

Нутритивный статус больных лимфомами

Поспелова Т.И.¹, Панин Л.Е.², Иванчей О.С.¹, Нечунаева И.Н.³,
Шамаева Г.В.³, Чернявский Д.Б.

Nutritive status in patients with lymphomas

Pospelova T.I., Panin L.Ye., Ivanchei O.S., Nechounayeva I.N.,
Shamayeva G.V., Chernyavsky D.B.

¹ Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

² НИИ биохимии СО РАМН, г. Новосибирск

³ Городской гематологический центр, г. Новосибирск

© Поспелова Т.И., Панин Л.Е., Иванчей О.С. и др.

Введение

В последние десятилетия онкогематология достигла больших успехов в лечении больных лимфомами: появились новые методы диагностики, программная полихимиотерапия, возможность проведения высокодозных курсов, трансплантации костного мозга. Вместе с тем в период проведения лечения возникают определенные трудности, связанные с плохой переносимостью курсов полихимиотерапии, развитием цитостатической депрессии кроветворения и длительным периодом восстановления, в результате чего рекомендуемые интервалы времени между курсами увеличиваются, что снижает эффективность лечения. Нередко причиной подобных ситуаций является нутритивная недостаточность у онкогематологических больных. Под нутритивным (пищевым) статусом понимают совокупность показателей, обусловленных конституцией, возрастом, морбидным состоянием, которые отражают течение метаболических процессов в организме конкретного человека, т.е. нутритивный статус пациента — степень реального обеспечения физиологических потребностей организма в нутриентах [9, 11]. Больные могут терять массу тела за счет опухолевой интоксикации организма. Во время проведения курса полихимиотерапии антиэметическая терапия не всегда оказывается достаточно эффективной, в связи с чем пациенты

теряют аппетит и отказываются от пищи; кроме того, при развитии таких осложнений программной полихимиотерапии, как энтеропатия, врач нередко вынужден ограничивать рацион питания больных [5, 8].

Недостаточность питания распространена как среди онкогематологических больных, находящихся на амбулаторном лечении, так и среди пациентов, проходящих курс лечения в стационаре. Уже при поступлении в стационар от 30 до 60% пациентов имеют недостаточность питания, выраженную в той или иной степени. В процессе госпитализации нутритивный статус имеет тенденцию к ухудшению из-за недооценки важности влияния питания на результаты лечения и исход заболевания [4, 13]. Недостаточность питания резко снижает клеточный иммунитет и устойчивость к инфекции. Истощение сердечной мускулатуры приводит к снижению сердечного выброса, брадикардии и гипотензии. В ходе голодания, как и при общем парентеральном питании, в течение длительного времени клетки слизистой оболочки кишечника атрофируются, нарушаются процессы всасывания [1, 3].

Потеря массы тела (МТ) более чем на 15% повышает число неблагоприятных исходов в основном через сниженную респираторную функцию в связи с белковым истощением организма, что приводит к уменьшению массы диафрагмальной мышцы, максимального объема вентри-

ляции легких, а также силы дыхательных мышц. У больных с дефицитом МТ может появиться измененная реакция на гипоксию и гиперкапнию, снижение функции внешнего дыхания и морфологические изменения в легочной паренхиме. Это является основным фактором летальности от истощения. Кроме того, кахектичные пациенты плохо отвечают на химиотерапевтическое лечение, тяжело переносят массивные оперативные вмешательства и лучевую терапию [6].

При химиотерапии основной причиной расстройств обмена веществ является повреждение токсическими агентами нормальных здоровых клеток. Возникающие побочные эффекты определяются типом лекарственного препарата, особенностями фармакодинамики и фармакокинетики, длительностью курса, индивидуальной переносимостью химиопрепарата. Наиболее часто встречаются диарея, тошнота и рвота. Тошнота и рвота возникают у большинства пациентов, получающих циклофосфан, нитрозомочевину, цисплатин, карбоксамид и другие препараты. Диарея и рвота приводят к потере жидкости и электролитов, гиповолемии и метаболическому гипокалиемическому, гипохлоремическому алкалозу. При химиотерапии метотрексатом, адрибластином, винбластином могут развиваться мукозиты и изъязвления слизистой оболочки. Для таких больных характерно развитие непереносимости содержащих лактозу продуктов питания. Одним из последствий применения винкристина являются боли в животе и развитие тяжелого кишечного пареза вплоть до кишечной непроходимости. При уменьшении уровня альбумина возможно увеличение токсичности и снижение эффективности цитостатических препаратов, связывающихся с белками, таких как таксаны, эпиподофилотоксины, антрациклины [12, 17].

При устойчивой работе всех органов и систем организма, определяющих состояние здоровья, обеспеченность организма пищевыми веществами можно признать нормальной. Напротив, любые признаки нездоровья, как правило, свидетельствуют о неблагополучии в пищевой обеспеченности организма [11].

Цель настоящего исследования — изучить нутритивный статус больных лимфомами и оценить его влияние на переносимость лечения.

Материал и методы

Обследовано 250 больных гемобластозами (неходжкинской злокачественной лимфомой (НХЗЛ) и лимфомой Ходжкина (ЛХ)), госпитализированных в городской гематологический центр (ГГЦ) за период с 2004 по 2007 г. Оценивались следующие показатели: идеальная масса тела, рассчитанная по формуле Лоренца [10, 15], стадия заболевания, наличие или отсутствие В-симптомов, количество проведенных курсов полихимиотерапии (ПХТ), переносимость цитостатического лечения — тошнота, рвота, недомогание на фоне проведения лечения. Обязательный комплекс обследования больных включал сбор жалоб, анамнеза, стандартные лабораторные и инструментальные методы. Диагноз заболевания ставился на основании данных миелограммы, трепанобиопсии, гистологического исследования биоптата лимфатических узлов и иммуногистохимической или иммуноцитохимической верификации опухоли.

Среди обследованных больных было 111 (44,4%) мужчин и 139 (55,6%) женщин. Средний возраст составил $(47,9 \pm 1,5)$ года (17–79 лет). С НХЗЛ было 192 (76,8%) человека, с ЛХ — 58 (23,2%). Начальные стадии заболевания (I и II) имели 48 (19,2%) пациентов, III и IV стадии — 202 (80,8%). Среди пациентов с НХЗЛ 106 (42,4%) наблюдались с лимфомами низкой степени злокачественности (НСЗ) — индолентными и 144 (57,6%) — с лимфомами высокой степени злокачественности (ВСЗ) — агрессивными. Количество проведенных курсов ПХТ составило в среднем $6,1 \pm 0,5$ (1–28).

Результаты

Расчеты по формуле Лоренца показали, что идеальную массу тела в целом по группе имели 108 (43,2%) человек, дефицит определялся у 52 (20,8%), избыток — у 90 (36%), при этом в группе больных ЛХ достоверно чаще встреча-

лись пациенты с дефицитом МТ по сравнению с группой больных НХЗЛ — 21 (36,2%) из 58 против 31 (16,1%; $p < 0,05$) из 192, а также достоверно ниже с ее избытком — 10 (17,2%) из 58 против 80 (41,7%; $p < 0,05$) из 192 (таблица). Следует отметить, что снижение МТ у больных ЛХ III–IV стадии определялось достоверно чаще, чем у больных НХЗЛ III–IV стадии, — у 19 (48,7%) из 58 и 44 (26,3%; $p < 0,05$) из 192 соответственно.

Нутритивный статус больных лимфомами

Диагноз		Нормальная МТ	Дефицит МТ	Избыток МТ
Лимфома (в целом по группе)	Абс.	108	25	90
	%	43,2	20,8	36
НХЗЛ	Абс.	81	31	80
	%	42,2	16,1	41,7
ЛХ	Абс.	27	21	10
	%	46,6	36,2	17,2
		$p_{2-3} < 0,05$		$p_{2-3} < 0,05$

В-симптомы определялись у 95 (38%) больных. В группе пациентов с дефицитом МТ В-симптомы выявлялись достоверно чаще, чем в группе пациентов с избытком МТ, — 55,8 и 22,2% ($p < 0,05$) соответственно.

У больных ЛХ В-симптомы имелись достоверно чаще, чем у больных НХЗЛ, — 35 (60,3%) из 58 против 66 (34,4%; $p < 0,05$) из 192.

Преимущественными жалобами у больных лимфомами были слабость и быстрая утомляемость. На слабость при поступлении жаловались 195 (78%) больных. Пациенты с дефицитом МТ предъявляли подобные жалобы чаще, чем больные с нормальной МТ, — 50 (96%) из 52 и 71 (65,6%; $p < 0,05$) из 108 соответственно. Больные с избытком массы тела также чаще жаловались на слабость по сравнению с пациентами, имеющими нормальную МТ, — 74 (82%) из 90 и 71 (65,6%; $p < 0,05$) из 108 соответственно.

Плохая переносимость цитостатического лечения отмечалась у 141 (56,4%) больного. В группе пациентов как с недостатком, так и с избытком массы тела плохая переносимость лечения наблюдалась достоверно чаще, чем у больных с нормальной МТ, — у 40 (76%) из 52 против 43 (40,4%) из 108 и 57 (64,4%) из 90 против 43 (40,4%) из 108 соответственно ($p < 0,05$).

Заключение

Нарушения пищевого статуса при поступлении имеют 56,8% больных. Плохая переносимость лечения отмечена более чем у половины пациентов, при этом у людей с отклонениями массы тела от идеальной (при дефиците или ожирении) плохая переносимость встречается в 1,7 раза чаще, чем у лиц с нормальной МТ ($p < 0,05$). Вышесказанное диктует необходимость оценки пищевого статуса больных уже в дебюте заболевания для своевременной коррекции и профилактики побочных явлений при проведении ПХТ.

Литература

1. Бахман Алан Л. Искусственное питание: Справочное руководство по энтеральному и парентеральному питанию. СПб., 2001. С. 9—35.
2. Газизов А.А., Беклемишева Е.А. и др. Нутритивное сопровождение при лечении онкологических больных: Методическое пособие для врачей. Уфа, 2004. 17 с.
3. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курыгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. СПб.: Специальная литература, 1996. С. 330.
4. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека (основы нутрициологии). М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 572 с.
5. Методические рекомендации (утверждено Минздравсоцразвития РФ 29.08.2006 № 4630-РХ).
6. Назаренко Л.И., Сегаль А.М. Влияние химиотерапии на показатели нутритивного статуса у онкогематологических больных // Тез. докладов 2-й Научно-практической конференции Северо-Западного региона России. Искусственное питание и инфузионная терапия больных в медицине критических состояний. СПб., 2002. 113 с.
7. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазошвили Т.Ш., Лейдерман И.Н. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. М., 2002. С. 4—8.
8. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Оценка состояния питания и определение потребности в нутритивной поддержке: Учебное пособие. М., 2007. С. 5—18.
9. Салтанов А.И., Обухова О.А., Кадырова Э.Г. Оценка питательного статуса в анестезиологии и интенсивной терапии // Вестн. интенсивной терапии. 1996. № 4. С. 42—49.
10. Яцков К.В., Шулуто Е.М. Искусственное питание. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. М.: Ньюдиамед, 2006. С. 586—628.
11. Allison S.P. Nutrition in medicine: a physician's view. Bruxelles, 1996. P. 18.
12. Barendregt K., Soeters P.B., Allison S.P. Диагностика недостаточности питания. Обследование и оценка. Основы клинического питания / Под ред.

- Л. Сobotки. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. С. 135—140.
13. **Bozzetti F. et al.** Nutrition support in patients with cancer // E. Payne-James, G. Grimble, D. Silk. Artificial nutrition support in clinical practice. London, 1994. P. 511.
14. **Burzstein S., Elwyn D.H., Askanazy J., Kinney J.M.** Energy expenditure in the whole body // Energy metabolism: Tissue determinants and cellular corollaries / J.M. Kinney, H.N. Tucker. Raven press, 1992. P. 19.
15. **Cederholm T., Jagren C., Hellstrom K.** Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients // Am. O. Med. 1995. № 98. P. 67.
16. **Hill G.L.** Disorders of nutrition and metabolism in clinical surgery. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992. P. 44—49.
17. **Meier R.** Распространенность недостаточности питания. Основы клинического питания / Под ред. Л. Сobotки. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. С. 17—20.
18. **Shils M.E., Olson J.A., Shike M.** Modern nutrition in health and disease. Lea & Febiger, 1993. P. 25—41.
19. **Slaviero K.A., Read J.A., Clarke S.J., Rivory L.P.** Baseline nutritional assessment in advanced cancer patients receiving palliative chemotherapy // Nutr. Cancer. 2003. № 46. P. 148—157.