



**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ**

**Клинические рекомендации по коррекции синдрома
анорексии-кахексии у онкологических больных**

**Утверждено
на Заседании правления Ассоциации онкологов России**

Москва 2014

Коллектив авторов (в алфавитном порядке):

**Кононенко И.Б., Ларионова В.Б., Манзюк Л.В., Салтанов А.И., Сельчук В.Ю.,
Снеговой А.В.**

Представленные рекомендации составлены с учетом консенсуса экспертов, рекомендаций профессионального общества онкологов-химиотерапевтов России от 2014 года и данных непосредственных и отдаленных результатов крупных рандомизированных и ретроспективных исследований.

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 не зависимым маркером, определяющим выживаемость онкологических больных.

Распространенность синдрома анорексии-кахексии – САКОБ наиболее часто встречается при раке желудка-кишечного тракта, раке легкого, раке молочной железы, НХЛ (рис. 1).



Рис 1. Распространенность синдрома анорексии-кахексии у онкологических больных (Del Fabro E et al., 2012)

Последствия синдрома анорексии-кахексии:

1. Нарушение физического, функционального и психологического статуса
2. Ухудшение переносимости лечения
3. Уменьшение ответа на лечение
4. Ухудшение качества жизни
5. Снижение выживаемости

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

Стадии САКОБ:

- I. Пре-кахексия: 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/м²;
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.

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



Рис.2 Ключевые клинические симптомы

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 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 темпы потери массы тела.

Объективный осмотр: обратить особое внимание на наличие отеков, тургор кожи - оценить признаки обезвоживания, провести осмотр полости рта (налёт, 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.

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 пре-кахексии. 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, ускоряющие 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. Глюкокортикоиды (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-адеметионин
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 пре-кахексии)
3. Инфузионная терапия с глюкокортикоидами
4. Биодобавки
5. Пробиотики (только в комплексной терапии)

Препараты в стадии клинических исследований:

1. Антагонисты лептина
2. Ингибиторы миостатина
3. Агонисты грелина
4. Антагонисты цитокинов
5. Анти IL-6 антитела
6. 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:

- 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:

