

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СИНДРОМУ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Синдром анорексии-кахексии у онкологических больных (САКОБ) – мультифакторный синдром с нарастающей потерей массы скелетной мускулатуры (с или без потери жировой ткани) в результате снижения потребления пищи и дисбаланса метаболических процессов в организме, что сопровождается нарушениями белкового и энергетического обменов. Эти изменения полностью необратимы и приводят к прогрессивному ухудшению функционального статуса пациента.

САКОБ был трансформирован из синдрома кахексии (kakos – плохой и hexis – состояние) с 2000-х годов и на сегодняшний день является важным клиническим фактором и независимым маркером, определяющим выживаемость онкологических больных.

Последствия синдрома анорексии-кахексии:

- нарушение физического, функционального и психологического статуса;
- ухудшение переносимости лечения;
- уменьшение ответа на лечение;
- ухудшение качества жизни;
- снижение выживаемости.

Каждый четвёртый из 20 онкологических больных умирает непосредственно от синдрома анорексии-кахексии.

СТАДИИ САКОБ:

- I. Прекахексия:** потеря массы тела $\leq 5\%$ за последние 6 месяцев, признаки системного воспалительного ответа, анорексия и метаболические изменения.
- II. Кахексия:** потеря массы тела $> 5\%$ за последние 6 месяцев (при условии, что пациент не голодал специально!);
или продолжающаяся более 2% потеря массы тела, индекс массы тела менее 20 кг/м^2 ;
или потеря скелетной мускулатуры и продолжающаяся более 2% потеря массы тела.
Признаки системного воспалительного ответа, анорексия, снижение потребления объема пищи.

III. Рефрактерная кахексия: критерии кахексии на фоне выраженного катаболизма, отсутствие эффекта от проводимой противоопухолевой терапии, ECOG 3-4, ожидаемая продолжительность жизни менее 3-х месяцев.

Оценка синдрома анорексии-кахексии у онкологических больных:

Анорексия: необходимо оценить факторы, лежащие в основе уменьшения объема пищи, например, нарушение вкуса и обоняния, снижение гастроинтестинальной моторики (тошнота, рвота, быстрое насыщение, запоры) и др. Дополнительно оценивают наличие стоматита, одышки, боли. Объем потребления пищи должен оцениваться постоянно, особенно белка и калорий.

Катаболизм: гиперкатаболизм очень часто вызывается опухолевым метаболизмом, системным воспалением или другими опухоль-опосредованными эффектами. Наиболее распространенной является оценка степени катаболизма по уровню С-реактивного белка. Однако кахексия может развиваться на фоне катаболизма без повышения С-реактивного протеина за счет прогрессирования заболевания или применения химиотерапии.

Физический и психологический статус: для оценки применяют статус по ECOG, индекс Карновского, опросник EORTC QLQ C-30. Необходимо понять, насколько физическое и психологическое состояние пациента влияют на способность принимать необходимый объем пищи и темпы потери массы тела.

Объективный осмотр: обратить особое внимание на наличие отеков, тургор кожи – оценить признаки обезвоживания, провести осмотр полости рта (налет, стоматит), оценить массу тела (пациенты с ожирением – высокая группа риска!), при возможности провести динамометрию.

Лабораторные показатели: оценить показатели уровня лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, С-реактивного белка, глюкозы, мочевины и креатинина, АЛТ, АСТ, общего билирубина.

НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЧЕТКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО АЛГОРИТМУ ДИАГНОСТИКИ САКОБ НЕ СУЩЕСТВУЕТ.

Возможности лечения синдрома анорексии-кахексии

Подходы к лечению в стадии прекахексии. Только в этот период возможно приостановить потерю массы тела и скелетной мускулатуры. При этом требуется мониторинг функциональных и лабораторных показателей, оценка статуса пациента, активная нутритивная поддержка (энтеральное питание препаратами с высоким содержанием белка в малом объеме, например, нутридринк компакт протеин и др., парентеральное питание), терапия осложнений противоопухолевого лечения (химиотерапии, оперативного лечения, лучевой терапии).

Подходы к лечению в стадии кахексии и рефрактерной кахексии. В этой стадии добиться прекращения потери массы тела и скелетной мускулатуры невозможно, и задача врача и пациента добиться снижения темпов потери, что достижимо. Для этого в первую очередь необходимо выявить и скорректировать причины, усугубляющие течение САКОБ. Обязательна нутритивная поддержка, которую можно применять в гипокалорическом режиме (например, энтеральное питание с высоким содержанием белка в малом объеме, 100-200 мл, несколько раз в день или др.).

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

Высокий уровень рекомендаций

1. Противоболевая терапия.
2. Энтеральное питание с высоким содержанием белка в малом объеме 100-200 мл.
3. Парентеральное питание (три в одном).
4. Омега 3 жирные кислоты от 1,6 до 2,4 грамм в сутки.
5. Глюкортикоиды (коротким курсом не более 2 недель).
6. Прокинетики.
7. Спазмолитики.
8. Ферменты.
9. Слабительные.
10. Антиэметики (антагонисты NK1 и 5-HT3 рецепторов).
11. Гепатопротекторы содержащие S-адemetионин.
12. Парентеральные препараты железа на основе карбоксимальтозы.

Средний уровень рекомендаций

1. Мегестрол ацетат по 400-800 мг в сутки.
2. Витамины и минералы.
3. Гидразина сульфат.

Не рекомендованы или недостаточно данных

1. Талидомид.
2. НПВС (или только у пациентов в стадии прекахексии).
3. Инфузионная терапия с глюкокортикоидами.
4. Биодобавки.
5. Пробиотики (только в комплексной терапии).

ВАЖНО! ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ! МОНОТЕРАПИЯ НЕДОПУСТИМА!

При составлении плана лечения целесообразно выделить ведущий фактор в развитии СОКАБ, а именно:

- 1) анорексия и снижение объема питания;
- 2) катаболизм;
- 3) потеря скелетной мускулатуры;
- 4) нарушение физического и психологического статуса.

Лечение синдрома анорексии-кахексии основано на мультимодальном подходе с привлечением врачей других специальностей (психолог или психиатр, специалист по противоболевой терапии, гастроэнтеролог и др.).

Общий алгоритм для ведения больных с синдромом анорексии-кахексии:

