

# Алгоритм проведения нутритивной поддержки у больных со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны

С.А. Кравцов, Н.В. Кириллов, Т.В. Коршунова

Отделение хирургии опухолей головы и шеи ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1 Департамента здравоохранения г. Москвы»; Россия, 105005, Москва, ул. Бауманская, 17/1

Контакты: Сергей Анатольевич Кравцов skraft65@yandex.ru

Статья посвящена актуальной проблеме обеспечения радикального хирургического лечения сложной категории больных злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны. Проведен анализ исходного нутритивного статуса пациентов и его динамики на этапах подготовки и выполнения обширного хирургического вмешательства. Разработан и представлен в виде схемы алгоритм проведения нутритивной поддержки на амбулаторном и стационарном этапах. Приведены собственные результаты, которые свидетельствуют о снижении числа послеоперационных осложнений и койко-дней благодаря применению разработанного алгоритма.

**Ключевые слова:** нутритивный статус, обширные хирургические вмешательства, злокачественные новообразования орофарингеальной зоны, алгоритм нутритивной поддержки

DOI: 10.17 650/2222-1468-2016-6-2-26-34

## Algorithm of nutritive support in patients with oropharyngeal malignant neoplasms

S.A. Kravtsov, N.V. Kirillov, T.B. Korshunova

Department of Head and Neck Tumors Surgery, Oncological Clinical Dispensary № 1 at the Department of Healthcare of Moscow; 17/1 Baumanskaya St., Moscow, 105005, Russia

The article is devoted to the actual problem of ensuring a radical surgical treatment of patients with tumors of oropharyngeal zone. We analyzed initial nutritional status of patients and its dynamics at the stages of preparation and implementation of major surgery. Developed and presented in the form of a flow chart of nutritional support on an outpatient and inpatient. We present the our own results, which show a decrease in the number of postoperative complications, and hospital stay-days due to the use of the developed algorithm.

**Key words:** nutritional status, major surgery, cancer of oropharyngeal zone, algorithm of nutritional support

### Введение

Социальная значимость проблемы лечения больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) орофарингеальной зоны не вызывает сомнений. С 2004 по 2014 г. в России отмечен прирост показателей заболеваемости ЗНО слизистой оболочки орофарингеальной зоны относительно полости рта на 30,0 %, а глотки — на 19,4 % [1]. Несмотря на относительно редкую встречаемость, ЗНО полости рта и глотки заняли 8-е место в структуре смертности среди мужчин в 2014 г. [1]. Более того, отмечают прирост показателей летальности населения России от ЗНО орофарингеальной зоны (губа, полость рта и глотка) с 2004 по 2014 г. на 14,5 % [1]. Высокой смертности способствует то, что часто заболевание выявляют на поздних стадиях развития опухолевого процесса. Так, по данным Г.В. Петровой и соавт. [2], диагностика ЗНО полости рта III–IV стадий в России в 2013 г. составила 61,7 % среди больных с впервые

установленным диагнозом. Значительно выше аналогичные показатели диагностики ЗНО глотки — 82,9 % [2]. Среди этой группы больных можно выделить контингент, подлежащий радикальному лечению. Однако показатель завершенности радикального лечения пациентов с ЗНО полости рта составил всего 41,1 %, а глотки — не превышал 28,4 % от впервые зарегистрированных и подлежавших радикальному лечению в 2014 г. в России [1]. Среди множества причин, влияющих на реализацию плана лечения, отметим основные:

- резистентность опухоли (прогрессирование на фоне лечения);
- осложнения, возникающие в результате лечения (лучевого, лекарственного, хирургического);
- осложнения опухолевого процесса (некроз тканей, аррозия магистральных сосудов, гнойный процесс, интоксикация, тромбоэмболия легочной артерии, острые нарушения мозгового кровообращения);

• ослабленный соматический статус больного (алиментарные нарушения, сопутствующая патология).

По мнению многих авторов, недостаточность питания выявляют у большого числа пациентов (40–80 %) с опухолями головы и шеи [3, 4]. Алиментарные нарушения являются основной причиной развивающихся осложнений или усугубляют их. Кроме того, при выраженных нарушениях нутритивного статуса противопоказаны любые методы противоопухолевого воздействия. Основными причинами развития нутритивной недостаточности являются:

- боль при приеме пищи (мукозиты, распад опухоли с воспалением прилежащих тканей, разрушение костей лицевого скелета);
- тризм;
- отсутствие аппетита, тошнота, рвота;
- пострезекционные дефекты органов орорфарингеальной зоны.

В связи с этим представляется очевидной обоснованная необходимость проведения коррекции нутритивного статуса не только в качестве подготовки к специальному лечению, но и в процессе лучевой и лекарственной терапии, а также после завершения лечения и на этапах реабилитации пациентов. Своевременная и адекватная нутритивная поддержка истощенных больных с рецидивными и распадающимися опухолями позволит расширить показания к проведению различных методов противоопухолевого лечения, снизить угрозу развития осложнений, а также сократить сроки пребывания пациента в стационаре, уменьшив расходы на его реабилитацию. Улучшение показателей завершенности радикального лечения будет способствовать повышению выживаемости этой тяжелой группы больных.

### Материалы и методы

Мы представляем часть накопленного нами клинического опыта — данные пациентов, перенесших обширные вмешательства по поводу местно-распространенных опухолей орорфарингеальной зоны, которым проводили коррекцию нутритивного статуса по оригинальной методике до и после операции. Полученные

ближайшие результаты мы сравнили с данными контрольной группы больных, которым выполняли подобные операции по аналогичным показаниям, но коррекцию нутритивного статуса проводили по широко распространенной в лечебных учреждениях схеме.

В отделении хирургии опухолей головы и шеи ОКД № 1 накоплен опыт лечения 56 больных с ЗНО органов орорфарингеальной зоны (табл. 1) в возрасте от 32 до 76 лет. Первую (основную) группу составили 26 пациентов, которым нутритивную поддержку осуществляли по оригинальной методике, 30 пациентам 2-й (контрольной) группы коррекцию нутритивного статуса выполняли по стандартной схеме. Локализация опухолей в анатомических рамках орорфарингеальной зоны была различной. Число наблюдений и их топографическая характеристика статистически сопоставимы. Основная группа набрана в течение последних 12 мес, контрольная группа сформирована из наблюдений, накопленных до применения разработанного метода коррекции нутритивного статуса в течение 12 мес.

Во всех случаях наличие опухолевого процесса было подтверждено морфологически: плоскоклеточный рак. Более чем в 57 % наблюдений преобладали рецидивные опухоли (табл. 2). Пациентов с распространенным метастатическим процессом на шее или отдаленными метастазами мы не включали в исследование. Среди первичных опухолей преобладала IV стадия — у 18 (75 %) из 24 больных.

Первичные опухоли чаще подвергали комбинированному воздействию (табл. 3). Рецидивы развились в 7 наблюдениях после хирургического лечения, в 19 — после консервативного и в 6 — после комбинированного.

Во всех наблюдениях мы выполняли обширные хирургические вмешательства на органах орорфарингеальной зоны и лимфатических путях шеи (табл. 4). В 31 случае это были различные варианты орорфациальных резекций с удалением фрагментов лицевого скелета и органов полости рта и ее дна, а также в ряде случаев ротоглотки. При этом в 22 (71 %) наблюдениях из 31 объем вмешательства был максимальным — резекционный этап совмещался с пластикой.

Таблица 1. Общая характеристика пациентов

Группа	Число пациентов	Локализация опухоли						
		слизистая оболочка щеки	язык	дно полости рта	ротоглотка	альвеолярный отросток челюсти	гортань	гортаноглотка
1-я	26	2	4	4	1	2	8	5
2-я	30	2	4	6	2	4	7	5
Всего	56	4	8	10	3	6	15	10

Таблица 2. Распространенность опухолевого процесса

Группа	Локализация опухоли	Число пациентов	Характеристика опухолевого процесса				
			рецидив	стадия			N3/M+
				II	III	IV	
1-я	Слизистая оболочка щеки	2	—	—	1	1	—
	Язык	4	3	—	1	—	—
	Дно полости рта	4	4	—	—	—	—
	Ротоглотка	1	1	—	—	—	—
	Альвеолярный отросток челюсти	2	1	1	—	—	—
	Гортань	8	4	—	—	4	—
	Гортаноглотка	5	2	—	1	2	—
2-я	Слизистая оболочка щеки	2	1	—	—	1	—
	Язык	4	2	—	—	2	—
	Дно полости рта	6	6	—	—	—	—
	Ротоглотка	2	2	—	—	—	—
	Альвеолярный отросток челюсти	4	2	—	1	1	—
	Гортань	7	3	—	—	4	—
	Гортаноглотка	5	1	—	1	3	—
Всего, абс.		56	32	1	5	18	0
				24			
Всего, %		100	57,2	42,8			

Таблица 3. Проведенное лечение

Группа	Опухоль	Число пациентов	Вид лечения		
			хирургическое	консервативное	комбинированное
1-я	Первичная	11	2	—	9
	Рецидивная	15	3	10	2
2-я	Первичная	13	3	—	10
	Рецидивная	17	4	9	4
Всего		56	12	19	25

Комбинированные ларингофарингэктомии выполнили 25 больным, из них 14 — с одномоментной пластикой.

Применяемая нами методика коррекции нутритивного статуса включала несколько этапов. При первичном осмотре пациента на амбулаторном этапе мы оценивали его нутритивный статус:

- изменение массы тела за последние 3 мес (потеря 10 % и более);
- индекс массы тела менее 18,5 кг/м<sup>2</sup>;

- ухудшение возможности приема пищи за последнюю неделю;

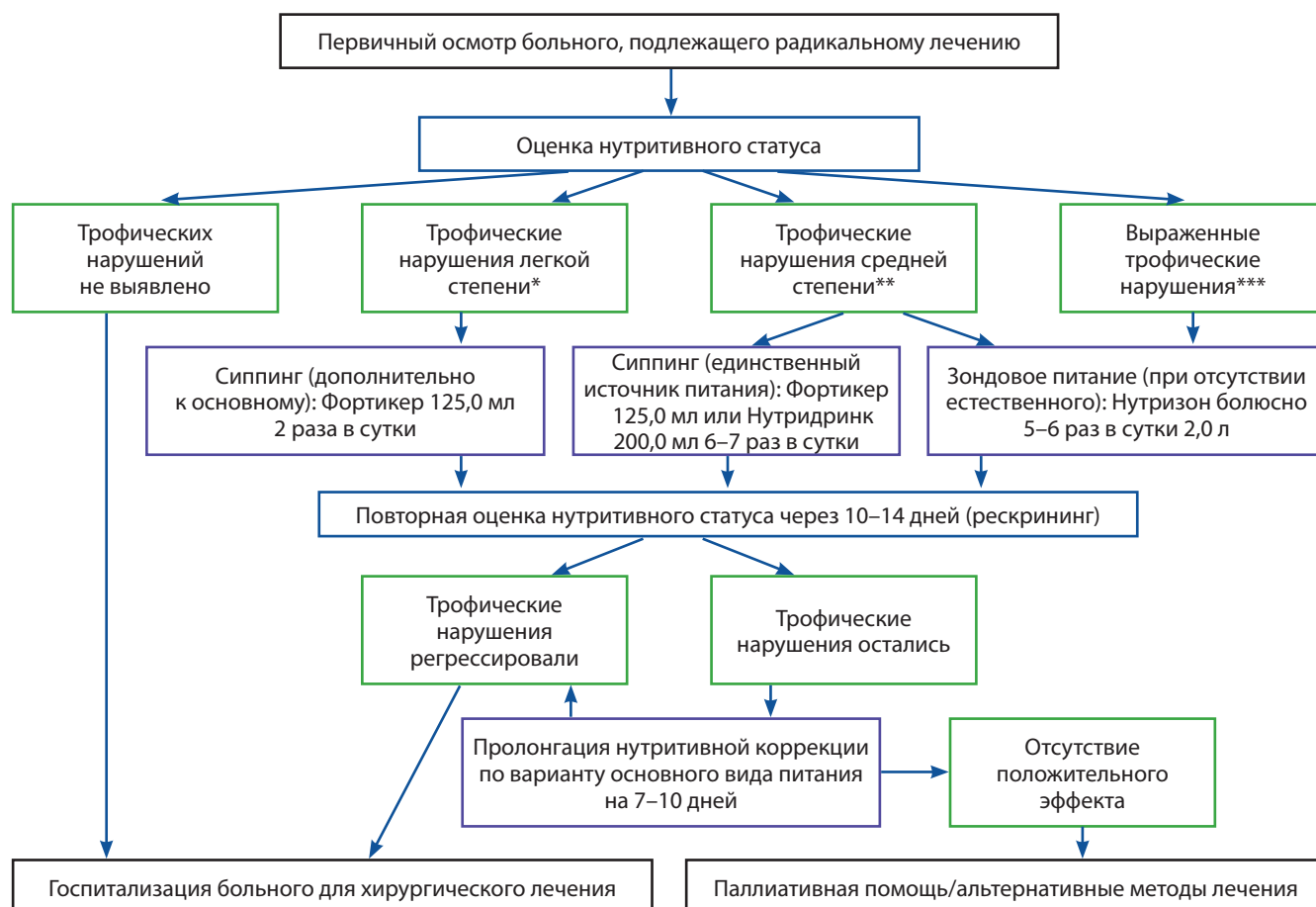
- уменьшение объема съедаемой пищи.

При наличии хотя бы 1 из указанных факторов больным основной группы начинали проведение нутритивной коррекции (рис. 1). Исходные характеристики больных обеих групп представлены в табл. 5. Показано, что обе группы сопоставимы по всем характеристикам, кроме уровня общего белка, который был в пределах нормы у большего числа пациентов кон-

Таблица 4. Объем хирургического лечения

Хирургическое вмешательство*	Число пациентов	Локализация опухоли													
		слизистая оболочка щеки		язык		дно полости рта		ротоглотка		челюсть		гортань		гортано-глотка	
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Орофациальная резекция	9	—	1	1	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Орофациальная резекция с пластикой	22	2	1	3	2	1	4	1	2	2	4	—	—	—	—
Ларингофарингэктомия	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	3	1
Ларингофарингэктомия с пластикой	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	2	4
Всего	56	2	2	4	4	4	6	1	2	2	4	8	7	5	5

\*Во всех наблюдениях выполняли вмешательства на лимфатических путях шеи.

**Примечание.**\*Медленное снижение массы тела до 3 кг за 3 мес, снижение лимфоцитов не менее  $1,5 \times 10^9/\text{л}$ .\*\*Снижение массы тела более 3 кг за 3 мес, лимфоциты до  $0,9 \times 10^9/\text{л}$ , снижение общего белка до 55 г/л, альбумин не ниже 30 г/л.

\*\*\*Быстрое снижение массы тела более 10 кг за 3 мес, кахексия, падение уровня лимфоцитов, общего белка и альбумина ниже показателей средней степени (\*\*).

Рис. 1. Алгоритм проведения коррекции нутритивного статуса больных на амбулаторном этапе (догоспитальный период)

Таблица 5. Исходные характеристики пациентов

Параметр	1-я группа	2-я группа
Средний возраст, лет	61,1	60,8
Выраженная сопутствующая патология, абс. (%)	20 (77)	22 (73)
<b>Средний уровень общего белка</b>		
50,0–55,0 г/л, абс. (%)	6 (23)	7 (23)
55,1–60,0 г/л, абс. (%)	11 (42)	10 (34)
60,1–64,0 г/л, абс. (%)	9 (35)	13 (43)
<b>Средний уровень альбумина</b>		
25,0–30,0 г/л, абс. (%)	9 (35)	10 (33)
30,1–35,0 г/л, абс. (%)	17 (65)	20 (67)
<b>Средний уровень лейкоцитов</b>		
$2,0-3,0 \times 10^9/\text{л}$ , абс. (%)	9 (35)	10 (33)
$3,1-4,0 \times 10^9/\text{л}$ , абс. (%)	2 (7)	1 (4)
$> 4,0 \times 10^9/\text{л}$ , абс. (%)	15 (58)	19 (63)
<b>Средний уровень лимфоцитов</b>		
$< 1,0-1,5$ тыс., абс. (%)	20 (77)	22 (73)
$1,6-2,0$ тыс., абс. (%)	6 (23)	8 (27)

трольной группы (т.е. как минимум по 1 показателю основная группа прогностически была тяжелее). Согласно рекомендациям зарубежных авторов мы расширили перечень показателей трофического статуса, добавив оценку уровня альбумина (см. рис. 1) [5].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) [6] потребность в энергии амбулаторных пациентов составляет 30–35 ккал/кг/день, а пациентов, находящихся в стационаре, 25–30 ккал/кг/день. Известно, что потребность в белке у онкологических пациентов повышена, поэтому адекватная доза белка должна быть не менее 1–1,5 г/кг/день. Выбор варианта питания с точки зрения восполнения энергии мы основываем на международных рекомендациях [5]. С этих позиций для больных с выраженной потерей массы тела 35–50 % энергетической потребности необходимо восполнять за счет жиров. Безусловно, все пациенты с онкологическим заболеванием за счет сокращенного рациона имеют недостаток витаминов и минералов. Восполнить эту потерю можно достаточно быстро путем применения средств нутритивной поддержки, содержащих высокие дозы витаминов и минералов.

Согласно международным рекомендациям у больных, которые могут самостоятельно принимать пищу,

мы отдавали предпочтение сиппинговым формам специализированного питания (метод частичного сиппинга). Это позволило обеспечить повышение биологической ценности рациона для устранения имеющегося пищевого дефицита. Необходимыми условиями для применения данного метода являются отсутствие нарушения сознания, сохранение глотательной функции и желание больного принимать питательные средства. Мы использовали как стандартное (Нутридринк, 12 г белка и 300 ккал в 200 мл), так и специализированное питание (Нутридринк Компакт Протеин, 18 г белка и 300 ккал в 125 мл или Фортикер, 11 г белка и 300 ккал в 125 мл). Выбор смеси для энтерального питания зависел от того, было ли это единственным источником питания или ее применяли в качестве дополнения к обычной пище, требовалось ли пациенту повышенное количество белка и имелись ли нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (например, мукозиты или диарея) (см. рис. 1). В случае использования препаратов в качестве дополнения к основному рациону рекомендуемый объем составлял 1 флакон по 125 мл 2 раза в день (2 флакона в день). Если энтеральное питание использовали в качестве основного источника питания больного, оптимальный объем рассчитывали индивидуально в зависимости от потребностей пациента в белке и энергии; средний объем в этом случае составлял 6–7 флаконов.

При невозможности приема пациентом пищи естественным путем мы прибегали к установке назогастрального зонда или наложению временной гастростомы (см. рис. 1). В этом случае было важно обеспечить организм всеми необходимыми питательными веществами. Мы рекомендуем способ, наиболее приемлемый для амбулаторного этапа коррекции, — болюсное введение питательных смесей (Нутризон): 5–6 раз в сутки непосредственно в желудок. Общий рекомендуемый объем питания также рассчитывался индивидуально и составил: в случае единственного и оптимального варианта — 2,0 л, дополнительного — 1,0 л.

Повторную оценку нутритивного статуса пациента (рескрининг) проводили непосредственно перед госпитализацией (табл. 6). Мы сравнивали лабораторные показатели трофического гомеостаза (общий белок, альбумин, лимфоциты) и динамику массы тела с зафиксированными до начала коррекции у больных основной группы. При анализе полученных данных мы отметили значимое улучшение биохимических и гематологических показателей нутритивного статуса: возросло число пациентов с нормальными показателями уровня белка, альбумина и лимфоцитов; было зарегистрировано отсутствие лейкопении II степени. Фактическая нормализация всех показателей позволила выполнить хирургические вмешательства в запланированные сроки у большинства больных ( $n = 23$  (88,5 %)). Необходимо отметить, что, если за 10–14 дней не удастся нормализовать показатели

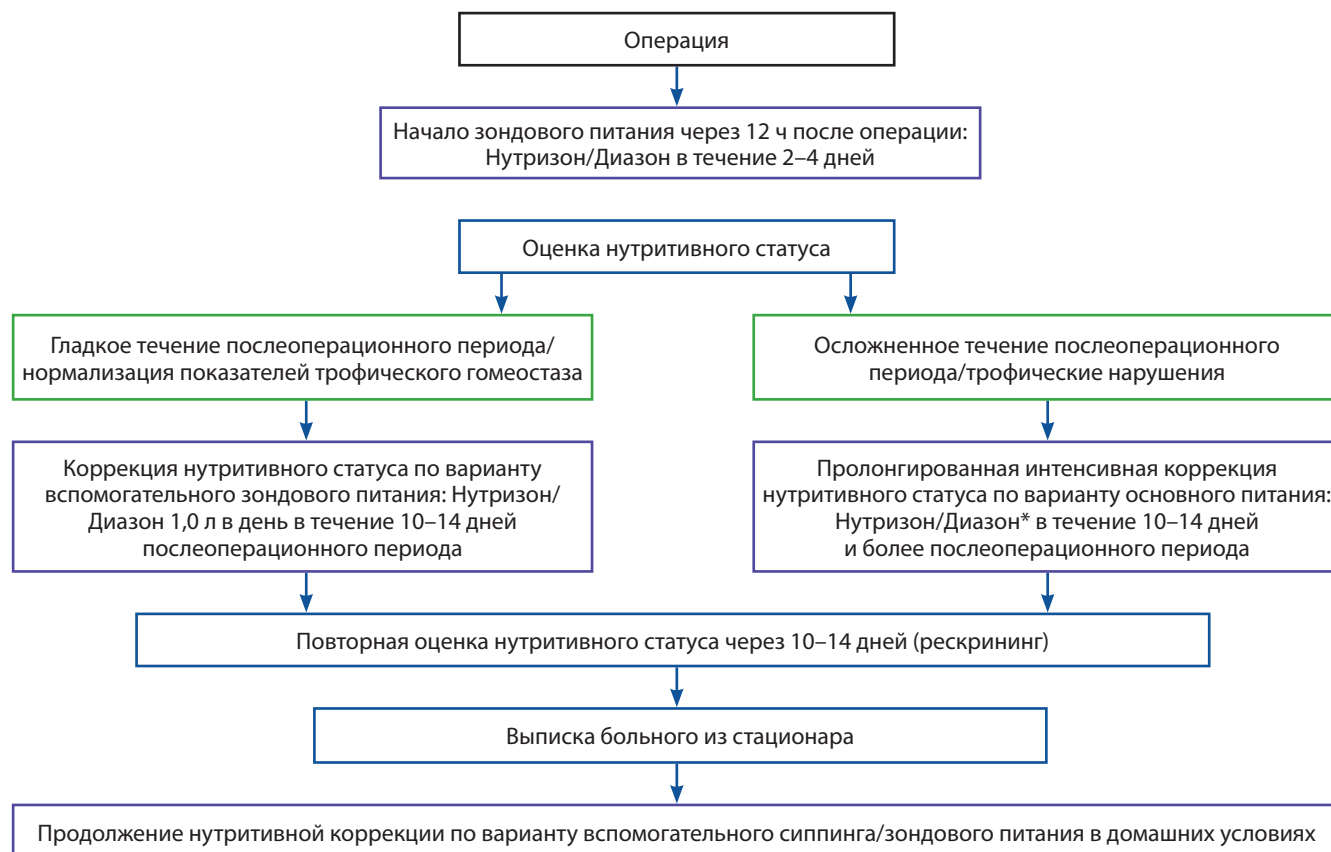
**Таблица 6.** Динамика показателей трофического статуса больных после предоперационной нутритивной коррекции

Параметр	1-я группа	2-я группа
Средний уровень общего белка		
50,0—55,0 г/л, абс. (%)	2 (8)	Не приме- нимо
55,1—60,0 г/л, абс. (%)	7 (27)	
60,1—64,0 г/л, абс. (%)	17 (65)	
Средний уровень альбумина		
25,0—30,0 г/л, абс. (%)	3 (12)	Не приме- нимо
30,1—35,0 г/л, абс. (%)	23 (88)	
Средний уровень лейкоцитов		
2,0—3,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	0	Не приме- нимо
3,1—4,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	4 (15)	
> 4,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	22 (85)	
Средний уровень лимфоцитов		
< 1,0—1,5 тыс., абс. (%)	7 (27)	Не приме- нимо
1,6—2,0 тыс., абс. (%)	19 (73)	

трофического статуса, целесообразно отложить выполнение операции и продолжить нутритивную коррекцию для снижения риска развития послеоперационных осложнений (см. рис. 1). В 7 наблюдениях мы пролонгировали коррекцию: 3 пациентов удалось подготовить и оперировать в приемлемые сроки, 4 больным рекомендовали паллиативную помощь (см. рис. 1).

Если возникала необходимость усилить коррекцию трофического статуса в интенсивном режиме на предоперационном этапе, мы заменяли метод введения питательных смесей на периодический (сеансовый): введение в течение 4–6 ч с перерывами на 2–3 ч. В случае выраженных нарушений соматического статуса и истощения больного мы комбинировали энтеральное зондовое питание с проведением инфузионно-трансфузионной терапии. Однако следует отметить, что энтеральное питание является более безопасным для пациента, так как не вызывает таких осложнений, как флебиты, эмболия сосудов, трансфузионный шок, гипергидратация и отек, нарушение констант гомеостаза.

В послеоперационном периоде мы продолжали нутритивную поддержку, начиная энтеральное зондовое питание методом сеансового введения уже через 12 ч после операции (рис. 2). Преимуществом подобного подхода является своевременная стимуляция



\*Объем питания определяется на основании потребностей пациента в белке и энергии согласно рекомендациям ESPEN.

**Рис. 2.** Алгоритм проведения коррекции нутритивного статуса больных в раннем послеоперационном периоде



**Таблица 7.** Характеристика трофического статуса больных в раннем послеоперационном периоде (2–3-и сутки после операции)

Параметр	1-я группа	2-я группа
<b>Средний уровень общего белка</b>		
50,0–55,0 г/л, абс. (%)	9 (35)	11 (37)
55,1–60,0 г/л, абс. (%)	13 (50)	19 (63)
60,1–64,0 г/л, абс. (%)	4 (15)	0
<b>Средний уровень альбумина</b>		
25,0–30,0 г/л, абс. (%)	17 (65)	26 (87)
30,1–35,0 г/л, абс. (%)	9 (35)	4 (13)
<b>Средний уровень лейкоцитов</b>		
2,0–3,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	0	0
3,1–4,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	2 (7)	6 (20)
4,1–9,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	3 (12)	9 (30)
> 9,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	21 (81)	15 (50)
<b>Средний уровень лимфоцитов</b>		
< 1,0–1,5 тыс., абс. (%)	9 (35)	23 (77)
1,6–2,0 тыс., абс. (%)	17 (65)	7 (23)

моторики желудка и кишечника. Применяемые нами жидкие формы питательных смесей удобны в клинической практике, так как не нуждаются в дополнительном разведении и полностью готовы к использованию в течение 24 ч после вскрытия упаковки.

Исходя из суточной потребности пациентов в энергии (30 ккал/кг) и белке (1,5 г/кг/сут), мы использовали Нутризон: 2 пакета по 1000 мл/сут (общий объем 2000 мл). Данная питательная смесь сочетает в себе молочные и растительные белки, обеспечивает легкое усвоение жирового компонента, обладает противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Наличие в смеси комплекса витаминов и микроэлементов оказывает антиоксидантную защиту. Пациентам, страдающим сахарным диабетом, мы назначали Нутризон Эдванст Диазон. Особенностью этой питательной смеси являются ее адаптивные свойства для данной группы пациентов (имеет наименьший гликемический индекс).

В случае гладкого течения послеоперационного периода и выполнения одномоментной реконструкции органов орофарингеальной зоны зондовое питание прекращали на 14-е сутки (см. рис. 2). При наличии у пациентов оро-, и/или фаринго-, и/или эзофаго-, и/или гастростом мы проводили зонд для питания через стому в желудок и рекомендовали про-

**Таблица 8.** Динамика показателей трофического статуса больных в результате послеоперационной нутритивной коррекции (10–14-е сутки после операции)

Параметр	1-я группа	2-я группа
<b>Средний уровень общего белка</b>		
50,0–55,0 г/л, абс. (%)	6 (23)	18 (60)
55,1–60,0 г/л, абс. (%)	4 (15)	7 (23)
60,1–64,0 г/л, абс. (%)	16 (62)	5 (17)
<b>Средний уровень альбумина</b>		
25,0–30,0 г/л, абс. (%)	9 (35)	17 (57)
30,1–35,0 г/л, абс. (%)	17 (65)	13 (43)
<b>Средний уровень лейкоцитов</b>		
2,0–3,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	2 (8)	4 (13)
3,1–4,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	3 (12)	4 (13)
4,1–9,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	15 (57)	8 (26)
> 9,0 × 10 <sup>9</sup> /л, абс. (%)	6 (23)	14 (48)
<b>Средний уровень лимфоцитов</b>		
< 1,0–1,5 тыс., абс. (%)	8 (31)	19 (63)
1,6–2,0 тыс., абс. (%)	18 (69)	11 (37)

должать нутритивную поддержку после выписки до момента устранения стомы и полного восстановления пищевого рациона. При этом выбор метода зондового питания и его объем (режим единственного или дополнительного источника) мы оставляли за пациентом (см. рис. 2). Пролонгированную интенсивную коррекцию нутритивного статуса по варианту основного питания (Нутризон/Диазон 2,0 л/сут) мы проводили в случае сохранения отклонений показателей трофического гомеостаза или развития осложнений до 10–14 сут и более послеоперационного периода (до момента нормализации показателей). Максимальные сроки в наших наблюдениях не превышали 17 сут (см. рис. 2).

### Результаты и обсуждение

Необходимо отметить, что исследование было проведено на основании имеющегося практического опыта и тех позитивных явлений, которые мы наблюдали при использовании данного подхода. В связи с этим мы сообщаем лишь о выявленных тенденциях. Проанализировав полученные результаты, мы отметили, что в послеоперационном периоде нарушения трофического гомеостаза были зарегистрированы у больных обеих групп. В основном это объясняется тяжестью выполненных хирургических вмешательств.

Таблица 9. Осложнения после хирургического лечения

Хирургическое вмешательство*	Число пациентов	Осложнение														Всего	
		аррозия сосудов		нагноение		некроз лоскута		слюнной свищ		острое нарушение мозгового кровообращения		пневмония		со стороны сердечно-сосудистой системы			
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	n	%
Орофациальная резекция	9	—	1	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	1	—	6	66,7
Орофациальная резекция с пластикой	22	—	1	1	2	1	—	—	2	—	—	1	—	—	1	9	40,9
Ларингофаринг-эктомия	11	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	4	36,4
Ларинго-фарингэктомия с пластикой	14	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	1	5	35,7
Всего, абс.	56	1	3	1	3	1	2	2	5	1	0	1	1	1	2	24	42,8
1-я группа, абс.	26	1	—	1	—	1	—	2	—	1	—	1	—	1	—	8	30,8
2-я группа, абс.	30	—	3	—	3	—	2	—	5	—	0	—	1	—	2	16	53,3

\*Во всех наблюдениях выполняли вмешательства на лимфатических путях шеи.

Тем не менее в основной группе у 15 % больных в раннем послеоперационном периоде сохранялся нормальный уровень общего белка, что не было отмечено в контрольной группе (табл. 7). Кроме того, практически в 3 раза больше пациентов основной группы сохраняли нормальный уровень альбумина после операции. Выраженная лейкопения не была зарегистрирована в обеих группах. Однако обычный для послеоперационного периода лейкоцитоз, выражающий адекватную реакцию организма на агрессивное лечение, существенно чаще отмечали в основной группе. Нормальный уровень лимфоцитов в 3 раза чаще выявляли у больных, получавших нутритивную поддержку.

Следует отметить, что более чем у половины больных группы нутритивной поддержки к 10–14-м суткам после операции (табл. 8) регистрировали нормализацию уровней общего белка, альбумина и лимфоцитов (62, 65 и 69 % пациентов соответственно), а также снижение уровня лейкоцитов до нормальных показателей (57 % пациентов). В отличие от них в контрольной группе нормализация аналогичных показателей зарегистрирована в 17, 43, 37 и 26 % наблюдений соответственно.

Эффективность проводимой нами коррекции нутритивного статуса проявлялась не только в нормали-

зации лабораторных показателей, но и в клиническом течении послеоперационного периода (табл. 9). Число хирургических осложнений в основной группе было существенно ниже, чем в группе контроля (30,8 % против 53,3 %). Питательные смеси легко переносились пациентами, нежелательных явлений нами зарегистрировано не было.

Гладкое течение послеоперационного периода способствовало сокращению срока пребывания больных основной группы в стационаре на 4 койко-дня: 23 против 27 (табл. 10).

Таблица 10. Сравнительная характеристика основных показателей продолжительности пребывания больных в стационаре

Параметр	1-я группа (n = 26)	2-я группа (n = 30)
Общий койко-день, абс.	601	806
Средний койко-день на группу	23	27
Средний койко-день для больных без осложнений	20,1	21,5
Средний койко-день для больных с осложнениями	29,9	31,6



### Заключение

Анализ полученных нами результатов показал, что включение нутритивной поддержки в схему предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных с ЗНО орофарингеальной зоны позволило уменьшить число послеоперационных осложнений и койко-дней пребывания пациентов в ста-

ционаре, что в целом снизило объем общих затрат на лечение. Данный подход не представляет трудностей для его рутинного применения в реальной клинической практике. Для удобного использования нашей методики мы предлагаем алгоритм проведения нутритивной поддержки у больных со злокачественными опухолями орофарингеальной зоны (см. рис. 1, 2).

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

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. С. 14, 131, 138, 157. [Status of oncology aid to the population of Russia in 2014 (morbidity and mortality rate). By eds.: A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: P.A. Herzen Moscow Scientific and Research Oncological Institute, 2016. Pp. 14, 131, 138, 157. (In Russ.)].

2. Петрова Г.В., Каприн А.Д., Грецова О.П., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России. Обзор статистической информации за 1993–2013 гг.

Под общ. ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. С. 69, 81. [Petrova G.V., Kaprin A.D., Gretsova O.P., Starinskiy V.V. Malignant neoplasms in Russia. Review of statistical information for 1993 to 2013. By eds.: A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy. Moscow: P.A. Herzen Moscow Scientific and Research Oncological Institute, 2015. Pp. 69, 81. (In Russ.)].

3. Lees J. Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology center. Eur J Cancer Care (Engl) 1999;8(3):133–6.

4. 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. Onkokirurgiya = Cancer Surgery 2010;2(4):22–5. (In Russ.)].

5. Elia M. Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility. Development and use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adult. Maidenhead: British Association for Parenteral and Enteral Nut, 2003.

6. Arends J., Bodoky G., Bozzetti F. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr 2006;25:245–59.