

Нутритивная поддержка у больных плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны

А.М. Мудунов, Д.Б. Удинцов

Отдел опухолей головы и шеи, хирургическое отделение опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Дмитрий Борисович Удинцов drudintsov@mail.ru

До половины всех больных плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны начинают лечение в состоянии нутритивной недостаточности, являющейся следствием основного заболевания. Основными причинами потери массы тела при опухолях орофарингеальной зоны являются болевой синдром и дисфагия различной этиологии, ведущие к недоеданию и обезвоживанию, а также интоксикация, вызванная распадом опухоли и ее инфицированием. В результате происходит нарушение обменных процессов, что ухудшает общее состояние пациентов. В ходе дальнейшей противоопухолевой терапии проявления нутритивной недостаточности только усугубляются, что обусловлено высокой токсичностью химиолучевой терапии и травматичностью оперативных вмешательств.

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

DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-1-39-42

Nutritional support in patients with squamous cell carcinoma of the oropharyngeal area

A.M. Mudunov, D.B. Udintsov

Head and Neck Tumor Department, Surgery Division for Tumors of the Upper Respiratory and Digestive Tracts, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center at the Ministry of Health of Russia; 24 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115478, Russia

Up to half of all patients with squamous cell carcinoma of the oropharyngeal area start their treatment when they have malnutrition that results from the primary disease. The main causes of weight loss in oropharyngeal tumors are pain syndrome and dysphagia of various etiologies, which lead to malnutrition and dehydration, as well as intoxication caused by tumor lysis and contamination. This results in impaired metabolic processes, worsening the general condition of patients. During further antitumor therapy, the manifestations of malnutrition are only aggravated, which is due to the high toxicity of chemoradiation therapy and the traumaticity of surgical interventions.

Key words: squamous cell carcinoma of the oropharyngeal area, nutritional support, enteral nutrition, body mass index

До половины всех больных плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны начинают лечение в состоянии нутритивной недостаточности, являющейся следствием основного заболевания. Основными причинами потери массы тела при опухолях орофарингеальной зоны являются болевой синдром и дисфагия различной этиологии, ведущие к недоеданию и обезвоживанию, а также интоксикация, вызванная распадом опухоли и ее инфицированием. В результате происходит нарушение обменных процессов, что ухудшает общее состояние пациентов. В ходе дальнейшей противоопухолевой терапии проявления нутритивной недостаточности только усугубляются, что обусловлено высокой токсичностью химиолучевого лечения и травматичностью оперативных вмешательств.

По данным ряда иностранных авторов, от момента верификации диагноза до начала лечения 52 % пациентов, как правило, теряют не менее 5 % массы тела.

В случае проведения консервативной терапии проявления нутритивной недостаточности усугубляются и снижение индекса массы тела (ИМТ) регистрируется уже в 88,5 % случаев [1–3]. Как видно на рис. 1, выраженность потери ИМТ определяется методом лечения и его агрессивностью [4].

При проведении химиотерапии это обусловлено ее системным воздействием и развитием таких осложнений III–IV степени, как стоматит, тошнота, рвота и диарея. Частота данных осложнений колеблется от 3 до 11 % [5]. Более токсичным воздействием характеризуются лучевая и химиолучевая терапия. Так, при проведении лучевой терапии осложнения III–IV степени в виде мукозитов и дерматитов наблюдаются в 16,4 и 7,1 % случаев соответственно [6]. А при проведении конкурентной химиолучевой терапии с препаратами платины мукозиты развиваются у 38 % пациентов, ксеростомия с потерей вкуса наблюдается

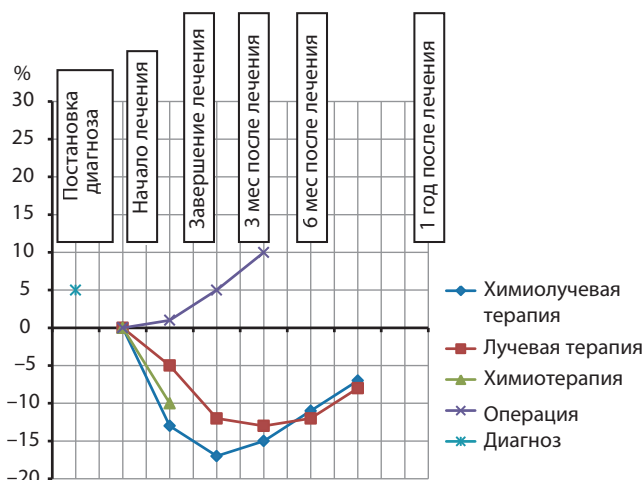


Рис. 1. Корреляция снижения ИМТ с противоопухолевой терапией

у 3,8 % больных, а тошнота и рвота — у 10,8 % [6]. Таким образом, в ходе консервативного лечения плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны прослеживается достоверная корреляция между частотой развития осложнений и снижением ИМТ. При этом необходимо отметить, что даже после завершения лечения пациентам требуется длительный период реабилитации (до 1 года) для восстановления исходного качества жизни (см. рис. 1).

В настоящее время основными показаниями для начала коррекции нутритивной недостаточности являются снижение массы тела пациента на 5 % и более в течение 1 мес или снижение ИМТ (по Кетле) менее 20 кг/м².

Виды нутритивной поддержки можно разделить на 2 группы по способу доставки питательных веществ: парентеральное и энтеральное питание. Парентеральное питание имеет достаточно небольшой спектр показаний, а именно — поражение органов и систем, участвующих непосредственно в переваривании и всасывании нутриентов. Энтеральное питание является более физиологичным и применяется при затруднении или нарушении акта глотания. В свою очередь, энтеральная нутритивная поддержка может осуществляться через назогастральный зонд, гастростому и естественным путем — методом сиппинга. Под сиппингом подразумевают пероральный прием мелкими глотками специализированных смесей, содержащих максимальное количество питательных веществ в минимальном объеме. Данная методика приемлема у пациентов с затрудненным, но не нарушенным актом глотания. При более выраженных изменениях, носящих временный характер и связанных с нарушением акта глотания вследствие операционной травмы или лучевых реакций III–IV степени, осуществляется зондовое питание. Наложение гастростомы показано в тех случаях, когда постановка зонда техни-

чески невозможна либо отсутствует надежда на восстановление акта глотания [7, 8].

Выбор методики нутритивной поддержки должен быть научно обоснован, иначе можно не добиться искомого результата, а в ряде случаев — даже получить серьезные осложнения, что особенно актуально при наложении гастростомы. Так, помимо осложнений, развивающихся непосредственно при наложении гастростомы, таких как кровотечение, раневая инфекция, формирование свищевых ходов, отсутствие герметичности гастростомы, ее длительное ношение может приводить к развитию стойкой дисфагии и стенозу пищевода. В ряде европейских исследований отмечено, что частота развития стойкой дисфагии III–IV степени в течение 6 мес после завершения лечения составляет 25–30 %, а медиана ношения гастростомы — 21–28 нед (рис. 2). При этом в 23 % случаев для разрешения стеноза потребовалось бужирование пищевода. В тех случаях, когда для нутритивной поддержки питание осуществлялось через назогастральный зонд, стойкая дисфагия наблюдалась только в 8 % случаев при медиане ношения зонда 8 нед (см. рис. 2) [9, 10].

Необходимо отметить, что проблема коррекции нутритивной недостаточности не является надуманной, так как снижение ИМТ, хотя и опосредованно, но влияет на отдаленные результаты лечения [11]. В исследовании M. Bossola доказано, что ранняя нутритивная поддержка при проведении химиолучевой терапии снижает частоту вынужденных перерывов в лечении в 2 раза — с 64 до 30 %, а это принципиально для этой категории больных, так как имеются достоверные данные о корреляции общей 3-летней выживаемости и сроков проведения лучевой терапии. Так, отмечается снижение общей 3-летней выживаемости с 87 % у пациентов, получивших непрерывный курс лучевой терапии, до 51 % при вынужденных перерывах в лечении более 10 дней [12].

Аналогичные результаты были получены J.A. Langius и соавт. при проведении масштабного клинического исследования, в которое были включены более 1000 пациентов. По их данным, общая 5-летняя выживаемость в группе больных без нутритивной недостаточности до и во время лечения равнялась 71 %; в тех случаях, когда потеря массы тела составляла от 5 до 10 %, общая 5-летняя выживаемость снижалась до 59 %, а при значительной потере (более 10 %) массы тела — не превышала 42 % (рис. 3) [13].

При анализе 5-летней безрецидивной выживаемости столь больших различий не выявлено, однако они присутствуют и их можно назвать достоверными. Так, в группе больных с умеренной потерей массы тела 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 89 % против 82 % у пациентов с выраженным дефицитом массы тела (рис. 4) [13].

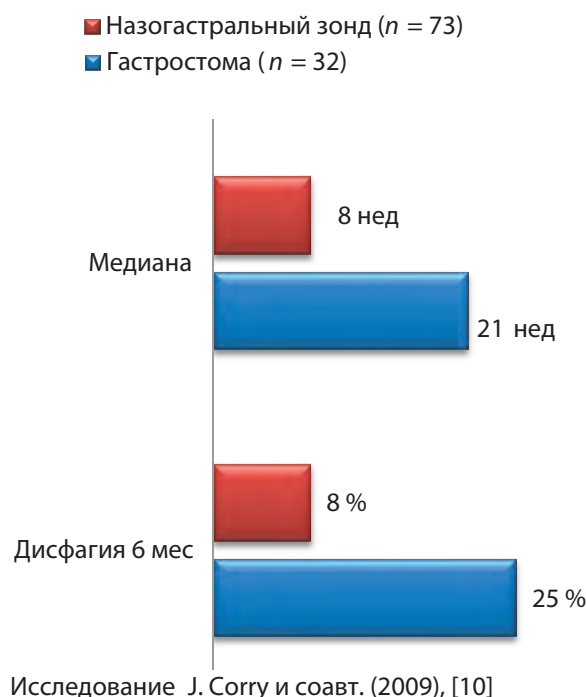
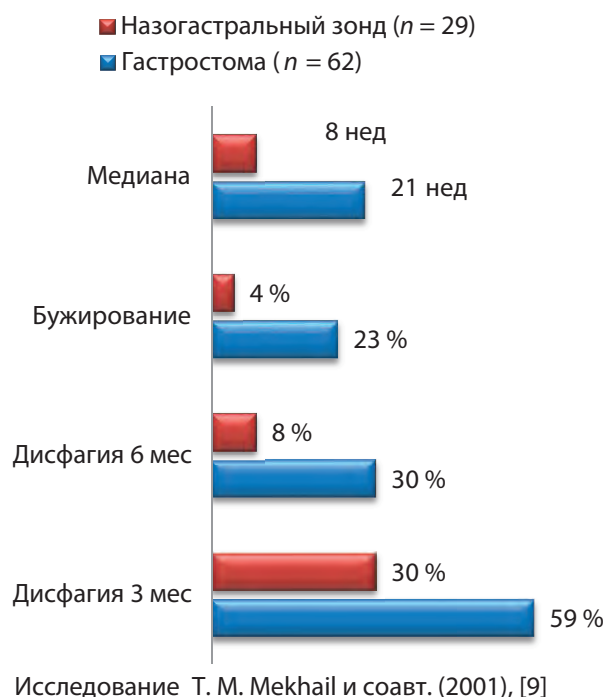


Рис. 2. Сравнительная характеристика отдаленных осложнений при питании через гастростому и назогастральный зонд

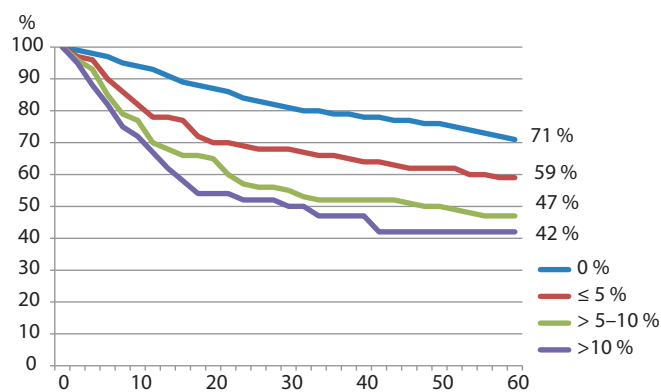


Рис. 3. Общая 5-летняя выживаемость в зависимости от степени потери массы тела до начала лечения ($p < 0,001$)

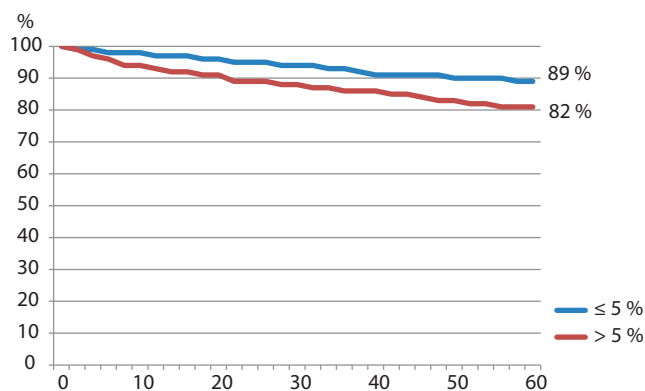


Рис. 4. Безрецидивная 5-летняя выживаемость в зависимости от степени потери массы тела во время лечения ($p < 0,001$)

При оценке влияния нутритивной поддержки на результаты хирургического лечения отмечается сходная тенденция. Так, по данным голландских ученых, частота послеоперационных осложнений возрастает с 22 % у нормально питающихся пациентов до 56 % у больных со сниженным ИМТ [14]. Сходные показатели были представлены D.A. de Luis и соавт.: местные осложнения не были зафиксированы в группе больных, получавших нутритивную поддержку, а в контрольной группе они составили 20,8 %. В свою очередь, развитие послеоперационных осложнений достоверно снижает онкологический прогноз [15]. Так, по данным В.З. Доброхотовой, у больных без развития послеоперационных осложнений общая 10-летняя выживаемость составляет 42 % с медианой 83 мес, а при наличии осложнений – только 23 % с медианой 32 мес [16].

Из вышесказанного следует, что нутритивная поддержка является неотъемлемым компонентом терапии плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны, позволяющим не только улучшить качество жизни пациентов, но и добиться оптимальных результатов лечения. Таким образом, нутритивная поддержка показана:

- пациентам до начала противоопухолевой терапии (хирургического и/или химиолучевого лечения);
- как поддерживающая терапия в процессе консервативного лечения, а также в до- и послеоперационный период;
- после завершения лечения для скорейшего восстановления качества жизни пациентов.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. 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.
2. Matthews T.W., Lampe H.B., Dragosz K. Nutritional status in head and neck cancer patients. *J Otolaryngol* 1995;24(2):87–91.
3. 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.
4. Couch M.E., Dittus K., Toth M.J. et al. Cancer cachexia update in head and neck cancer: Definitions and diagnostic features. *Head Neck* 2015;37(4):594–604.
5. Vermorken J.B., Remenar E., van Herpen C. et al. Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer. *N Engl J Med* 2007;357(17):1695–704.
6. Wendt T.G., Grabenbauer G.G., Rodel C.M. et al. Simultaneous radiochemotherapy alone in advanced head and neck cancer: a randomized multicenter study. *J Clin Oncol* 1998;16(4):1318–24.
7. 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. Nutritional support of oncologic patients: possibilities and contradictions. *Vestnik intensivnoy terapii = Herald of the Intensive Therapy* 2008;(2):43–50. (In Russ.)].
8. 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 nutritive support at chemical and /or radial therapy. Available at: <http://www.rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2-09.pdf>. (In Russ.)].
9. Mekhail T.M., Adelstein D.J., Rybicki L.A. et al. Nutrition during the treatment of head and neck carcinoma: is a percutaneous endoscopic gastrostomy tube preferable to a nasogastric tube? *Cancer* 2001;91(9):1785–90.
10. Corry J., Poon W., McPhee N. et al. Prospective study of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes versus nasogastric tubes for enteral feeding in patients with head and neck cancer undergoing (chemo)radiation. *Head Neck* 2009;31(7):867–76.
11. 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;32(5):671–8.
12. Bossola M. Nutritional interventions in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy: a narrative review. *Nutrients* 2015;7(1):265–76.
13. Langius J.A., Bakker S., Rietveld D. H. et al. Critical weight loss is a major prognostic indicator for disease-specific survival in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy. *Br J Cancer* 2013;109(5):1093–9.
14. 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.
15. 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.
16. Доброхотова В.З. Анализ осложнений реконструктивных операций при злокачественных опухолях полости рта. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. [Dobrohotova V.Z. Analysis of complications of reconstructive operations at malignant tumors of the mouth cavity. Thesis ... of doctor of medicine. Moscow, 2006 (In Russ.)].