

ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВОНАСЫЩЕННОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Худайбердиева Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14575035>

Цель исследования: в сравнительном аспекте изучить влияние стандартной нутритивной поддержки, основанной на скрининге нутритивного риска, на условия питания и качество жизни пациентов с раком шейки матки в послеоперационном периоде

Материал И Методы Исследования: Было изучено в ретроспективном порядке клинические данные 67 больных с РШМ, проходивших лечение в Самаркандском филиале Республиканского специализированного центра онкологии и радиологии за период с февраля 2021 по февраль 2023 года. Критериями включения составило: Пациенты, у которых первично был диагностирован РШМ; Пациенты, получившие хирургическое лечение и послеоперационную одновременную химиотерапию; Пациенты, у которых при поступлении был балл NRS2002 ≥ 3 ; Пациенты в возрасте 26 лет и старше; Пациенты, чьи клинические данные, необходимые для исследования, были полными; возраст, индекс массы тела (ИМТ), историю основного заболевания, локализацию опухоли, стадию опухоли, диаметр опухоли, патологический тип, степень патологии, метод хирургического вмешательства, сывороточный альбумин (ALB), гемоглобин (Hb), преальбумин (РА), балл PG-SGA и балл **Karnofsky Performance Score** (KPS). Критериями исключения составило: Пациенты с рецидивом болезни; Метастатический РШМ; Пациенты с первично-множественным раком, один из которых РШМ; Больные с сопутствующими иммунными заболеваниями или гематологическими заболеваниями; Пациенты с тяжелой дисфункцией печени, почек, сердца или легких; Пациенты с предоперационными периоде имеющие симптомы острой инфекции; Пациенты с периоперационными осложнениями

Стандартное нутритивное интервенционное лечение включало Контроль питания перед операцией: Для оценки нутритивного статуса использовалась субъективная глобальная оценка пациента (PG-SGA). Целевой показатель рационального питания составил 20 ккал / кг / день для энергии и 1,2 г / кг / день для белка. Нутритивное

вмешательство подбирали индивидуально для каждого пациента. Если пациентам, которые потребляли менее 75% от целевого потребления калорий, назначали пероральное питание. Энтеральное питание выбирали если пероральное потребление составляет менее 55% от целевого потребления калорий. Принципы диетологического вмешательства в первый день перед операцией: высокая калорийность, высокое содержание белка и высокое содержание углеводов. Послеоперационный режим питания: После возвращения пациента в палату количество потребляемой воды увеличено по мере необходимости. Прием пищи можно начинать через 1 сутки после операции, при этом приоритет отдается питательному раствору на основе углеводов. На следующий день после операции была предоставлена жидкая сбалансированная диета, содержащая 1/2 от целевого общего количества калорий. Через 3 дня после операции полужидкая пища в основном состояла из белков и жиров с 2/3 целевой калорийности. Через 5 дней после операции было введено целевое общее количество калорий и назначена диета с высоким содержанием белка, жиров и низким содержанием углеводов. Через 7 дней после операции и до выписки пациенту давались рекомендации по питанию в соответствии с состоянием пациента, который постепенно возвращался к нормальному рациону.

Рутинная нутритивная поддержка (контрольная): Пациентам назначались стандартные объемы энтеральной и парентеральной нутритивной поддержки потребность энергии 20 ккал/кг, потребность белка 1,1 г/кг/сутки, при этом продолжительность нутритивного вмешательства не превышала 5 дней.

Белковонасыщенная группа (основная) Пациентам назначались стандартные объемы энтеральной и парентеральной нутритивной поддержки потребность энергии 30 ккал/кг, потребность белка 1,5-2,0 г/кг/сутки, при этом продолжительность нутритивного вмешательства не превышала 6 дней.

Показатели первичной оценки: уровни альбумина (АЛБ), общий белок (ОБ) и гемоглобин (Hb) сравнивались до вмешательства, утром следующего дня после операции и через 14 дней после операции. Уровни ALB, ОБ, Hb определяли стандартным методом. Баллы PG-SGA и KPS сравнивались до вмешательства, через 60 дней после операции и через 90 дней после операции. Балл PG-SGA 0-1 указывает на хорошее питание, балл 2-3 указывает на сомнительную дистрофию, балл 4-8 указывает на



среднюю степень дистрофии, 9 или выше указывает на тяжелую дистрофию, а балл PG-SGA 4 является критическим значением для диагностики недостаточности питания. KPS имеет общий балл 100, более высокий балл указывает на более высокое качество жизни, а 70 принимается за критическое значение.

Показатели вторичной оценки: частота повторных госпитализаций, частота рецидивов опухоли и смертность сравнивались между двумя группами через 6 месяцев после выписки. Были проанализированы факторы, влияющие на эффективность нутритивной поддержки у пациентов с РШМ после операции. Эффективность стандартной нутритивной поддержки определялась по шкале PG-SGA и KPS через 90 дней после операции. Хорошая эффективность: оценка PG-SGA > 70, и плохая эффективность: оценка PG-SGA > 4 или KPS < 70.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: 35 (52,2%) пациент с РШМ, получавший рутиную нутритивную поддержку после операции, был включен в контрольную группу, а остальные 32 (47,8%) пациентов, получавших белковонасыщенную нутритивную поддержку после операции, были включены в основную группу. Не было выявлено заметных различий между двумя группами по возрасту $39,5 \pm 5,2 / 41,12 \pm 3,9$ $p=0,31$ (контрольная группа/основная группа соответственно), ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) $20,1 \pm 1,19 / 21,6 \pm 1,78$, $p=0,388$, локализации опухоли $p=0,874$, диаметру опухоли $p=0,235$, уровню дифференцировки $p=0,513$, (все $P > 0,05$).

Сравнение показателей нутритивности между двумя группами

Группа	Случай	Альбумин (г/л)		Общий белок (мг/л)		Гемоглобин (г/л)	
		До лечения	через 14 дней после операции	До лечения	через 14 дней после операции	До лечения	через 14 дней после операции
Контрольная группа	35	$30,66 \pm 5,2$	$32,1 \pm 3,4$	$65 \pm 2,3$	$67 \pm 2,2$	$100 \pm 2,3$	$105,28 \pm 27,64$
Основная группа	32	$28,66 \pm 4,9$	$39,6 \pm 3,1$	$66 \pm 1,8$	$74 \pm 2,3$	$101 \pm 4,24$	$124,82 \pm 18,69$
P		0.089	0.009	0.626	0.004	0.7	0,03

До нутритивного вмешательства не было заметных различий между двумя группами в уровнях ALB, ОБ и Hb (все $P > 0,05$); в то время как через 14 дней после операции уровни АЛБ, ОБ и Hb в основной группе были выше,

чем в контрольной группе, и различия были статистически значимыми ($P < 0,05$)

Через 60 и 90 дней после операции показатели PG-SGA в основной группе были ниже, чем в контрольной группе (межгрупповой эффект: $F = 10,081$, $P = 0,004$). Показатели PG-SGA в двух группах имели тенденцию к снижению с течением времени (временной эффект: $F = 74,31$, $P < 0,002$). Наблюдалась взаимосвязь между группой и временем ($F = 3,213$, $P = 0,047$)

Через 60 и 90 дней после операции KPS в основной группе был выше, чем в контрольной группе (межгрупповой эффект: $F = 4,657$, $P = 0,044$). Показатели KPS в двух группах имели тенденцию к увеличению с течением времени (временной эффект: $F = 32,44$, $P < 0,001$). Наблюдался эффект взаимодействия между группой и временем ($F = 4,501$, $P = 0,041$)

Через 9 месяцев после выписки между двумя группами не было заметных различий в частоте повторных госпитализаций и смертности (обе $P > 0,05$), в то время как частота рецидивов опухоли в основной группе (9,4%) была статистически ниже, чем у 17,1% в контрольной группе ($P < 0,05$)

Сравнение краткосрочного прогноза между двумя группами

Группа	Случай	Повторная госпитализация	Рецидив опухоли	Смертность
Контрольная группа	35	10 (28.6%)	6 (17.1%)	2 (5,7%)
Основная группа	32	9 (28,1%)	3 (9,4%)	1(3,1%)
P		0.411	0.032	0.168

Эффективность (0 = хорошая, 1 = плохая) использовалась в качестве зависимой переменной, в то время как показатели статистической значимости в многофакторном анализе были включены в модель логистической регрессии в качестве независимых переменных. Логистический анализ показал, что возраст был независимым фактором эффективности нутритивной поддержки у пациентов с РШМ после операции, как показано в [Таблице 3](#)

Многомерный анализ факторов, влияющих на эффективность нутритивной поддержки у пациентов с глиомой



Факторы	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>P</i>	<i>OR (95% CI)</i>
Возраст	0.489	0.165	7.301	0.006	1.599 (1.155-2.401)
ИМТ	-0.902	0.732	1.605	0.211	0.401 (0.094-1.671)
Диаметр опухоли	0.566	0.901	0.421	0.548	1.766 (0.310-10.232)
Дифференцировка опухоли	0.499	0.987	0.266	0.620	1.665 (0.245-11.718)

Вывод: Обобщая полученные результаты, высокобелковое нутритивное вмешательство, основанное на скрининге нутритивного риска, может принести пользу пациентам с РШМ, помогая улучшить послеоперационное состояние питания и качество жизни и снизить риск рецидива послеоперационной опухоли. Скрининг нутритивного риска у пациентов с РШМ предоставление разумной нутритивной поддержки имеет решающее клиническое значение. Пожилые пациенты улучшают баланс белка только при очень высоких значениях потребления белка. Зная, что у пожилых пациентов выше катаболизм и выше анаболическая резистентность, возможно, что этой категории пациентов необходимо давать 2-2,5 г/кг белка в сутки. Однако, у молодых пациентов при достижении потребления в 1,5 г/кг белка синтез белка значительно больше не растет.

Литература:

1. Жвиташвили Ю.Б. Как победить рак — выбор диеты. — 2-е изд. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-Пресс, 2002. — 319 с.
2. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Янушевич О.О. Общая нутрициология. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 392 с.
3. Bingham S.A. et al. // Lancet. — 2003. — Vol. 361. — P. 1496–1501.
4. Riboli E., Norat T. // Am. J. Clin. Nutr. — 2003. — Vol. 78, Suppl. — P. 559–569.
5. Dem Krebs keine Chance / Red. H. Bohnenkamp, M.C. Schachl. — Frankfurt am Main: Deutsche Krebsgesellschaft e. V., 2000. — 34 S.
6. Bozzetti F., Gavazzi C., Cozzaglio et al. Total parenteral nutrition and tumour growth in malnourished patients with gastric cancer // Tumori. — 1999. — Vol. 85, № 3. — P. 163–166.
7. Warren S. The immediate causes of death in cancer // Am. J. Med. Sci. — 1932. — Vol. 184. — P. 610–615.
8. Суджян А.В. Парентеральное питание в онкохирургии. — М.: Медицина, 1973. — 215 с.
9. Fearon K.C., Preston T. Body composition in cancer cachexia // Infusionstherapy. — Basel, 1990. — Vol. 17, Suppl. 3. — P. 63–66.