

Коррекция нутритивной недостаточности у больных плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны

А.М. Мудунов, Д.Б. Удинцов

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Дмитрий Борисович Удинцов drudintsov@mail.ru

Лечение плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны является сложным и многокомпонентным процессом. При этом большинству больных начинают лечение с проявлениями нутритивной недостаточности, являющейся следствием прогрессирования основного заболевания. Степень нутритивной недостаточности определяется локализацией и размерами первичного очага и, как правило, остается постоянным спутником данной категории пациентов на всех этапах лечения. Адекватная нутритивная поддержка позволяет снизить частоту осложнений после хирургического лечения и развития лучевых реакций, повысить переносимость лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак орофарингеальной зоны, нутритивная поддержка, энтеральное питание, парентеральное питание, сипинг, индекс массы тела

DOI: 10.17650/2222-1468-2015-5-3-13-15

Correction of malnutrition in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma

A.M. Mudunov, D.B. Udintsov

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Ministry of Health of Russia;
24 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115478, Russia

To treat oropharyngeal squamous cell carcinoma is a complex and multicomponent process. In so doing, most patients starting treatment have already manifestations of malnutrition resulting from underlying disease progression. The degree of malnutrition is determined by the site and sizes of a primary focus and generally remains permanent in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma at all treatment steps. Adequate nutritional support makes it possible to reduce the incidence of complications after surgical treatment and development of radiation responses, to enhance tolerability of treatment, and to improve quality of life in patients.

Key words: oropharyngeal squamous cell carcinoma, nutritional support, enteral nutrition, parenteral nutrition, sipping, body mass index

Лечение плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и гортаноглотки является сложным и многокомпонентным процессом. Несмотря на визуальную локализацию данной группы опухолей, большинство пациентов обращаются в специализированные онкологические учреждения уже с местно-распространенными стадиями [1]. А это, в свою очередь, приводит к развитию нутритивной недостаточности, являющейся следствием прогрессирования основного заболевания. Степень нутритивной недостаточности определяется локализацией и размерами первичного очага и, как правило, остается постоянным спутником данной категории больных на всех этапах лечения. К последствиям нутритивной недостаточности можно отнести не только нарушение обменных процессов, приводящее к обострению хронических заболеваний, замедлению репаративных воз-

можностей организма, снижению иммунитета, но и ухудшение переносимости специализированного лечения. Отмечено, что следствием выраженной недостаточности питания являются:

- увеличение числа осложнений после хирургического лечения (замедление заживления ран, повышение частоты гнойно-воспалительных осложнений);
- увеличение частоты тяжелых лучевых реакций [2];
- увеличение сроков вынужденных перерывов в лечении из-за проявлений токсичности химиолучевой терапии (ХЛТ) и как следствие — более длительное пребывание пациентов в стационаре [3];
- снижение качества жизни пациентов [4];
- снижение эффективности химиотерапии [5];
- увеличение смертности [6].

Необходимо отметить, что основным методом лечения плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны

является лучевая терапия в конкурентном режиме с препаратами платины. Данный метод лечения является высокотоксичным вследствие неизбежности развития лучевых реакций и длительности проведения (не менее 6 нед). Так, по данным ряда иностранных авторов, до 52 % больных начинают ХЛТ, уже имея нутритивную недостаточность различной степени выраженности, вплоть до кахексии, а в ходе лечения доля таких пациентов возрастает до 88 % [7–9]. По данным С.Б. Алиевой, ксеростомия с потерей вкуса наблюдается у 88,5 % больных, дисфагия – у 73,1 %, стенозы пищевода – у 16,4 %, рубцово-склеротические изменения в зоне интенсивного облучения – у 43,6 % [10]. Таким образом, пациенты, поступающие на лечение уже со сниженным индексом массы тела, подвергаются интенсивному местному и системному воздействию. Следовательно, необходимость нутритивной поддержки больных как до начала лечения, так и на всех его этапах – необходимое условие [11].

Большое значение нутритивная поддержка имеет и в случае хирургического лечения больных. Так, по данным голландских ученых, частота послеоперационных осложнений возрастает с 22 % у нормально питающихся пациентов до 56 % у больных со сниженным индексом массы тела [12]. Похожие данные были сообщены D.A. de Luis и соавт. [13], в исследовании которых были выделены 2 группы: 1-я – пациенты, получающие нутритивную поддержку в до- и послеоперационном периоде, 2-я – контрольная. В 1-й группе не было зафиксировано местных осложнений, а в контрольной группе они были отмечены в 20,8 % случаев. К тому же необходимо отметить, что практически все пациенты, оперированные на 1-м этапе лечения, в дальнейшем получали лучевую терапию или ХЛТ.

Таким образом, проблема коррекции нутритивной недостаточности актуальна не только до начала противоопухолевого лечения, но и на всех этапах его проведения. В настоящее время имеется широкий выбор препаратов для нутритивной поддержки пациентов – это смеси для энтерального и парентерального питания.

При профилактике и лечении алиментарной недостаточности в настоящее время применяется 4 способа доставки питательных веществ: энтеральное зондовое питание, энтеральное питание через гастростому, сипинг и парентеральное питание.

Энтеральное питание через назогастральный или назоинтестинальный зонд – это методика, применяемая при нарушении глотания, носящего временный характер, вследствие операционной травмы или лучевой реакции III–IV степени.

Энтеральное питание через гастростому (чрескожную эндоскопическую, лапароскопическую или лапаротомную) осуществляется в случае, когда постановка зонда технически невозможна или при отсутствии надежды на восстановление акта глотания.

Сипинг подразумевает пероральный прием питательных смесей мелкими глотками, при этом предпочтительно использование специализированных смесей, содержащих максимальное количество питательных веществ в минимальном объеме. Этот метод предпочтителен, так как наиболее физиологичен, а в ряде случаев препятствует развитию стриктур пищевода и способствует ранней реабилитации пациентов.

Парентеральное питание – способ введения необходимых организму нутриентов непосредственно в кровь, минуя желудочно-кишечный тракт. Необходимо отметить, что парентеральное питание имеет гораздо меньшее значение в лечении пациентов, страдающих плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны, чем энтеральное. Это обусловлено тем, что у данной группы больных алиментарная недостаточность обусловлена анорексией и/или нарушением акта глотания, а не поражением органов и систем, участвующих в пищеварении и всасывании нутриентов. Заметим, что длительное парентеральное питание ведет к угнетению функции кишечника и, как следствие, пищеварения, что значительно ограничивает показания к его применению. А энтеральное питание позволяет не только восполнить энергетические затраты организма и дефицит нутриентов, но и сохранить адекватную работу желудочно-кишечного тракта, что, в свою очередь, снижает риск транслокации бактерий и токсинов из кишечника и сохраняет функцию иммунной системы. Таким образом, преимущество отдается энтеральному питанию ввиду его физиологичности и безопасности [14, 15].

Показанием к назначению нутритивной поддержки является снижение массы тела более чем на 10 % от исходного уровня и ожидаемая нутритивная недостаточность. Для больных, которым планируется хирургическое лечение, рекомендуется проведение 7–10-дневной предоперационной нутритивной поддержки, с продолжением в послеоперационном периоде до тех пор, пока пациент не начнет есть самостоятельно обычную пищу в соответствующем его потребностям объеме. При этом рекомендованная энергетическая ценность в 1,5 раза должна превышать расчетную относительную калорийность (по Harris–Benedict), соотношение калорий к азоту 150:1 [16].

Отдельно стоит остановиться на выборе смеси для проведения нутритивной поддержки, который определяется несколькими факторами, в частности:

- методом проведения нутритивной поддержки (смесь для перорального или зондового введения);
- потребностями пациента в белке и энергии (смеси со стандартным или повышенным содержанием белка и энергии);
- наличием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (мукозиты, диарея, обстипация).

Согласно рекомендациям Российского общества клинической онкологии (Russian Society of Clinical Oncology, RUSSCO) [15] по поддерживающей и сопроводительной терапии, в качестве сипинга предпочтительно использование высокобелкового питания. Пациентам, которым проводится ХЛТ в целях профилактики и купирования осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, могут быть рекомендованы смеси, обогащенные омега-3 жирными кислотами и пищевыми волокнами [17]. Положительное влияние омега-3 жирных кислот у пациентов с мукозитами об-

условлено их противовоспалительным и антиоксидантным действием и доказано многочисленными исследованиями [18].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что нутритивная поддержка является одним из основных компонентов лечения пациентов, страдающих плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны. Она необходима не только для улучшения качества их жизни, но и для адекватного проведения всего комплекса мероприятий, направленных на лечение больного.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Осипова Н.А., Решетов И.В., Соколов В.В. и др. Энтеральная нутритивная поддержка в хирургии опухолей головы и шеи. *Онкохирургия* 2010;2(4):22–5. [Osipova N.A., Reshetov I.V., Sokolov V.V. et al. Enteral nutrition support in the surgery of head and neck tumors. *Onkokhirurgiya = Cancer Surgery* 2010;2(4):22–5. (In Russ.)].
- Meyer F., Fortin A., Wang C.S. et al. Predictors of severe acute and late toxicities in patients with localized head-and-neck cancer treated with radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012;82(4):1454–62.
- Capuano G., Grosso A., Gentile P.C. et al. Influence of weight loss on outcomes in patients with head and neck cancer undergoing concomitant chemoradiotherapy. *Head Neck* 2008;30(4):503–8.
- Langius J.A., van Dijk A.M., Doornaert P. et al. More than 10 % weight loss in head and neck cancer patients during radiotherapy is independently associated with deterioration in quality of life. *Nutr Cancer* 2013;65(1):76–83.
- Andreyev H.J., Norman A.R., Oates J., Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer* 1998;34(4):503–9.
- Regueiro C.A., Aragon G., Millan I. et al. Prognostic factors for local control, regional control and survival in oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer* 1994;30A(14):2060–7.
- Langius J.A., Doornaert P., Spreeuwenberg M.D. et al. Radiotherapy on the neck nodes predicts severe weight loss in patients with early stage laryngeal cancer. *Radiother Oncol* 2010;97(1):80–5.
- Matthews T.W., Lampe H.B., Dragosz K. Nutritional status in head and neck cancer patients. *J Otolaryngol* 1995;24(2):87–91.
- Unsal D., Montes B., Akmansu M. et al. Evaluation of nutritional status in cancer patients receiving radiotherapy: a prospective study. *Am J Clin Oncol* 2006;29(2):183–8.
- Алиева С.Б. Химиолучевая терапия больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи. *Практическая онкология* 2008;9(1):27–30. [Alieva S.B. Chemical radial therapy of patients with locally spread flat head and neck cancer. *Prakticheskaya onkologiya = Practical Oncology* 2008;9(1):27–30. (In Russ.)].
- Langius J.A., Zandbergen M.C., Eerenstein S.E. et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr* 2013;21(6):671–8.
- van Bokhorst-de van der Schueren M.A., van Leeuwen P.A., Sauerwein H.P. et al. Assessment of malnutrition parameters in head and neck cancer and their relation to postoperative complications. *Head Neck* 1997;19(5):419–25.
- de Luis D.A., Aller R., Izaola O. et al. Postsurgery enteral nutrition in head and neck cancer patients. *Eur J Clin Nutr* 2002;56(11):1126–9.
- Луфт В.М., Луфт А.В. Нутриционная поддержка онкологических больных: возможности и противоречия. *Вестник интенсивной терапии* 2008;2:43–50. [Luft V.M., Luft A.V. Nutrition support of oncologic patients: possibilities and contradictions. *Vestnik intensivnoy terapii = Intensive Therapy Herald* 2008;2:43–50. (In Russ.)].
- Практические рекомендации по нутритивной поддержке при химиотерапии и/или лучевой терапии. Доступно по ссылке: <http://www.rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2-09.pdf>. [Practical recommendations on the nutrition support at chemical and/or radial therapy. Available at: <http://www.rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2-09.pdf/>. (In Russ.)].
- Решетов И.В., Егоров Г.Н. Предоперационная нутритивная терапия пациентов с опухолями головы и шеи. *Голова и шея* 2013;(2):27–34. [Reshetov I.V., Egorov G.N. Pre-operational nutrition therapy of patients with head and neck tumors. *Golova i sheya = Head and Neck* 2013;(2):27–34. (In Russ.)].
- Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В. и др. Оценка эффективности нутритивной поддержки энтеральной смесью «Фортикер» у пациентов с онкологическими заболеваниями в период лучевой и химиотерапии. *Вестник интенсивной терапии* 2009;(4):77–83. [Snegovoy A.V., Saltanov A.I., Manzyuk L.V. et al. Evaluation of the efficiency of the nutrition support with Forticare enteral mixture at patients with oncologic diseases during the radial and chemical therapy. *Vestnik intensivnoy terapii = Intensive Therapy Herald* 2009;(4):77–83. (In Russ.)].
- Elia M., van Bokhorst-de van Schueren M.A., Garvey J. et al. Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review. *Int J Oncol* 2006;28(1):5–23.