

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ ҚОРЕКТІК ҚОЛДАУ

Ш.К. ДАВАНОВ¹, Л.С. МУСИНА¹

¹«Қарағанды медициналық университеті» КЕАҚ, Қарағанды, Қазақстан Республикасы

АНДАТПА

Өзектілігі: Қазіргі заманғы медицинада науқастардың тамақтану жағдайын бағалау көптеген клиникалық медицина мамандарының назарында. Онкологиялық патологиялардың ішінде тағамдық жетіспеушілік жағдайларының саны 65-85% жетеді және осы үрдісі бар.

Науқастардың тамақтану жағдайының бұзылуы өмір сүру ұзақтығының қысқаруымен, емдеу нәтижелерінің дереу және ұзақ мерзімді көрсеткіштерінің нашарлауымен, терапияның төзімділігінің және өмір сүру сапасының төмендеуімен бірге жүреді.

Онкологиялық науқастардың тамақтану жағдайын ерте бағалау және қоректік заттардың жетіспеушілігін анықтау тамақтану терапиясын уақтылы бастауға мүмкіндік береді, операцияға дейінгі және операциядан кейінгі кезеңдердің өтуіне оң әсер етеді. Сайып келгенде, бұл операциядан кейінгі асқынулардың төмендеуіне әкеледі және науқастардың ауруханада болу ұзақтығын қысқартады. Мақалада онкологиялық науқастардың операциядан кейінгі ерте кезеңде тамақтану жағдайын бағалау ерекшеліктері мен клиникалық тамақтануды түзету әдістері көрсетілген.

Зерттеудің мақсаты – онкологиялық науқастарда операциядан кейінгі ерте кезеңде тағамдық тамақтанудың тиімділігін талдау және оны жүзеге асырудың оңтайлы әдісін анықтау.

Әдістері: Гепатопанкреатодуоденальды аймақта операциядан кейінгі емдік шаралар кешенінде тамақтануды қолдау әдістерін – энтеральді және парентеральді тамақтануды қолданудың клиникалық тиімділігіне салыстырмалы бағалау жүргізілді.

Нәтижелері: Операциядан кейінгі кезеңнің 10-12 күнінде бақылау тобындағы 17 пациенттің 12-сі Субъективті жаһандық бағалау (SGA) және тағамдық тәуекел индексі (NRI) бойынша қалыпты тамақтану күйінде, ал 5 адам күйде болды. орташа жеткіліксіз тамақтану. Парентеральді қоректену энтеральдіге ауысқаннан бері (13-15-ші күндері) – осы топта тамақтанбау белгілері бар науқастар анықталмады. Зерттелетіндердің жалпы қан ақуызын талдау зерттеудің бүкіл кезеңінде клиникалық топтардағы көрсеткіштердің орташа мәндері арасындағы айтарлықтай айырмашылықты көрсетті ($p < 0,05$). Негізгі топта жалпы қан ақуызының орташа мөлшері $62,5 \pm 10,0$ г/л, бақылау тобында операциядан кейінгі кезеңнің 8 күніне $57,5 \pm 10,1$ г/л Қанның биохимиялық құрамын талдау нәтижелерінің өзгеруі хирургиялық араласудың көлеміне, операцияның ұзақтығы мен сипатына байланысты.

Қорытынды: Операциядан кейінгі ерте кезеңде гепато-панкреатодуоденальды аймақтың ісіктері бойынша операция жасалған онкологиялық науқастарда тағамдық тамақтануды қолданғанда, егер айқын ішек парезі және асқазаннан іріңді бөліністер болмаса, қоректік қоспаларды енгізудің энтеральді жолы қолайлы.

Түйінді сөздер: тағамдық жетіспеушілік, тағамдық қолдау, қатерлі ісік, онкологиялық науқастар, энтеральді тамақтану, парентеральді тамақтану.

Кіріспе: Гепато-панкреатобилиарлы аймақтың ісіктерін емдеу қазіргі заманғы клиникалық онкологияның маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Қазіргі кезеңде гепато-панкреатобилиарлы аймақ ісіктерінің өсуі онкологиялық патологиялар арасында басым орын алады, ал емдеу әдістерін табу маңызды міндеттердің бірі болып табылады. Гепато-панкреатобилиарлы аймақтың патологияларының ішінде негізгі өт жолдарының өткізгіштігінің төмендеуімен немесе жабылуымен, кейіннен обструктивті сарғаюдың дамуымен жүретіндер ең ауыр деп танылуы мүмкін. Тамақтану жетіспеушілігі ісік процесінің басталуының маңызды көрсеткіштерінің бірі болып табылады. Ол келесі факторларға негізделген: тәбеттің төмендеуі, қалыпты тамақтануды қиындататын ісіктің локализациясы (орофарингеальды аймақта немесе асқазан-ішек жолында локализациясына байланысты), ісік асқынулары, ісікке қарсы терапия (диспепсия, ауырсыну синдромдары). Онкопатологиядағы негізгі өзгерістер қатерлі ісік кахексиясымен көрінеді [1, 2].

Интенсивті терапия бөлімшелеріндегі науқастардың 50%-дан астамында тағамдық жетіспеушілік белгілері бар. Ерте профилактикалық тексерулерге және ұсынылған заманауи диагностикалық шараларға қара-

мастан, көп жағдайда науқастарды гепатопанкреатодуоденальды аймақ органдарының ісіктерінің әртүрлі асқынулары (обструктивті сарғаю, он екі елі ішек өтімсіздігі, бауыр және бүйрек жеткіліксіздігі, қуыс органдардың ісік инвазиясы және асқазан-ішек жолдарына қан кету) дамыған жағдайда ғана ауруханаға жатқызу жалғасуда. Тамақтану жағдайының бұзылуы аурудың нәтижесі мен болжамына айтарлықтай әсер етеді, емдеу ұзақтығы мен құнын күрт арттырады, өлім мен асқынулар санының артуына ықпал етеді. Асқынуларға иммунитеттің төмендеуі, ағзаның қайталама инфекциясы, жараның баяу жазылуы, қан плазмасының ақуыздары концентрациясының төмендеуі, дәрілік заттардың алмасуының өзгеруі, хирургиялық емдеуге ағзаның төзімділігінің төмендеуі жатады [2, 3].

Бұл көрсеткіштерді бағалай отырып, бірінші кезектегі міндет тамақтанудың жағдайын уақтылы бағалау және онкологиялық науқастарда емделудің барлық кезеңдерінде емханада тамақтану терапиясын жүргізу.

Зерттеудің мақсаты – онкологиялық науқастарда операциядан кейінгі ерте кезеңде тағамдық тамақтанудың тиімділігін талдау және оны жүзеге асырудың оңтайлы әдісін анықтау.

Материалдар мен әдістері: Операциядан кейінгі ерте кезеңде онкологиялық науқастарды тағамдық қамтамасыз ету әдісі бойынша әдебиеттерге шолу және әртүрлі медициналық зерттеулерге талдау жасалды.

Тағамдық жетіспеушіліктерді анықтау үшін ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) және ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) клиникалық тамақтанудың халықаралық қауымдастықтары ұсынған скрининг әдістері бар, соның ішінде науқастар сауалнамасы, тамақтану жағдайын және оның бұзылу дәрежесін бағалауға мүмкіндік беретін стандартты антропометриялық және зертханалық деректер.

Бірінші кезеңде науқастың клиникалық жағдайы операциядан бұрын және операциядан кейінгі 5-ші, 10-шы, 15-ші күні Nutritional Risk Screening (NRS, 2002), Subjective Global Assessment (SGA) және Nutritional Risk Index (NRI) скрининг хаттамалары арқылы бағаланды.

Онкологиялық диспансерде анықтауға болатын тағамдық жағдайдың кейбір көрсеткіштері бағаланды. Бұл дене салмағының индексі (операцияға дейін және 5, 10 және 15-ші күндері операциядан кейінгі өлшенген салмақ), негізгі метаболизм жылдамдығы (жынысы, жасы, салмағы және жалпы көлемін ескере отырып, науқастың антропометриялық деректеріне негізделген Харрис-Бенедикт теңдеуі), зертханалық көрсеткіштер (қандағы гемоглобин, лимфоциттер, жалпы ақуыз, сарысу альбумині, сарысу трансферрині, жалпы және тікелей билирубин, АЛТ мен АСТ, олар тамақтану жағдайын бағалаудың дәстүрлі әдістері). Жұмыстың мақсаты мен міндеттерін жүзеге асыруға сәйкес, зерттеуге (мақаланы жазу кезінде) негізгі топқа 17 адам, бақылау тобына 17 адам, 18 бен 80 жас аралығындағы ерлер мен әйелдер қатысты. Онкологиялық процестің көлеміне, ауырлығына және таралуына байланысты радикалды немесе паллиативтік болып табылатын хирургиялық араласудың тиісті көлемі жасалды.

Гепато-панкреатодуоденальды аймақта операциядан кейінгі емдік шаралар кешенінде тамақтануды қамтамасыз ету әдістерін (энтеральді және парентеральді тамақтануды) қолданудың клиникалық тиімділігіне салыстырмалы бағалау жүргізілді.

Нәтижелері: Қатерлі ісікпен ауыратын науқастардың тамақтану жағдайын бағалау ауру анықталған кезден басталуы керек. Тағамдық жетіспеушілікті анықтау үшін скринингтік әдістер бар, соның ішінде науқастардың сауалнамасы, тамақтанудың күйін және оның бұзылу дәрежесін бағалауға мүмкіндік беретін стандартты антропометриялық және зертханалық деректерді пайдалану.

Іс жүзінде тағамдық жетіспеушілік көрсеткіші скринингтік хаттамаларды пайдалана отырып, онкологиялық науқастарда бағаланады: NRS 2002 (Nutritional Risk Screening), SGA (Subjective Global Assessment) және NRI (Nutritional Risk Index) [3, 4].

NRS 2002 скрининг нәтижелерін бағалау кезінде төрт сұраққа «иә» немесе «жоқ» деп жауап беру ұсынылады:

- науқастың дене салмағының индексі 20,5-тен төмен?
- науқас соңғы 3 айда салмағын жоғалтты ма?
- соңғы аптада науқастың тамақ қабылдауы төмендеді ме?
- науқас «ауыр ауру» тобына жатады ма?

Бір оң жауап алғаннан кейін тәуекел дәрежесін және одан әрі тактиканы анықтау үшін соңғы скрининг жүргізіледі. Барлық төрт сұраққа теріс жауаптар болған жағдайда науқастың жағдайын бақылау мақсатында аптасына 1 рет аралықпен қайта скрининг жүргізіледі. NRS 2002 балама ретінде SGA (Subjective Global Assessment) протоколын пайдалануға болады [1, 2, 5]. SGA антропометриялық деректердегі өзгерістерді ғана емес, сонымен бірге дененің физиологиялық параметрлерін де бағалайды. SGA келесі бағалау критерийлерін қамтиды:

- Салмақ жоғалту;
- Тұтынылатын тағамның мөлшері;
- Асқазан-ішек жолдарының симптомдары;
- Функционалдық қабілеттер;
- Негізгі ауруға байланысты әсерлер;
- Дұрыс тамақтанбаудың физикалық белгілері (тері астындағы май немесе бұлшықет массасының жоғалуы, ісіну, асцит).

Жоғарыда көрсетілген критерийлерге сәйкес науқастар үш топқа (А, В, С) бөлінеді – қалыпты, орташа және ауыр жеткіліксіз тамақтану.

Тамақтану жағдайын бағалаудың қосымша скрининг әдісі – NRI (Nutritional Risk Index). Хаттаманың бұл түрі дене салмағының және қан сарысуындағы альбумин деңгейіндегі өзгерістерді бағалайды [5, 6].

NRI мына формула бойынша есептеледі: $(1,519 \times \text{сарысу альбумині, г/дл}) + \{41,7 \times \text{нақты дене салмағы (кг)} / \text{идеалды дене салмағы (кг)}\}$.

Тестті бағалағаннан кейін пациент 3 топтың біріне тағайындалуы мүмкін:

- 1) тағамдық тапшылықтың болмауы ($\text{NRI} > 97,5$),
- 2) орташа жеткіліксіз тамақтану ($97,5 \geq \text{NRI} \geq 83,5$),
- 3) ауыр жеткіліксіз тамақтану ($\text{NRI} < 83,5$).

Скринингтің бұл түрі онкологиялық науқастарда жиі қолданылады және тиімділігі дәлелденді, мысалы, асқазан-ішек жолдарының ісіктері бар науқастарда [7-9].

Скринингтік хаттаманың деректерін ескере отырып, емдеу тактикасының әдісін таңдауға көмектесетін тамақтану жағдайы немесе емдеу кезінде оның бұзылу қаупі бағаланады.

Американдық парентеральді және энтеральді тамақтану қоғамы (ASPEN) пациенттің жағдайы тұрақтанғаннан кейін тағамдық тамақтануды мүмкіндігінше ертерек (алғашқы 24-48 сағат ішінде) бастауды ұсынады.

Тамақтану нәтижесінде емдік әсер ету мақсатына жету үшін қолданылатын есірткінің дозасын сапалы және дозалы түрде қолдану, және олардың құрамын анықтау қажет.

Тамақтану тапшылығын түзету науқастың қажеттіліктеріне негізделген және екі аспектіні ескеруді талап етеді: тұтынылатын энергия мөлшері және субстраттардың сандық комбинациясы. Энергияны тұтынуды және энергия тапшылығын болдырмауды ескере отырып, әрбір науқас үшін қажетті калория саны белгіленеді [10-12].

Қатерлі ісікпен ауыратын науқастардың энергия қажеттілігін бағалау әдістерінің бірі дене салмағының тұрақты көрсеткіштерін есептеу болып табылады (энергия – 35 ккал/кг, ақуыз – 1,5 г/кг). Негізгі көрсеткіштерді есептеу арудың ағымының ерекшеліктерін және әрбір науқастың емделуін ескеруге мүмкіндік беретін заманауи компьютерлік бағдарламаларды қолдану арқылы мүмкін болады. Бұл бағдарламалар сонымен қатар

жеке науқастың энергия мен маңызды қоректік заттарға қажеттілігін есептеуге мүмкіндік береді.

Қатерлі ісікке шалдыққан науқастар тамақтануға жүйелі көзқарасты қажет етеді. Онкологиялық науқасты емдеудің барлық кезеңдерінде, оның ішінде болашақта амбулаториялық-емханалық көмек көрсетуде үздіксіздік қажет. Ерекше метаболикалық қажеттіліктері бар науқастар ерекше назар аударуды қажет етеді – операцияға дейінгі және кейінгі кезеңде, сондай-ақ бастапқы метаболикалық бұзылулармен [13-15].

Тағамдық қолдауды анықтау схемасы:

1. Тамақтану жағдайын бағалау.

2. Негізгі қоректік заттар (энергия, ақуыз) бойынша науқастың тамақтану шығындарын бағалау.

3. Клиникалық тамақтануды түзету әдістерін анықтау (парентеральді, энтеральді немесе аралас).

4. Науқастың жағдайын бақылау.

Қатерлі ісікпен ауыратын науқастарды тағамдық қамтамасыз ету онкологияда емдеу және оңалту мақсатына жетудің міндетті шарты болып табылатын энергия және пластикалық қажеттіліктерді ескере отырып, емдік диеталарды бағдарламалауға негізделген. Интенсивті терапиядағы клиникалық тамақтану алғашқы күндерден басталуы керек [16, 17].

Тағамдық тамақтанудың негізгі топтары:

– Парентеральді тамақтану, ішінара немесе толық;

– Энтеральді тамақтану;

– Біріктірілген тамақтану (парентеральді және энтеральді).

Парентеральді тамақтану кезінде қоспаны бірінші күні 50 мл/сағ жылдамдықпен енгізу керек. Әрбір келесі күні енгізу жылдамдығы 25 мл/сағ артады. Бұл жағдайда қоспаның максималды шығыны 125 мл/сағ аспауы керек. Қоспаларды енгізу күн ішінде 18-20 сағат бойы жалғасады [1, 2, 18].

Тәуліктік көлемі 250-500-1000 мл 12-14 сағат ішінде 6-8 дозада біркелкі бөлінеді.

Тамақ сапасына қойылатын негізгі талаптар:

– жеткілікті калориялық тығыздық (1 ккал/мл кем емес);

– лактозасыз немесе төмен лактоза;

– бейімделген, яғни құрамында барлық витаминдер мен минералдар бар;

– төмен осмолярлық – 340 мосмоль/л артық емес;

– тұрақты инъекцияға арналған төмен тұтқырлық;

– ингредиенттердің құрылымы бойынша жоғары сапалы (оңай қорытылады және сіңеді);

– теңдестірілген, ингредиенттердің оңтайлы қатынасы бар;

– қоректік қоспаның және енгізілген азоттың калория мөлшері (стресс жағдайында калория/азот қатынасы оңтайлы болып саналады – 1 г азотқа шамамен 120-180 белокты емес ккал);

– қоспаны ас қорыту жолының гастродуоденальді бөлімінен тыс енгізгенде құрамында аздаған «шлак» қалдығы бар;

– ішек моторикасының қауіпті стимуляциясын және тоқ ішектің эвакуациялық белсенділігін туғызбайды [19].

Энтеральді тамақтануға қарсы көрсеткіштер:

1. Ишемия және ішек перфорациясы;

2. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету;

3. Ішек өтімсіздігі;

4. Құсуға қарсы препараттарды қабылдаудың стандартты режимдеріне сәйкес келмейтін ауыр жүрек айнуы мен құсу;

5. Абдоминальді бөлім синдромы;

6. Тұрақты емделмейтін диарея.

Парентеральді қоректену – бұл қоректік заттарды асқазан-ішек жолдарын айналып өтіп (тамыр төсегіне) ағзаға енгізу. Парентеральді тамақтану толық немесе толық емес болуы мүмкін. Жалпы парентеральді тамақтану организмнің бүкіл тәуліктік калориялық қажеттілігін қамтамасыз етеді. Толық емес парентеральді тамақтану энтеральді тамақтанумен толық ассимиляцияланбайтын қоректік заттардың жетіспеушілігін ішінара өтеу үшін қажет.

Жартылай парентеральді тамақтануды көмекші ретінде қарастырған жөн, бірақ соған қарамастан, қоректік қамтамасыз етудің бұл түрі энергия мен пластикалық субстраттарға күнделікті қажеттілікті қанағаттандыру, су-электролит пен қышқыл-негізді қалпына келтіру және сақтау үшін операцияға дейінгі және кейінгі кезеңде кеңінен қолданылады, толық энтеральді тамақтану мүмкін емес жағдайларда тепе-теңдік.

Парентеральді тамақтанудың негізгі компоненттері:

1. Энергия көздері – глюкоза ерітінділері (10%, 20%, 30%) және май эмульсиялары.

2. Ақуыз синтезі үшін пластикалық материалдың көздері – кристалды аминқышқылдарының ерітінділері.

3. Мультивитаминді кешендер (суда және майда еритін витаминдер препараттары).

4. Парентеральді енгізуге арналған микроэлементтік кешендер.

5. «Екі бірінде» (аминқышқылдарының ерітіндісі+глюкоза) және «Үшеуі бірде» (амин қышқылдарының ерітіндісі+глюкоза+май эмульсиясы) аралас ыдыстар [1, 3, 20].

Парентеральді қоректену режимдері:

• Тәулік бойы енгізу:

– стационардағы науқастар үшін оңтайлы;

– ең жақсы төзімділік және субстраттарды пайдалану;

• 18-20 сағатқа созылған инфузия:

– жақсы төзімділік;

– аралықпен 5% глюкозаны енгізу ұсынылады;

• Циклдік режим - 8-12 сағат инфузия:

– үйде парентеральді тамақтануға ыңғайлы;

– бейімделу кезеңінен кейін жақсы төзімділік.

• Парентеральді тамақтануға қарсы көрсеткіштер:

– Шок (вазопрессорлардың дозасын арттыру);

– Анурия немесе диализсіз гипергидратация;

– Май эмболиясы (май эмульсиялары үшін);

– Қан сарысуындағы лактат >3 ммоль/л, гипоксия $pO_2 < 60$ мм рт.ст.;

– $pCO_2 > 80$ мм рт.ст., ацидоз – pH <7,2;

– Жеке тағам компоненттеріне төзбеушілік немесе анафилаксия;

– Аралас тағам.

Операциядан кейінгі кезеңде науқасқа энтеральді және парентеральді тамақтануды біртіндеп арттыру және парентеральді тамақтануды азайту арқылы бір мезгілде енгізуге болады.

Операцияға дейінгі және операциядан кейінгі кезеңнің 10-12-ші күніндегі науқастардың тамақтану жағдайы NRI бағалау әдістеріне сәйкес екі топтағы тамақтану жағдайын қалыпты және жеткіліксіз деп растауға

мүмкіндік берді – негізгі топ үшін 11/6 және 15/2 бақылау тобы үшін.

Осылайша, 26 науқасда NRI индексі шынайы теріс (қалыпты тамақтану жағдайы), 8 науқасда – шынайы оң (орташа жеткіліксіз тамақтану) ретінде қарастырылды.

Операция алдында SGA бағалауы бойынша негізгі топтағы 11 науқас қалыпты тамақтанды, 6 науқас орташа тамақтанбады. Бақылау тобында SGA ұпайлары 15 науқасда қалыпты жағдайды және 2 науқасда орташа тамақтану күйін көрсетті.

Бақылау тобындағы науқастар (n=17) 10–12-ші күндері SGA және NRI деректері бойынша қалыпты тамақтану жағдайы, 2 науқас орташа жеткіліксіз тамақтану жағдайында болды. Парентеральді қоректендіруді энтеральдіге қосқаннан бері (13-15 күн) – тамақтанбау белгілері бар науқастар анықталмады.

Есепке сәйкес, метаболикалық қажеттіліктердің орташа мәндері, атап айтқанда, энергия мен ақуызға деген қажеттілік екі топта да $35,2 \pm 3,5$ ккал/кг немесе $2200-2500$ ккал/тәу және $1,5 \pm 0,09$ ккал/кг/тәу болды немесе сәйкесінше $80-100$ ккал/тәу. Негізгі метаболизм бақылау кезеңінің басында – операцияға дейін, кейінірек операциядан кейінгі 3, 8 және 15-ші күндері топтар арасында айтарлықтай айырмашылықтар болмағанын көрсетті ($p < 0,1$) [6, 7].

Осылайша, бұл айырмашылық шамасы, операциядан кейінгі ішек парезіне қарамастан, операциядан кейінгі ерте кезеңде асқазан-ішек жолында париетальді ас қорытудың сақталуына байланысты болды. Негізгі және бақылау топтарының науқастардың орташа салмағы операциядан кейінгі кезеңнің 2–3-ші күндерінде сәйкесінше $79,2 \pm 4,11$ және $80,8 \pm 6,1$ кг болды және топтар арасындағы салыстырмалы аспектіде 8-10 күнге дейін шамалы, бірақ айтарлықтай айырмашылық болды.

Зерттеушілердегі жалпы қан ақуызының көрсеткіштері зерттеудің барлық кезеңінде клиникалық топтардағы көрсеткіштердің орташа мәндері арасында айтарлықтай айырмашылықты көрсетті ($p < 0,05$). Негізгі топта жалпы қан ақуызының орташа мөлшері $62,5 \pm 10,0$ г/л, бақылау тобында операциядан кейінгі кезеңнің 8 күніне $57,5 \pm 10,1$ г/л.

Операциядан кейінгі кезеңнің 3–5-ші күндеріндегі лимфоциттер санының динамикасы топтардағы деңгейінің айтарлықтай, екі еседен астам төмендеуін анықтады – $10,5 \pm 4,8\%$ дейін, ол кейіннен ұлғаюмен ауыстырылды және лимфоциттердің 10-шы күні қалыпқа келуі – $21,9 \pm 5,6\%$ дейін және науқастарды мамандандырылған бөлімшеге ауыстыру уақытында оңтайлы деңгейге ие болды, орта есеппен $24,6 \pm 4,4\%$.

Екі топтағы жалпы билирубиннің 5–7-ші күндері нәтижелерін бағалау кезінде оның мәндерінің диапазоны орташа алғанда $17,6 \pm 8,3$ мкмоль/л. Обструктивті сарғаюы бар науқастарда тікелей қандағы билирубин операцияға дейін және операциядан кейінгі кезеңнің бірінші күнінде нормадан асып кетті, 7–8 еседен астам. 5–7-ші күндері оның деңгейінің 5-6 есе төмендеуі үрдісі байқалды, ол ауруханадан шыққанға дейін сақталды [10, 11].

Топтардағы қан трансминазаларының АЛТ және АСТ талдауының нәтижелері операциядан кейінгі бірінші күні 10 есе жоғарылауына жетті, ең алдымен, АЛТ, бауыр паренхимасының зақымдануы кезінде неғұрлым нақты сынақ ретінде, – $412,3 \pm 105,5$ және аз дәрежеде АСТ – $102,3 \pm 17,9$ ЕБ/л, содан кейін 4–5-ші күндері АЛТ-ның төмендеуі орташа есеппен $153,8 \pm 55,6$ ЕБ/л.

Талқылау: Емнің клиникалық тиімділік көрсеткіштерінің динамикасын талдау негізгі топта операциядан кейінгі стационарда болу ұзақтығы $13,0 \pm 5,0$ күнді құрады, бұл бақылау тобына қарағанда айтарлықтай аз – $17,5 \pm 10,8$ күн ($p < 0,09$). Сандық мәндер шегінде берілген нәтижелер толығырақ ақпаратты жеткілікті түрде көрсетеді және аздаған әдеби көздерде расталады [6, 10, 14, 16, 17].

Негізгі және бақылау топтары бойынша науқастардың реанимация бөлімшесінде болған орташа уақыты хирургиялық араласу көлеміне байланысты ерекшеленді және сәйкесінше $2,9 \pm 2,7$ және $4,3 \pm 2,1$ күнді құрады ($p > 0,06$).

Осы жұмыстың нәтижелері бойынша клиникалық және зертханалық мәліметтердің жинақталған талдауы бойынша энтеральді әдіс бірқатар әдеби көздерде расталған тағамдық қолдаудың салыстырмалы тиімділігі аясында бірінші орынға шығады [2-7, 15, 18].

Операциядан кейінгі ерте кезеңде айқын ішек парезі және асқазаннан тұрақты іріңді бөліністер болмаса, науқастардың бұл тобында энтеральді/түтіктік тамақтанудың тиімділігі басым деп айту ұтымды болып көрінеді.

Тұтастай алғанда, нақты контингент негізінде алынған нәтижелер (операциядан кейінгі ерте кезеңде қатерлі ісікпен ауыратын науқастар) тек парентеральді әдіспен салыстырғанда, тамақтануды қолдаудың энтеральді/түтік жолын қолданудың оң аспектілерін жеткілікті түрде көрсетеді, операциядан кейінгі айқын ішек парезі және динамикалық ішек өтімсіздігі болмаған кезде [1, 2, 9, 14, 16].

Тамақтануды қолдаудың әрбір түрі жүзеге асырудың өзіндік сипаттамаларына ие. Әрине, тамақтанудың табиғи жолы, әдетте, бірінші орында және асқазан-ішек жолында энергетикалық субстраттардың және қоректік компоненттердің сіңірілуі сақталған жағдайда жақсырақ.

Қорытынды: Көптеген жылдар бойы әлемде белгілі бір түрлерді (энтеральді, парентеральді тамақтану) қолдану арасындағы дәлелденген байланысқа қарамастан, тағамдық қолдаудың басталу мерзімін және оны жүзеге асыру әдістерін зерттеу бойынша клиникалық сынақтар жүргізілді және жүргізілуде. Әртүрлі патологиялық жағдайларда оның ұзақтығы клиникалық зерттеу пәні болып қала береді.

Дегенмен, олардың барлығы бірдей диеталық терапияның бірден және ұзақ мерзімді нәтижелерге айтарлықтай әсерін анықтаған жоқ, әсіресе тамақтану жағдайы қалыпты немесе қалыпты жеткіліксіз тамақтануы бар емделушілерде. Жүргізілген зерттеулер науқастар контингентінің гетерогенділігімен және тағамдық қолдаудың әртүрлі нұсқаларын (парентеральді тамақтану, энтеральді тамақтану) қолдануымен ерекшеленеді [1, 2, 20].

Айта кету керек, егер жалпы хирургиялық профили бар науқастарға қатысты, тамақтану терапиясының оң әсері негізінен емдеу басталғанға дейін ауыр тағамдық жеткіліксіздік болған жағдайда немесе ұзақ уақыт бойы толық энтеральды тамақтану мүмкін болмаған жағдайда көрінеді. операцияның сипаты. Сол кезде ауыз-жұтқыншақ аймағының ісіктері және өңештің қатерлі ісігі бар науқастарда тағамдық қолдаудың тиімділігі мен мақсаттылығы күмән тудырмайды және көптеген зерттеулермен расталды.

Операцияға дейінгі және кейінгі кезеңде клиникалық тамақтануды жүргізу бүгінгі күні онкологиялық науқастарды емдеудің негізгі бөлігі болып табылады. Қатерлі ісікпен ауыратын науқастарды тамақтандырудың тиімсіздігі мен жеткіліксіздігі емдеудің дереу және

ұзақ мерзімді нәтижелерінің нашарлауына, терапияның төзімділігінің төмендеуіне және өмір сапасының нашарлауына әкелуі мүмкін.

Осылайша, онкологиялық науқастарды кешенді емдеудің әртүрлі кезеңдерінде тамақтануды қолдау операциядан кейінгі асқынулардың жиілігін, ауруханада болу ұзақтығын азайтуға, емдеу курсының үзілуіне жол бермеуге және ісікке қарсы консервативті терапияның төзімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Хомяков В.М., Ермошина А.Д. Коррекция нутритивной недостаточности у онкологических больных с использованием готовых смесей для перорального питания (сипинга) // Иссл. Практ. Мед. – 2015. – №2(3). – С. 82-88. [Khomyakov V.M., Ermoshina A.D. Korrektsiya nutritivnoy nedostatocznosti u onkologicheskikh bol'nykh s ispol'zovaniem gotovykh smesey dlja peroral'nogo pitaniya (sipinga) // Issl. Prakt. Med. – 2015. – №2(3). – S. 82-88. (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2015-2-3-82-88>
2. Галушко О.А. Нутритивная поддержка больных в отделении интенсивной терапии: старые правила и новые возможности // Мед. Неол. Сост. – 2015. – №4. – С. 58-62. [Galushko O.A. Nutritivnaya podderzhka bol'nykh v otdelenii intensivnoy terapii: starye pravila i novye vozmozhnosti // Med. Neotl. Sost. – 2015 – №4. – S. 58-62. (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/nutritivnaya-podderzhka-bolnykh-v-otdelenii-intensivnoy-terapii-starye-pravila-i-novye-vozmozhnosti>
3. Овчинникова А.И., Гордеев С.С., Ковалева Ю.Ю., Иванов В.А., Байчоров А.Б., Расулов А.О. Периперационная нутритивная поддержка больных колоректальным раком // Онкол. Колопроктол. – 2016. – Т. 6, №4. – С. 9-12 [Ovchinnikova A.I., Gordeev S.S., Kovaleva Yu.Yu., Ivanov V.A., Baichorov A. B., Rasulov A. O. Perioperacionnaja nutritivnaja podderzhka bol'nykh kolorektal'nyh rakom // Onkol. Koloproktol. – 2016. – Т. 6, №4. – S. 9-12 (in Russ.)] <https://doi.org/10.17650/2220-3478-2016-6-4-9-12>
4. Снеговой А.В., Лейдерман И.Н., Салтанов А.И., Сельчук В.Ю. Основные принципы и технологии клинического питания в онкологии: метод. рук-во для врачей. – М., 2009 [Osnovnyye principy i tehnologii klinicheskogo pitaniya v onkologii: Metodicheskoe rukovodstvo dlja vrachej. – М., 2009 (in Russ.)].
5. Даванов Ш.К., Кабыльдина Н.А. Особенности нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде у онкологических пациентов // Астана Мед. Ж. – 2019. – №3 (101). – С. 288-294 [Davanov Sh.K., Kabyldina N.A. Osobennosti nutritivnoy podderzhki v rannem posleoperatsionnom periode u onkologicheskikh bol'nykh // Astana Med. J. – 2019. – № 3 (101). – S. 288-294 (in Russ.)]. <https://pps.kaznu.kz/kz/Main/FileShow2/156066/75/123/1588/Есумсиутова%20Зура%20Беркутовна/2020/1>
6. Даванов Ш.К., Оразбаев Б.А., Полуэктова Я.Л., Кабыльдина Н.А., Циалковская-Рущ А., Дегембаев С.С., Воротынцев Н.С. Оценка динамики основного обмена у пациентов онкологического профиля в раннем послеоперационном периоде при проведении раннего энтерального питания // Астана Мед. Ж. – 2019. – №4(102). – С. 172-178. [Davanov Sh.K., Orazbaev B.A., Polujektova Ja.L., Kabyldina N.A., Cialkovskaja-Rush A., Degembaev S.S., Vorotyncev N.S. Ocenka dinamiki osnovnogo obmena u pacientov onkologicheskogo profilya v rannem posleoperatsionnom periode pri provedenii rannego jeneral'nogo pitaniya // Astana Med. J. – 2019. – №4 (102). – S. 172-178. (in Russ.)]. <https://amu.edu.kz/upload/iblock/4fc/4fc5b1563150dd0f09caea1df077a652.pdf>
7. Petzel M.Q.B., Hoffman L. Nutrition Implications for Long-Term Survivors of Pancreatic Cancer Surgery // Nutr. Clin. Pract. – 2017. – Vol. 32(5). – P. 588-598. <https://doi.org/10.1177/0884533617722929>

8. Prasad N., Sinha A., Gupta A., Bhadauria D., Manjunath R., Kaul A., Sharma R.K. Validity of nutrition risk index as a malnutrition screening tool compared with subjective global assessment in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis // Indian J. Nephrol. – 2016. – Vol. 26(1). – P. 27-32. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.158449>
9. Yang F., Wei L., Huo X., Ding Y., Zhou X., Liu D. Effects of early postoperative enteral nutrition versus usual care on serum albumin, prealbumin, transferrin, time to first flatus and postoperative hospital stay for patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis // Contemp. Nurse. – 2018. – Vol. 54(6). – P. 561-77. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1513809>
10. Na B.G., Han S.S., Cho Y.A., Wie G.A., Kim J.Y., Lee J.M., Lee S.D., Kim S.H., Park S.J. Nutritional Status of Patients with Cancer: A Prospective Cohort Study of 1,588 Hospitalized Patients // Nutr. Cancer. – 2018. – Vol. 70(8). – P. 1228-1236. <https://doi.org/10.1080/01635581.2019.1578392>
11. Liu F.F., Wang L.M., Rong W.Q., Wu F., Wu J.X. Clinical effectiveness of postoperative nutritional support in patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. – 2018. – Vol. 40(10). – P. 787-792. <https://doi.org/10.3760/cma.j.isn.0253-3766.2018.10.012>
12. Mariette C. Immunonutrition // Journal of Visceral Surgery. – 2015. – Vol. 1(152). – P. 14-17. [https://doi.org/10.1016/s1878-7886\(15\)30005-9](https://doi.org/10.1016/s1878-7886(15)30005-9)
13. Aprile G., Basile D., Giarretta R., Schiavo G., La Verde N., Corradi E., Monge T., Agostoni F., Stragliotto S. The Clinical Value of Nutritional before and during Active Cancer Treatment // Nutrients. – 2021. – Vol. 13(4). – P. 1196. <https://doi.org/10.3390/nu13041196>
14. Gianotti L., Besselink M.G., Sandini M., Hackert T., Conlon K., Gerritsen A., Griffin O., Fingerhut A., Probst P., Abu Hilal M., Marchegiani G., Nappo G., Zerbi A., Amodio A., Perinel J., Adham M., Raimondo M., Asbun H.J., Sato A., Takaori K., Shrikhande S.V., Del Chiaro M., Bockhorn M., Izbicki J.R., Dervenis C., Charnley R.M., Martignoni M.E., Friess H., De Pretis N., Radenkovic D., Montorsi M., Sarr M.G., Vollmer C.M., Frulloni L., Büchler M.W., Bassi C. Nutritional support and therapy in pancreatic surgery: A position paper of the International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS) // Surgery. – 2018. – Vol. 164(5). – P. 1035-1048. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.05.040>
15. Jiang Z., Wen C., Wang C., Zhao Z., Bo L., Wan X., Deng X. Plasma metabolomics of early parenteral nutrition followed with enteral nutrition in pancreatic surgery patients // Sci. Rep. – 2019. – Vol. 9(1). – P. 18846. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55440-z>
16. Takagi K., Domagala P., Hartog H., Van Eijck C., Groot Koerkamp B. Current evidence of nutritional therapy in pancreatoduodenectomy: Systematic review of randomized controlled trials // Ann. Gastroenterol Surg. – 2019. – Vol. 3(6). – P. 620-629. <https://doi.org/10.1002/ags3.12287>
17. Castillo-Martínez L., Castro-Eguiluz D., Copca-Mendoza E.T., Pérez-Camargo D.A., Reyes-Torres C.A., Ávila E.A., López-Córdova G., Fuentes-Hernández M.R., Cetina-Pérez L., Milke-García M.D.P. Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment // Rev. Invest. Clin. – 2018. – Vol. 70(3). – P. 121-125. <https://doi.org/10.24875/RIC.18002524>
18. Weimann A., Braga M., Carli F., Higashiguchi T., Hübner M., Klek S., Laviano A., Ljungqvist O., Lobo D.N., Martindale R., Waitzberg D.L., Bischoff S.C., Singer P. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery // Clin. Nutr. – 2017. – Vol. 36(3). – P. 623-650. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.02.013>
19. Bozzetti F., Mariani L. Perioperative nutritional support of patients undergoing pancreatic surgery in the age of ERAS // Nutrition. – 2014. – Vol. 30(11-12). – P. 1267-1271. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.03.002>
20. Gilliland T.M., Villafane-Ferriol N., Shah K.P., Shah R.M., Tran Cao H.S., Massarweh N.N., Silberfein E.J., Choi E.A., Hsu C., McElhany A.L., Barakat O., Fisher W., Van Buren G. Nutritional and Metabolic Derangements in Pancreatic Cancer and Pancreatic Resection // Nutrients. – 2017. – Vol. 9(3). – P. 243. <https://doi.org/10.3390/nu9030243>

АННОТАЦИЯ

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ш.К. Даванов¹, Л.С. Мусина¹

¹ЧАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Республика Казахстан

Актуальность: Оценка нутритивного статуса больных является первоочередной задачей для многих специалистов современной медицины. Заболеваемость онкологической патологией на фоне нутритивной недостаточности ежегодно возрастает на 65-85%. Нутритивный статус больных рекомендуется контролировать при уменьшении продолжительности жизни, ухудшении непосредственных и отдаленных результатов лечения, резистентности к лечению, снижении эффективности проводимой терапии и качества жизни. Раннее выявление нутритивной недостаточности и оценка нутритивного статуса больных позволяют своевременно назначить нутритивную терапию и оказывают положительный эффект до, во время и после операции, снижая частоту послеоперационных осложнений и сроки пребывания в стационаре. В данной статье показаны особенности оценки нутритивного статуса и методы коррекции лечебного питания.

Цель исследования – анализ эффективности питания онкологических больных в раннем послеоперационном периоде и определение оптимального способа его проведения.

Методы: Проведена сравнительная оценка клинической эффективности применения методов энтерального и парентерального питания в комплексе послеоперационных лечебных мероприятий на гепатопанкреатодуоденальной области.

Результаты: На 10-12 сутки после операции, 12 из 17 пациентов контрольной группы находились в состоянии нормального пищевого статуса согласно Субъективной Глобальной Оценке (SGA) и Индексу нутритивного риска (NRI), а 5 пациентов были в состоянии умеренного недоедания. С момента подключения энтерального питания (13-15 сутки), пациентов с признаками недоедания в данной группе не выявлялось. При анализе общего белка крови у обследуемых выявлено достоверное различие между средними значениями показателей в клинических группах в течение всего периода исследования ($p < 0,05$). В основной группе среднее содержание общего белка крови составило $62,5 \pm 10,0$ г/л, в контрольной группе – $57,5 \pm 10,1$ г/л к 8 суткам послеоперационного периода. Изменение биохимического состава крови обусловлено объемом хирургического вмешательства, длительностью и характером операции.

Заключение: При использовании нутритивного питания у пациентов онкологического профиля, прооперированных по поводу опухолей гепатопанкреатодуоденальной области, в раннем послеоперационном периоде предпочтителен энтеральный путь введения питательных смесей при условии отсутствия выраженного пареза кишечника и гнойных выделений из желудка.

Ключевые слова: нутритивная недостаточность, нутритивная поддержка, рак, онкологические больные, энтеральное питание, парентеральное питание.

ABSTRACT

NUTRITIONAL SUPPORT FOR CANCER PATIENTS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Sh.K. Davanov¹, L.S. Musina¹

¹«Karaganda Medical University» NCJSC, Karaganda, the Republic of Kazakhstan

Relevance: The modern medicine, evaluating patients' nutritional status is a priority for many specialists. The incidence of nutritional deficiency in cancer pathology increases annually by 65-85%. The nutritional status of patients is represented by a decrease in life expectancy, deterioration of immediate and long-term treatment results, a decrease in the tolerability of therapy, and a decrease in the quality of life. Early detection of nutritional insufficiency and evaluation of the patient's nutritional status makes it possible for early provision of nutritional therapy and has a positive effect before the operation, during and after the operating period, reduces postoperative complications, and reduces the duration of stay in the hospital. This article reflects on the features of evaluating the nutritional status and methods of correction of clinical nutrition.

The study aimed to analyze the effectiveness of cancer patients' nutrition in the early postoperative period and determine the optimal method of its implementation.

Methods: We compared the clinical effectiveness of enteral and parenteral nutrition methods in the complex of postoperative therapeutic measures on the hepato-pancreatic-duodenal zone.

Results: On Days 10-12 after surgery, 12 out of 17 control group patients had normal nutritional status judging by their Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Index (NRI), and five had moderate malnutrition. After enteral nutrition was added (on Days 13-15), no malnutrition cases in this group were detected. The total blood protein in the subjects showed a significant difference between the average values of indicators in clinical groups for the entire study period ($p < 0.05$). The average total blood protein by Day 8 after surgery was 62.5 ± 10.0 g/L in the leading group and 57.5 ± 10.1 g/L in the control group. The change in the blood biochemical composition was due to the volume, duration, and nature of the surgical intervention.

Conclusion: When using nutritional therapy in cancer patients operated on for tumors of the hepato-pancreatic-duodenal zone in the early postoperative period, the enteral route of administration of nutrient mixtures is preferred, provided there is no pronounced intestinal paresis and purulent discharge from the stomach.

Keywords: malnutritional, nutritional support, cancer, cancer patients, enteral nutritional supplements, parenteral nutrition.

Зерттеудің ашықтығы: Авторлар осы мақаланың мазмұнына толық жауап береді.

Мүдделер қақтығысы: Авторлар ешқандай мүдделер қақтығысы жоқ деп мәлімдейді.

Қаржыландыру: Авторлар ешқандай қаржыландыру жоқ деп мәлімдейді.

Вклад авторов: концепцияға қосқан үлесі – Даванов Ш.К.; ғылыми дизайн – Даванов Ш.К.; мәлімделген ғылыми зерттеулерді жүзеге асыру – Даванов Ш.К.; мәлімделген ғылыми зерттеулердің интерпретациясы – Мусина Л.С.; ғылыми мақаланың құрылуы – Даванов Ш.К.

Авторлар деректері:

Даванов Шерзад Курбаналиевич (корреспонденциялаушы авторы) – ғылыми қызметкердің көмекшісі, PhD докторы, шұғыл медицина, анестезиология және қарқынды терапия кафедрасы, «Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Қарағанды, Қазақстан Республикасы, тел. +77015530298, e-mail: Sherzad85@mail.ru, ORCID ID: 0000-0002-7269-0069;

Мусина Лаззат Саматовна – Оқытушы-тьютор, шұғыл медицина, анестезиология және қарқынды терапия кафедрасы, «Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Қарағанды, Қазақстан Республикасы, тел. +77775405088, e-mail: Lazzatmusina72@mail.ru, ORCID ID: 0009-0004-2454-9847.

Хат-хабарларға арналған мекенжай: Даванов Ш.К., «Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Гоголь көш., 40, Қарағанды 100000, Қазақстан Республикасы.