

Нутритивная поддержка больных при хирургическом лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта

А.М. Мудунов, Д.Б. Удинцов

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

Контакты: Дмитрий Борисович Удинцов drudintsov@mail.ru

Введение. Лечение плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта — сложный и многокомпонентный процесс с обязательным хирургическим вмешательством на I этапе лечения. А это обычно ведет к формированию обширных хирургических дефектов в ходе оперативного лечения и требует одномоментного их закрытия. В связи с этим перед хирургом встанут актуальные задачи оптимизации лечения и поиска путей снижения частоты реализации послеоперационных осложнений. Значительную роль в этом процессе играет нутритивная поддержка.

Цель исследования — оценка влияния нутритивной поддержки на непосредственное течение послеоперационного периода при хирургическом лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта у первичных больных.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном нами в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 43 первичных больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта были разделены на 2 группы: в одной пациенты получали нутритивную поддержку (1-я группа), другая была контрольной (2-я группа).

Результаты. В 1-й группе местные осложнения зафиксированы в 7 (31,8 %) случаях, в то время как в контрольной группе — в 9 (42,3 %). При этом необходимо отметить, что тяжесть местных осложнений была также выше во 2-й группе больных. Такие грозные осложнения, как частичный и тотальный некрозы лоскута, развились только у пациентов контрольной группы — соответственно в 3 (14,3 %) и 1 (4,8 %) случаях, а в группе нутритивной поддержки выявлены лишь 2 (9,1 %) случая краевого некроза. Частота реализации послеоперационных осложнений влияет и на длительность пребывания больных в стационаре. Так, после хирургического лечения пациенты 1-й группы находились в условиях стационара в среднем 16,6 койко-дней (к/д), а контрольной — 21,5 к/д.

Заключение. Нутритивная поддержка позволяет добиться не только повышения качества жизни пациентов, но и снизить частоту реализации послеоперационных осложнений, а это, в свою очередь, ведет к улучшению показателей общей выживаемости.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, нутритивная поддержка, Нутридринк Компакт Протеин, Нутризон Эдванст Протизон, сипинг

DOI: 10.17650/2222-1468-2017-7-3-47-52

Nutritional support of patients after surgical treatment for oral squamous cell carcinoma

A.M. Mudunov, D.B. Udintsov

Department of Head and Neck Tumors, Surgical Department for Tumors of the Upper Respiratory and Digestive Tracts, N.N. Blokhin
National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia; 21 Kashira Highway, Moscow 115478, Russia

Introduction. Treatment of oral squamous cell carcinoma is a complex and multicomponent process with obligatory surgical intervention at stage I of treatment. This usually leads to formation of extensive surgical defects during operational treatment and requires their single-step closure. Therefore, a surgeon faces a challenge of treatment optimization and a search for ways to decrease the rate of postoperative complications. Nutritional support plays a significant role in this process.

The study objective is to evaluate the effect of nutritional support on immediate course of the postoperative period after surgical treatment for oral squamous cell carcinoma in primary patients.

Materials and methods. In the study performed at the N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, 43 primary patients with oral squamous cell carcinoma were divided into 2 groups: in one group the patients received nutritional support (1st group), the other group served as control (2nd group).

Results. In the 1st group local complications were observed in 7 (31.8 %) cases, while in the control group in 9 (42.3 %) cases. Furthermore, severity of local complications in the 2nd group was also higher than in the 1st group. Such severe complications as partial or total necrosis of the flap developed only in the control group: in 3 (14.3 %) and 1 (4.8 %) case, respectively, while in the nutritional support group only 2 (9.1 %) cases of marginal necrosis were observed. Rate of postoperative complications also affects duration of inpatient stay. Thus, after surgical treatment patients in the 1st group stayed at the hospital for 16.6 bed-days (b/d) on average, while in control group they stayed for 21.5 b/d.

Conclusion. Nutritional support allows to improve patients' quality of life and decrease the rate of postoperative complications, which in turn leads to increased overall survival.

Key words: oral squamous cell carcinoma, nutritional support, Nutridrink compact protein, Nutrison advanced protison, sipping

Введение

Лечение плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта является сложным и многокомпонентным процессом с обязательным хирургическим вмешательством на I этапе лечения. Несмотря на визуальную локализацию данной группы опухолей, большинство пациентов обращается в специализированные онкологические учреждения уже с местнораспространенными опухолевыми процессами [1]. А это, как следствие, приводит к формированию обширных хирургических дефектов в ходе оперативного лечения, что требует одномоментного их закрытия. В связи с этим перед хирургом встают актуальные задачи оптимизации лечения и поиска путей снижения частоты реализации послеоперационных осложнений. Значительную роль в этом процессе играет сопроводительная терапия, в том числе и нутритивная поддержка. Так, по данным ряда иностранных исследований, только от момента верификации диагноза до начала лечения пациенты, как правило, теряют не менее 5 % массы тела, и число таких больных достигает 52 % [2–4]. А по данным голландских ученых, частота послеоперационных осложнений возрастает с 22 % у нормально питающихся пациентов до 56 % у больных со сниженным индексом массы тела (ИМТ) [5]. Похожие результаты опубликовали D.A. de Luis и соавт. В исследовании они выделили 2 группы пациентов: с нутритивной поддержкой и контрольную. В группе больных, получавших нутритивную поддержку в до- и послеоперационном периодах, не было зафиксировано местных осложнений,

а в контрольной группе они были отмечены в 20,8 % случаев [6]. Таким образом, коррекция нутритивного статуса позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, что, в свою очередь, приводит к оптимизации результатов лечения и улучшает качество жизни больных.

Цель исследования — оценка влияния нутритивной поддержки на непосредственное течение послеоперационного периода при хирургическом лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта у первичных больных.

Материалы и методы

В наше исследование были включены 43 больных с впервые установленным диагнозом «плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта», лечившихся в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в 2016 г. Всем им было проведено расширенно-комбинированное хирургическое вмешательство с обязательным одномоментным замещением хирургического дефекта.

Среди заболевших плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта мужчин было больше, чем женщин: 29 (67,4 %) против 14 (32,6 %). При этом в интервале до 60 лет преобладали мужчины, а после 60 лет число заболевших обоих полов было сопоставимо (рис. 1).

Местнораспространенный процесс (T3–T4 по международной классификации стадий злокачественных новообразований TNM) был выявлен у 34 (79,1 %)

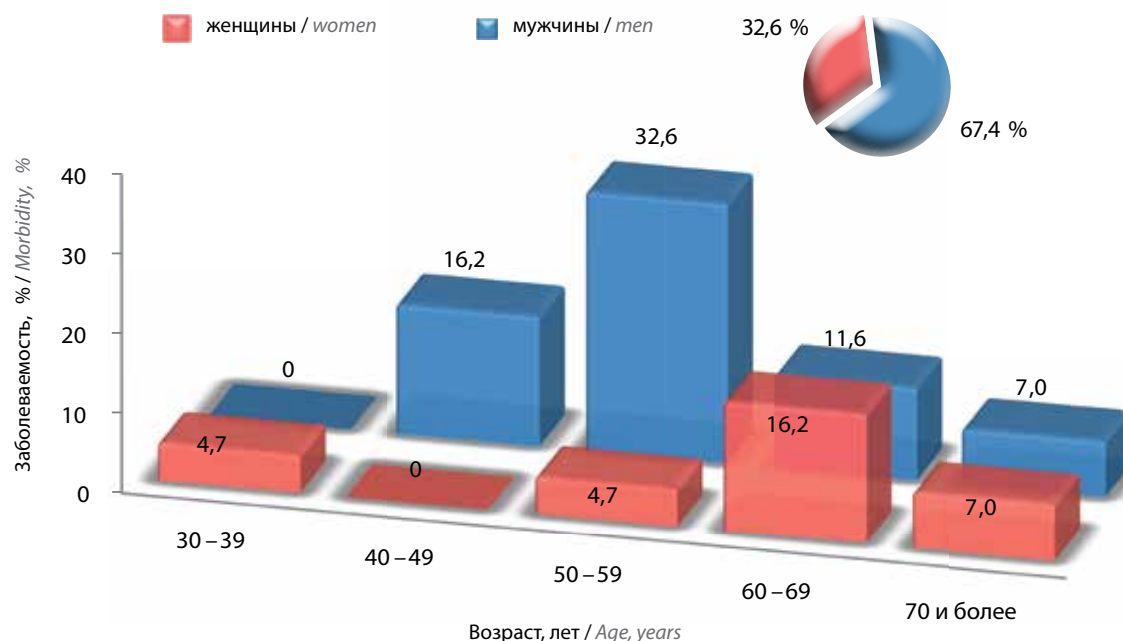


Рис. 1. Заболеваемость плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта среди первичных больных в зависимости от возраста и гендерных различий, N = 43

Fig. 1. Oral squamous cell carcinoma morbidity among primary patients depending on age and gender, N = 43

Таблица 1. Распространенность опухолевого процесса при плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта у больных, n (%), N = 43

Table 1. Tumor staging in patients with oral squamous cell carcinoma, n (%), N = 43

Распространенность опухоли Tumor stage	Региональные лимфатические узлы Regional lymph nodes					Всего Total
	N0	N1	N2a	N2b	N2c	
T2	8 (18,6)	—	—	1 (2,3)	—	9 (20,9)
T3	9 (20,9)	2 (4,7)	2 (4,7)	4 (9,3)	5 (11,6)	22 (51,2)
T4	8 (18,6)	—	1 (2,3)	3 (7,0)	—	12 (27,9)
Итого Total	25 (58,1)	2 (4,7)	3 (7,0)	8 (18,6)	5 (11,6)	43 (100)

больных. У 9 (20,9 %) пациентов распространенность опухолевого процесса соответствовала T2 (табл. 1). Регионарные метастазы диагностированы у 18 (41,9 %) больных. У 2 (4,7 %) пациентов поражение лимфатических узлов соответствовало символу N1, а степень их вовлеченности у 16 (37,2 %) — N2. Поражение регионарных лимфатических узлов зависело от размеров первичного очага: так, у пациентов с ограниченным опухолевым процессом (T2) регионарные метастазы были выявлены только в 1 (2,3 %) случае, а при местнораспространенном — в 15 (34,9 %).

У половины обследованных больных опухоль располагалась в области тканей дна полости рта — 23 (53,5 %). Процесс распространился на альвеолярную часть нижней челюсти у 10 (23,3 %) больных, ткань щеки — у 6 (13,9 %) и язык — у 4 (9,3 %) (рис. 2).

В ходе хирургического лечения 30 (69,8 %) пациентам была выполнена сегментарная резекция нижней челюсти, в 6 (13,9 %) случаях — краевая, и 2 (4,7 %) больным для обеспечения оптимального доступа к первичному очагу произведена срединная мандибулотомия (рис. 3). Таким образом, у всех больных в ходе

хирургического лечения образовывались комбинированные дефекты тканей значительных объемов, что потребовало одномоментной реконструкции. В качестве пластического материала для замещения хирургического дефекта применяли местные и перемещенные лоскуты, в том числе аутоотрансплантаты на микрососудистых анастомозах. При этом у подавляющего числа больных использовали кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы — 27 (62,8 %), в 7 (16,3 %) случаях — кожно-жировой носогубный лоскут и в 5 (11,6 %) — кожно-мышечно-костный малоберцовый аутоотрансплантат (рис. 4). Операции на путях регионарного метастазирования были сделаны всем пациентам, а 11 (25,6 %) больным выполнено фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи с 2 сторон.

Задачей нашего исследования была оценка влияния нутритивной поддержки на непосредственное течение послеоперационного периода. С этой целью все больные были разделены на 2 группы: в одной пациенты



Рис. 2. Локализация опухолевого процесса в полости рта, N = 43
Fig. 2. Tumor localization in the oral cavity, N = 43

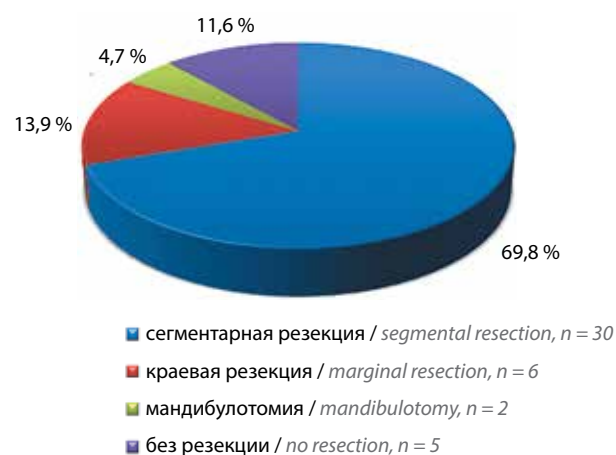


Рис. 3. Объем хирургических вмешательств на нижней челюсти при раке слизистой полости рта, N = 43
Fig. 3. Extent of mandibular surgical interventions for oral squamous cell carcinoma, N = 43



Рис. 4. Характеристика пластического материала при хирургических вмешательствах с одномоментной реконструкцией у больных с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта, N = 43. БГМ – большая грудная мышца

Fig. 4. Characteristics of reconstruction material used in surgical interventions with single stage reconstruction in patients with oral squamous cell carcinoma, N = 43. PMM – pectoralis major muscle

получали нутритивную поддержку (1-я группа), другая была контрольной (2-я группа).

Пациенты 2-й группы в течение недели до операции дополнительно получали по 2 флакона в день «Нутридринк Компакт Протеин» методом сипинга, в послеоперационном периоде, находясь на зондовом питании, получали энтеральную смесь «Нутризон Эдванст Протизон» (или «Нутризон Эдванст Диазон НЕНР» при наличии у пациента диабета или гипергликемии) с повышенным содержанием белка из расчета 1,5 г белка и 25 ккал на 1 кг массы тела (рис. 5 и 6).

После восстановления акта глотания и удаления зонда пациенты вновь получали в качестве дополни-



Рис. 5. Нутридринк Компакт Протеин
Fig. 5. Nutridrink Compact Protein

Таблица 2. Распределение больных внутри групп исследования

Table 2. Patient distribution in the study

Критерий Criterion		Группа 1, n = 22 Group 1, n = 22	Группа 2, n = 21 Group 2, n = 21
Средний возраст, лет Mean age, years		52	54
Пол Sex	Мужчины Men	15	14
	Женщины Women	7	7
Распространенность опухоли Tumor stage	T2	4	5
	T3	11	11
	T4	7	5
Резекция нижней челюсти Mandibular resection	сегментарная segmental	16	14
	краевая marginal	3	3
Пластический материал Reconstruction material	Большая грудная мышца Pectoralis major muscle	14	13
	Малоберцовый аутографт Fibular autograft	3	2
	Носогубный лоскут Nasolabial flap	4	3

тельного питания «Нутридринк компакт протеин». В данную группу были включены 22 (51,2 %) пациента, а в группу контроля – 21 (48,8 %).

Больных рандомизировали в группы таким образом, чтобы не было статистически значимых различий по полу, возрасту, распространенности опухолевого процесса и способам реконструкции (наиболее значимые характеристики однородности групп приведены в табл. 2).



Рис. 6. Нутризон Эдванст Протизон
Fig. 6. Nutrison Advanced Protison

Результаты

При анализе результатов лечения обращало на себя внимание большее число местных и общих осложнений в контрольной группе. Среди пациентов, получавших нутритивную поддержку, в 7 (31,8 %) случаях отмечены местные осложнения, в то время как в контрольной группе их было 9 (42,3 %). При этом необходимо отметить, что тяжесть местных осложнений была также выше во 2-й группе больных. Такое грозное осложнение, как частичный и тотальный некрозы лоскута, отмечено только у пациентов контрольной группы соответственно в 3 (14,3 %) и 1 (4,8 %) случаях, а в группе нутритивной поддержки реализовались только 2 (9,1 %) краевых некроза. Более подробно структура местных осложнений приведена в табл. 3. Частота развития инфекционных осложнений была значительно ниже у пациентов, получавших дополнительное питание. Так, пневмония диагностирована у 1 (4,5 %) больного в группе нутритивной поддержки и у 3 (14,3 %) в контрольной группе. Единственный случай тяжелой анемии, потребовавший переливания крови, также зарегистрирован у пациентов, не получавших нутритивную поддержку.

Частота реализации послеоперационных осложнений влияет и на длительность пребывания больных в стационаре. Так, после хирургического лечения пациенты 1-й группы находились в условиях стационара в среднем 16,6 койко-дней (к/д), а контрольной — 21,5 к/д. При этом необходимо отметить, что при наличии нут-

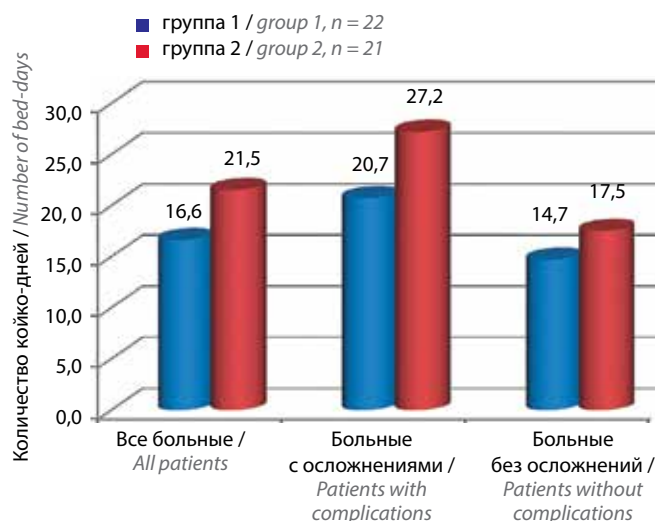


Рис. 7. Длительность пребывания в стационаре больных 1-й и 2-й групп
Fig. 7. Duration of inpatient stay for patients in the 1st and 2nd groups

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Authors declare no conflict of interest.

Таблица 3. Структура послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах с одномоментной реконструкцией у больных с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта, n (%), N = 43

Table 3. Structure of postoperative complications after surgical interventions with single stage reconstruction in patients with oral squamous cell carcinoma, n (%), N = 43

Осложнения Complications			Группа 1, n = 22 Group 1, n = 22	Группа 2, n = 21 Group 2, n = 21
Местные Local	Расхождение швов Suture line disruption		2 (9,1)	2 (9,5)
	Свищ Fistula		3 (13,6)	3 (14,3)
	Некроз лоскута Flap necrosis	краевой marginal	2 (9,1)	—
		частичный partial	—	3 (14,3)
		тотальный total	—	1 (4,8)
Общие General	Пневмония Pneumonia		1 (4,5)	3 (14,3)
	Анемия Anemia		—	1 (4,8)

ритивной поддержки, даже при развитии местных и общих осложнений, длительность нахождения в стационаре сокращалась с 27,2 (в контрольной группе) до 20,7 к/д. А среди пациентов без осложнений средняя длительность пребывания в стационаре составила: в 1-й группе 14,7 к/д, во 2-й — 17,5 к/д, что свидетельствует об эффективности и необходимости нутритивной поддержки больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта (рис. 7).

Заключение

С учетом сказанного можно сделать вывод, что нутритивная поддержка с использованием высокобелковых продуктов («Нутридринк Компакт Протеин» и «Нутризон Эдванст Протизон») является неотъемлемой частью сопроводительной терапии при лечении больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта. Нутритивная поддержка позволяет добиться не только повышения качества жизни пациентов, но и снизить частоту послеоперационных осложнений, а это, в свою очередь, ведет к улучшению показателей общей выживаемости [7].

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

1. 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)].
2. 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. DOI: 10.1016/j.radonc.2010.02.017. PMID: 20223540.
3. Matthews T.W., Lampe H.B., Dragoz K. Nutritional status in head and neck cancer patients. J Otolaryngol 1995;24(2):87–91. PMID: 7602677.
4. 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. DOI: 10.1097/01.coc.0000198745.94757.ee. PMID: 16601440.
5. 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. PMID: 9243270.
6. 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. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601458. PMID: 12428179.
7. 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. Dissert. PhD. Moscow, 2006. (In Russ.)].

Статья поступила: 29.08.17. Принята в печать: 18.09.17.

Article received: 29.08.17. Accepted for publication: 18.09.17.