

Проблемы кахексии в амбулаторной практике

Н. В. Орлова, д.м.н., проф. кафедры поликлинической терапии лечебного факультета
О. В. Быкова, к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии лечебного факультета
Р. С. Ягубян, ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Problems of cachexia in outpatient practice

N. V. Orlova, O. V. Bykova, R. S. Yagubyan

Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Резюме

Кахексия часто развивается при онкологических заболеваниях, а также может сопровождать другую соматическую патологию. Кахексия влияет на эффективность лечения и ухудшает прогноз основного заболевания. В статье приводятся анализ этиопатогенеза кахексии, классификация и ее клинические проявления. Рассмотрены гастроэнтерологические нарушения и нарушение обмена веществ, развивающиеся при кахексии и требующие комплексного лечения. Лечебные мероприятия при кахексии включают диетотерапию, медикаментозную терапию, применение питательных смесей. В статье предложены современные способы введения энтеральных питательных смесей, а также алгоритм выбора питательных смесей при различных ситуациях.

Ключевые слова: кахексия, онкология, нарушение обмена веществ, нутритивная поддержка, питательные смеси.

Summary

Cachexia often develops with oncological diseases, and can also accompany other somatic pathologies. Cachexia affects the effectiveness of treatment and worsens the prognosis of the underlying disease. The article analyzes the etiopathogenesis of cachexia, classification and its clinical manifestations. We consider gastroenterological disorders and metabolic disorders that develop with cachexia and require complex treatment. Therapeutic measures for cachexia include diet therapy, drug therapy, the use of nutrient mixtures. The article proposes modern ways of introducing enteral nutritional mixtures, as well as an algorithm for selecting nutrient mixtures in various situations.

Key words: cachexia, oncology, metabolic disorders, nutritional support, nutrient mixtures.

Неспособность врача обеспечить питание больного должна расцениваться как решение уморить его голодом. Решение, для которого в большинстве случаев было бы трудно подобрать оправдание.

Арвид Вретлинд — шведский врач, всемирно известный ученый-фармаколог, создавший первые препараты для парентерального питания

Снижение веса и нарушения нутритивного статуса у онкологических больных часто развиваются еще до установления окончательного диагноза. Наиболее выраженные нарушения определяются при онкологических заболеваниях поджелудочной железы, при раке органов ЖКТ, раке головного мозга, раке легких (табл. 1).

При снижении массы тела ухудшается эффективность химиотерапии, увеличивается риск побочных эффектов от терапии, снижается качество жизни, развиваются депрессивные состояния. Кахексия резко ухудшает прогноз заболевания, снижение массы тела более 30% несовместимо с жизнью. Причиной кахексии могут быть не только онкологические заболевания, но и другая соматическая патология.

Этиопатогенез

- Рак желудка или пищевода.
- Сдавление желудка и пищевода опухолью извне.
- Парез желудка.
- Болезнь оперированного желудка.
- Рефлюкс-эзофагит.

- Состояние после лучевой терапии поясничного отдела позвоночника.
- Противоопухолевое лечение.

Снижение веса — синдром раковой кахексии

Кахексия — крайняя степень истощения, связанная со значительной непреднамеренной потерей массы тела, сопровождающейся нарушением физиологических

Таблица 1
Распространенность белково-энергетической недостаточности у онкологических пациентов [1]

Локализация	Распространенность БЭН, %
Колоректальный рак	~ 35
Рак легких	~ 40
Рак головы и шеи	~ 45
Рак верхних отделов ЖКТ	~ 49
Рак поджелудочной железы	~ 80

процессов. Термин происходит от двух греческих слов: *kakos* — плохой и *hexis* — состояние. Раковая кахексия характеризуется потерей мышечной массы (возможно, и без потери жировой массы), не может быть предотвращена обычным питанием и стандартной нутритивной поддержкой, а также ведет к прогрессированию функциональных нарушений. Этиология раковой кахексии — воспаление, сопровождающее онкологический процесс [2].

Причины кахексии

- Алиментарные факторы (отказ от приема пищи, отсутствие аппетита).
- Нарушение всасывания питательных веществ (опухоли ЖКТ, резекции желудка, резекция кишечника).
- Нарушение приема пищи (рак ротовой полости, рак пищевода).
- Снижение аппетита, связанное с изменением саливации.
- Опухоли головного мозга (церебральная кахексия).
- Тошнота, рвота.
- Метаболические нарушения, связанные с приемом противоопухолевых препаратов.
- Извращение вкусовых ощущений и запахов, отвращение к пище (часто на фоне химиотерапии).
- Чувство быстрого насыщения.
- Мукозит (язвочки в полости рта и [или] других органах ЖКТ после химиотерапии и лучевой терапии).
- Особенности метаболизма опухолевой ткани (усиление потребления опухолью глюкозы).

Стадии кахексии

1. Прекахексия (снижение массы тела менее 5% за полгода).
2. Кахексия (снижение массы тела более 5% за полгода).
3. Рефрактерная кахексия (значительное истощение, не поддающееся лечению).

Таблица 2
Последствия белково-энергетической недостаточности у онкологического пациента [5–7]

<p>Снижение качества жизни вследствие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уменьшения мышечной массы • снижения функциональных резервов • уменьшения физической активности • нарастающей слабости • снижения социальной активности • беспокойства и депрессии • снижения аппетита
<p>Ухудшение результатов лечения вследствие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • увеличения частоты осложнений • ухудшения приверженности пациента к лечению • уменьшения ответа на лечение • увеличения токсичности химиотерапии • возрастания частоты прерываний лечения • снижения продолжительности жизни
<p>Увеличение стоимости лечения вследствие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • увеличения длительности пребывания в стационаре • повторных госпитализаций • повышения частоты осложнения хирургического лечения • увеличения назначений лекарственных препаратов

Критерии [2]

Прекахексия:

- потеря массы тела $\leq 5\%$;
- наличие анорексии и метаболических изменений.

Кахексия:

- потеря массы тела $> 5\%$
- или ИМТ < 20 и потеря массы тела $> 2\%$;
- или саркопения и потеря массы тела $> 2\%$;
- пониженное потребление пищи / синдром системной воспалительной реакции.

Рефрактерная кахексия:

- наличие кахексии;
- резистентность к противоопухолевой терапии;
- предположительная продолжительность жизни < 3 месяцев.

Клинические признаки при кахексии:

- слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности;
- сухость кожи, шелушение, трофические нарушения, ломкость ногтей, выпадение волос, снижение тургора кожи;
- депрессии;
- гипотония, обмороки;
- отечный синдром (безбелковые отеки);
- инфекционные заболевания (снижение иммунитета);
- нарушение менструального цикла.

Влияние кахексии на функцию и структуру органов

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) — состояние, вызванное недостаточным потреблением или поступлением пищи, ведущее к изменениям состава организма (снижение безжировой массы и клеточной массы), которые обуславливают нарушение физических и психических функций и ухудшение клинических исходов заболевания [3]. Согласно имеющимся данным, БЭН, вызывая изменения во всех органах организма, способствует появлению различных нарушений в их функционировании [4].

- Объем сердца уменьшается пропорционально снижению массы тела. Кахексия сопровождается дистрофией миокарда, снижением фракции выброса ЛЖ, снижением ЧСС и артериального давления.
- Изменения дыхательной системы обусловлены развитием слабости дыхательной мускулатуры, включая диафрагмальные мышцы. У больных снижаются показатели функции внешнего дыхания: падает максимальный объем вентиляции легких. Отмечаются изменения паренхимы легочной ткани и развитие дыхательной недостаточности.
- Изменения ЖКТ связаны с атрофией слизистой при длительном голодании, нарушением секреторной функции желудка, поджелудочной железы и желчной секреции. Нарушается всасывание липидов, дисахаридов и глюкозы. Часто отмечается диарея, что еще больше способствует развитию недостаточности питания.
- Все желудочно-кишечные изменения, связанные с недостаточностью питания, нарушают барьерную функцию кишечника, в особенности при острых заболеваниях. У сильно истощенных больных это может усиливать полиорганную недостаточность.

Таблица 3
Определение группы пациентов высокого риска [9]

Один или более признаков	Два или более признаков
<ul style="list-style-type: none"> ИМТ <16 Более 15% потери веса в последние 3–6 месяцев Низкий уровень питания или его отсутствие на протяжении более 10 дней Низкая концентрация фосфатов, калия или магния перед началом возобновления питания 	<ul style="list-style-type: none"> ИМТ <18,5 Более 10% потери веса в последние 3–6 месяцев Низкий уровень питания или его отсутствие на протяжении более 5 дней В анамнезе злоупотребление алкоголем, лечение инсулином, химиопрепаратами, антацидами или диуретиками

Таким образом, недостаточность питания затрагивает все этапы лечения онкологического пациента: лечение, реабилитацию и паллиативную помощь. Негативные эффекты недостаточности питания представлены в табл. 2.

Повышенный расход белка, наблюдающийся при злокачественных новообразованиях, может стать причиной развития белковой недостаточности. Это состояние ведет к ухудшению функции пищеварительной системы, нарушению усвоения питательных веществ и усугублению имеющихся нарушений в состоянии питания. Метаболические расстройства, обусловленные общей патологией, резко усугубляются при присоединении нарушений функций кишечника, печени, поджелудочной железы, так как при этом уменьшается поступление в организм питательных веществ и микроэлементов.

Нарушения в состоянии питания, развитие недостаточности питания разворачиваются в более короткие сроки при заболеваниях органов пищеварения. Изменение активности и дефицит ферментов поджелудочной железы, собственно кишечных ферментов способствуют появлению комплекса симптомов, определяемых как синдром нарушенного пищеварения и всасывания. Клинически этот симптомокомплекс может проявляться диареей, стеатореей, вздутием живота, болями в животе, нарушением состояния питания и развитием недостаточности питания.

Синдром нарушенного пищеварения обусловлен нарушением полостного и (или) мембранного пищеварения.

Синдром нарушенного всасывания — комплекс кишечных и внекишечных симптомов, обусловленных плохим всасыванием пищевых веществ в тонкой кишке. Вторичные нарушения всасывания — наиболее часто встречающаяся группа заболеваний. Развиваются после резекции тонкой кишки, при синдроме «слепой» петли, опухолях тонкой кишки и действии радиации.

Синдром нарушения всасывания приводит к снижению массы тела. При недостатке поступления питательных веществ из-за нарушения всасывания истощаются запасы белков и жиров организма, что приводит к развитию отрицательного азотистого баланса.

Синдром раковой кахексии сопровождается резорбционно-интоксикационным синдромом. Является причиной 25–50% летальных исходов вследствие выраженных нарушений обмена веществ.

1. Нарушения углеводного обмена: снижение уровня глюкозы, уменьшение запасов гликогена, усиление глюконеогенеза и снижение чувствительности к инсулину.

- Нарушения жирового обмена: уменьшение количества жиров, усиление липолиза, снижение активности липопротеидлипазы, повышение уровня триглицеридов и распад глицерина.
- Нарушение белкового обмена: отрицательный азотистый баланс, усиление распада белков.

Лечение раковой кахексии

Диетотерапия:

- дробное питание 5–6 раз в сутки малыми порциями;
- разделение основного приема пищи и жидкости.

Симптоматическая терапия

- Антациды (альмагель, маалокс).
- Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20–40–60 мг в сутки, пантопризол, лансопризол, рабепразол и др.
- Прокинетики: метоклопрамид, мотилиум.
- Средства, уменьшающие образование газов: антифлатуленты (лактофильтрум, энтеросгель, полифепан, бускопан).
- Аналоги простагландина E: сайтотек, мизопропростол.
- Повышению аппетита (горечи — настои трав полыни, экстракт элеутерококка и др. Использование пряностей. При отсутствии противопоказаний — маринады, кислые напитки, вино. Увеличение саливации — кислые леденцы, ломтики лимона). При наличии кандидоза полости рта — терапия нистатином, местная терапия раствором Люголя, метиленового синего.
- Согласно последним рекомендациям повышению аппетита способствует применение омега-3 ЖК рыбьего жира в дозе 1–2 г в сутки [8].
- Повышению аппетита способствует назначение преднизолона 25 мг в день (через день). Необходимым условием является достаточное поступление белковых продуктов. Возможно назначение анаболических гормональных препаратов.
- При спазме пищевода (рак пищевода) хороший эффект получен при приеме перед едой чайной ложки смеси глицерина с 90-процентным спиртом в равных частях. При поражении пищевода и невозможности естественного приема пищи накладывается гастростома.
- Нутритивная поддержка на начальных этапах лечения раковой кахексии у пациентов с риском развития синдрома возобновленного питания (табл. 3) должна составлять не более 5–10% от уровня истинной энергопотребности.
- Назначение ферментных препаратов.
- Проведение нутритивной поддержки пациентов:

а) рекомендованные суточные потребности онкологических пациентов [8]

Энергия	25–30 ккал/кг МТ в сутки
Белок	1,0–1,5 г/кг МТ в сутки
Липиды (у пациентов с потерей веса)	Увеличение доли липидов
Омега-3 ЖК	1–2 г в день
Витамины и микроэлементы	Согласно стандартным рекомендованным суточным потребностям

б) показания к проведению нутритивной поддержки [8]: для всех онкологических пациентов, которым показано проведение оперативного лечения, если выявлена БЭН, необходимо начать нутритивную терапию. Она проводится как во время стационарного лечения, так и после выписки (высокий уровень доказательности). Пациентам, которым проводится химиотерапия, необходимо обеспечить адекватное поступление нутриентов (с помощью нутритивной терапии) и физическую активность. Энтеральное или парентеральное питание таким пациентам следует применять, если обычная пища не покрывает потребностей (высокий уровень доказательности);

в) типы нутритивной поддержки:

- адаптированная под потребности пациента обычная пища,
- энтеральное питание (ЭП):
 - пероральные питательные смеси — сипинг,
 - зондовое ЭП,
- парентеральное питание (ПП);

г) алгоритм выбора типа нутритивной терапии, если пациент самостоятельно потребляет:

- около 100% от потребностей — необходимо применение нормальной пищи, адаптированной под потребности пациента,
- 75–100% от потребностей — необходимо применение пищи, обогащенной энергией и белком, возможно применение сипинга,
- 50–75% от потребностей — необходимо применение дополнительного питания с использованием сипинга,
- 25–50% от потребностей — необходимо применение дополнительного или полного ЭП,
- менее 25% от потребностей — необходимо применение полного ЭП или ПП;

д) примеры препаратов для ЭП:

- препараты незаменимых аминокислот (кетостерил) 3 таблетки 3–4 раза в день),
- сипинг — добавление пероральных питательных смесей к пище. Добавление к пище специально разработанных смесей с высокой калорийностью и повышенным содержанием белка, покрывающих дефицит белков и жиров (например, напиток Суппортан — специализированный препарат для онкологических пациентов, напиток Фрезубин 2 ккал),
- зондовые питательные смеси:

- полимерные сбалансированные высокобелковые смеси (Суппортан, Фрезубин 2 ккал),
- олигомерные питательные смеси для пациентов с нарушением всасывания (например, Сурвимед ОПД).

13. Коррекция электролитных нарушений.

14. Витаминотерапия.

15. Контроль анализов: биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Профилактика осложнений нутритивной поддержки с учетом нарушения функции печени и почек.

Полимерные сбалансированные смеси содержат все основные питательные субстраты: цельный белок; углеводы в виде олигосахаридов, мальтодекстринов, крахмала; растительные жиры; минералы; витамины; микроэлементы. Большинство смесей не содержат лактозы и глютен, некоторые смеси являются низколактозными. Полимерные смеси имеют низкую осмолярность (около 300 мОсмоль/л).

Парафармацевтики или фармаконутриенты — минорные компоненты пищи: органические кислоты, биофлавоноиды, кофеин, биогенные амины, регуляторные ди- и олигопептиды, некоторые олигосахариды и др.

Глутамин способствует более быстрому восстановлению функций ЖКТ после операций на органах ЖКТ, предотвращает атрофию слизистой оболочки тонкой кишки и транслокацию бактерий, ускоряет нормализацию всасывательной способности тонкой кишки. Глутамин обладает иммуномодулирующими свойствами. Минимальная суточная доза глутамина — 30 г в день, в критических состояниях его количество увеличивается до 20–40 г в сутки. Показаниями к использованию глутамина являются:

- состояния, сопровождающиеся потерей массы тела;
- критические состояния;
- воспалительные заболевания кишечника;
- ранний послеоперационный период и период реабилитации после операций на органах ЖКТ;
- онкологические заболевания, периоды химио- и лучевой терапии;
- синдром мальабсорбции;
- иммунодефицитные состояния;
- инфекционные энтериты.

Омега-3 жирные кислоты (ЖК) обладают противовоспалительными свойствами. Если в организме человека преобладают омега-6 ЖК (предшественники провоспалительных медиаторов), то любой воспалительный процесс смещается в сторону гиперовоспаления, поэтому так важен баланс между омега-3 и омега-6 ЖК в организме человека. По данным клинических исследований [10], применение омега-3 ЖК у пациентов онкологического профиля способствует:

- снижению частоты поражения печени после химиотерапии;
- снижению длительности пребывания в стационаре;
- снижению частоты инфекционных осложнений;
- стабилизации мышечной массы и увеличению веса;
- улучшению качества жизни.

Современные международные клинические рекомендации указывают на то, что у пациентов с прогрессирующим раком, проходящих химиотерапевтическое лечение и подверженных риску потери массы тела или недоедания, рекомендуется использовать добавки с омега-3 жирными кислотами или рыбий жир для улучшения аппетита, увеличения потребления пищи, мышечной массы и общей массы тела.

Способы введения энтеральных питательных смесей

В зависимости от продолжительности курса энтерального питания и сохранности функционального состояния различных отделов желудочно-кишечного тракта выделяют следующие пути введения питательных смесей.

1. Употребление питательных смесей в виде напитков через трубку мелкими глотками — сипинг.
2. Зондовое питание с помощью назогастральных, назо-дуоденальных, назоюнальных и двухканальных зондов (преимущественно для хирургических больных). Зонд рекомендовано устанавливать в случаях, когда предполагаемая продолжительность ЭП составляет менее четырех недель.
3. Путем наложения стом: гастро-, дуодено-, еюно-, илеостом. Проведение питания через стому рекомендовано при предполагаемой продолжительности ЭП более четырех недель.

В практике врача поликлиники сегодня практически не встречаются больные с установленными для питания зондами, стомами. Однако по мере улучшения качества лечения, повышения качества жизни больных такие способы проведения нутриционной поддержки будут применяться более широко. В настоящее время в развитых странах считается, что нутриционная поддержка при острой и хронической дисфункции ЖКТ является такой же мерой, как диализ при острой или хронической почечной недостаточности, и должна быть организована и обеспечена схожими способами.

Что же касается обычного приема смесей в виде напитков *per os*, то его широкому внедрению в практическую деятельность врача поликлиники ничто не должно мешать. Больных необходимо информировать о преимуществах использования питательных смесей в ситуациях, когда показана нутриционная поддержка.

Питательная смесь может быть использована в качестве:

- основного питания, покрывая большее количество энергопотребностей;
- дополнительного питания в виде напитка на фоне обычного рациона (между основными приемами пищи 2–3 раза в день) или для добавления в различные готовые блюда (каши, супы, напитки, гарниры).

Выбор смеси для энтерального питания определяется конкретной клинической ситуацией, состоянием моторно-эвакуаторной, переваривающей и всасывающей функций желудочно-кишечного тракта, стадией патологического процесса, видом хирургического вмешательства.

1. *Функция желудочно-кишечного тракта сохранена*, но калорийность рациона и содержание в нем белка не соответствуют потребностям (ниже рекомендуемых). Такая ситуация может сложиться при многих заболеваниях вследствие снижения аппетита или его отсутствия, слабости, нарушения функций жевательного аппарата (онкологические заболевания, ХСН, ХОБЛ, неврологические заболевания), у больных пожилого и старческого возраста, в период реконвалесценции. Рекомендуется использовать стандартные полимерные смеси.

Чаще всего смеси назначаются в качестве дополнительных приемов пищи между основными ее приемами: между завтраком и обедом, обедом и ужином и на ночь по 150–250 мл (начиная с небольших количеств) на прием.

Увеличение калорийности рациона при выраженной недостаточности питания следует проводить постепенно в течение недели.

2. *Функция желудочно-кишечного тракта нарушена*. Это могут быть пациенты

- с полной или частичной непроходимостью верхних отделов ЖКТ,
- с хроническими заболеваниями органов пищеварения (хронический панкреатит, энтерит),
- после операций на органах пищеварения, особенно с синдромом короткой кишки.

Пациентам назначаются стандартные полимерные смеси, но при их плохой переносимости рекомендуются олигомерные смеси.

В большинстве случаев достаточно назначения питательных смесей дополнительно к высокобелковой диете по 100–250 мл (начиная с небольших количеств) 2–3 раза в день между основными приемами пищи.

Но в ряде случаев питательные смеси можно использовать в качестве основного питания, принимая их *per os*, для достижения необходимой калорийности и сбалансированности рациона. Например, *при частичной непроходимости пищевода* пациент может принимать только жидкую пищу. Энергетическая плотность такой пищи и содержание в ней белка низкие, обеспечить организм незаменимыми компонентами питания, в т. ч. витаминами и микроэлементами с помощью обычных продуктов невозможно. Назначение высококалорийных высокобелковых смесей (например, Суппортан, Фрезубин 2 ккал) по 200–250 мл 4–5 раз в день наряду с обычными продуктами (суп-пюре с добавлением мясного или рыбного пюре, творог, фруктовое пюре) позволяет достичь расчетных величин калорийности рациона и содержания в нем белка, обогатить рацион витаминами, минеральными веществами и микроэлементами.

Больным после *гастрэктомии, обширной резекции тонкой кишки* лучше назначать изокалорийные смеси (1 ккал/мл), имеющие невысокую осмолярность. Это могут быть полисубстратные или олигомерные смеси (в зависимости от переносимости).

Однако при выраженном синдроме мальабсорбции, что наиболее характерно для синдрома короткой кишки, пациентам необходимо применение частичного или полного парентерального питания, что требует госпита-

Таблица 4
Алгоритм назначения слабительных средств (Г. А. Новикова и др., 2006)

Механизм действия	Препарат	Доза
Увеличение объема содержимого кишечника	Увеличить количество принимаемой жидкости. Прием клетчатки, отрубей	8–24 г (утром)
Осмотический	Лактулозы сироп Магния сульфат Магния карбонат Магния гидроксид Форлак, фортранс	15 мл 2 раза в сутки 5–15 г утром 2–5 г утром 2–4 г утром 20 г и более в сутки
Размягчение каловых масс	Вазелиновое масло	10–30 мл вечером
Стимуляция функции тонкого кишечника	Касторовое масло	5–20 мл утром натощак
Стимуляция функции толстого кишечника	Сенна Бисакодил Гутталакс	2–4 табл. на ночь 5–10 мг на ночь 5–15 мг на ночь

лизации больного в стационар (при организации домашнего парентерального питания госпитализации может не потребоваться).

Пациентам с СКК необходимо назначение ферментных препаратов в достаточных дозах (Креон 10000–30000 Ед. липазы 3–5 раз в день во время еды), блокаторов протонной помпы (омепразол, рабепразол), лоперамида, октреотида, вяжущих препаратов (белая глина), витаминосодержащих препаратов (особенно введения жирорастворимых витаминов), добавок минеральных веществ (кальций-, магний-, железосодержащих препаратов) и микроэлементов.

При развитии домашнего энтерального питания станет возможным проведение зондового питания или через стомы с использованием сбалансированных питательных смесей в качестве основного питания или для проведения дополнительного в ночное время.

При проведении энтерального питания более одной недели рекомендуется использовать смеси с пищевыми волокнами. Также при наличии запоров больным назначаются смеси, содержащие пищевые волокна (табл. 4) [11].

Алгоритм тактики ведения пациентов со рвотой и диареей представлен в табл. 5, 6.

Таблица 5
Противорвотные средства выбора при прогрессирующем раке (Г. А. Новикова и др., 2006)

Причина тошноты и (или) рвоты	Противорвотное средство	Возможные побочные эффекты
Побочное действие лекарств: химио- или лучевая терапия	Галоперидол 1,5–3,0 мг или метеразин 5–10 мг через 8 час.	При назначении низких доз побочные эффекты встречаются редко
Метаболические нарушения: уремия, гиперкальциемия	Галоперидол 5–20 мг в сут.	Может отмечаться сухость полости рта и умеренная сонливость, иногда экстрапирамидные расстройства, сонливость
Кишечная непроходимость. Рефлюкс-эзофагит	Бускопан 60–120 мг п/к 1 раз в сут. или октреотид 300–600 мкг п/к 1 раз в сут.	Антихолинергические эффекты
Замедленное опорожнение желудка	Метоклопрамид 10–20 мг или мотилиум 10–20 мг 4–6 раз в сут. или цизаприд 20 мг 2–3 раза в сут.	Иногда экстрапирамидные расстройства при приеме метоклопрамида

Таблица 6
Причины и лечение диареи у больных распространенным раком (Г. А. Новикова и др., 2006)

Причины	Лечение
Действие лекарств: слабительных, антибиотиков, антацидов, НПВ	Специфическая терапия: энтеросурил лоперамид Дисбактериоз: Бактисубтил
Обструкция просвета кишки опухолью, каловыми массами	Лечебные клизмы с настоями вяжущих трав
Нарушения всасывания из кишки: опухоль поджелудочной железы, резекция тонкой кишки, гастрэктомия	Поддерживающая терапия: панкреатические ферменты (Мезим форте, Панзинорм, Креон, Панцитрат и др., Вобензим)
Противоопухолевое лечение: лучевая терапия	Лоперамид, Смекта. Лечебные клизмы с настоями вяжущих трав. Энтеросгель

Список литературы

- Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poiree B, Meslier M, Traversier S, Vitto M, Simon M, Gekiere JP, Meuric J, Serot F, Falewee MN, Rodrigues J, Senesse P, Vasson MP, Chelle F, Magef B, Antoun S, Bachmann P. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer*. 2010 Mar 16; 102 (6): 966–71.
- Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, MacDonald N, Mantovani G, Davis M, Muscaritoli M, Ottery F, Radbruch L, Ravasco P, Walsh D, Wilcock A, Kaasa S, Baracos VE. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, Compher C, Correia I, Higashiguchi T, Holst M, Jensen GL, Malone A, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Rothenberg E, Schindler Kz, Schneider SM, de van der Schueren MA, Sieber C, Valentini L, Yu JC, Van Gossum A, Singer P. ESPEN guidelines on definition and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2016 Sep 14. pii: S0261–5614(16)31242–0.
- Г. П. Арутюнов и др. Методические рекомендации. Энтеральное питание в лечении хирургических и терапевтических больных. 2014 год.
- Nourissat A, Vasson MP, Merrouche Y, Boute-loup C, Goutte M, Mille D, Jacquin JP, Collard O, Michaud P, Chauvin F. Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer. *Eur J Cancer*. 2008 Jun; 44 (9): 1238–42.
- Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer*. 1998 Mar; 34 (4): 503–9.
- Ross PJ, Ashley S, Norton A, Priest K, Waters JS, Eisen T, Smith IE, O'Brien ME. Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers? *Br J Cancer*. 2004 May 17; 90 (10): 1905–11.
- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Muscaritoli M, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim T, Strasser F, de van der Schueren M, Preiser JC. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2016 Aug 6.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition support in adults. Clinical guideline CG32. 2006. www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg032.
- Murphy RA et al. Nutritional Intervention With Fish Oil Provides a Benefit Over Standard of Care for Weight and Skeletal Muscle Mass in Patients With Nonsmall Cell Lung Cancer Receiving Chemotherapy *Cancer* 2011; 117: 1775–82.
- Г. А. Новикова и др. Паллиативная помощь онкологическим больным / Под редакцией профессора Г. А. Новикова, академика РАМН, профессора В. И. Чиссова. — М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. — 192 с.

