еще есть у него свойства?**

**Галя**: То, что оно проходит через кровяное русло, не попадая через печеночный расклад. Может быть, здесь есть какое-то преимущество. Больше усвояемости.

**Игорь**: Преимущества? Биодоступность. Внутривенно получается близко к 100% доступность препарата.

**В каких случаях однокомпонентное, в каких двухкомпонентное, в каких трехкомпонентное?**

**Мария**: Как правило, не бывает дефицита только белка.

**Инесса**: Все вместе нужно.

**Мария**: Если есть возможность – то лучше попробовать.

**Во всех случаях трехкомпонентное?**

**Инесса**: Конечно, мы отслеживаем, смотрим все анализы, биохимию, электролиты – все это проверяем. И уже потом индивидуальный дифференцированный подход применяем в своей практике.

**Красиво звучит, но если питание это применить?**

**Инесса**: Как правило, это трехкомпонентное.

**Галя**: Трехкомпонентное просто проще. Даже производители пишут, что можно до 3 недель не боятся, использовать.

**В своей практике кто-то использует однокомпонентное или двухкомпонентное?**

**Инесса**: Так как у нас есть трехкомпонентное, то мы все его используем.

**Игорь, Вы?**

**Игорь**: Полностью согласен с Инессой.

**Всегда трехкомпонентное в своей практике?**

**Игорь**: Как получится. Все очень нестабильно бывает.

**Мария**: Когда-то давно, 2007-2008 еще было такое. Нам из реанимации давали, когда нечего было.

**А сейчас только трехкомпонентное?**

**Галя**: У нас когда нет вариантов – однокомпонентные нам дают, мы их используем.

**У вас однокомпонентные выделяются?**

**Галя**: Мы можем взять в аптеке.

**А трехкомпонентные пациент покупает сам?**

**Галя**: Да.

**Вы предпочитаете предложить им самим купить или пусть однокомпонентные?**

**Галя**: Тут уже на людей смотришь. Уже чувствуешь людей. Если они готовы на все, и видно, что родственники трясутся, не отходят и «что мы можем купить? А может, еще что-то?» - тут без вопросов уже начинаешь говорить. А если вопрос не возникает и родственники не появляются, то используем то, что у нас есть.

**Смешанный тип питание назначается: энтеральное и парентеральное?**

**Инесса**: Да, часто.

**Это для чего нужно?**

**Мария**: Когда все равно переход идет с парентерального. Потихонечку запускается желудочно-кишечный тракт. Бульон приносят, какие-то коктейли.

**Еще в каких ситуациях смешанный?**

**Галя**: У нас когда однокомпонентный…

**Чтоб добавить. А зачем тогда нужен этот один компонент парентеральное? Может, оставить тогда ему только энтеральное?**

**Галя**: Именно те случаи, когда не могут выпить просто достаточное количество, которое им необходимо.

**Опять задание у меня будет небольшое. Вы все отметили, что за последний** **месяц был у кого-то 1, у кого-то целых 3 пациента, которым назначили парентеральное питание. Опишите этого пациента: пол, возраст, какое заболевание было, какой тип питания был назначен. Одного, последнего. Того именно, которому Вы назначили, а не кто-то из реанимации пришел. Все написали? Дальше вопрос про дополнительное свойство парентерального питание. Какими свойствами дополнительными оно могло бы обладать, помимо нутриционной поддержки? Если говорить про наличие дополнительный компонентов, таких, как рыбий жир в составе. Что вы думаете по этому поводу?**

**Мария**: У меня есть пациент, который перед каждой химией капает Омега-3. Доктор сказал, что это сильное противоопухолевое действие. Химия и 3 часа омега-3.

**А Вам как кажется, может дополнительный эффект оказывать?**

**Инесса**: Многие препараты, многие методы лечения в онкологии, и не только в онкологии – это психологические.

**То есть, психологический компонент.**

**Инесса**: Это очень многое, да.

**Для Вас то, есть ли там рыбий жир – это никакого дополнительного эффекта.**

**Мария**: Наверное, нет.

**Инесса**: Не соизмеримо. Какой-то плюс есть, но в целом не соизмеримо.

**Игорь**: Зависит от пациента.

**Может ли это обладать противовоспалительным эффектом?**

**Мария**: Не ставили такие задачи, чтоб противовоспалительным действием обладало.

**Понятно, что против опухолей.**

**Мария**: Это не логично просто получается. Такой многокомпонентный.

**То есть, такой задачи перед питанием не стоит и от него не ожидаете.**

**Галя**: Да.

**Тогда скажите мне, как выглядит процесс принятия решения о назначении парентерального питания? Есть у Вас пациент, Вы решили, что ему нужно парентеральное питание. Проводятся ли какие-то диагностические процедуры и по какие параметрам оцениваете, что ему нужно?**

**Инесса**: По результатам биохимии.

**Еще?**

**Инесса**: Электролиты. Но они, в принципе, входят в биохимию.

**Мария**: Взвешивание.

**Индекс массы тела высчитываете?**

**Мария**: Да.

**Еще проводятся диагностические процедуры?**

**Галя**: Просто опрос.

**Игорь**: Статус посмотрим, оценим состояние пациента.

**Инесса**: Осмотр, само собой.

**Игорь**: Часто в ходе лечения. Мы должны быть в курсе, что происходит.

**А как определяется необходимость того или иного компонента?**

**Инесса**: По показателям химического ДСК.

**Игорь**: Да.

**Каким образом?**

**Инесса**: И по клиническим данным.

**Как определяется потребность пациента в энергии? Высчитывается какой-то колораж?**

**Игорь:** Это долго.

**Мария:** теоретически высчитывается, а практически нет. Худой, плохо кушает.

**Инесса**: Анорексия на лицо.

**Как подсчитываете, какое количество калорий необходимо?**

**Инесса**: Только анестезиологи этим занимаются.

**Галя**: У нас другие задачи.

**Есть стандарт, сколько пациенту нужно в сутки калорий?**

**Инесса**: Как правило, все упаковки усредненные как раз на сутки. Конечно, если очень крупные, то можно больше, это все делается, если очень маленькая упаковка.

**Как дальше контролируете недостаточность питания? Есть какие-то специальные шкалы? Критерии оценки?**

**Мария**: Биохимия.

**Игорь**: Да. Уровень того же самого белка.

**Мария**: Калий, магний.

**Игорь, Галя**: Натрий.

**Галя**: Анализ мочи.

**Как часто мониторинг проводится состояния?**

**Инесса**: Каждый день. Даже несколько раз на день можно. В зависимости от тяжести.

**Дальше какие-то изменения проводятся в плане клинического питания?**

**Инесса**: В зависимости от анализа.

**Тип питания меняете или объем питания? Как обычно? Или ничего не меняете?**

**Мария**: Если бывают такие ситуации, когда обмен вернулся к нормальному, значит, нужно внести в базу по энтеральному, адекватно состоянию пациента. Такие ситуации, когда к норме возвращаемся.

**Если к норме – то можно на энтеральное. Галина, у Вас бывало так, что вы в процессе меняли объем или тип парентерального питания?**

**Галя**: Не было.

**Игорь**: У меня тоже не было.

**Галя**: Потому что не настолько долго, может быть, лежали пациенты.

**А насколько чаще всего обычно парентеральное питание назначается?**

**Мария**: Как правило, у пациента с тяжелой патологией парентеральное питание все равно не перекрывает процесс опухолевой интоксикации.

**Понятно. Примерно на сколько обычно назначается?**

**Галя**: От 5 до 7 дней.

**Инесса**: У меня пациентка была почти месяц. Но там политические моменты.

**Мария?**

**Мария**: В зависимости от финансовой ситуации. Если она не ограничена – то столько, сколько нужно.

**Обычно сколько?**

**Мария**: 2 недели максимум.

**Игорь, у Вас как?**

**Игорь**: Недели две.

**А по литражу обычно сколько?**

**Мария**: Литр стандарт.

**Инесса**: И у меня так.

**А у остальных как?**

**Галя**: Может до 2,8.

**Это на сутки, да?**

**Галя**: На сутки.

**Мария**: Около 12 часов.

**А существуют ли нормативы и стандарты по клиническому питанию?**

**Инесса**: Конечно, наверное, существуют.

**А в ваших учреждениях существуют какие-то рекомендации по клиническому питанию?**

**Мария**: Может быть, в реанимации какие-то.

**То есть, до вас они не доходили.**

**Галя**: Не доходили.

**А кто-то контролирует этот процесс? Заведующий реанимацией?**

**Инесса**: Конечно, когда мы в чем-то не уверенны, что-то хотим – мы вызываем реаниматолога, он пишет свою консультацию, все сам оценивает, проверяет, корректирует. Зачем же там заниматься самодеятельностью, если ты в чем-то не уверен? У нас есть реаниматологи, которые всегда все очень хорошо знают. К ним можно обратиться, они всегда подскажут, посоветуют. Неофициально – реаниматолог, официально – записать на консультацию и все.

**А по всяким рекомендациям европейским, американским? Вы вообще с ними знакомы?**

**Инесса**: Я думаю, что они согласно рекомендациям делают.

**Они – да, а вы?**

**Галя**: Нам не попадало.

**Инесса**: Мы к ним за советом пойдем.

**На основании каких критериев выбираете между препаратами парентерального питания? Что важно?**

**Мария**: Мне доступ важен. Центральный, периферический.

**Игорь**: Центральный или периферический, я полностью согласен.

**Периферический почему?**

**Игорь**: Иногда центральный бывает невозможно вводить.

**Важен периферический, да?**

**Мария**: Да, чтоб не просить в реанимацию идти, чтоб он поставил. Потому кто за ними будет смотреть? Еще не промоют.

**Что еще важно?**

**Мария**: Наличие. Какой есть.

**Наличие в аптеке стационара, да?**

**Игорь**: В принципе, да. А с другой стороны препараты парентерального питания, как правило, разные. Один, грубо говоря, устраняет недостаток липидов, второй – недостаток белка. Правильно?

**Так.**

**Игорь**: Это как критерий.

**То, на что направлен.**

**Игорь**: Направленность, да.

**Что здесь важнее: чтоб действительно он был направлен на что-то или универсальность?**

**Инесса**: Универсальность.

**Игорь**: Да. Я тоже за универсальность.

**Потому что вы говорили мне вначале, что вроде как они все сбалансированы.**

**Игорь**: Да.

**Что еще может быть важно при выборе между трехкомпонентным?**

**Мария**: Цена. Но насколько я ориентируюсь, они незначительно отличаются.

**Стоимость. Но они незначительно, да?**

**Игорь**: Могут же быть какие-то компоненты, к которым у пациента может быть непереносимость. Значит, переносимость пусть будет. Правильно?

**Да, конечно.**

**В вашей практике были случаи непереносимости клинического питания? Ни у кого?**

**Игорь:** Это редкий случай.

**Мария**: Может быть, какие-то субъективные: меня тошнит или мне этот вкус не нравится.

**Инесса**: Плюс с диабетом. Есть же специальные. Поэтому, конечно, если у человека диабет и есть такой в наличии, то лучше его.

**А эффективность важна клинического питания?**

**Инесса**: Естественно, важна.

**Игорь**: Мы изначально рассчитываем, что это будет эффективно.

**Существует вообще такое понятие – «эффект питания»?**

**Игорь**: Естественно.

**А что это значит?**

**Мария**: Капай, не капай, а анализы те же.

**То есть, что-то должно изменяться.**

**Мария**: Логично.

**Еще по каким критериям можно эффективность оценить?**

**Игорь**: Субъективный статус пациента тоже может говори о многом.

**Это что туда входит?**

**Галя**: Что сам он скажет. «У меня сил побольше стало». Не мог до туалета дойти, а тут…

**Игорь**: Побежал.

**Галя**: Не побежал, а пол коридора прошел.

**Игорь**: Также психосоматика пациента. Но это тоже к предыдущему будет. Как правило, когда они истощены, что у них? У них депрессия, ничего не хочется. А тут взял и оживился.

**Галя**: Начинают чем-то интересоваться.

**Какой самый важный критерий?**

**Инесса**: Наличие в аптеке стационара.

**Галя**: Да.

**Игорь**: Я согласен.

**А второй? У нас есть доступ, направленность и универсальность, стоимость, переносимость и специализированные для диабетиков.**

**Мария**: Для меня доступ к центральным катетерам.

**Для всех проблема есть с центральным катетером?**

**Игорь**: Не для всех, но бывают же такие случаи.

**Галя**: Осложнений тоже никто не отменял.

**Мария**: Если есть периферическая вена, зачем колоть?

**Галя**: Конечно.

**На центральном осложнений больше?**

**Мария**: Инфицированность там.

**Игорь**: Проще на периферический сделать гораздо.

**Галя**: Чем больше распространенность онкологический процессов – тем чаще травмы разные.

**Игорь**: На третьем месте переносимость.

**Давайте.**

**Игорь**: Это один из самых принципиальных моментов. Потому что стоимость – это понятно, мы ее возьмем на последнее место.

**Инесса**: На 4 давайте универсальность поставим, на 5 – для диабетиков, а на 6 – стоимость.

**Игорь**: Да.

**Вы говорите, что самое важное – это наличие в стационаре. А если препарата в стационаре нет? Часто ли бывает такая ситуация? Я поняла, что у кого-то часто.**

**Игорь**: То же, в принципе, часто. У всех так сейчас.

**Тоже часто не бывает препарата в стационаре? Какая у вас система получается?**

**Игорь:** Часто не бывает.

**Инесса, у Вас как?**

**Инесса**: В последнее время есть. Но бывают промежутки. Иногда заканчивается препарат совершенно неожиданно.

**Игорь**: Да, есть, но это совсем относительное понятие. Сегодня есть, завтра его уже нет. Че делать будем?

**Дальше пациенты самостоятельно приобретают, правильно?**

**Игорь**: Как вариант решения проблемы.

**Инесса**: Если мы им об этом говорим. Потому что не каждому можешь позволить себе сказать, чтоб потом у тебя же не было проблем.

**Средний медицинский персонал какую роль в этом процессе играет?**

**Галя**: Техническую. Смешивают.

**Они могут повлиять на что-то?**

**Мария**: Нет. Даже если они будут влиять, то они за это получат. Если будут советовать пациентам, что как.

**Игорь:** Повлиять? Если они камеры смешают, компоненты – то, конечно, повлияют.

**Я к тому, что с этим удобней работать, а с этим менее удобно.**

**Мария**: Было, по-моему, что хуже где-то перегородки – но это у человека руки просто.

**Жаловались на качество перегородок?**

**Мария**: Да. Но это субъективно.

**Галина, у Вас было что-то такое у среднего медицинского персонала?**

**Галя**: У нас нет.

**Игорь**: Средний медицинский персонал в ежовых рукавицах.

**Мы говорили, что они назначаются примерно на 5-7 дней или до 2 недель. Сколько пациент примерно часов проводит под парентеральным питанием?**

**Инесса**: 12.

**Мария**: У меня 12.

**Галя**: Тоже где-то так.

**Игорь**: Единогласно.

**То есть, не 24. А почему?**

**Мария**: У нее могут быть другие инфузии. Она, например, встала с 8 до 8.

**Ночью? У Вас тоже ночью?**

**Инесса**: Не только ночью. И днем.

**А почему 12?**

**Инесса**: Это в среднем. Каждый случай индивидуален.

**Какие трехкомпонентные препараты вы чаще всего назначаете?**

**Инесса**: Нутрифлекс липид.

**Нутрифлекс липид или просто нутрифлекс?**

**Инесса**: И Нутрифлекс, и Нутрифлекс липид.

**Игорь?**

**Игорь**: Нутрифлекс липид.

**Мария, у Вас как?**

**Мария**: Оликлиномель.

**Галина, а у Вас?**

**Галя**: Тоже Оликлиномель.

**Это те, которые сейчас есть в ваших стационарах, правильно я понимаю? Неправильно я понимаю.**

**Галя**: В стационаре нет.

**У вас вообще никакого нет?**

**Галя**: У нас никакого.

**И Вы назначаете пациенту просто самостоятельно. А у остальных – это то, которое есть?**

**Игорь**: Есть в наличии. Оликлиномель – я про него слышал.

**Инесса, у Вас какая-то история душераздирающая. Там была одна пациентка, которая очень долго получала парентеральное питание.**

**Инесса**: Да, и почти все запасы онкоцентра закончились.

**Что делать дальше в такой ситуации?**

**Инесса**: В основном… Нет, так нельзя говорить. Я хотела сказать, что она могла истощить запасы, но хватило другим пациентам все-таки.

**Если закончились, то кто подает заявку? Вы как-то в этом участвуете?**

**Инесса**: Конечно, медсестра нам говорит. Но там уже опять политика.

**Галя**: Конечно.

**Инесса**: Закупки же раз в 3 месяца бывают.

**Галя**: На стационаре есть люди, которые отвечают за закупки.

**Вы на это как-то влияете?**

**Инесса**: Нет, мы только можем сказать, что нам надо. Но кто нас будет слушать?

**Игорь**: Слушать никто не будет.

**В плане клинического питания вы когда-то говорили, что вам хотелось бы вот такой?**

**Мария**: Тендер будет, кто его выиграет…

**Инесса**: Как правило, тендер выигрывает те, что стоят еще дороже.

**Сейчас у вас выбора особо нет между этими трехкомпонентными препаратами?**

**Мария**: Нет, если пациент у меня покупает. А я не могу купить. Я рекомендую то, что мне кажется более оптимальным.

**А вообще важно, чтобы был выбор?**

**Игорь**: Что значит «был выбор»?

**Мария**: В стационаре, в аптеке 3-4 препарата? Наверное, да, чтоб сравнить.

**Галя**: Конечно.

**Мария**: Индивидуальная непереносимость может быть.

**Игорь**: Выбор должен быть всегда в данной ситуации. Полностью согласен с Марией.

**Когда выбираете между препаратами, когда назначаете их сами, чтоб пациент их сам приобретал… Их же все-таки много. Какие трехкомпонентные знаете, кроме Нутрифлекса и Оликлиномель?**

**Мария**: Кабивен.

**Еще какие? Еще есть Смофкабивен. Слышали про такой? Не слышали. Хорошо, значит, Кабивен, Нутрифлекс липид и Оликлиномель. Когда между ними выбираете – что важно?**

**Игорь**: Потребность. В белке опять, в липидах потребность.

**И какое здесь соотношение? Как оцениваете и какой препарат под что выбираете?**

**Игорь**: Нутрифлекс при недостатке липидов. Оликлиномель как раз-таки компенсирует недостаток белка.

**Еще что важно?**

**Мария**: Мне кажется, что все они приблизительно одинаковые.

**Инесса**: Мне кажется, что да.

**Мария**: Глубоко не сравнивала по миллиграммам, но суть у всех одинаковая.

**Способ введения вы говорили, что важен, чтоб выл периферический. А осмолярность имеет значение?**

**Инесса**: Обязательно.

**И какая она должна быть? Не знаете. Хорошо. Про количество белка мы говорили. В каких состояниях может быть важно какое-то определенное количество белка?**

**Мария**: Печеночно-почечная недостаточность, может быть перегрузка. Должны быть все смеси сбалансированные.

**Для кого может быть необходимо повышенное содержание белка?**

**Мария**: Я знаю Оликлиномель, центральный правда, когда есть повышенная потеря белка. Но он центральный, поэтому я с ним даже не работала.

**У вас есть пациент, которому может быть важно именно повышенное содержание белка?**

**Инесса**: Именно белка?

**Именно белка. Таких нет? А из препаратов такое у Оликлиномеля? А соотношение энергия-азот – вообще каким должно быть это соотношение?**

**Мария**: Близко к физиологическому.

**А число конкретное знаете?**

**Мария**: Нет.

**Как-то влияет на состояние пациента это соотношение?**

**Инесса**: По логике вещей, конечно, влияет. Но такими категориями мы не оперируем.

**Значение углеводно-липидного коэффициента.**

**Инесса**: Аналогично.

**Галина, Вы?**

**Галя**: Тоже не владею.

**С точки зрения того, какие масла входят в состав.**

**Галя**: Где-то соевое содержится.

**Какому Вы предпочтение отдаете?**

**Галя**: Если человек аллергик, все-таки лучше на основе сои. Как гипоаллергенный.

**Игорь, Вы на масло обращали когда-то внимание?**

**Игорь**: Я об этом не задумывался.

**Мария**: Какое уже будет.

**Опять же, что мы говорили про рыбий жир. Насколько это может быть важно?**

**Инесса**: Некоторые вопросы Вы прямо по кругу.

**Игорь**: Да. Это уже было.

**Про рыбий жир мы уже разговаривали. Знаете какой-то препарат, в составе которого он есть? Из клинического питания, естественно. Нет ничего такого?**

**Галя**: Не слышали.

**А по поводу воздействия препарата потенциального на иммунитет – что может быть важно, в каких случаях?**

**Мария**: Как ожидать от парентерального питания… Как минимум, компетентность. Больной принимает по средам.

**Инесса**: По средам, конечно. В организме укрепляется иммунитет.

**Мария:** Жиры, липиды, рано ожидать какого-то действия.

**Ожидается скорее иммунно-нейтральное действие или укрепляющее действие?**

**Игорь**: Если не морочится, это иммунно- укрепляющее действие.

**Инесса**: В человеческом организме все же взаимосвязано, поэтому если захотеть, то можно все связать.

**Ожидается скорее положительное воздействие или наоборот?**

**Инесса**: Точно положительное.

**Галя**: Положительное, конечно.

**Есть ли пациенты, которым требуется специфический состав аминокислот?**

**Мария**: Теоретически предположить – наверное, у человека непереносимость какого-то компонента.

**Витамины нужны пациентам на парентеральном питании?**

**Галя, Игорь**: Конечно.

**Инесса**: Все должно быть.

**Есть ли ограничения в плане витаминов?**

**Инесса**: Не нужно, наверное, вводить больше, чем суточная потребность. Как нас учили в институте: запаса витаминов не бывает.

**Вы как-то это отслеживаете?**

**Галя**: Нет.

**Инесса**: не отслеживаем.

**Если говорить о самих препаратах. Давайте начнем с препарата Оликлиномель – что про него слышали, что про него знаете?**

**Мария**: Что есть с кальцием и без кальция, периферия и центральный. Как обещает производитель – хорошо переносимый состав, хороший производитель. Из собственного опыта, но мне кажется, это уже субъективное мнение.

**Еще кто-то про Оликлиномель может что-то сказать?**

**Инесса**: Все то же самое.

**Галина, Вы его тоже назначаете. Почему его предпочитаете?**

**Галя**: Потому что по составу производителя можно назначать действительно длительно.

**Мария, Вы его назначали и назначаете?**

**Мария**: Да. Он был один из первых, с которым была возможность парентерального питания. Какая-то такая симпатия.

**Всем пациентам, которым показано парентеральное питание?**

**Мария**: Если не исходить из того, что есть в аптеке, если я пациенту говорю: идите, купите сами, то его.

**Есть недостатки у этого препарата?**

**Мария**: Есть липид, который я капала за 6 часов.

**Почему не рекомендуете этот препарат?**

**Игорь**: Не рекомендую?

**Вы говорили, что в основном Нутрифлекс.**

**Игорь:** Нутрифлекс и был. Я с Оликлиномелем не связывался, читал только.

**Не работали с ним?**

**Игорь**: Не работал.

**Про него читал. Что читали?**

**Игорь**: Как и все читают: инструкцию по применению.

**Там что-то Вам запомнилось? Положительное или отрицательное.**

**Игорь**: Положительное? Это довольно стандартное понятие. Потому что там и положительное, и отрицательное – все описано.

**А что-то уникальное, что его отличает от других препаратов?**

**Игорь**: Уникальное? Уникальности прям я не заметил.

**Инесса, Вы сталкивались с Оликлиномелем в своей работе?**

**Инесса**: Раньше – да, сталкивалась.

**Как оцениваете, что про него думаете?**

**Инесса**: Положительное мнение. Хороший, универсальный, удобный в применении.

**Что-то про него запомнилось? Чем он отличается от других?**

**Инесса**: Я тоже слышала про.

**А какие формы его знаете?**

**Инесса**: Для центрального и для периферического. С кальцием, без кальция.

**Была форма номер 8.**

**Инесса**: Да, была такая.

**Еще какие-то формы кто-то помнит?**

Мария: 7000, по-моему, и 4-550.

**И что это все значит? С Е или без Е?**

**Мария:** Е обозначает кальция наличие.

**Это какое-то имеет значение при выборе препарата – какая форма?**

**Мария**: С кальцием или без кальция?

**Да.**

**Мария**: Да. Если гипер кальций, то усваиваемый тоже.

**Когда препарат закупается – его несколько форм в наличии в стационаре или одна?**

**Мария:** Хорошо, если одна.

**Только когда рекомендуете пациенту самому купить – тогда принимаете во внимание форму, да? Кабивен – это что за препарат, что про него знаете, слышали? У кого опыт работы с ним есть?**

**Инесса**: У нас опыта нет.

**Мария**: У нас когда-то был, но это, как правило, единичный. Ни хорошего, ни плохого ничего сказать не могу. Перегородки там какие-то неудобные.

**Нутрифлекс липид. Что вы про него скажете?**

**Игорь**: Тут можно сказать. Что там хорошо? Конечно, это было уже сказано выше, но доступ – он может быть как для центрального введения, так и для периферического. Это удобно. С проблемами с перегородками не сталкивался, средний медицинский персонал вроде тоже.

**Инесса**: Осложнений не видели.

**Игорь**: Осложнения очень редко.

**Инесса**: Даже при длительном использовании.

**Галина, что скажете про Нутрифлекс липид? Был опыт работы с ним, не было?**

**Галя**: Не было.

**Что его может отличать от других? Есть у него что-то уникальное?**

**Инесса**: Как раз он есть для диабетиков.

**Игорь**: Да.

**Есть для диабетиков форма. А еще какие-то формы есть у него?**

**Инесса**: Там содержание липидов, по-моему, разное тоже есть. Есть вторая цифра 40, 80/40, еще какие-то.

**Галя**: Да.

**У Вас в стационаре их несколько или одна?**

**Инесса**: В последнее время только одна. Может быть, до этого случаи были, я не знаю.

**Можно сказать, что Нутрифлекс липид подходит больше для каких-то пациентов?**

**Инесса**: Для всех пациентов, которые нуждаются в парентеральном питании – это адекватный выбор.

**Смофкабивен. С таким препаратом не работали? Что-нибудь слышали про него? Никто ничего не слышал? Тогда у меня к вам будет такое небольшое задание. Оно будет немножко на фантазию, но не прям чтоб фантазировать-фантазировать. Задача какая: нужно попробовать перечислить основные характеристики. Давайте, я положу, будете записывать, коллеги будут вам подсказывать. Меня интересует описание идеального препарата для парентерального питания. Именно для вас, для ваших пациентов, для онкологов-химиотерапевтов. Какой бы он был? При чем сюда можно разное и по составу, и по внешнему виду, и по способу введения, и по возможным формам. Понятно, что не совсем уже фантазия-фантазия, а именно хороший идеальный препарат для парентерального питания. Я вас на 2 минуты оставляю. Вы основные характеристики Игорю говорите, а Игорь будет записывать.**

**Инесса:** Надо написать прилагательные, да?

**Идеальный препарат для парентерального питания для вашего отделения, для вашего пациента.**

**Инесса:** Какой он должен быть.

**Какой он должен быть. Причем не обязательно прилагательные. Можно написать, какой он должен быть по составу, можно по внешнему виду.**

**Игорь**: Я понял Вас вопрос, сейчас все будет. Значит, первое. Широкий доступ напишем.

**Галя**: Да.

**Игорь**: Все согласны?

**Галя**: Все согласны.

**Инесса**: Мы вообще со всем согласны.

**Игорь**: Главное – солидарность друг с другом. И все будет хорошо. Второе?

**Инесса**: Универсальность.

**Игорь**: Да.

**Инесса**: Хотя это то же самое, что широкий доступ.

**Галя**: Нет.

**Мария**: Много компонентов там.

**Игорь**: Нет, универсальность – это не значит многокомпонентность.

**Инесса**: Давайте писать более широкие термины.

**Игорь**: Напишем универсальность. Третье – переносимость. С проблемами сталкиваемся? Бывает.

**Галя**: Сталкиваемся. Бывает. Время введения.

**Мария**: Продолжительность.

**Галя**: Продолжительность покороче.

**Игорь**: У меня очень красивый почерк.

**Галя**: Все понятно.

**Игорь**: Как бы так сформулировать момент… То, что я вначале уже говорил. По поводу информации о кормлении, о кормящих.

**Инесса**: Почему именно для кормящих? Мы же про онкологию говорим.

**Галя**: Попадаются.

**Игорь**: Я читал про исследование. Как вариант это можно было бы записать.

**Мария**: Безопасность.

**Игорь**: Безопасность – хорошо. В общем, ответим и нормально. И она будет перекликаться с переносимостью.

**Мария**: Чтоб с почечно-печеночной недостаточностью можно было бы.

**Галя**: Кстати, да. Потому что у них у всех идет почечная и печеночная недостаточность. Так, вроде показания, а таких больных…

**Мария**: Через одного.

**Галя**: Как раз-таки через одного.

**Инесса**: Давайте напишем про диабет.

**Галя**: Давайте напишем лучше про возможность применения у пациентов с печеночной и почечной недостаточностью.

**Мария**: И сахарным диабетом.

**Игорь**: Возможность применения напишем.

**Инесса**: Следующим пунктом возможность применения при сахарном диабете, возможность применения при печеночной и почечной недостаточности. У больных с метастазами в кости. Мы же про идеальный. Чтоб не пил, не курил, всегда цветы дарил.

**Галя**: Может, чтоб не требовал контроля частого?

**Инесса**: Дешевый, недорогой. Какого контроля?

**Галя**: Биохимических показателей.

**Игорь**: Я не согласен. Как можно без контроля его вставлять?

**Инесса**: А цена? Недорогой.

**Игорь**: Да, стоимость.

**Мария**: А не было такого еще у нас?

**Галя**: Не было.

**Игорь**: Стоимость. И как следствие – наличие, правильно?

**Инесса**: Он сам не может повлиять на наличие. Мы говорим про продукт, который будет.

**Игорь**: Тут просо как следствие. Пускай будет, мало ли что. Здесь же двойки не ставят.

**Галя**: Можем даже просто наличие оставить, без стоимости.

**Игорь**: Все равно это взаимоперекликается.

**Галя**: У нас в парентеральном заболели и дошло до того, что стали раскидывать по отделениям. Химиотерапия должна в день сожрать 100 пакетов.

**Инесса**: Срок годности заканчивается?

**Галя**: Срок годности заканчивающийся. Накуплено столько, что…

**Мария**: Еще и доктора кушают.

**Инесса**: У нас катетеры не те купили, все, оставили теперь эти. Или когда что-то вводим – обязательно списываем в истории. Понакупили, а у врачей зарплаты вообще мизерные. Как я возмущалась с этим Торцовым.

**Галя**: А что там?

**Инесса**: В три раза дешевле.

**Галя**: Да.

**Инесса**: Там на 300 грамм… Он итальянский, Италия же оригинал делает? Но не только Италия.

**Галя**: Там несколько заводов.

**Инесса**: Да, там несколько заводов. Главное, что оригинал выходит 10-11 тысяч, 3 флакона по 100. Нет, у нас онкоцентр закупил Метотакс индийски, от которого сыпь и который еще и дороже. Посмотрели в интернете – он еще и дороже. Он выиграл тендер.

**Потом обсудите, кто выиграл тендер. Что получилось в плане идеального?**

**Игорь**: Первым пунктом – это, конечно, широкий доступ. Правильно?

**Что это значит?**

**Галя**: Чтоб был и периферический.

**И периферический, и центральный.**

**Игорь**: Универсальность. Я остаюсь при своем мнении – это по поводу белка и липидов. Также переносимость пациентами – третье. Продолжительность введения.

**Какая она должна быть?**

**Галя**: Покороче.

**Игорь**: Покороче.

**Покороче – это сколько?**

**Мария**: Чем короче – тем лучше.

**Игорь**: Да.

**Инесса**: 6 часов.

**Игорь**: Безопасность. Сюда входит вышесказанный дефект с перегородками – это же опасно.

**Еще что?**

**Игорь**: На самом деле можно очень много чего сказать по поводу безопасности. В основном я руководствовался по поводу перегородок

**Игорь, что значит «очень много чего можно сказать о безопасности парентерального питания»?**

**Мария**: Аллергия на компоненты.

**Игорь**: Аллергия, да. Возможность применения этого парентерального питания при почечной, печеночной недостаточности, сахарном диабете, у больных с метастазами в кости. И 7 пункт поделили надвое, потому что показатели взаимоперекликаются. Это в первую очередь наличие препарата. Соответственно, что влияет на наличие препарата? Самое банальное – это стоимость его. Может же влиять? Вполне.

**И сколько он должен стоить?**

**Мария**: Это вопрос политики учреждения.

**Игорь**: Да.

**Вам как кажется, сколько должен стоить препарат парентерального питания?**

**Мария**: Нет, мы говорим, что цена должна способствовать, чтоб был препарат закуплен.

**Игорь**: Цена должна способствовать наличию.

**Какая цена будет способствовать наличию?**

**Мария**: Та, которая на усмотрение врача будет для учреждения не накладна.

**Игорь**: 10 рублей.

**Инесса**: Это вообще экономический вопрос.

**Игорь**: Это не к нам.

**Инесса**: Каждую страну нужно отдельно разбирать, каждый регион отдельно.

**Про регионы я вас не спрашиваю. Я спрашиваю вас, про ваших пациентов. Если они сами приобретают, то какая стоимость должна быть?**

**Инесса**: Они там разные бывают.

**Игорь**: Бывают пациенты с деньгами, бывает – нет денег у пациента

**Это я все понимаю.**

**Мария**: До тысячи, если на своих. Если длительная инфузия, химию покупают, длительную поддержку. Тысяча рублей, я думаю, адекватно будет.

**Если мы говорим про какие-то источники информации по клиническому питанию - посещали ли вы какие-нибудь мероприятия, конференции по клиническому питанию?**

**Мария**: Нет.

**Никто никогда? Почему? Не было желания?**

**Мария**: Не приглашали.

**Хорошо. Проводилось ли у вас обучение по клиническому питанию?**

**Все**: Нет.

**Может, кто-то куда-то ездил?**

**Игорь**: Нет, не было.

**Мария**: Слышала, что было, но лично – нет.

**Приходил ли к вам кто-то из медицинских представителей по питанию?**

**Инесса**: Да.

**Мария**: Запрещено даже приближаться близко.

**Кто это был, Инесса, помните?**

**Инесса:** Последний раз это были нутридринки.

**Галя**: Да, у нас тоже.

**А если связано с парентеральным питанием?**

**Галя**: По парентеральному – нет. Вообще.

**Инесса**: По парентеральному – нет.

**Никого не было вообще? Только по нутридринкам?**

**Инесса**: Нутризоны были.

**Какие-то материалы вам попадались?**

**Мария**: На конференции какие-то буклеты. А какой препарат – я даже не скажу.

**Игорь?**

**Игорь**: В основном, конференции, конечно же.

**Конференции какого плана? Это не специализированные?**

**Игорь:** Нет, это не специализированные конференции, конечно. Это бывают конференции в отделении. Кроме того, что еще? Конечно, и сами читаем. Со спецификой работы нужно.

**Что читаете сами в плане парентерального питания?**

**Игорь**: Что я читаю?

**Галя**: Инструкцию в первую очередь.

**Игорь**: В первую очередь именно инструкция. И отзывы.

**Отзывы кого?**

**Игорь**: Врачей. Форумы же существуют.

**А какой форум?**

**Игорь**: Знаете, я столько форумов излазил.

**Если бы пришел медицинский представитель именно по питанию и принес какой-то материал – какой материал был бы полезен?**

**Мария**: Препарат на пробу если принес бы – это было бы самое полезное.

**Игорь**: Да.

**Еще что-то было бы полезно?**

**Мария**: Приглашение куда-то.

**Игорь**: Ручку.

**Давайте чуть более серьезней. Я про ручки не спрашиваю, я спрашиваю про содержательный момент. Что было бы интересно?**

**Мария**: Какие-то сравнительные исследования. Допустим, одно с другим сравнить.

**Игорь**: Результаты исследования, чтобы врач ознакомился.

**Мария**: Оптимизированное, крупное, чтоб там не 30 больных было.

**Понятно, что это должно быть подкреплено исследованиями и так далее, но в каком направлении? Что Вас, как онкологу-химиотерапевту было бы интересно в плане клинического питания?**

**Мария**: Мне было бы интересно три, которые мы обсуждаем, сравнить. Я не понимаю, чем они отличаются. Понятно, что экономически не бывает таких, но…

**Галя**: Те же соотношения: водные и разводистые. То, что для практики.

**Игорь**: Да.

**Галя**: Каким пациентам лучше тот препарат, а каким-то – лучше этот.

**Инесса, для Вас что было бы интересно?**

**Инесса**: Мне тоже было бы интересно сравнить три, чтоб мы себе это более четко представляли. Может, есть более дифференцированный подход. Хотя, мы все равно себе этого не позволим. Будем ограничены.

**Мнение каких специалистов в вопросах медицинского питания для вас важно?**

**Инесса**: Реаниматолог, анестезиолог.

**Просто реаниматологиз Вашего отделения или зав. реанимации? Или это какой-то конкретный?**

**Инесса**: Конечно, если зав. реанимации – то это еще лучше, чем просто ревматолог.

**Галя**: Если Горобец выступит с Блохина – тут вопросов не будет никаких.

**Как его фамилия, Горобец?**

**Инесса**: Да. Заведующий анестезиологией.

**Он может являться тем, на кото вы бы ориентировались?**

**Инесса**: Да. И Анисимов Михаил.

**Анисимов – это кто?**

**Инесса**: Анестезиолог очень умный.

**Игорь, для Вас кто? Среди Вашего учреждения, вне Вашего учреждения.**

**Игорь**: Конечно же, и наше учреждение. И конечно же, мы все отучились в институтах. У нас у всех много друзей. А почему бы не сделать звонок другу? У меня есть пара друзей, которые в этом плане очень подкованы.

**Они кто?**

**Игорь**: Анестезиологи, реаниматологи.

**Друзья-анестезиологи. Кто еще может быть из экспертов? Как Вам кажется? Кого можно выбрать экспертом в этом?**

**Инесса:** Реаниматологи еще.

**Что, все реаниматологи? Или какой-то конкретный?**

**Галя**: Если есть химиотерапевты, которые не как мы – редко достаточно применяем, а может быть…

**Инесса**: Гематологи, может быть.

**Галя**: Может быть, гематологи, я не знаю. Их было бы интересно послушать.

**То есть, если есть какой-то химиотерапевт, который часто работает? А знаете такого лично?**

**Галя**: Не знаю.

**Мария, для Вас кто эксперт?**

**Мария**: Главные химиотерапевты. И в реанимации анестезиолог, которому я доверяю, который именно в онкологии работает.

**Главный химиотерапевт.**

**Мария**: Да. Кто у нас в центре отвечает за назначение химиотерапии, у которых большой достаточно опыт и мы им доверяем.

**А скорее это какой специалист: это химиотерапевт, это реаниматолог или это нутрициолог, о котором мы вначале говорили?**

**Инесса**: Так как нутрициолог – это мифический образ, то все-таки все зависит от анестезиолога.

**Галя**: Наверное.

**Нутрициолог – это мифический образ?**

**Галя**: Конечно.

**Мария**: Как диет-сестра, если провести аналогию. Где-то она есть и что-то по идее она считает, какие-то калории.

**Как вам кажется - есть химиотерапевт, который часто назначает именно парентеральное питание или химиотерапевты редко с этим работают?**

**Мария:** Может быть, сейчас назначают, но мы в своей работе не ориентированы нате же электролитные нарушения. Мы просто упускаем эти моменты. Анестезиолог больше практической имеет подготовки в этом вопросе.

**Анестезиолог больше на состав ориентируется?**

**Галя**: Конечно, да.

**Мария**: Имеет возможность регулировать это под руководством химиотерапевта, если биохимию нужно попросить, чтобы сделали.

**А у Вас нет такой возможности?**

**Мария**: Есть, но если я буду через день назначать биохимию, то на третий день…

**Галя**: На третий день скажут, что мы из вашей зарплаты вычтем все остальное.

**Мы говорили про рекомендации внутри учреждения, вне учреждения, какие-то стандарты или протоколы. Есть ли такие протоколы ведения пациентов, в которых прописано многое, что касается терапии, в том числе и клиническое питание?**

**Игорь:** Можно предположить?

**Давайте.**

**Игорь**: Химио-лучевая терапия. Из-за лучевой будет эзофагит. Обязательно в рекомендациях должно быть про парентеральное питание. Мало ли что.

**Есть у Вас такого рода рекомендации?**

**Инесса:** Нет.

**Игорь**: Нет. Но хотелось бы.

**Инесса, какие-то стандарты, протоколы ведения определенных пациентов?**

**Инесса**: Может быть, они и есть где-то там в реанимации. Мы не в курсе.

**Мария?**

**Мария**: Насколько я знаю – нет.

**Это может быть протокол ведения пациента с такой-то опухолью.**

**Мария**: По нозологии что-то есть, но насколько это на питание распространяется…

**Галя**: Питания там нет.

**Нет, не прописано? Там, где по нозологии – не прописано? Галина, у Вас так же, да?**

**Галя**: Абсолютно. И на русском если влезть в наши стандарты, и если на американские CN – там тоже, по-моему, про питание абсолютный ноль.

**Если Вы себе представите такую мифическую картину – в Вашей аптеке появились все три препарата: Оликлиномель, Нутрифлекс липид и Кабивен. К какому у Вас рука потянется? Игорь?**

**Игорь**: У меня опыт Нутрифлекса. Честно говоря, экспериментировать я не хочу.

**Инесса?**

**Инесса**: Согласна. Я работала тоже с Нутрифлексом.

**Тоже – потому что уже с ним работали или еще почему-то?**

**Инесса**: Потому что хороший опыт, положительный.

**Мария**: Я б, наверное, попробовала. С Оликлиномелем у меня достаточно большой опыт есть. Я бы расширила свой горизонт относительно возможностей и того, и того. Почему бы и нет?

**Галя**: Мне кажется, тоже бы попробовала все.

**Я Вас про один спрашиваю. К какому рука потянется?**

**Галя**: Рука потянется к тому, что не пробовала.

**Это скорей будет какой по объему, по форме?**

**Инесса**: Который будет стремиться к тому, что мы там написали.

**Галя**: Да, к идеальному.

**И все-таки, какого объема он скорее будет?**

**Галя**: Литровый, наверное.

**А остальные?**

**Инесса**: Не больше литра.

**А форма?**

**Мария**: В смысле периферическая? Или компонентная?

**Форма препарата. Помните, мы говорили, что у Оликлиномеля есть разные формы?**

**Мария**: Более всеобъемлющая, без каких-то там изысков.

**Галя**: Да, без изысков.

**То есть, какая-то универсальность?**

**Мария**: Универсальность.

**Галина, еще к Вам такой вопрос. Я так и не поняла, у Вас в учреждении есть парентеральное питание? Закупается или не закупается? Если закупается, то, может быть, для какого-то отделения, а для Вашего нет? Как обстоит дело?**

**Галя**: Я, честно говоря, даже не могу сказать, потому что мы его из аптеки ни разу не получали. Трехкомпонентное – ничего. Однокомпонентные закупаются, точно знаю.

**Закупаются в большом объеме?**

**Галя**: Я не знаю про объем, я ничего не могу сказать. У нас порой было дело, что мы на премедикацию заведующий дал денег – мы заказывали в аптеке Димедрол и Омепразол. Было такое. Отслюнявил 800 рублей, самые дешевые.

**Тогда мои вопросы почти закончились. Сейчас на секунду вас оставлю, вы пока не расходитесь.**