

# ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Цитирование:** Снеговой А.В., Кононенко И.Б., Ларионова В.Б., Манзюк Л.В., Салтанов А.И., Сельчук В.Ю. Практические рекомендации по коррекции синдрома анорексии-кахексии у онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 412–416.

**DOI:** 10.18027/2224-5057-2015-4s-412-416

**Ключевые слова:** поддерживающая терапия, боль, болевой синдром, анальгетики, морфин, прометал, трамадол, пластырь.

Синдром анорексии-кахексии у онкологических больных (САКОБ) – мультифакторный синдром с нарастающей потерей массы скелетной мускулатуры (с потерей 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.

Наиболее часто САКОБ встречается при раке желудка-кишечного тракта, раке легкого, раке молочной железы, НХЛ (рис. 1).

**Рисунок 1. Распространенность синдрома анорексии-кахексии у 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 четвертый из 20 онкологических больных умирает непосредственно от синдрома анорексии-кахексии.

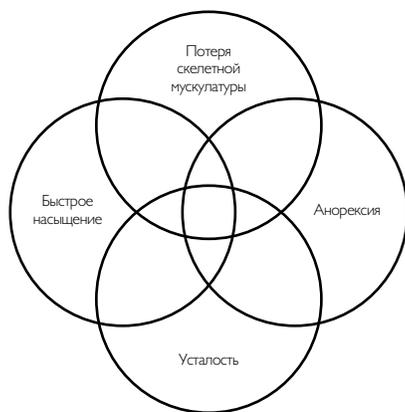
## СТАДИРОВАНИЕ

- I. Прекахексия:** потеря массы тела на 5% и менее за последние 6 месяцев, признаки системного воспалительного ответа, анорексия и метаболические изменения.
- II. Кахексия:** потеря массы тела более чем на 5% за последние 6 месяцев (при условии, что пациент не голодал специально), или продолжающаяся потеря массы тела более 2%, индекс массы тела менее 20 кг/м<sup>2</sup>, или потеря скелетной мускулатуры и продолжающаяся потеря массы тела более 2%. 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 месяцев.

## ДИАГНОСТИКА

Клинические признаки синдрома-анорексии кахексии: ключевые факторы, которые необходимо оценить у онкологического больного для предотвращения развития кахексии и рефрактерной кахексии, представлены на рис. 2.

**Рисунок 2. Ключевые клинические симптомы.**



## ОЦЕНКА

**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 количество употребленного в пищу белка и калорий.

**Катаболизм:** гиперкатаболизм очень часто вызывается опухолевым метаболизмом, системным воспалением или другими опухоль-опосредованными эффектами. Наиболее распространенным 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 на темпы потери массы тела.

**Объективный осмотр:** необходимо 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.**

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение пациентов с САКОБ зависит от многих факторов, которые способствуют развитию этого синдрома, и направлено на коррекцию возможных осложнений противоопухолевой терапии, таких как анорексия, болевой синдром, стоматит, диарея, тошнота, рвота, потеря массы тела и скелетной мускулатуры и других. При этом основная цель лечения САКОБ – сокращение темпов или прекращение дальнейшей потери массы тела и скелетной мускулатуры.

**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 их потери, что достижимо. Для этого в первую очередь необходимо выявить и скорректировать причины, ускоряющие течение САКОБ. Обязательна нутритивная поддержка, которую можно применять в гипокалорийном режиме (например, энтеральное питание с высоким содержанием белка в малом объеме – 100-200 мл – несколько раз в день или др.).

### **Лекарственная терапия**

#### **Высокий уровень рекомендаций**

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

#### **Средний уровень рекомендаций**

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

#### **Не рекомендованы или недостаточно данных**

- Талидомид.
- НПВС (или только у пациентов в стадии прекахексии).
- Инфузионная терапия с глюкокортикоидами.
- Биодобавки.
- Пробиотики (только в комплексной терапии).

## Препараты в стадии клинических исследований

- Антагонисты лептина.
- Ингибиторы миостатина.
- Агонисты грелина.
- Антагонисты цитокинов.
- Анти-IL-6-антитела.
- Селективные модуляторы андрогеновых рецепторов.

**Важно! Лечение проводится только комбинацией препаратов. Монотерапия недопустима.**

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

- анорексия и снижение объема питания;
- катаболизм;
- потеря скелетной мускулатуры;
- 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:

