



УДК: 616.22-006.6-089.5

ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

А. Е. Смирнов

FEATURES OF NUTRICIONAL STATUS IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED LARYNGEAL CANCER

A. E. Smirnov*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия**Минздравоуразвития России»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)*

В данной работе представлены результаты исследования питательного статуса у 67 больных с местно-распространенным раком гортани II–IV стадий. У всех больных проведен анализ антропометрических (индекс массы тела, толщина кожно-жировой складки трицепса, окружность мышц плеча) и лабораторных (уровень общего белка, альбумина и трансферрина сыворотки крови, абсолютное число лимфоцитов) показателей нутритивного статуса. Представлена оценка частоты встречаемости синдрома нутритивной недостаточности у больных раком гортани в зависимости от стадии заболевания, локализации опухоли и степени стеноза гортани.

Ключевые слова: местно-распространенный рак гортани, антропометрический и лабораторный анализ, нутритивный статус.

Библиография: 7 источников.

This paper presents the results of a study of nutritional status in 67 patients with locally advanced laryngeal cancer stage II–IV. All the patients about the behavior of the analysis of anthropometric (body mass index, the thickness of skin and fat folds triceps, shoulder muscles circle) and laboratory (serum total protein, albumin and transferrin, absolute lymphocyte count) nutritional status indicators. The estimation of frequency of occurrence of the syndrome nutritional deficiency in patients with laryngeal cancer depending on the stage of diseases, tumor localization and degree of stenosis of the larynx.

Key words: locally advanced laryngeal cancer, anthropometric and laboratory analysis, nutritional status.

Bibliography: 7 sources.

Современные технологии нутритивной поддержки стали сегодня неотъемлемой частью обязательного комплекса лечебных мероприятий, проводимых у пациентов хирургического профиля [3]. Существует прямая корреляционная взаимосвязь между трофической обеспеченностью больных и их летальностью – чем выше энергетический дефицит, тем чаще наблюдаются развитие у них тяжелой полиорганной дисфункции и летальный исход [4]. В рандомизированных исследованиях доказано снижение летальности и сроков пребывания в стационаре на фоне качественной нутритивной поддержки у больных с политравмой, ожогами, онкологическими заболеваниями, сепсисом с полиорганной недостаточностью [3]. У онкологических больных нутритивная поддержка показана в связи с выраженными катаболическими процессами, индуцируемыми опухолевым субстратом. Течение онкологического заболевания связано с изменением метаболических процессов, включающих нарушения углеводного, белкового, жирового и ферментативного компонентов обмена, а также локальными деструктивными процессами в опухоли, окружающих ее тканях и органах. Исследования показали, что при злокачественном новообразовании может и развивается состояние, характеризующееся усиленным распадом белков, жиров и углеводов [5].

Оценке питательного статуса у хирургических больных сегодня уделяется большое значение. Доказана необходимость проведения клиничко-лабораторного мониторинга показателей трофологического статуса с оценкой нутритивного риска на основании результатов клинического обследования с учетом комплекса специфических показателей [1, 2, 6].



У больных раком гортани клинически часто диагностируются расстройства питания. Это прежде всего связано с нарушением функционального состояния верхних пищеводных путей и развитием дыхательной недостаточности по обструктивному типу. Однако в литературе встречаются лишь зарубежные данные об исследовании и мониторинге питательного статуса в онколарингологии [6; 7], что и определило задачи нашего исследования.

Цель исследования. Анализ особенностей трофологического статуса у больных с местно-распространенным раком гортани.

Задачи исследования. 1. Определить частоту встречаемости синдрома нутритивной недостаточности у больных раком гортани.

2. Исследовать частоту встречаемости синдрома нутритивной недостаточности в зависимости от стадии рака гортани и локализации опухоли.

3. Оценить влияние степени стеноза гортани на частоту развития синдрома нутритивной недостаточности.

Пациенты и методы исследования. Обследованы 67 больных в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст $59,4 \pm 5,2$ года) с местно-распространенным раком гортани II–IV стадии. Все больные, включенные в исследование, – мужчины. У 18 (26,9%) больных диагностирована II стадия рака гортани, у 25 (37,3%) – III стадия и у 24 (35,8%) – IV стадия. По данным непрямой ларингоскопии, у 10 (14,9%) пациентов выявлена опухоль вестибулярного отдела гортани, у 6 (8,9%) больных – опухоль складочного отдела и у 2 (3%) – подскладочного. Складочно-вестибулярная локализация опухоли выявлена у 25 (37,3%) больных, складочно-подскладочное расположение опухоли – в 14 (20,9%) случаях и тотальное поражение гортани – у 10 (14,9%) больных. У 20 (29,9%) пациентов отсутствовали явления обструкции гортани, у 21 (31,3%) больных диагностирован стеноз гортани I степени, у 17 (25,4%) – II степени, и 9 (13,4%) пациентам была выполнена трахеостомия по поводу критического опухолевого стеноза гортани.

У всех больных исследовали антропометрические и лабораторные показатели трофологического статуса. К антропометрическим параметрам относили индекс массы тела (ИМТ), толщину кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ) и окружность мышц плеча (ОМП). ИМТ определяли по отношению фактической массы тела (кг) к квадрату длины тела (м^2). Толщину КЖСТ измеряли калиперметрическим методом. Лабораторные данные включали исследование уровня общего белка, альбумина и трансферрина сыворотки крови, а также абсолютное число лимфоцитов (АЧЛ). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Microsoft Excel – 2003.

Результаты исследования. Из 67 обследованных больных с местно-распространенным раком гортани II–IV стадий у 36 (53,7%) пациентов диагностировали синдром нутритивной недостаточности. Об этом свидетельствовали данные антропометрических и лабораторных показателей. Так, ИМТ составил $17,8 \pm 2,4 \text{ кг/м}^2$, толщина КЖСТ – $8,9 \pm 1,6 \text{ мм}$, ОМП – $21,3 \pm 3,4 \text{ см}$. Уровень общего белка сыворотки крови составил $58,7 \pm 5,2 \text{ г/л}$, альбумина – $33,4 \pm 3,9 \text{ г/л}$, трансферрина – $1,84 \pm 0,35 \text{ г/л}$, АЧЛ – $1,62 \pm 0,34 \text{ тыс. мкл}$.

Все больные с выявленным синдромом нутритивной недостаточности ($n = 36$) были ретроспективно проанализированы по стадиям рака гортани, локализации опухоли и степени стеноза гортани.

При сопоставлении стадии рака гортани с частотой встречаемости синдрома нутритивной недостаточности получены следующие данные. У всех пациентов с IV стадией рака гортани ($n = 24$) выявляли синдром нутритивной недостаточности. У больных III стадией рака гортани ($n = 25$) синдром нутритивной недостаточности диагностировали в 7 (28%) случаях, у больных со II стадией ($n = 18$) – в 5 (27,8%) случаях. Таким образом, выявление IV стадии рака гортани всегда сопровождалось гипотрофическим состоянием. В то же время у больных со II и III стадией заболевания частота выявления синдрома питательной недостаточности примерно одинакова (27,8 и 28% соответственно).

При анализе зависимости между локализацией опухоли гортани и частотой выявления синдрома нутритивной недостаточности получены следующие результаты. При обследовании больных с вестибулярным раком гортани ($n = 10$) синдром нутритивной недостаточности выявлен в 3 (30%) случаях, у больных раком гортани складочного отдела ($n = 6$) –



в 2 (33,3%) случаях и при подскладочной локализации опухоли ($n = 2$) – у 1 больного. При складочно-вестибулярной локализации опухоли ($n = 25$) синдром нутритивной недостаточности диагностирован у 14 (56%) больных, при складочно-подскладочном расположении опухоли ($n = 14$) – в 3 (21,4%) случаях и при тотальном поражении гортани ($n = 10$) – у 6 (60%) больных. Таким образом, наибольшая частота встречаемости синдрома нутритивной недостаточности отмечена у больных с тотальным поражением гортани и при складочно-вестибулярной локализации опухоли.

При сопоставлении степени стеноза гортани с частотой выявления синдрома нутритивной недостаточности получены следующие данные. При критическом стенозе гортани у больных с трахеостомой ($n = 9$) синдром нутритивной недостаточности выявлен в 8 (88,9%) случаях, у пациентов со стенозом гортани II степени ($n = 17$) – в 11 (64,7%) случаях, при стенозе гортани I степени ($n = 21$) – в 8 (38,1%) случаях и у больных без обструкции гортани ($n = 20$) – в 9 (45%) случаях. Таким образом, наибольшая выявляемость синдрома нутритивной недостаточности у больных с местно-распространенным раком гортани отмечена при критической обструкции гортани (88,9%) и стенозе гортани II степени (64,7%). Это, вероятно, обусловлено наличием хронической дыхательной недостаточности инспираторного и (или) клапанного характера, приводящей к гипоксемии, гиперкапнии и тканевой гипоксии с возможным развитием гиперметаболического синдрома и питательной недостаточности.

Выводы

1. Частота встречаемости синдрома нутритивной недостаточности у больных с местно-распространенным раком гортани II–IV стадий составила 53,7% и зависела от стадии заболевания, локализации опухоли, а также степени выраженности ларингеального стеноза.
2. У всех больных с IV стадией местно-распространенного рака гортани выявлен синдром нутритивной недостаточности.
3. Наибольшая частота встречаемости синдрома нутритивной недостаточности отмечена у больных с тотальным поражением гортани опухолью (60%) и при складочно-вестибулярной локализации опухоли (56%).
4. Наибольшая выявляемость синдрома нутритивной недостаточности у больных с местно-распространенным раком гортани отмечена при критической обструкции гортани (88,9%) и стенозе гортани II степени (64,7%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вологжанин Д. А., Хорошилов И. Е., Струков Е. Ю. Справочные материалы по оценке статуса питания и проведению энтеральной нутриционной поддержки. – СПб., 2009. – 108 с.
2. Гельфанд Б. Р., Салтанов А. И. Интенсивная терапия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 960 с.
3. Лейдерман И. Н., Левит А. Л., Левит Д. А. Современная нутритивная поддержка в хирургии и интенсивной терапии. Стандартные алгоритмы и протоколы: руководство для врачей. – Екатеринбург, 2004. – 40 с.
4. Луфт В. М., Костюченко А. Л., Лейдерман И. Н. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине. – СПб.; Екатеринбург: Фарм Инфо, 2003. – 310 с.
5. Малышев В. Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – М.: Медицина, 2000. – 464 с.
6. Aswani J., Thandar M., Otiti J. Early oral feeding following total laryngectomy // Laryngology and Otology. – 2009. – Vol. 123, N 3. – P. 333–338.
7. Kondrup J. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002 // Clinical Nutrition. – 2003. – Vol. 22, N 4. – P. 415–421.

Смирнов Андрей Евгеньевич – канд. мед. наук, врач-анестезиолог-реаниматолог Ярославской областной клинической онкологической больницы, докторант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150049, Ярославль, пр. Октября, д. 67; тел.: 8-4852- 31-56-84, e-mail: andsmr@list.ru