

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
30 січня 2025 року № 176

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

2025

Загальна частина

Даний стандарт медичної допомоги не стосується певної специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо лікувального харчування пацієнтів дитячого 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;
Климнюк Григорій Іванович	завідувач науково-дослідного відділення дитячої онкології Державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку», заступник голови робочої групи;
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;
Зуб Валерій Олексійович	народний депутат України (за згодою);
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 Сектором контролю якості, лікар геталог- онколог дитячий 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:

Балацька Наталя Іванівна	професор кафедри педіатрії № 1 НМУ імені О.О.Богомольця, д.мед.наук;
Боярчук Оксана Романівна	професор кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету імені І.Я.Горбачевського, д.мед.наук;
Стародубцева Олена Євгеніївна	завідувачка відділенням дитячої онкології та гематології комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня».

Дата оновлення стандарту – 2029 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
ПХ	парентеральне харчування
РДП	рекомендована добова потреба
ТГСК	трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин
ТПХ	трансплантат проти хазяїна
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
PODC	Комітет з питань дитячої онкології в країнах, що розвиваються
SIOP	Міжнародне товариство дитячої онкології
Форма № 025/о	форма первинної медичної документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 030-6/о	форма первинної облікової документації № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за №959/25736

Розділ I. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із злюкисними новоутвореннями

1. Положення стандарту медичної допомоги

Стандарт медичної допомоги призначений для лікарів: онкологів дитячих, хірургів-онкологів, анестезіологів дитячих, радіологів, лікарів з променевої терапії, гематологів дитячих, гастроентерологів дитячих, дієтологів, сестер медичних/братів медичних для організації надання медичної допомоги та покращення результатів лікування педіатричних онкологічних пацієнтів шляхом оптимізації лікувального харчування.

2. Обґрунтування

Онкологічні захворювання і методи їх лікування можуть в значній мірі впливати на обмін речовин і призводити до виснаження і ослаблення організму, тому харчування має особливе значення та є важливою частиною лікування дітей з цією патологією. Харчова корекція нутритивного статусу пацієнтів на перед- та післяопераційному етапах дозволяє зменшити частоту, вираженість післяопераційних ускладнень, повною мірою завершити курс лікування, скоротити період перебування у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) та покращити якість життя.

Значущість мальнутриції на сьогодні дещо недооцінюється у клінічній онкологічній практиці. Натомість запорукою успішного ведення мальнутриції є її вчасне виявлення, оцінка тяжкості та адекватна корекція, яка підбирається індивідуально з урахуванням основного захворювання пацієнта, тяжкості мальнутриції, можливостей споживання їжі, наявності потреби тривалого введення поживних речовин альтернативними шляхами, супутніх патологічних станів та низки інших факторів.

Імплементация методів оцінки ризику мальнутриції, діагностики нутритивної недостатності і ведення різних форм мальнутриції у клінічну практику є важливим кроком в напрямку поліпшення прогнозу життя та реабілітації педіатричних пацієнтів онкологічного профілю.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

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

2) Існує задокументований індивідуальний план обстеження, лікування та спостереження узгоджений з пацієнтом, членами сім'ї/іншими законними представниками, які здійснюють догляд.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/інші законні представники, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях.

Бажані:

4) У ЗОЗ, де надають медичну допомогу пацієнтам з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях, розміщуються інформаційні матеріали стосовно її проявів, профілактики і факторів ризику.

Розділ II. Діагностика

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностика мальнутриції ґрунтується на оцінці антропометричних показників, даних клінічного обстеження і результатів лабораторно-інструментального обстеження. Обсяг обстежень може варіювати залежно від рівня надання медичної допомоги педіатричним пацієнтам з онкологічним захворюванням.

2. Обґрунтування

Скринінг нутритивного ризику має на меті вчасно розпізнати пацієнтів групи високого ризику розвитку мальнутриції з метою забезпечення допомогою у першу чергу тих, хто найбільше її потребує. Більшість онкологічних хворих є пацієнтами високого нутритивного ризику і мають один чи більше факторів високого ризику мальнутриції. Існують різні інструменти скринінгу ризику розвитку мальнутриції у дитини; важливо використовувати лише перевірені підходи. Оцінку можуть проводити як лікарі стаціонарних або амбулаторних відділень ЗОЗ, так і середній медичний персонал, який володіє методологією оцінки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

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

2) Для діагностики мальнутриції у всіх пацієнтів з онкологічним захворюванням рекомендовано використовувати антропометричні (обов'язкові) та інструментальні (бажані) дослідження відповідно до додатка 3 цього Стандарту. Важливою є оцінка антропометричних та інших показників у динаміці.

3) Для діагностики нутритивної недостатності рекомендовано використовувати оцінку клінічних ознак нутритивного статусу, як от стан шкіри і її придатків, слизових оболонок, підшкірної жирової клітковини, об'єму м'язів, а також оцінку умов, які можуть вплинути на нутритивний статус, як от апетит, процеси жування і ковтання, наявність персистуючих зригувань або блювання, метеоризму, діареї, запорів.

4) З метою оцінки ступеня тяжкості нутритивної недостатності використовуються рекомендації Міжнародного товариства дитячої онкології та Комітету з питань дитячої онкології в країнах, що розвиваються (SIOP PODC), щодо граничних показників нутритивного статусу, що наведені у додатку 4 цього Стандарту.

Бажані:

5) З метою оцінки надходження енергії та макронутрієнтів рекомендованою є оцінка раціону пацієнта ретроспективними або проспективними методами.

б) З метою діагностики нутритивної недостатності рекомендовано проводити лабораторні дослідження залежно від рівня надання медичної допомоги відповідно до додатка 5 цього Стандарту.

Розділ III. Лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Вибір стратегії нутритивної підтримки дітей з онкологічними захворюваннями залежить від стану пацієнта, основної нозології, ступеня ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ), який впливає на здатність споживати їжу фізіологічним шляхом та ступінь її засвоєння, енергетичних потреб дитини, актуального надходження енергії та основних макронутрієнтів з раціоном.

2. Обґрунтування

Якщо дитина здатна споживати адекватну кількість енергії і макронутрієнтів самостійно фізіологічним шляхом, потреб в альтернативних способах харчування, як от ентеральне зондове, ентеральне через стому, парентеральне харчування, немає. Визначається кількість кілокалорій, білків, жирів і вуглеводів, які дитина з'їдає на момент оцінки, вираховується дефіцит, який надалі компенсується звичайною їжею, готовими до вживання саплементуючими напоями або сумішами для клінічного харчування, або ж комбінацією першого і другого виду додаткового харчування.

Якщо дитина не здатна спожити необхідну кількість енергії і макронутрієнтів із звичайним раціоном і раціоном, збагаченим сумішами для клінічного харчування, або якщо попри адекватне споживання вона продовжує втрачати вагу, рекомендоване ентеральне харчування. В такому разі харчування здійснюється сумішами для клінічного харчування; введення звичайної їжі через зонд не рекомендується через ризик інфікування і потенційно низької калорійності сумішей для харчування.

За потреби в тривалій ентеральній нутритивній підтримці або за наявності таких проблем, як блювання, мукозити, тромбоцитопенія, дисфагія, харчування через гастростому є більш доцільним. Харчування через гастростому є безпечним, ефективним і має невелику кількість можливих ускладнень.

Парентеральне харчування не має переваг перед ентеральним і застосовується в обмеженій кількості випадків. Оскільки парентеральне харчування асоційоване з низкою негативних наслідків, слід якомога раніше переводити пацієнта на змішане ентерально-парентеральне, а далі – ентеральне харчування за першої можливості.

Харчування дітей першого року життя може бути проблематичним у зв'язку з необхідністю тривалого лікування, токсичним впливом препаратів на ШКТ, виникненням стоматиту. Введення прикорму у віці близько 17 тижнів може допомогти у формуванні необхідних навичок орального прийому їжі в періоді між епізодами мукозиту; у протилежному випадку пізнє формування таких навичок може мати несприятливий вплив на процес харчування дитини у майбутньому.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Рекомендовані добові потреби (РДП) в енергії, білку та мікронутрієнтах у некатаболічних пацієнтів з низьким нутритивним ризиком (пацієнти з гострим лімфобластним лейкозом (режим А), неметастатичними солідними пухлинами, ретинобластомою, лімфомою Ходжкіна, пухлинами зародкових клітин, прогресуючим захворюванням в стадії ремісії на етапі терапії підтримання) відповідають середнім РДП у здоровій педіатричній популяції.

2) РДП в енергії та білку у пацієнтів з підвищеним катаболізмом, зниженим нутритивним статусом і дітей з підвищеними гастроінтестинальним та/або нирковими тубулярними втратами є вищими; їх розрахунок вказано у додатку 6 цього Стандарту.

3) Добові енергетичні потреби повинні регулярно переглядатися, особливо у пацієнтів з високим ризиком виникнення зайвої маси тіла/ожиріння (пацієнти, які отримують пролонговані курси високих доз кортикостероїдів, тотальну чи краніальну променевою терапією). Слід наголошувати на необхідності покращення фізичної активності пацієнтам даної категорії і обов'язково враховувати її рівень при розрахунку добової потреби в енергії.

4) З метою збільшення надходження енергії та макронутрієнтів у високозасвоєваної формі, особливо дітям, які не здатні спожити потрібну їх кількість із звичайним харчовим субстратом, рекомендоване харчування частими малими порціями додатковими саплементуючими засобами.

5) За неможливості забезпечення надходження необхідної кількості енергії і макронутрієнтів фізіологічним шляхом рекомендоване ентеральне харчування, яке можна здійснювати через зонд або через стому.

6) Рішення щодо харчування дитини через гастростому слід приймати з урахуванням показань і протипоказань до гастростомії, які наведено у додатку 7 цього Стандарту.

7) Особливості вибору продуктів клінічного харчування для орального і ентерального харчування залежать від клінічної ситуації, функціонування ШКТ, наявності порушень харчової толерантності та низки інших факторів, що зазначені у додатку 8 цього Стандарту.

8) Об'єм суміші для ентерального харчування і режим її введення визначаються розкладом і побажаннями дитини. Вводити харчовий субстрат можна у вигляді тривалої інфузії, періодичних болюсних введень або поєднуючи обидва способи. Режими введення сумішей при ентеральному харчуванні наведено у додатку 9 цього Стандарту.

9) Парентеральне харчування показане пацієнтам з нейтропенічним ентероколітом, кишковою непрохідністю, тифлітом, важким мукозитом, важкою реакцією ТПХ, що виникла після операції трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, постопераційним хільозним асцитом за відсутності ефекту від дієти з обмеженим надходженням довголанцюгових тригліцеридів.

10) Шляхи вирішення потенційних проблем, які можуть виникнути у хворих на рак дітей на тлі ПХ наведено у додатку 10 цього Стандарту.

11) Нутритивна підтримка при ТГСК забезпечується парентеральним або ентеральним харчуванням. Рекомендовано застосовувати покроковий підхід у харчуванні пацієнтів з реакцією ТПХ, який складається з кількох фаз, що відповідають стадії реакції, відповідно до додатка 11 цього Стандарту.

12) Лікування пуповинного коліту полягає у 10-14 денному курсі монотерапії метронідазолом або комбінованому лікуванню метронідазолом і препаратом фторхінолонового ряду.

13) У пацієнтів, які проходять лікування ТГСК, визначається тяжка нейтропенія, тому таким пацієнтам може бути рекомендована нейтропенічна дієта, метою якої є запобігання інфекційним ураженням ШКТ, викликаним мікроорганізмами, які присутні у продуктах харчування.

14) За стероїд-індукованої гіперглікемії застосовується ковзна схема введення інсуліну до досягнення контрольованої глікемії. Надалі підтримувати контроль глікемії можна як лише за рахунок харчування, так і введенням попередньо змішаних ізофан-інсуліну та аналогового інсуліну двічі на добу або базал-болусною інсулінотерапією.

Бажані:

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

16) 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.

17) Рекомендується підтримання або підвищення рівня фізичної активності в онкологічних пацієнтів з метою збереження м'язової маси, фізичної функції та метаболізму і адекватного контролю ваги.

Розділ IV. Подальше спостереження за пацієнтами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Подальше спостереження за пацієнтом є важливим етапом, який дозволяє підтримувати адекватний нутритивний статус пацієнта, запобігати розвитку відтермінованих несприятливих наслідків лікування і уникати застосування пацієнтами та/або їх батьками альтернативних стратегій лікування, що можуть бути потенційно шкідливими для пацієнта.

2. Обґрунтування

Зниження фокусу уваги щодо моніторингу нутритивного статусу педіатричного пацієнта з раком після виписки із стаціонару пов'язане із невиправданим подовженням або вкороченням тривалості ентерального харчування, порушенням контролю харчування дитини, що може призвести до виникнення різних форм мальнутриції у далекій чи короткій перспективі, виникнення окремих нутритивних дефіцитів. Окрім того, розповсюдженим є

явище самостійного вживання пацієнтами вітамінно-мінеральних та антиоксидантних комплексів (а також засобів альтернативної медицини) і спеціальних дієт, які потенційно можуть сприяти виникненню або поглибити уже існуючий нутритивний дефіцит.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Перехід від ентерального до орального харчування після повернення дитини додому повинен відбутися як тільки це стане можливим.

2) Антропометричні параметри, як от індекс маси тіла до віку, вага до віку, довжина тіла/зріст до віку, обвід середини плеча до віку, товщина шкірної складки трицепса до віку повинні оцінюватися регулярно при кожному візиті дитини до лікаря загальної практики - сімейного лікаря / лікаря-педіатра і кожній госпіталізації з нанесенням на відповідні графіки фізичного розвитку.

3) Визначення рівня вітаміну D рекомендується під час діагностування захворювання і далі – протягом лікування регулярно з дотриманням певних інтервалів. Саплементация вітаміном D протягом лікування здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Пацієнти, які закінчили лікування 5 років тому і більше, повинні щорічно визначати рівень вітаміну D.

4) Регулярна консультація пацієнтів з групи ризику виникнення зайвої маси тіла/ожиріння з питань харчування і фізичної активності.

5) За відсутності переконливих наукових доказів ефективності дієт при онкологічних захворюваннях у дітей, будь-які дієти є протипоказаними, оскільки можуть призвести до тяжких нутритивних дефіцитів.

6) Високі дози вітамінів і мінералів можуть взаємодіяти із терапевтичними засобами і бути потенційно небезпечними. Важливим є розуміння батьками необхідності консультації з лікуючим лікарем або дієтологом перед початком їх вживання.

7) Обов'язковим є обговорення препаратів альтернативного лікування, які батьки планують давати дитині, для виявлення всіх можливих взаємодій між ліками традиційної і альтернативної медицини.

Бажані:

8) Зручним і швидким способом визначення ІМТ у дітей та підлітків є калькулятор, який можна знайти за наступним посиланням: <https://znaimo.gov.ua/bmi-calculator>. Інші антропометричні показники можна обчислити за допомогою офіційної програми, розробленої ВООЗ Anthro (для дітей молодше 5 років) і Anthro+ (для дітей старше 5 років).

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями у дітей, КМП з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях у дітей.

2. Відсоток пацієнтів з онкологічним захворюванням у дітей, у яких проведено оцінку нутритивного ризику при надходженні на лікування до ЗОЗ що надає медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями у дітей.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями у дітей, КМП з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях у дітей.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Нутритивна підтримка при онкологічних захворюваннях у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД 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 або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями у дітей, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях у дітей. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних

адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях у дітей (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП з мальнутрицією при онкологічних захворюваннях у дітей, наданий ЗОЗ, що надають медичну допомогу таким пацієнтам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток дітей з онкологічним захворюванням, у яких проведено оцінку нутритивного ризику при надходженні лікування у ЗОЗ, що надає медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Нутритивна підтримка при онкологічних захворюваннях у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Доцільно обраховувати індикатор окремо для лікарів, які надають первинну медичну допомогу, та для лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем протягом звітного періоду. У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність повторних проявів захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, зареєстрованих в регіоні обслуговування, впродовж звітнього періоду.

Індикатор обчислюється онкологічним закладом за даними Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з онкологічним захворюванням, які надійшли на лікування до ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, зареєстрованих на території обслуговування впродовж звітнього періоду.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з онкологічним захворюванням, які надійшли на лікування до ЗОЗ, що надають медичну допомогу дітям з онкологічними захворюваннями, для яких задокументований факт проведення оцінки нутритивного ризику при надходженні на лікування.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

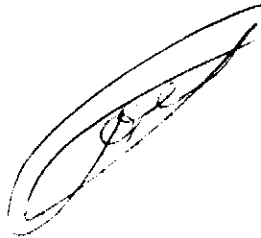
1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Нутритивна підтримка при онкологічних захворюваннях у дітей», 2024, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. 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.

3. 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», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

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

**Шкала STAMP: визначення суми балів для оцінки
нутритивного ризику пацієнта**

Діагностика		Калорійність споживаного раціону		Маса тіла та зріст	
Наявність у дитини патологічних станів, які могли бути причиною нутритивної недостатності	БАЛИ	Калорійність раціону	БАЛИ	Оцінка показників ваги і зросту відповідно до графіків росту або центильних таблиць	БАЛИ
Наявні	3	Не їсть	3	Одномоментна оцінка: маса тіла < 3 центилю Оцінка в динаміці: зміщення показника маси тіла на 3 центильних коридори* у бік зменшення**	3
Вірогідно наявні	2	Нещодавно зменшилася або низька	2	Зміщення показника маси тіла на 2 центильних коридори у бік зменшення***	2
Відсутні	0	Не змінилася або адекватна	0	Показник маси тіла перебуває у тому ж центильному коридорі, що й при попередньому визначенні	0

* Згідно з центильними коридорами, наведеними у таблицях ВООЗ – <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height>

**** Приклад 1:** До хвороби показник маси дитини знаходився у центильному коридорі 75-85. На момент госпіталізації цей показник знаходиться у центильному коридорі 5-15. Зміщення показника відбулося більше, ніж на 3 центильних коридори у бік зменшення, отже даний параметр оцінюється трьома балами.

***** Приклад 2:** При попередньому визначенні показник маси тіла дитини знаходився за межами 97-го центилію. На момент госпіталізації цей показник знаходиться у центильному коридорі 75-85. Попри те, що показник знаходиться в коридорі показників, які відповідають надмірній вазі, динаміка його зниження (зміщення на 2 центильні коридори у бік зменшення) відображає наявність ризику виникнення нутритивної недостатності. В даному випадку параметр оцінюється двома балами.

Шкала STAMP: визначення ступеня нутритивного ризику пацієнта

Кількість балів	Нутритивний ризик
4 і більше	Високий
2-3	Середній
0-1	Низький

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

Шкала оцінки нутритивного ризику SCAN

1. У пацієнта рак високого ризику?	1
2. Пацієнт на даний час проходить інтенсивну терапію?	1
3. Чи наявні у пацієнта будь-які симптоми з боку ШКТ?	2
4. Чи має місце порушення споживання їжі протягом останнього тижня?	2
5. Чи втрачав пацієнт вагу протягом останнього місяця?	2
6. Чи мають місце клінічні ознаки нутритивної недостатності?	2
За наявності 3 і більше балів слід призначити консультацію дієтолога через ризик розвитку мальнутриції	

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

Антропометричні параметри та інструментальні обстеження (подані в порядку пріоритетності) відповідно до рівня надання допомоги

Рівень надання допомоги	Первинна медична допомога	Спеціалізована і паліативна медична допомога
Параметри	Обов'язкові дослідження:	Обов'язкові дослідження:
	Зріст	Зріст
	Вага	Вага
	ОСП/В	ОСП/В
	З/В	З/В
	В/В	В/В
	В/З	В/З
		ІМТ/В
		ТШСТ
		ТШСТ/В
		Обвід талії
		Бажані дослідження:
		ВІА
		DXA
Частота	Жодного Подальше спостереження за пацієнтами групи ризику, якщо це можливо, під час планових візитів	Подальше спостереження за пацієнтами групи ризику під час планових візитів

Примітки: ВІА – аналіз біоелектричного імпедансу; ІМТ/В – індекс маси тіла до віку; DXA – двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія; З/В – зріст до віку; ОСП/В – окружність середини плеча до віку; ТШСТ – товщина шкірної складки трицепса; ТШСТ/В – товщина шкірної складки трицепса до віку; В/В – вага до віку; В/З – вага до зросту.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

**Рекомендації SIOP PODC щодо граничних показників
нутритивного статусу**

Вікова група	Гостра мальнутриція	Тяжка гостра мальнутриція
Від 6 місяців до 5 років	ОСП < 12,5 см	ОСП < 11,0 см
> 5 років <i>без</i> пухлини	В/З < -2 Z-бал	В/З < -3 Z-бал
> 5 років з пухлиною	ОСП < 13,5 см	ОСП < 11,5 см

Скорочення: ОСП – окружність середини плеча; В/З – вага до зросту.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 6 пункту 3 розділу II)

Біохімічні параметри, рекомендовані для визначення стану харчування в залежності від рівня надання допомоги

Рівень надання допомоги	Первинна медична допомога	Спеціалізована і паліативна медична допомога
Показники білкового статусу	Альбумін (період напіврозпаду 14-21 день)	Альбумін (період напіврозпаду 14-21 день)
		Трансферин (період напіврозпаду 8-9 днів)
		Преальбумін (період напіврозпаду 2-3 дні)
		Ретинол-зв'язуючий білок (період напіврозпаду 12 годин)
Електроліти сироватки	Магній	Магній
		Кальцій
		Цинк
		Селен
Вітаміни сироватки	Тіамін (вітамін B ₁)	Тіамін (вітамін B ₁)
		Кобаламін (вітамін B ₁₂)
		Рибофлавін (вітамін B ₂)
		Вітамін А
		Вітамін D
Частота	0. Жодного 1. Подальше спостереження за пацієнтами групи ризику, якщо це можливо, під час планових візитів	Вітамін Е
		Подальше спостереження за пацієнтами групи ризику під час планових візитів

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 2 пункту 3 розділу ІІІ)

Рекомендовані добові потреби в енергії, білку, натрію та калію пацієнтів з підвищеним катаболізмом, зниженим нутритивним статусом, значними гастроінтестинальними та тубулярними нирковими втратами

	Немовлята 0-1 рік*	Діти старше року
Енергія, ккал/кг/добу	Висока потреба: 130-150 Дуже висока потреба: 150-180	Висока потреба: 120% РДП Дуже висока потреба: 150% РДП
Білок, г/кг/добу	Висока потреба: 3-4,5 Дуже висока потреба: максимум 6	Висока потреба: 2* Діти можуть легко з'їсти більше вказаної кількості
Натрій, ммоль/кг/добу	Висока потреба: 3,0 Дуже висока потреба: 4,5 Концентрація у дитячій суміші вище 7,7 ммоль Na ⁺ /100 мл матиме блювотний ефект	
Калій, ммоль/кг/добу	Висока потреба: 3,0 Дуже висока потреба: 4,5	

* У перерахунку на фактичну, а не очікувану масу тіла.

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 6 пункту 3 розділу III)

Показання та протипоказання до гастростомії у хворих на рак дітей

Показання до гастростомії
Пацієнти, протоколи лікування яких включають засоби з високою еметогенністю або здатні провокувати виникнення мукозитів
Пацієнти, які потребують тривалої нутритивної підтримки протягом 3-х місяців і більше
Пацієнти, які відмовляються або не здатні харчуватися через зонд
Пухлини головного мозку/ЦНС з постопераційними порушеннями ковтання
Назофарингеальна карцинома або інші пухлини з локалізацією в ділянці голови і шиї, які потребують радіотерапії
Гастростомія завжди повинна пропонуватися пацієнтам старшого дитячого віку
Протипоказання до гастростомії
Пов'язані з анестезією ризику
Тривалість ентерального харчування менше 3-х місяців
Патологія органів черевної порожнини (необхідна індивідуальна оцінка)

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 7 пункту 3 розділу III)

Принципи вибору продуктів для клінічного харчування

За нормального функціонування ШКТ діти зазвичай гарно толерують стандартні відповідні віку продукти для ентерального харчування.

Для харчування дітей з ризиком виникнення запорів (можуть бути зумовлені лікуванням вінкристином при гострому лімфобластному лейкозі, пухлинах головного/спинного мозку та ЦНС) варто застосовувати збагачені харчовими волокнами продукти.

Суміші на основі гідролізованого білка рекомендовані за порушень функціонування ШКТ при синдромі мальабсорбції, мукозиті кишечника, пострадіаційному ентериті, реакції «трансплантат проти хазяїна» або при виході з парентерального харчування.

Амінокислотні суміші можуть бути рекомендовані у випадках непереносимості сумішей на основі гідролізованого білка при тяжкому мукозиті кишки або реакції «трансплантат проти хазяїна» III ступеня.

Високоенергетичні продукти повинні застосовуватися у разі підвищених енергетичних потреб або за необхідності отримати значну кількість калорій впродовж короткого часу. Вони також показані за необхідності в обмеженні рідини при венооклюзійній хворобі або перевантаженні рідинами. Окрім того, застосування високоенергетичних продуктів є доцільним у випадках, коли за наявності об'ємних процесів черевної порожнини (нейробластома, гепатобластома, пухлина Вільмса) дитині важко толерувати значні об'єми харчового субстрату.

Безлактозні суміші застосовуються при діареї, яка не вщухає після проведеної хіміотерапії, а також за ротавірусної або норовірусної інфекції.

Збагачені середньоланцюговими тригліцеридами суміші показані до застосування при постопераційному хілотораксі (наприклад, при нейробластомі).

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 8 пункту 3 розділу III)

Режими введення сумішей при ентеральному харчуванні

Режим тривалих введень (введення харчового субстрату здійснюється протягом кількох годин): зазвичай краще переноситься дитиною через зв'язок болюсних харчувань з такими диспепсичними симптомами, як нудота і блювання.

Тривале 20-24-годинне годування: застосовується впродовж періоду інтенсивного лікування або за фебрильної нейтропенії, що має на меті формування толерантності і максимальне забезпечення нутрієнтами.

Циклічне годування: застосовується у схильних до блювання дітей і пацієнтів з об'ємними утвореннями черевної порожнини; введення сумішей здійснюється протягом 5 годин з годинними перервами між введеннями.

Болюсні введення або поєднання тривалих годувань з болюсними: застосовуються між курсами лікування, а також в домашніх умовах.

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

Проблеми, які можуть виникати при ПХ у хворих на рак пацієнтів і пацієнтів після трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин і шляхи їх вирішення

Проблема	Потенційний шлях вирішення
Обмеження рідини через венооклюзійну хворобу, перевантаження рідиною	Перевірити наявність центрального венозного катетера Використовувати більш концентровані розчини для максимального отримання енергії та білка
Зумовлений венооклюзійною хворобою асцит	Зменшити кількість натрію, що вводиться
Значні втрати через діарею при мукозиті або реакцію «трансплантат проти хазяїна»	Моніторинг електролітів і додаткове їх введення за потреби
Ниркові тубулярні втрати у пацієнтів після хіміотерапії цисплатином, іфосфамідом	Моніторинг електролітів і додаткове їх введення за потреби
Гіпокаліємія після терапії амфотерицином	Парентеральне введення препаратів калію Застосування калійзберігаючих діуретиків Моніторинг рівня калію у сироватці крові
Ризик перевантаження залізом	Парентеральне введення заліза не повинно застосовуватись рутинно через високу частоту процедур переливання крові у більшості пацієнтів
Низькі рівні цинку і селену в крові	Моніторинг рівнів цих елементів при тривалості ПХ більше 2-х тижнів
Гіперглікемія на тлі терапії реакції «трансплантат проти хазяїна» кортикостероїдами	Розглянути доцільність введення інсуліну
Венооклюзійна хвороба – гіпербілірубінемія/порушення функцій печінки	Розглянути доцільність застосування розчинів, що містять Омега-3 поліненасичені жирні кислоти і середньоланцюгові тригліцериди

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Нутритивна підтримка при
онкологічних захворюваннях у дітей»
(підпункт 11 пункту 3 розділу III)

Покроковий підхід у харчуванні пацієнтів з реакцією «трансплантат проти хазяїна»

- Фаза 1: парентеральне харчування (стадія IV ТПХ)
 - Фаза 2: ентеральне харчування амінокислотними сумішами (стадія III ТПХ)
 - Фаза 3: безлактозне харчування із низьким вмістом жирів, харчових волокон, кислот, подразнювачів (стадія III-II ТПХ)
 - Фаза 4: продовження харчування фази 3 (стадія II ТПХ)
 - Фаза 5: безлактозна дієта (стадія II-I ТПХ)
-