www.oncort.ru

Государственное автономное учреждение здравоохранения
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
Министерства здравоохранения Республики Татарстан

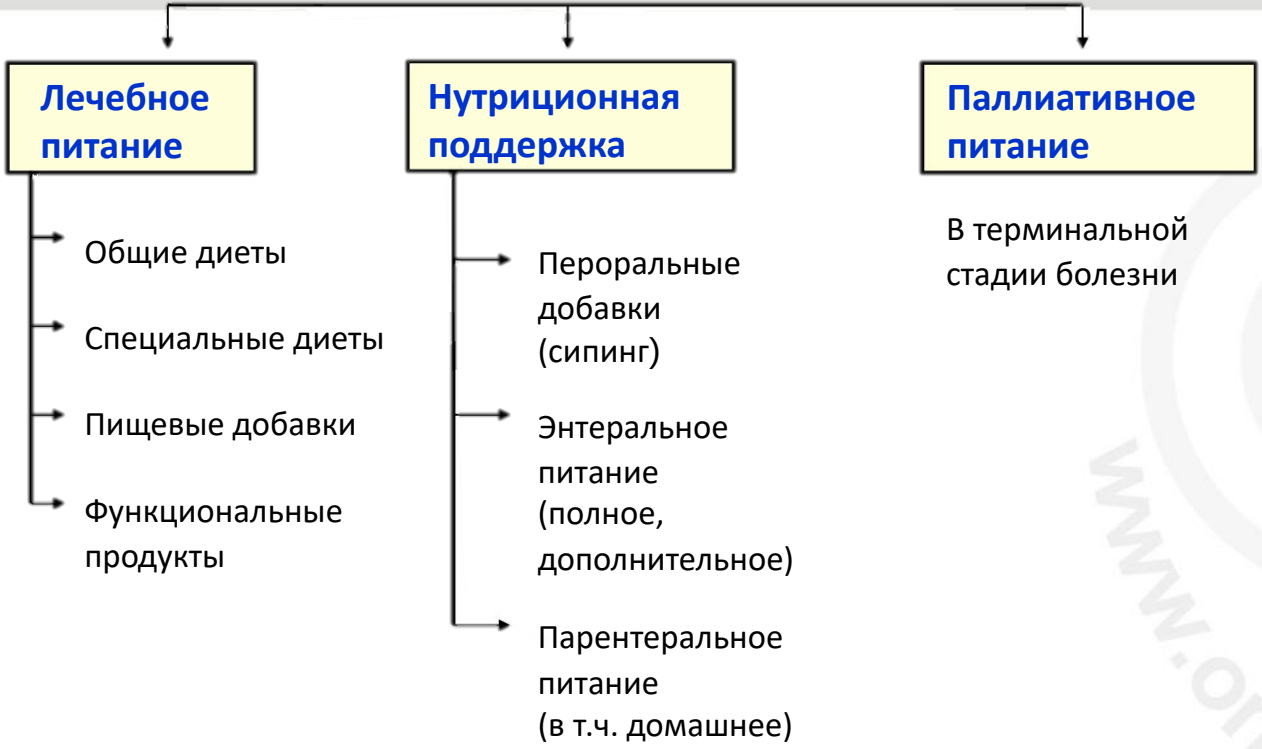
Роль энтерального питания у паллиативных пациентов раком желудка.

Газизов Рустем Азатович
заведующий СОПМП АФ РКОД МЗ РТ имени проф.М.З.Сигала

Ахметзянов Фоат Шайхутдинович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии КГМУ.

Шаймарданов Ильсур Василович, к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе ГАУЗ РКОД МЗ РТ

КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ



Классификация видов клинического питания (ESPEN, 2017)

www.oncort.ru

Что такое «клиническое питание»?



Клиническое питание – дисциплина, занимающаяся предупреждением, диагностикой и лечением нарушений питания у больных при острых и хронических заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом или избытком поступающих нутриентов и энергии.

T. Cederholm и соавт. 2017

www.oncort.ru

Нутритивная поддержка (НП) - это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение относительно устойчивого трофического гомеостаза с целью оптимизации структурно-функциональных и метаболических процессов организма и его адаптационных резервов.*

*Руководство по клиническому питанию/ Под редакцией проф. В.М.Луфта СПб., «Арт-Экспресс», 2016, 484 с., с илл.

www.oncort.ru

Нутриционная поддержка – это временное замещение жизненно важных функций **пищеварения и питания**.

Она необходима когда питание невозможно или недостаточно для обеспечения энергетических и пластических потребностей организма.



Это разновидность *интенсивной терапии*.

www.oncort.ru

Кому из паллиативных онкологических пациентов следует назначать активную нутритивную терапию?

Всем пациентам с быстро прогрессирующей потерей МТ, составляющей больше >2% за неделю, >5% за месяц или >10% за квартал.

Всем пациентам имеющим исходные признаки гипотрофии (ИМТ <19 кг/м2, ОП <90% от стандарта, гипопротеинемия <60% г/л, гипоальбуминемия <30 г/л, при гемоглобине <100 г/л).

Всем пациентам перенёсшим химио-, лучевую терапию.

А также согласно критериям включения клинического исследования (Хоробрых Т.В. и соавт., 2025): оценка общего состояния по ECOG >2–3; оценка статуса питания по PG-SGA >9 баллов.

www.oncort.ru

За 1-2 недели в стационаре **65% больных** теряют **10-12% массы тела**

Снижение **мышечной массы тела** у больных прямо коррелирует с тяжестью полиорганных нарушений:

- 5 % ММТ - недостаточность 1-го органа
- 10-20 % ММТ - недостаточность 2-3-х органов
- > 20 % ММТ - недостаточность 4-х органов

Puthucheary Z. и др., JAMA, 2013

www.oncur.ru

Категории паллиативных пациентов с ЗНО нуждающихся в активной нутритивной терапии

- Опухоли головы и шеи – 100%
- Опухоли ЖКТ – 80%
- Опухоли лёгких – 60%
- Гинекологические и урологические опухоли – 30%

www.oncort.ru

МЕТОДЫ НУТРИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

- Сипинг
- Зондовое питание
- Парентеральное питание
- Сочетанный вариант

www.oncort.ru

Способы проведения энтерального питания

• Сиппинг (sip feeding) – пероральный прием питательной смеси через трубочку мелкими глотками, при этом предпочтительно использовать специализированные смеси, содержащее максимальное количество питательных веществ в минимальном объеме.
• Энтеральное зондовое питание (через назогастральный или назоинтестинальный зонд);
• Энтеральное питание через стому (чрескожную эндоскопическую, лапароскопическую, лапаротомную) при длительности более 6 недель

www.anicort.ru

Преимущества желудочного варианта ЭП

- Позволяет поддерживать моторно-эвакуаторную функцию желудка.
- Обеспечивает местную цитопротекцию слизистой
- Происходит физиологическая стимуляция эндокринной системы ЖКТ(трофическая цепь)
- Подготовка химуса к последующему ферментативному гидролизу в тонкой кишке
- Добиться наиболее полного гомеостаза энтеральной среды можно только при гастродуоденальном варианте введения ПС.

www.oncort.ru

Концепция энтерального питания (ЭП)
Определение и преимущества ЭП

•**Энтеральное питание** – способ доставки питательных смесей в желудочно-кишечный тракт перорально или через зонд.

•Преимущества перед парентеральным питанием (ПП) при сохранной функции ЖКТ:

- Поддержание структурной целостности кишечного барьера
- Профилактика бактериальной транслокации
- Иммуномодулирующее действие
- Физиологичность, меньшая стоимость, меньше инфекционных осложнений

•**Показание:** невозможность адекватного перорального питания в течение >7 дней или потребление <60% от энергетических потребностей.

www.oncort.ru

Рак желудка и нутритивная недостаточность: масштаб проблемы

•Рак желудка (РЖ) занимает 5-е место по заболеваемости и 4-е – по смертности среди злокачественных новообразований (GLOBOCAN 2020).

•Частота нутритивной недостаточности при РЖ достигает **65–85%** — самая высокая среди всех онкологических заболеваний ЖКТ.

•Причины: механическая обструкция, анорексия, метаболические нарушения, последствия хирургического лечения.

•Потеря массы тела >10% за 6 месяцев является независимым предиктором послеоперационных осложнений и снижения выживаемости.

www.oncort.ru

Патофизиология мальнутриции при раке желудка

Механизмы развития нутритивной недостаточности:

- **Механический фактор:** стеноз привратника/кардии → дисфагия, раннее насыщение, рвота.
- **Метаболический фактор:** системное воспаление, цитокины (TNF-α, IL-6) → синдром анорексии-кахексии.
- **Ятрогенный фактор:** хирургическое вмешательство (гастрэктомия, резекция) → мальабсорбция, демпинг-синдром, анастомозиты.
- **Следствия:** саркопения, иммунодепрессия, снижение толерантности к химио- и лучевой терапии.

www.oncort.ru

Влияние нутритивного статуса на исходы лечения
Почему нутритивный статус критичен?

•Высокий риск послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомоза, инфекции) при гипоальбуминемии и саркопении.

•Снижение дозоинтенсивности химиотерапии, вынужденные перерывы, отказ от адъювантного лечения.

•Ухудшение качества жизни, повышение длительности госпитализации и летальности.

•По данным ESPEN, адекватная нутритивная поддержка улучшает переносимость лечения и увеличивает общую выживаемость.

www.oncort.ru

Энтеральное питание противопоказано при:

При полной непроходимости кишечника

Тяжелом шоке

Ишемии, перфорации кишечника

Высоких свищах тощей кишки

Остром животе

Продолжающемся кровотечении желудочно-кишечного тракта



www.onkort.ru

Современное энтеральное питание

Стандартные смеси

Изосурс стандарт
Нутрикомп стандарт
Нутриэн стандарт
Нутризон
Ресурс оптимум
Фрезубин оригинал

Специальные смеси

Клинутрен диабет
Диазон
Нутрикомп диабет
Нутрикомп гепа
Оксепа
Прошур
Нутриэн гепа
Нутриэн нефро
Нутриэн пульмо
Нутриэн фтизио
Нутриэн остео
Интестамин

Поликомпонентные смеси

ЛЕОВИТ ONCO
Коктейль белковый детоксикационный

Иммунные смеси

Импакт орал, энтерал
Нутрикомп иммунный
Нутриэн иммун
Реконван

Полуэлементные смеси

Нутрикомп пептид
Нутриэн элементаль
Нутризон пептисорб
Пептамен
Сурвимед ОПД

Высокоэнергетические смеси

Нутрикомп энергия файбер
Нутризон энергия
Фрезубин энергия
Суппортан Эншур 2
Ресурс 2.0 + файбер

www.oncort.ru

Предоперационная нутритивная подготовка
Энтеральное питание как компонент преабилитации

•Цель: коррекция нутритивного дефицита до операции, снижение риска осложнений.

•Пациентам с планируемой резекцией/гастрэктомией рекомендуется **иммуномодулирующее энтеральное питание** (аргинин, омега-3 ПНЖК, нуклеотиды) в течение 5–7 дней до операции.

•Мета-анализы (Osland et al., 2011; Song et al., 2015) демонстрируют снижение частоты послеоперационных инфекционных осложнений на **30–40%**.

•При стенозе привратника – установка назоеюнального зонда за зону стеноза для предоперационной подготовки.

www.oncort.ru

Периоперационное ведение и ERAS
Раннее энтеральное питание после операций на желудке

•В рамках протокола ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) рекомендовано начало энтерального питания в первые **6–24 часа** после операции.

•Путь введения – в тонкую кишку (через назоеюнальный зонд или еюностому) для минимизации нагрузки на анастомоз.

•Стартовая скорость – 10–20 мл/ч с постепенным увеличением; применение полуэлементных (олигомерных) смесей для облегчения всасывания.

•Контроль переносимости: вздутие, диарея, демпинг-синдром. Исключение болюсного введения – только медленная инфузия.

www.oncort.ru

Коктейль белковый детоксикационный предназначен пациентам с белковой недостаточностью и проявлениями интоксикации.



Показания:

в качестве перорального питания;

дополнения к пероральному питанию (сипинг – пероральный прием лечебного (специализированного) питания маленькими глотками);

энтерального питания (через назогастральный или назоинтестинальный зонд, через стому (чрескожную, эндоскопическую, лапароскопическую, лапаротомную)).

Специализированные продукты лечебного ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА онкологических больных ЛЕОВИТ ONCO

КЛИНИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕНО



КОКТЕЙЛЬ БЕЛКОВЫЙ ДЕТОКСИКАЦИОННЫЙ
сухая и жидкая формы



КОКТЕЙЛЬ БЕЛКОВЫЙ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ
сухая и жидкая формы



НАПИТОК ДЕТОКСИКАЦИОННЫЙ
сухая форма

Крайнова Т.А., Пилат Т.Л. Определение антиокислительной активности напитков FRAP- методом // Сб. матер. XV Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство», 14–18 апреля 2008 г. — М., 2008. — С. 684.

Разработки специальных составов продуктов для детоксикации и их апробация ведутся с 2002 г.



Лечебно-профилактическое питание при вредных и особо вредных условиях труда, пакет 20 г



Напиток для детоксикации, банка 400 г, пакет 20 г



Коктейль белковый детоксикационный, 200 мл, 500 мл, 1000 мл, банка 400 г, пакет 20 г



Коктейль белковый детоксикационный, 200 мл, банка 400 г, пакет 20 г



Напиток детоксикационный, банка 400 г, пакет 20 г



Коктейль белковый Стандарт и Стандарт с ПВ, 200 мл, 500 мл, 1000 мл

- **Клиническая эффективность (по данным Хоробрых Т.В. и соавт., 2025):**
- **Лабораторные показатели (к выписке):** рост общего белка на **15,3%**, альбумина на **16,4%**, трансферрина на **74%** (это выше, чем в группе импортного ЭП).
- **Купирование диареи:** Прекращает диарею по «холерному» типу уже после 3 дней приема.
- **Профилактика парезов:** У пациентов на фоне приема ЛЕОВИТ ONCO не зафиксировано ни одного случая пареза кишечника (в отличие от группы импортного питания).
- **Иммуновоспалительные маркеры:** Способствует нормализации NLR, MLR, PLR.
- **Переносимость:** Не вызывает аллергических реакций или непереносимости, пациенты выпивают полный объем (высокая приверженность лечению).

www.oncort.ru

Энтеральное питание после гастрэктомии

Особенности нутритивной поддержки в отдаленном послеоперационном периоде:

•**Физиологические последствия гастрэктомии:** отсутствие резервуарной функции, быстрый транзит, мальабсорбция жиров, лактазная недостаточность, дефицит витамина B12 и железа.

•**Постгастрэктомические синдромы:** демпинг-синдром (ранний/поздний), синдром приводящей петли, рефлюкс-эзофагит.

•**Принципы ЭП:**

- Смеси с низкой осмолярностью и высоким содержанием белка (1,5–2,0 г/кг/сут).
- Обогащение витаминами группы B, D, железом, кальцием.
- Переход от зонда к сипингу как «мостик» до адаптации к лечебному столу.

•Длительное использование сипинга (не менее 3–6 мес.) для профилактики прогрессирующей потери массы тела.

www.oncort.ru

Паллиативная нутритивная поддержка
Энтеральное питание в терминальной стадии

•При неоперабельном стенозе кардии/привратника и невозможности радикального лечения – паллиативное ЭП через гастростому (в обход стеноза) или еюностому.

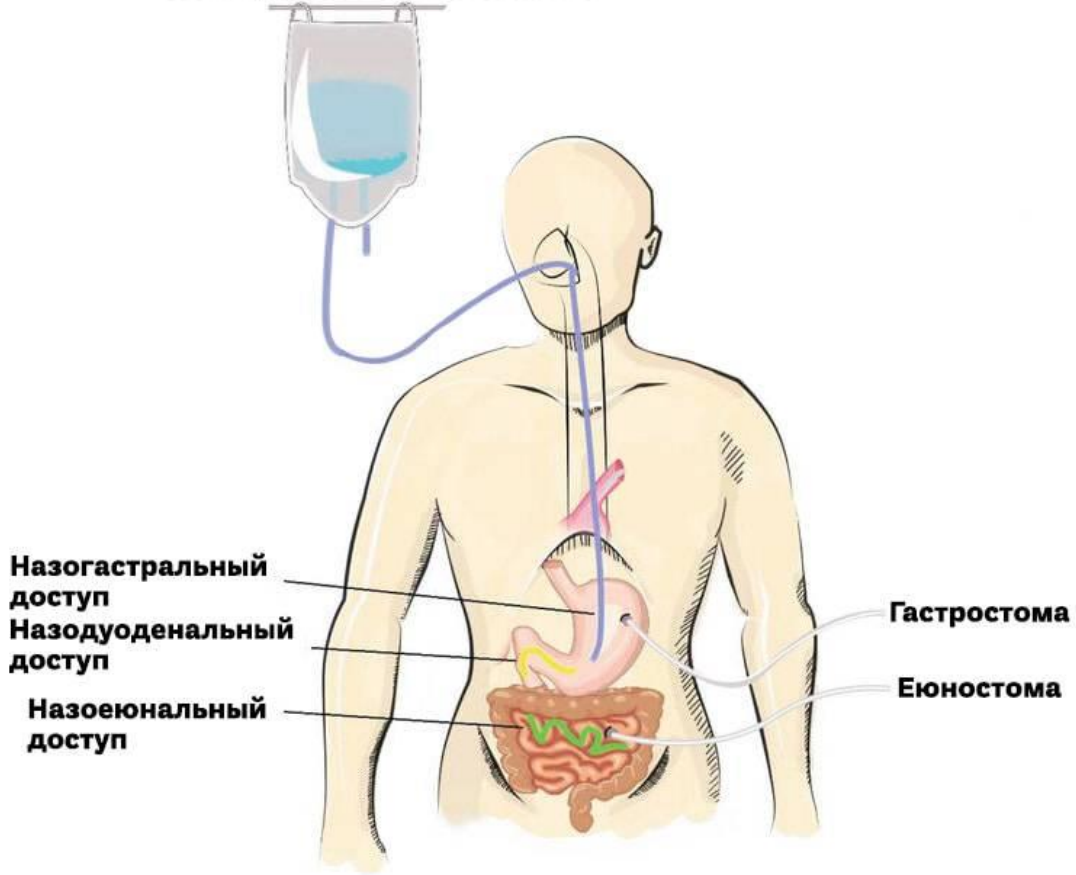
•Цель – улучшение качества жизни, уменьшение страданий, коррекция кахексии, продление жизни (если согласуется с целями терапии).

•Этические аспекты: решение о начале/продолжении ЭП принимается коллегиально с учетом прогноза и желания пациента.

•ЭП предпочтительнее парентерального, если имеется анатомический доступ и функционирующий кишечник.

www.oncort.ru

Энтеральное питание



www.oncort.ru

Клинический случай №1

- Пациент С., 66 лет, рак желудка IVB (T3N3M1), метастазы в печень, сальник
- Парентеральное питание (7 дней) → с 24.03.2026 энтеральное питание «Леовит Онко» (сипинг)
- **Динамика:** улучшение СКФ (72 → 94 мл/мин), стабилизация общего белка (57 → 59 г/л)
- Сохраняющаяся анемия и повышение АСТ – проявление метастатического процесса
- **Вывод:** энтеральное питание эффективно в качестве поддерживающей терапии после парентеральной коррекции, улучшает функциональные резервы организма

Данный случай наглядно иллюстрирует концепцию «лестничного» подхода к нутритивной поддержке (парентеральное → энтеральное), что соответствует современным рекомендациям.

www.oncort.ru

Клинический случай №2

Пациент Б., 60 лет, синхронный рак пищевода + желудка (IVB), множественные метастазы

•Поступление: выраженный болевой синдром, слабость, гипопротеинемия (53,7 г/л), высокий СРБ (147 мг/л)

•**Динамика на фоне комплексной терапии + энтеральное питание:**

- СКФ: 69 → 93 мл/мин
- Общий белок: 53,7 → 55,0 г/л
- СРБ: 147 → 74 мг/л

•**Вывод:** даже при генерализованном раке нутритивная поддержка способствует уменьшению системного воспаления и улучшению органных функций

Обоснование: Данный случай демонстрирует положительный эффект энтерального питания на фоне тяжёлого метастатического процесса с системным воспалением, что показывает клиническую эффективность Леовит Онко.

www.oncort.ru

Доказательная база (ESPEN и ключевые исследования)
Научные основы рекомендаций

- **ESPEN Guidelines 2021** по питанию онкологических больных: обязательный скрининг мальнутриции, раннее ЭП, иммуномодуляция перед большой абдоминальной операцией (Grade A).
- Мета-анализ Probst et al. (2017): применение иммуномодулирующих смесей у больных раком ЖКТ снижает инфекционные осложнения (RR 0,58; 95% CI 0,44–0,77).
- РКИ Miyazaki et al. (2022): раннее энтеральное питание после гастрэктомии уменьшает длительность госпитализации и частоту инфекций области хирургического вмешательства.
- Исследования показывают: адекватное ЭП улучшает качество жизни и функциональный статус, опосредованно влияя на выживаемость.

www.oncort.ru

Осложнения энтерального питания

Тип	Осложнения
Механические (во время введения зонда)	Механическое повреждение слизистой носа, внутричерепное введение, перфорация пищевода и гортани, внутрибронхиальное размещение зонда, кровотечение из варикозных вен. Перфорация, повреждение, кровотечение из желудка, кишечника. дислокация/закупорка зонда. *Профилактика:* регулярное промывание зонда водой, фиксация, контроль положения.
Травма после введения	Дискомфорт, эрозии, фистулы и стриктуры. Неправильное расположение трубки.
Смещение трубки	Бронхиальное расположение трубки, нарушение дыхания.
Рефлюкс	Рефлюкс-эзофагит, аспирация.
Нарушение толерантности ЖКТ	Рвота, тошнота, боль, диарея.
Метаболические нарушения	Синдром повторного кормления, гипергликемия, нарушение водно-электролитного баланса.

Выводы и практические рекомендации
Ключевые положения

1.Энтеральное питание – обязательный компонент мультидисциплинарного лечения рака желудка на всех этапах.

2.Всем пациентам необходимо проводить скрининг мальнутриции и саркопении до начала лечения.

3.Предоперационная иммунонутриция снижает инфекционные осложнения и должна быть стандартом при оперативных вмешательствах.

4.Раннее послеоперационное ЭП (6–24 ч) в рамках ERAS улучшает исходы.

5.После гастрэктомии длительный сипинг (≥3–6 мес.) и модифицированная диета необходимы для профилактики тяжелой мальнутриции.

6.Выбор доступа и типа смеси должен быть индивидуализирован по клинико-анатомическим характеристикам пациента.

www.oncort.ru

- Нутритивная поддержка при оказании паллиативной помощи пациентам с раком желудка — это признание приоритета улучшения качества жизни и её продление, целью которой является компенсация управляемой кахексии и сохранение способности пациента к нормальной жизнедеятельности.

www.oncort.ru

Благодарю за внимание!



Республиканский клинический онкологический диспансер
Министерства здравоохранения Республики Татарстан
г.Казань, ул Сибирский тракт, д.29
www.oncort.ru
@TatarstanCancerCenter
@oncort
@oncort