

Wprowadzenie: Niedożywienie często towarzyszy pacjentom chorującym na nowotwory złośliwe, a wskazania do interwencji żywieniowej stwierdza się u ponad 50% pacjentów.

Leczeniem żywieniowym określa się podawanie składników odżywczych w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają się w sposób niedostateczny. Leczenie żywieniowe można stosować drogą przewodu pokarmowego (dojelitową) lub dożylną (pozajelitową) zarówno w warunkach szpitalnych, jak i pozaszpitalnych. W przypadku pacjentów, których stan zdrowia pozwala na wypis ze szpitala, ale którzy nie mogą odżywiać się w sposób wystarczający drogą doustną, możliwe jest zastosowanie leczenia żywieniowego w domu chorego. W ostatnich latach żywienie domowe wzbudza wiele kontrowersji, szczególnie z powodu wysokich kosztów.

Cel pracy: Celem pracy była analiza efektywności domowego żywienia pozajelitowego i dojelitowego u chorych na nowotwory złośliwe.

Materiał i metody: Dokonano wstępnej analizy 1040 chorych żywionych poza- i dojelitowo w warunkach domowych w latach 2007-2014. Do badania włączono 177 chorych z czego 96 (54,24%) było żywionych dojelitowo a 81 (45,76%) pozajelitowo.

Badania przeprowadzono metodą retrospektywną z wykorzystaniem analizy dokumentacji medycznej. Przeprowadzono analizę populacji chorych na nowotwory złośliwe poddanych leczeniu żywieniowemu (wiek, płeć, lokalizacja nowotworu, długość leczenia żywieniowego, leczenie przeciwnowotworowe), analizę zmiany stanu odżywienia chorych (masa ciała, BMI, stężenie albuminy, całkowita liczba limfocytów, punktacja w skali SGA, stan ogólny chorego w skali Karnofskiego), analizę jakości życia pacjenta (za pomocą zmodyfikowanej ankiety HPN-QOL 2005), analizę tolerancji leczenia żywieniowego (ilości hospitalizacji związanych z chorobą podstawową lub leczeniem żywieniowym, średni czas hospitalizacji) oraz analizę kosztów leczenia żywieniowego.

Wyniki: Zarówno w grupie chorych żywionych dojelitowo jak i pozajelitowo uzyskano istotną poprawę stanu odżywienia (mierzoną masą ciała, BMI, stężeniem albuminy oraz SGA) w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia. U chorych żywionych pozajelitowo stwierdzono utrzymanie wzrostu masy ciała również po 6-ciu miesiącach leczenia, natomiast w grupie chorych żywionych dojelitowo zaobserwowano zatrzymanie wzrostu lub nawet pogorszenie w tym okresie czasu. Jedynie u pacjentów o przeżyciu dłuższym niż 9 miesięcy stwierdzono ponowną poprawę. Obserwacje w zakresie BMI były zbliżone.

W obu grupach chorych stwierdzono istotną poprawę stanu układu immunologicznego (zwiększenie całkowitej liczby limfocytów), poprawę stanu ogólnego pacjentów (punktacja w skali Karnofskiego) oraz poprawę jakości życia, szczególnie w pierwszym okresie leczenia.

Stwierdzono, że żywienie pozajelitowe obarczone jest większym ryzykiem powikłań, natomiast jedynie w grupie chorych żywionych dojelitowo możliwa była kontynuacja lub wdrożenie leczenia przeciwnowotworowego.

Koszt żywienia pozajelitowego był wyższy niż dojelitowego.

Wnioski: Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych u pacjenta chorującego na nowotwór złośliwy pozwala na poprawę stanu ogólnego chorego, stanu jego odżywienia, umożliwia kontynuację leczenia przeciwnowotworowego oraz poprawia jakość życia.