



<https://doi.org/10.24060/2076-3093-2022-12-4-288-294>

Симптоматическая терапия на фоне коррекции белково-энергетической недостаточности у больных генерализованными формами рака желудочно-кишечного тракта

Петрова Ольга Михайловна — отделение общей онкологии, кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО

Липатов Олег Николаевич — д.м.н., профессор, кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО, orcid.org/0000-0002-8867-504X

Кудряшова Любовь Николаевна — к.м.н., отделение общей онкологии, кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО

О.М. Петрова^{1,2,}, О.Н. Липатов^{1,2}, Л.Н. Кудряшова^{1,2}*

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Республика Башкортостан, Уфа

² Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Республика Башкортостан, Уфа

* **Контакты:** Петрова Ольга Михайловна, e-mail: foxy1906@mail.ru

Аннотация

Введение. Снижение питания у онкологических больных влияет на снижение всех жизненно важных функций организма, и, как показывают многочисленные исследования, это чаще всего пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. **Материалы и методы.** В статье отражены результаты проведенного исследования влияния коррекции белково-энергетической недостаточности на проявление основных симптомов, таких как боль, общая слабость, нарушение сна, снижение аппетита, тошнота, рвота, запоры и диарея у больных генерализованными формами рака органов желудочно-кишечного тракта. Исследование проводилось методом анкетирования до и через три месяца от начала исследования в трех равнозначных по критериям отбора группах. Для этих целей у пациентов, участвующих в исследовании, использовалось специализированное питание *nutridrinc compact protein* и полиненасыщенные омега-3 жирные кислоты. **Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования установлено, что своевременная нутритивная поддержка положительно влияет на снижение негативных симптомов, сопровождающих онкологические заболевания, и на фоне симптоматической и противоболевой терапии дает значительно лучшие результаты в повышении качества жизни. **Заключение.** Своевременная нутритивная поддержка положительно влияет на снижение негативных симптомов, сопровождающих онкологические заболевания (боль, общую слабость, сон, нарушение аппетита, тошноту, рвоту, запор и диарею) и на фоне симптоматической и противоболевой терапии дает значительно лучшие результаты в повышении качества жизни.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, белково-энергетическая недостаточность, рак желудочно-кишечного тракта, нутритивный статус, боль, симптоматическая терапия, качество жизни

Для цитирования: Петрова О.М., Липатов О.Н., Кудряшова Л.Н. Симптоматическая терапия на фоне коррекции белково-энергетической недостаточности у больных генерализованными формами рака желудочно-кишечного тракта. *Креативная хирургия и онкология.* 2022;12(4):288–294. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2022-12-4-288-294>

Supportive care against correcting protein-energy malnutrition in patients with generalized gastrointestinal cancer

Olga M. Petrova^{1,2,*}, Oleg N. Lipatov^{1,2}, Lubov N. Kudryashova^{1,2}

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

²Republican Clinical Oncological Dispensary, Ufa, Russian Federation

* **Correspondence to:** Olga M. Petrova, e-mail: foxy1906@mail.ru

Abstract

Introduction. A decrease in nutrition of cancer patients affects all vital functions of the body, which is, according to numerous studies, typical of patients with gastrointestinal disturbances. **Materials and methods.** The study was set out to investigate the effect of correcting protein-energy malnutrition on the symptoms manifestation, including pain, fatigue, sleep disorder, poor appetite, nausea, vomiting, constipation and diarrhea in patients with generalized forms of gastrointestinal cancer. The study involved questionnaire method applied prior to the study and three months after. Three groups, equivalent in terms of selection criteria, participated in the study. For this purpose, the study participants were given nutridrink compact protein and omega-3 polyunsaturated fatty acid. **Results and discussion.** This study found out that timely nutritional support contributes toward reducing the negative symptoms of cancer and, when combined with supportive care and pain management, leads to significantly better results in terms of improving quality of life. **Conclusion.** Timely nutritional support has a positive effect on reducing the negative symptoms associated with cancer (pain, fatigue, sleep disorder, poor appetite, nausea, vomiting, constipation and diarrhea), and, along with supportive care and pain management, improves the quality of life more significantly.

Keywords: nutritional support, protein-energy malnutrition, gastrointestinal cancer, nutritional status, pain, supportive care, quality of life

For citation: Petrova O.M., Lipatov O.N., Kudryashova L.N., Supportive care against correcting protein-energy malnutrition in patients with generalized gastrointestinal cancer. *Creative Surgery and Oncology*. 2022;12(4):288–294. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2022-12-4-288-294>

Olga M. Petrova — General Oncology Unit, Department of Oncology with Courses of Oncology and Pathological Anatomy for Advanced Professional Education

Oleg N. Lipatov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Department of Oncology with Courses of Oncology and Pathological Anatomy for Advanced Professional Education, e-mail: prfg@mail.ru, orcid.org/0000-0002-8867-504X

Lubov N. Kudryashova — Cand. Sci. (Med.), General Oncology Unit, Department of Oncology with Courses of Oncology and Pathological Anatomy for Advanced Professional Education

ВВЕДЕНИЕ

Многочисленные исследования, проведенные в области онкологии, описанные как в отечественной, так и зарубежной литературе, показали, что снижение нутритивного статуса в той или иной степени имеет практически каждый пациент, причем наибольшее количество больных, столкнувшихся с данной проблемой, — это пациенты с запущенной формой рака органов желудочно-кишечного тракта [1–5]. Снижение нутритивного статуса зачастую неблагоприятно влияет на все жизненно важные функции организма, причиняя дополнительные страдания пациенту [2, 3, 6–9]. Наиболее частые симптомы: боль, общая слабость, нарушение сна, снижение аппетита, тошнота, рвота, запоры и диарея [3, 6, 10–13].

Симптоматическая терапия у больных генерализованными формами рака желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является необходимым компонентом паллиативного лечения на всех этапах курации, а в комплексе с нутритивной поддержкой, как показывают результаты исследований, значительно улучшает не только качество, но и продолжительность жизни [2, 3, 10, 11, 14–16].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор для исследования производился из числа пациентов, получивших лечение в отделении общей онкологии на койках паллиативной помощи в 2020 году. Всего было отобрано 153 человека — это пациенты со злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов пищеварения, генерализованной формой и прогнозом для жизни 6 и более месяцев.

Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от проведения нутритивной поддержки и применения полиненасыщенных жирных кислот омега-3:

- 1-я группа ($n = 51$) — пациенты получали нутритивную поддержку и паллиативное лечение (симптоматическое + противоболевое);
- 2-я группа ($n = 49$) — пациенты получали нутритивную поддержку, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 и паллиативное лечение (симптоматическое + противоболевое),
- 3-я группа ($n = 53$) — контрольная, пациенты получали паллиативное лечение (симптоматическое + противоболевое).

Далее был проведен анализ полученных результатов анкетирования пациентов до начала лечения и через 3 месяца на выраженность основных симптомов, сопровождающих злокачественные новообразования ЖКТ.

Статистическая обработка данных производилась средствами Microsoft Windows XP с помощью компьютерных программ Microsoft Word XP, Microsoft Excel XP. В работе были использованы следующие сборы информации: ретроспективные наблюдения, опрос. В процессе обработки и анализа материалов исследований применялись аналитический метод и методы санитарной статистики (оценка достоверности различий средних и относительных величин).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Боль — сильнейший агрессивный фактор. Если она длится неделями и месяцами, то сама эта боль превращается в тяжелую хроническую болезнь и ухудшает как качество, так и продолжительность жизни, поэтому лечению боли нами уделялось особое внимание.

На начало исследования (табл.) хронический болевой синдром (ХБС), требующий системной фармакотерапии, наблюдался у 27,5 % (14 человек) первой группы; у 18,3 % (9 человек) второй группы и у 22,6 % (12 человек) третьей группы. Более половины пациентов отрицали наличие постоянного болевого синдрома: 72,5 % (37 человек), 81,7 % (40 человек) и 77,4 % (38 человек) соответственно. Через 3 месяца от начала исследования доля больных, отрицавших наличие ХБС, увеличилась в группах, получавших нутритивную поддержку, на 5,5 % и составила 76,5 %; у получавших нутритивную поддержку и полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 — на 8,4 % и составила 87,8 %. Что касается контрольной группы, то доля этих пациентов уменьшилась на 7,4 % и составила 71,7 %. Слабая и умеренная боль (1, 2 балла по ШВО), не требующая приема наркотических анальгетиков, составляла в группе, получавшей нутритивную поддержку, 23,6 %; в группе, получавшей нутритивную поддержку и омега-3 жирные кислоты, — 16,3 %; в контрольной группе — 20,7 %. Хотелось бы отметить, что сильную боль (3 балла по ШВО) на начало исследования отмечали лишь 3,9 % пациентов 1-й группы: 2,0 % — 2-й и 1,9 % — 3-й групп. Больных с нестерпимой болью (4 балла по ШВО), требующих инвазивных методов обезболивания, в группах наблюдения не было.

Через 3 месяца выяснилось, что в 1-й группе больных, получавших дополнительно к симптоматической и противоболевой терапии нутритивную поддержку, увеличилась доля больных, отрицающих наличие ХБС, до 76,5 %, количество больных со слабой болью не изменилось и составило 11,8 %, а что касается пациентов с умеренной и сильной болью, то их количество уменьшилось с 11,8 до 9,8 % и с 3,9 до 1,9 % соответственно. Во 2-й группе, получавшей дополнительно нутритивную поддержку и омега-3 жирные кислоты, также увеличилась доля пациентов без боли до 87,8 %, увеличилось число больных со слабой болью с 6 до 8,1 %, количество больных с умеренной болью не изменилось — 4,1 %, пациентов с сильной и нестерпимой болью не было. Что касается пациентов контрольной группы, то в ней уменьшилось количество больных без боли на 7,4 % и составило 71,7 %, со слабой болью на 6,9 % и составило на конец исследования 9,4 %. В то же время увеличилась доля больных с умеренной болью на 29,3 % и к концу исследования составила 13,3 %, а также увеличилась доля больных с сильной болью с 1,9 до 5,6 %.

На основании полученных результатов можно утверждать, что проведение нутритивной поддержки помогает контролировать интенсивность ХБС в комплексной терапии боли.

Одним из немаловажных симптомов, влияющим на качество жизни, является слабость. Общая слабость является самым распространенным симптомом онкологического

| Патологические симптомы | | 1-я группа (n = 51) | | | | 2-я группа (n = 49) | | | | 3-я группа (n = 53) | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------|------|--------------|------|---------------------|------|--------------|------|---------------------|------|--------------|------|
| | | до начала лечения | | через 3 мес. | | до начала лечения | | через 3 мес. | | до начала лечения | | через 3 мес. | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Боль | нет | 37 | 72,5 | 39 | 76,5 | 40 | 81,7 | 43 | 87,8 | 41 | 77,4 | 38 | 71,7 |
| | иногда | 9 | 17,7 | 7 | 13,7 | 6 | 12,2 | 3 | 6,1 | 6 | 11,3 | 8 | 15,1 |
| | постоянная | 5 | 9,8 | 5 | 9,8 | 3 | 6,1 | 3 | 6,1 | 6 | 11,3 | 7 | 13,2 |
| Интенсивность боли | нет | 37 | 72,5 | 39 | 76,5 | 40 | 81,7 | 43 | 87,8 | 41 | 77,4 | 38 | 71,7 |
| | слабая | 6 | 11,8 | 6 | 11,8 | 6 | 12,2 | 4 | 8,1 | 6 | 11,3 | 5 | 9,4 |
| | умеренная | 6 | 11,8 | 5 | 9,8 | 2 | 4,1 | 2 | 4,1 | 5 | 9,4 | 7 | 13,3 |
| | сильная | 2 | 3,9 | 1 | 1,9 | 1 | 2,0 | 0 | 0 | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 |
| | нестерпимая | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Общая слабость | нет | 5 | 9,8 | 6 | 11,8 | 4 | 8,2 | 7 | 14,3 | 6 | 11,3 | 2 | 3,7 |
| | умеренная | 14 | 27,4 | 22 | 43,1 | 13 | 26,5 | 20 | 40,8 | 14 | 26,4 | 17 | 32,1 |
| | выраженная | 32 | 62,8 | 23 | 45,1 | 32 | 65,3 | 22 | 44,9 | 33 | 62,3 | 34 | 64,2 |
| Сон | не нарушен | 23 | 45,1 | 25 | 49,0 | 21 | 42,9 | 27 | 55,1 | 24 | 45,3 | 17 | 32,1 |
| | нарушение иногда | 20 | 39,2 | 19 | 37,3 | 23 | 46,9 | 19 | 38,8 | 23 | 43,4 | 26 | 49,0 |
| | нарушение сна всегда | 8 | 15,7 | 7 | 13,7 | 5 | 10,2 | 3 | 6,1 | 6 | 11,3 | 10 | 18,9 |
| Аппетит | сохранен | 12 | 23,5 | 27 | 53,0 | 14 | 28,6 | 30 | 61,2 | 18 | 34,0 | 7 | 13,2 |
| | плохой аппетит | 26 | 51,0 | 18 | 35,2 | 25 | 51,0 | 17 | 34,7 | 26 | 49,0 | 30 | 56,6 |
| | полное отсутствие аппетита | 13 | 25,5 | 6 | 11,8 | 10 | 20,4 | 2 | 4,1 | 9 | 17,0 | 16 | 30,2 |
| Тошнота | нет | 44 | 86,3 | 48 | 94,2 | 37 | 75,5 | 45 | 91,9 | 39 | 73,6 | 28 | 52,8 |
| | иногда | 6 | 11,8 | 2 | 3,9 | 10 | 20,4 | 3 | 6,1 | 11 | 20,8 | 17 | 32,1 |
| | постоянная | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 2 | 4,1 | 1 | 2,0 | 3 | 5,6 | 8 | 15,1 |
| Рвота | Нет | 44 | 86,3 | 48 | 94,2 | 42 | 85,7 | 46 | 93,9 | 40 | 75,5 | 29 | 54,7 |
| | иногда | 6 | 11,8 | 2 | 3,9 | 5 | 10,2 | 2 | 4,1 | 9 | 17,0 | 16 | 30,2 |
| | постоянная | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 2 | 4,1 | 1 | 2,0 | 4 | 7,5 | 8 | 15,1 |
| Запор | нет | 33 | 64,7 | 37 | 72,6 | 37 | 75,5 | 44 | 89,8 | 39 | 73,6 | 26 | 49,0 |
| | иногда | 12 | 23,5 | 10 | 19,6 | 8 | 16,3 | 4 | 8,2 | 9 | 17,0 | 17 | 32,1 |
| | постоянный | 6 | 11,8 | 4 | 7,8 | 4 | 8,2 | 1 | 2,0 | 5 | 9,4 | 10 | 18,9 |
| Диарея | нет | 44 | 86,3 | 48 | 94,2 | 42 | 85,7 | 46 | 93,9 | 39 | 73,6 | 28 | 52,8 |
| | иногда | 6 | 11,8 | 2 | 3,9 | 5 | 10,2 | 3 | 6,1 | 12 | 22,6 | 17 | 32,1 |
| | постоянная | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 2 | 4,1 | 0 | 0 | 2 | 3,8 | 8 | 15,1 |

Таблица. Основные симптомы, сопровождающие злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта и требующие применения фармакотерапии
Table. Main gastrointestinal malignancies symptoms requiring drug therapy

заболевания. Причем слабость как следствие рака коренным образом отличается от той, которую испытывают люди, не болеющие злокачественными новообразованиями. Она обычно длится дольше, бывает выраженной и может не проходить после отдыха. Слабость может развиваться постепенно или появиться внезапно, затрудняя выполнение повседневных задач и тем самым ухудшая качество жизни. Причиной общей слабости при заболевании раком желудочно-кишечного тракта является чаще всего потеря аппетита и получение недостаточного количества калорий и питательных веществ.

Поэтому в нашем исследовании до начала лечения и через 3 месяца был проведен опрос пациентов методом анкетирования на наличие слабости.

На начало исследования, как видно из данных, представленных в таблице, не отмечали наличие слабости лишь около 10 % пациентов всех групп. Умеренная слабость наблюдалась у каждого третьего пациента: 1-я группа — 27,2 % (14 больных); 2-я — 26,5 % (13 больных) и 3-я группа — 26,4 % (17 больных). Выраженная общая слабость была более чем у 60 % пациентов (62,8; 65,3; 62,3 % соответственно).

Через 3 месяца если в группах, получавших нутритивную поддержку и ПНЖК омега-3, доля больных, которые не отмечали общей слабости, увеличилась с 9,8 до 11,8 % и с 8,2 до 14,3 % соответственно, то доля таких больных контрольной группы уменьшилась с 11,3 до 3,8 %. Что касается больных, отмечавших умеренную общую слабость, то их количество увеличилось во всех группах: в 1-й до 43,1 %; во 2-й до 40,3 % и в 3-й до 32,1 %. По-разному меняется ситуация и с больными, отмечающими выраженную общую слабость. Так, если количество больных, получавших нутритивную поддержку, а также нутритивную поддержку и ПНЖК омега-3, уменьшилось с 62,8 до 45,1 % и с 65,3 до 44,9 %, то количество таких больных контрольной группы увеличилось с 62,3 до 64,2 %.

Причин нарушения сна у онкологических больных много, механизм развития бессонницы сложный, но одной из причин является нарушение аппетита и, как следствие, недостаточное поступление жиров и углеводов с пищей. Нарушение сна влечет за собой ряд других изменений у больного, таких как хроническая усталость, сонливость, раздражительность, а это, в свою очередь, отражается на качестве жизни не только самого пациента, но и всего его окружения. Поэтому считается, что нарушение сна необходимо лечить активно. В нашем исследовании у больных проводился опрос методом анкетирования на наличие бессонницы до исследования и через 3 месяца (табл.) на фоне проведения коррекции белково-энергетической недостаточности. В результате установлено, что около 50 % больных не отмечали нарушения сна. Бессонница была в 1-й группе у 15,7 % (8 человек), во 2-й — у 10,2 % (5 человек), в 3-й — у 11,3 %. Остальные пациенты отмечали, что нарушения сна имеют периодический характер.

Через 3 месяца в группах, получавших дополнительно нутритивную поддержку и омега-3 жирные кислоты, увеличилась доля пациентов без нарушения сна с 45,1 до 49 % и с 42,9 до 55,1 % соответственно и одновременно уменьшилась доля пациентов, которые были вынуждены регулярно принимать снотворные, с 15,7 до 13,7 % и 10,2 до 6,1 % соответственно. В контрольной группе, получавшей только симптоматическую терапию, снизилось количество пациентов без нарушения сна с 45,3 до 32,1 % и увеличилось доля больных, страдающих бессонницей, с 11,3 до 18,9 %. Таким образом, в группах, получивших нутритивную поддержку и омега-3 жирные кислоты, пациентов с нарушением сна стало меньше по сравнению с контрольной группой.

Еще одним симптомом, влияющим на качество жизни, является наличие аппетита. Плохой аппетит или его полное отсутствие — довольно распространенная проблема у онкологических больных. На начало исследования около половины пациентов жаловались на плохой аппетит. На полное отсутствие аппетита указывали: 1-я группа — 25,5 % (13 человек); 2-я группа — 20,4 % (10 человек); 3-я группа — 17,0 % (9 человек). Лишь у 23,5, 28,6 и 34,0 % соответственно аппетит был стабильным.

Через 3 месяца от начала исследования доля больных с сохраненным аппетитом увеличилась в группах, получавших нутритивную поддержку, с 23,5 до 53 %; нутритивную поддержку и ПНЖК омега-3 с 28,6 до 61,2 % и снизилась в контрольной группе с 34 до 13,2 %. Что касается жалоб на плохой аппетит или его отсутствие, то доля этих пациентов снизилась в 1-й группе до 35,2 и 11,8 %; во 2-й — до 34,7 и 4,1 % соответственно. В 3-й (контрольной) группе доля пациентов с плохим аппетитом увеличилась до 56,6 %, с полным отсутствием аппетита — до 30,2 %.

Тошнота и рвота, — два симптома, которые сопровождают заболевания ЖКТ, значительно ухудшая качество жизни пациентов. Тошнота всегда вызывает тягостные ощущения в желудке и глотке, сопровождается слабостью, повышенным слюноотечением, пототделением и часто предшествует рвоте, при которой происходит резкое непроизвольное опорожнение желудка.

Проявление симптомов тошноты и рвоты на начало исследования в 1-й группе, получавшей кроме симптоматической терапии нутритивную поддержку, в 86,3 % случаев (44 человека) отрицали, лишь в 11,8 % случаев (6 человек) симптомы возникали периодически, а в 1,9 % случаев (1 человек) отмечался постоянный характер.

Во 2-й группе, дополнительно получавшей ПНЖК омега-3, тошнота в 75,5 % случаев (37 человек) и рвота в 85,7 % случаев (42 человека) отсутствовали, в 20,4 % случаев (10 человек) и 10,2 % (5 человек) соответственно возникали иногда, и в 4,1 % случаев (2 человека) имели постоянный характер.

В 3-й группе, получавшей только симптоматическую терапию, вышеуказанные симптомы распределились следующим образом: не было тошноты в 73,6 % случаев (39 человек), рвоты — в 75,5 % случаев (40 человек); появлялись иногда тошнота в 20,8 % случаев (11 человек) и рвота — 17,0 % случаев (9 человек); постоянная тошнота и рвота наблюдались в 5,6 % случаев (3 человека) и в 7,5 % случаев (4 человека) соответственно.

Через 3 месяца увеличилась доля пациентов без тошноты до 94,2 и 94,2 % соответственно и рвоты до 94,2 и 93,9 % соответственно в группах, получавших нутритивное питание и полиненасыщенные жирные кислоты, и уменьшилась в контрольной группе: с тошнотой до 52,8 % и рвотой до 54,7 %. Хотелось бы отметить, что в контрольной группе увеличилось количество пациентов с тошнотой, возникающей периодически, с 20,8 до 32,1 % и постоянной — с 5,6 до 15,1 %. Увеличилось в контрольной группе и количество пациентов с рвотой, возникающей иногда, до 30,2 % и постоянной рвотой до 15,1 %.

Следующими симптомами, которые учитывались при проведении исследования, были запор и диарея.

Запор (констипация) — это состояние, характеризующееся затруднением опорожнения кишечника, является одним из наиболее проблемных и стойких симптомов при ЗНО желудочно-кишечного тракта. Как показывают исследования, постоянный запор, требующий регулярного приема слабительных или очистительных

клизм, наблюдался в 1-й группе у 11,8 % больных, во 2-й — у 8,2 % и в 3-й — у 9,4 %. Склонность к запорам или периодические нарушения стула в виде запоров отмечали 23,5 % больных первой группы, 16,3 % — второй и 17,0 % — контрольной группы.

Через 3 месяца от начала лечения доля пациентов, отрицающих наличие запора, увеличилась в группах, получавших дополнительно нутритивное питание и ПНЖК омега-3, с 64,7 до 72,7 % и с 75,5 до 89,8 % соответственно. Одновременно уменьшилось количество пациентов с периодически возникающим и стойким запором в вышеуказанных группах, на конец исследования составил 19,6 и 8,2 % и 7,8 и 2,0 % соответственно. Что касается контрольной группы, то через 3 месяца доля пациентов с периодически возникающим и стойким запором увеличилась и составила 32,1 и 18,9 % соответственно.

Диарея у больных генерализованными формами ЗНО желудочно-кишечного тракта часто является угрожающей для жизни, прежде всего из-за потери жидкости, поэтому каждый пациент в начале и конце исследования проходил опрос методом анкетирования на предмет наличия жидкого стула.

В результате опроса было установлено, что на начало исследования диарее отрицали около 80 % респондентов всех групп (табл.). Периодически возникающий жидкий стул отмечали 11,8 % пациентов 1-й группы; 10,2 % — 2-й группы и 22,6 % — 3-й группы. На постоянную диарею указали 1,9 % пациентов, получавших симптоматическую терапию и НП; 4,1 % пациентов, получавших симптоматическую терапию, НП и полиненасыщенные жирные кислоты омега-3, и 3,8 % пациентов контрольной группы. Через 3 месяца в первой и второй группах увеличилась доля больных без диареи (94,2 и 93,9 % соответственно), в то же время уменьшилась доля больных с периодически возникающей диареей (3,9 и 6,1 % соответственно) и с постоянной диареей (1,9 и 0 % соответственно). Что касается контрольной группы, то картина прямо противоположная: уменьшилась доля больных с нормальным стулом, составив на конец исследования 52,8 %, и увеличилась доля пациентов с иногда возникающей диареей (32,1 %) и постоянной диареей (15,1 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенного исследования позволяет сделать заключение, что своевременная нутритивная поддержка положительно влияет на снижение негативных симптомов, сопровождающих онкологические заболевания (боль, общую слабость, сон, нарушение аппетита, тошноту, рвоту, запор и диарею), и на фоне симптоматической и противоболевой терапии дает значительно лучшие результаты в повышении качества жизни.

Информация о конфликте интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Conflict of Interest. The authors declare no conflict of interest.

Информация о спонсорстве. Данная работа не финансировалась.

Sponsorship Data. This work is not funded.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021.
- Абдуллаев А.Г., Аллаhverдиев А.К., Бесова Н.С. и др. Рак желудка. Клинические рекомендации. М., 2018.
- Неред С.Н., Стилиди И.С., Рохоев Г.А. Качество жизни больных старческого возраста после хирургического лечения по поводу рака желудка. Российский онкологический журнал. 2017;22(6):313–5. DOI: 10.18821/1028-9984-2017-22-6-313-315
- Guo Z.Q., Yu J.M., Li W., Fu Z.M., Lin Y., Shi Y.Y., et al. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Support Care Cancer*. 2020;28(1):373–80. DOI: 10.1007/s00520-019-04803-3
- Rosa F., Quero G., Fiorillo C., Bissolati M., Cipollari C., Rauseri S., et al. Total vs proximal gastrectomy for adenocarcinoma of the upper third of the stomach: a propensity-score-matched analysis of a multicenter western experience (On behalf of the Italian Research Group for Gastric Cancer-GIRCG). *Gastric Cancer*. 2018;21(5):845–52. DOI: 10.1007/s10120-018-0804-3
- Самоховец К.В. Эффективность нутритивной поддержки в системе лечебного питания онкологических больных. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2019;38(S1-2):131–5.
- Virzuela J.A., Cambor-Álvarez M., Luengo-Pérez L.M., Grande E., Álvarez-Hernández J., Sendrós-Madroño M.J., et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol*. 2018;20(5):619–29. DOI: 10.1007/s12094-017-1757-4
- Alvaro Sanz E., Garrido Siles M., Rey Fernández L., Villatoro Roldán R., Rueda Domínguez A., Abiles J. Nutritional risk and malnutrition rates at diagnosis of cancer in patients treated in outpatient settings: Early intervention protocol. *Nutrition*. 2019;57:148–53. DOI: 10.1016/j.nut.2018.05.021
- Chalamaiah M., Yu W., Wu J. Immunomodulatory and anticancer protein hydrolysates (peptides) from food proteins: A review. *Food Chem*. 2018;245:205–22. DOI: 10.1016/j.foodchem.2017.10.087
- Sandmael J.A., Sand K., Bye A., Solheim T.S., Oldervoll L., Helvik A.S. Nutritional experiences in head and neck cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(6):e13168. DOI: 10.1111/ecc.13168
- Arends J. Struggling with nutrition in patients with advanced cancer: nutrition and nourishment-focusing on metabolism and supportive care. *Ann Oncol*. 2018;29(suppl_2):ii27–34. DOI: 10.1093/annonc/mdy093
- Bennett M.I., Kaasa S., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede R.D. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019;160(1):38–44. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001363
- Deftereos I., Kiss N., Isenring E., Carter V.M., Yeung J.M. A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection. *Eur J Surg Oncol*. 2020;46(8):1423–34. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.04.008
- Aiolfi A., Asti E., Bonitta G., Bonavina L. Esophagectomy for stage IV achalasia: Case series and literature review. *Eur Surg*. 2018;50(2):58–64. DOI: 10.1007/s10353-018-0514-4
- Pattamatta M., Franssen L.F.C., Dolmans-Zwartjes A.C.P., Nieuwenhuijzen G.A.P., Evers S.M.A.A., Kouwenhoven E.A., et al. Effect of direct oral feeding following minimally invasive esophagectomy on costs and quality of life. *J Med Econ*. 2021;24(1):54–60. DOI: 10.1080/13696998.2020.1859843
- Goense L., Meziani J., Ruurda J.P., van Hillegerberg R. Impact of post-operative complications on outcomes after oesophagectomy for cancer. *Br J Surg*. 2019;106(1):111–19. DOI: 10.1002/bjs.11000

REFERENCES

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. (ed.) State of cancer care for population in Russia in 2020. Moscow: P.A Gertsen Moscow Research Oncology Institute — branch of the National Medical Research Center for Radiology, 2021 (In Russ.).
- Abdullaev A.G., Allahverdiev A.K., Besonova N.S., et al. Gastric cancer. Clinical guidelines. Moscow, 2018 (In Russ.).
- Nered S.N., Stilidi I.S., Rokhovev G. Quality of life in the elderly patients after surgery for gastric cancer. *Russian Journal of Oncology*. 2017;22(6):313–5 (In Russ.). DOI: 10.18821/1028-9984-2017-22-6-313-315

- 4 Guo Z.Q., Yu J.M., Li W., Fu Z.M., Lin Y., Shi Y.Y., et al. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Support Care Cancer*. 2020;28(1):373–80. DOI: 10.1007/s00520-019-04803-3
- 5 Rosa F., Quero G., Fiorillo C., Bissolati M., Cipollari C., Rausei S., et al. Total vs proximal gastrectomy for adenocarcinoma of the upper third of the stomach: a propensity-score-matched analysis of a multicenter western experience (On behalf of the Italian Research Group for Gastric Cancer-GIRCG). *Gastric Cancer*. 2018;21(5):845–52. DOI: 10.1007/s10120-018-0804-3
- 6 Samokhovets K.V. Efficiency of nutritive support in the system of medical nutrition of oncological patients. *Russian Military Medical Academy Reports*. 2019;38(S1-2):131–35 (In Russ.).
- 7 Virizuela J.A., Cambor-Álvarez M., Luengo-Pérez L.M., Grande E., Álvarez-Hernández J., Sendrós-Madroño M.J., et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol*. 2018;20(5):619–29. DOI: 10.1007/s12094-017-1757-4
- 8 Alvaro Sanz E., Garrido Siles M., Rey Fernández L., Villatoro Roldán R., Rueda Domínguez A., Abiles J. Nutritional risk and malnutrition rates at diagnosis of cancer in patients treated in outpatient settings: Early intervention protocol. *Nutrition*. 2019;57:148–53. DOI: 10.1016/j.nut.2018.05.021
- 9 Chalamaiah M., Yu W., Wu J. Immunomodulatory and anticancer protein hydrolysates (peptides) from food proteins: A review. *Food Chem*. 2018;245:205–22. DOI: 10.1016/j.foodchem.2017.10.087
- 10 Sandmael J.A., Sand K., Bye A., Solheim T.S., Oldervoll L., Helvik A.S. Nutritional experiences in head and neck cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(6):e13168. DOI: 10.1111/ecc.13168
- 11 Arends J. Struggling with nutrition in patients with advanced cancer: nutrition and nourishment-focusing on metabolism and supportive care. *Ann Oncol*. 2018;29(suppl_2):ii27–34. DOI: 10.1093/annonc/mdy093
- 12 Bennett M.I., Kaasa S., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede R.D. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019;160(1):38–44. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001363
- 13 Deftereos I., Kiss N., Isenring E., Carter V.M., Yeung J.M. A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection. *Eur J Surg Oncol*. 2020;46(8):1423–34. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.04.008
- 14 Aiolfi A., Asti E., Bonitta G., Bonavina L. Esophagectomy for stage IV achalasia: Case series and literature review. *Eur Surg*. 2018;50(2):58–64. DOI: 10.1007/s10353-018-0514-4
- 15 Pattamatta M., Fransen L.F.C., Dolmans-Zwartjes A.C.P., Nieuwenhuijzen G.A.P., Evers S.M.A.A., Kouwenhoven E.A., et al. Effect of direct oral feeding following minimally invasive esophagectomy on costs and quality of life. *J Med Econ*. 2021;24(1):54–60. DOI: 10.1080/13696998.2020.1859843
- 16 Goense L., Meziani J., Ruurda J.P., van Hillegersberg R. Impact of postoperative complications on outcomes after oesophagectomy for cancer. *Br J Surg*. 2019;106(1):111–9. DOI: 10.1002/bjs.11000