



**Осетрова О.В.**

(АНО «Самарский хоспис»),

**Гремякова Т.А.,** д.м.н.

(Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,  
ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», г. Москва)

# АНОРЕКСИЯ / КАХЕКСИЯ

В паллиативной  
помощи

Практические  
рекомендации для врачей

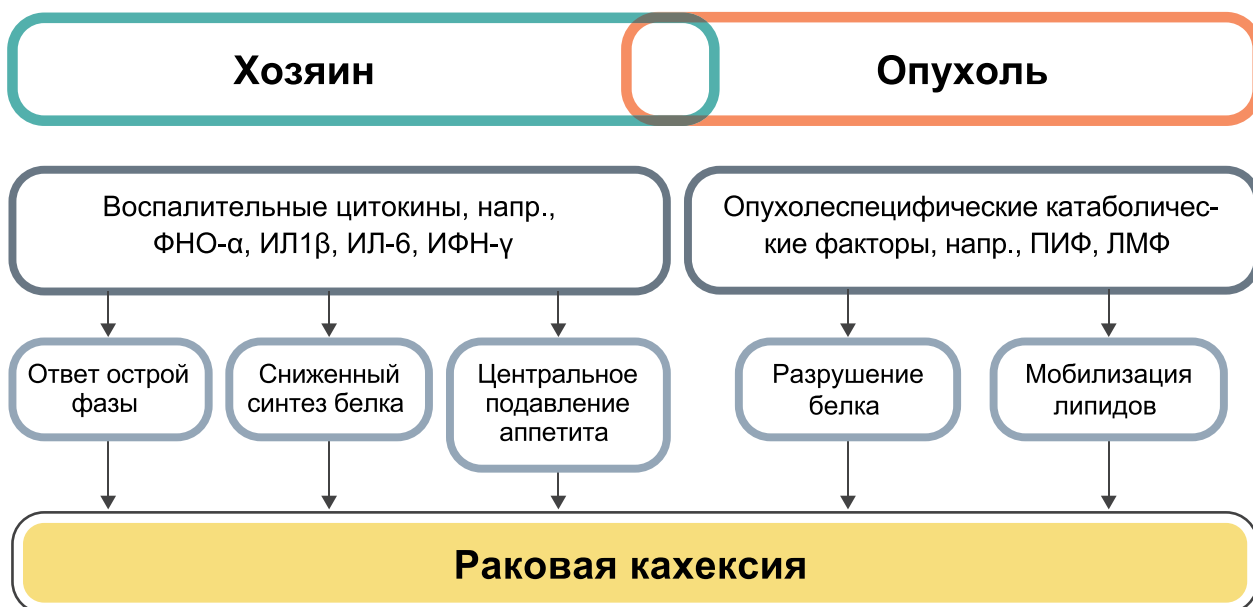
# АНОРЕКСИЯ/КАХЕКСИЯ

## Определение

Синдром **анорексии/кахексии** – комплекс метаболических процессов, который зачастую развивается на поздних стадиях онкологических и других хронических заболеваний, нарушая качество жизни и повышая смертность. Часто встречается при раке ЖКТ, головы и шеи, легких, простаты, СПИДе, ХОБЛ, сердечно-сосудистой недостаточности.

Кахексия является причиной 20% смертей в онкологии. Характеризуется потерей скелетных мышц и жировой ткани, не компенсируемой стандартной нутритивной поддержкой. Вызывает тревогу у больных и ухаживающих за ними лиц.

## Патогенез кахексии



**Рис. 1.** Патогенез кахексии при онкологических заболеваниях

## Причины

### Анорексия

- Некупированные симптомы, которые усиливают анорексию: боль, одышка, депрессия, тошнота, рвота, запор, дисфагия, изжога, гастрит, беспокойство, побочное действие лекарств.
- Проблемы полости рта: сухость во рту, проблемы с протезами, стоматит, кандидоз, изъязвления слизистой.
- Запахи: грибковые поражения кожи, фистулы, запахи пищи, недержание.
- Задержка опорожнения желудка: локальное заболевание, автономная нейропатия, что вызывает раннее насыщение и рвоту неперевааренными остатками пищи.

### Кахексия

Два основных механизма развития кахексии: уменьшение количества потребляемой пищи (анорексия) и аномальный метаболизм как результат действия веществ, продуцируемых опухолевыми клетками или клетками организма в рамках противоопухолевого ответа. Это приводит к хроническому воспалению, подтверждаемому повышением С-реактивного белка в сыворотке крови, уровень которого отражает степень и скорость потери массы тела.

## Стадии развития кахексии

	Прекахексия	Кахексия	Рефракторная кахексия	Смерть
Физиологическое состояние	Потеря веса не более 5%; Анорексия и метаболические изменения.	Потеря веса более 5%, или индекс массы тела менее 20%, а потеря веса более 2%, или саркопения и потеря веса более 2%; Часто – сниженное потребление пищи/ системное воспаление.	Различная степень кахексии; Онкозаболевание стимулирует катаболические процессы и не отвечает на противораковую терапию; Сниженные показатели; Ожидаемая продолжительность жизни менее 3 мес.	

Рис. 2. Стадии развития кахексии

Стадии развития кахексии представлены на рисунке 2. Первые две – прекахексия и кахексия – носят обратимый характер. Кахексия становится трудноразрешимой при лечении пожилых пациентов с саркопенией и онкологическими заболеваниями головы и шеи в терминальной стадии. Такие пациенты физически не могут есть в связи с дисфагией, вызванной ростом или предшествующим лечением опухоли (хирургия, радио- или химиотерапия).

Степень выраженности анорексии/кахексии возможно оценить с помощью шкалы Эдмунтона (см. Приложение 1). Отличительные признаки различных синдромов, связанных с недостаточностью питания, представлены в таблице 1.

**Таблица 1.** Дифференциальная диагностика синдромов потери веса

Синдром	Отличительные признаки
Голодание/ недоедание	Недостаточная калорийность еды Метаболические изменения, повышающие метаболизм жиров и сохраняющие мышечную массу Обратимо при изменении питания
Кахексия	Острофазный ответ организма на неопластические или воспалительные процессы Необратимо при изменении питания
Саркопения	Уменьшение мышечной массы с возрастом Не сопровождается выраженной потерей веса Нормальный физиологический процесс

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лекарственную терапию (см. Приложение 2) назначают для улучшения качества жизни больных, однако она имеет ограниченный эффект. Стимуляторы аппетита могут увеличить количество потребляемых калорий, некоторым пациентам с анорексией их можно назначать с этой целью. При использовании стимуляторов необходим тщательный контроль и отмена при отсутствии эффекта.

### Кортикостероиды:

- преднизолон 15–40 мг п/о утром или
- дексаметазон 2–6 мг п/о утром.

Установлен их быстрый положительный, но краткосрочный эффект на аппетит, улучшение обычно наступает в течение двух-трех недель. Могут также снизить тошноту, улучшить общее состояние, добавить энергии, но не оказывают прямого влияния на нутриционный статус пациента. Если нет эффекта в течение недели – отменить; при наличии положительного действия – снизить до минимальной эффективной дозы; при уменьшении эффекта – отменить. Применение кортикостероидов не продлевает жизнь в сравнении с группой плацебо, а является, скорее, средством улучшения качества жизни.

### Прогестагены (например, мегестрола ацетат / Мегейс):

- стартовая доза 80–160 мг п/о каждое утро в течение месяца;
- при слабом ответе – удваивание дозы;
- максимальная доза 800 мг п/о в течение 24 ч, нет данных об оптимальной дозе.

Улучшают аппетит и увеличивают вес онкобольных. Эффект развивается более медленно, чем у стероидных препаратов, в течение нескольких недель, но он более длительный. Чаще назначают пациентам с прогнозом жизни более трех месяцев. При приеме более трех недель снижение дозы проводить постепенно во избежание супрессии надпочечников. Учитывая очень низкое соотношение между положительным эффектом и риском в случае приема прогестагенов, их использование нужно тщательно контролировать, в особенности у пациентов с иными, помимо рака или СПИДа, заболеваниями.

### Прокинетики:

- метоклопрамид/Церукал 10 мг п/о 3 р/д за полчаса до еды или
- домперидон/Мотилиум 10–20 мг п/о (меньше побочных эффектов) 3 р/д за полчаса до еды.

Назначают при быстрой насыщаемости, задержке опорожнения желудка, гастропарезе, тошноте. Нет доказательных данных о том, что прокинетики улучшают нутриционный статус пациента с тяжелой стадией кахексии или с рефрактерной кахексией.

### Антиконвульсанты:

- габапентин/Конвалис 100–300 мг 2 р/д;
- прегабалин/Лирика 25–75 мг 2 р/д;
- карбамазепин/Финлепсин 100–200 мг 2 р/д;
- ТЦА амитриптилин 5–20 мг 3 р/д;
- мirtазапин/Ремерон 15 мг на ночь с возможным постепенным повышением дозы до достижения оптимального клинического эффекта, обычно эффективная доза

составляет 15–45 мг/24 ч, способствует набору веса, повышает аппетит, снижает депрессию, улучшает сон.

**Средства, в меньшей степени используемые для улучшения аппетита:**

- НПВС:
  - ибупрофен 400 мг п/о 3 р/д или
  - индометацин 50 мг п/о 2 р/д;
  - целекоксиб/Целебрекс 100 мг п/о 2 р/д.

Прием НПВС улучшает аппетит, замедляет потерю веса путем уменьшения воспалительного действия цитокинов. Индометацин продлевает сроки жизни в сравнении с плацебо, целекоксиб способствует набору веса, увеличению индекса массы тела, улучшает качество жизни.

- мелатонин, 20 мг перед сном, оказывает аналогичное действие, воздействуя на циркулирующий в крови фактор некроза опухоли ФНО-α;
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты нормализуют метаболизм и стабилизируют вес: 2,2 г EPA (эйкозанпентаеновая кислота) и DHA (докозагексаеновая кислота).

В настоящее время не существует утвержденного протокола медикаментозной терапии для раковой кахексии. Лечение анорексии/кахексии должно быть направлено как на устранение недостаточного потребления питательных веществ, так и на коррекцию нарушенного метаболизма; ограничиться только увеличением количества потребляемых питательных веществ будет неэффективно (табл. 2).

**Таблица 2.** Возможные методы коррекции анорексии/кахексии

Причина	Возможности коррекции
Неаппетитная пища	Выбор пищи пациентом
Пациенту предлагается слишком много еды	Маленькие порции
Измененный запах/вкус	Адаптировать диету под вкусовые/обонятельные ощущения пациента
Диспепсия	Антацидные, ветрогонные препараты, прокинетики
Тошнота или рвота	Противорвотные средства
Раннее насыщение	Прокинетики, есть «меньше и чаще», перекусы вместо полноценных приемов пищи
Гастростаз	Прокинетики
Запор	Слабительные
Стоматит	Санация полости рта
Боль	Анальгетики
Биохимические причины: гиперкальциемия гипонатриемия	Коррекция гиперкальциемии Демеклоциклин (при нарушении секреции антидиуретического гормона)

Таблица 2. Возможные методы коррекции анорексии/кахексии

Причина	Возможности коррекции
Вторичные факторы, связанные с лечением Прием лекарственных препаратов Лучевая терапия Химиотерапия	Изменение режима приема лекарственных препаратов; противорвотные средства
Прогрессирование заболевания	Стимуляторы аппетита
Тревожность	Эмпатическая поддержка, анксиолитики
Депрессия	Эмпатическая поддержка, антидепрессанты
Социальная изоляция, одиночество, недоедание	Прием пищи вместе с другими людьми; посещение дневного стационара

Ответ на лечение маловероятен на поздней стадии раковой кахексии. Например, когда у пациента тяжелая степень мышечного истощения, оценка по шкале ECOG (см. Приложение 3) составляет 3–4 балла, имеется резистентное к лечению метастатическое поражение, прогноз продолжительности жизни менее 3 месяцев. В данных обстоятельствах необходимо сосредоточиться на облегчении симптомов и психосоциальной поддержке.

## Психосоциальные рекомендации при анорексии

Для пациентов с прогнозом продолжительности жизни менее 3 месяцев:

Поговорите с ухаживающими: чья это проблема? Пациента или семьи? Часто основная задача – помочь пациенту и членам его семьи принять проблему снижения аппетита и адаптироваться к ней:

- выслушать их опасения и обсудить, по возможности, прогрессирование болезни;
- развеять опасения, что «если он не будет есть, он умрет», объяснить, что на данной стадии болезни нет необходимости в сбалансированном питании:
  - «Достаточно дать ему немного того, что он хочет»;
  - «Я буду рад, даже если он будет принимать только жидкую пищу»;
- распознать синдром «Еда – это проявление любви» или «Мой долг – накормить его», помочь ухаживающим людям перенаправить энергию на другие способы заботы и/или подчеркнуть, насколько важно «просто быть рядом»;
- для решения проблемы нейрогенной дисфагии может быть достаточно простых мер, таких как добавление загустителей в жидкую пищу и употребление полутвердой пищи, которую легко глотать: супы, холодцы, пюре, пудинги;
- предлагать небольшие порции пищи на маленькой тарелке;
- помнить, что прием пищи – это социальная привычка; люди обычно лучше едят одетыми, сидя за столом.

## Нутритивные рекомендации при кахексии

Вследствие нарушенного метаболизма у пациентов с установленной кахексией *интенсивная нутритивная поддержка (парентеральная) не оказывает существенного эффекта.*

### Цели диетических рекомендаций зависят от прогноза пациента:

- если прогноз <3 месяцев и кахексия, скорее всего, выраженная, необходимо сконцентрироваться на психосоциальных аспектах приема пищи и напитков;
- если прогноз ≥ 3 месяцев, необходимо сконцентрироваться на профилактике или замедлении потери массы тела у пациентов за счет достаточного обеспечения энергии, белка, электролитов, витаминов, минералов и микроэлементов.

### Диетические рекомендации включают следующее:

- режим питания, например: есть мало и часто;
- напитки на основе молока, например: горячий шоколад, солодовые напитки; кофе с молоком предпочтительнее, чем чай или кофе без молока;
- назначение концентрированного энтерального питания с высоким содержанием белка в малом объеме, например: нутридринк, компакт протеин и др.;
- обогащение диеты питательными веществами, например: использование молока и сливок с повышенным содержанием жиров, добавление масла и сахара (жиры являются наиболее концентрированным источником энергии);
- может иметь смысл ослабить диетические ограничения, например, диабетическую диету.

В целом, у пациентов с недостаточностью питания, обусловленной заболеванием, набор веса более вероятен, если не ограничиваться выполнением диетических рекомендаций и помимо этого использовать концентрированное питание. Тем не менее любое увеличение веса чаще всего отражает прирост жировой, а не мышечной ткани.

По мере прогрессирования кахексии лечение необходимо направить не на увеличение массы тела, а на облегчение психосоциальных последствий и соматических осложнений, как у пациента, так и у членов семьи, ухаживающих за ним.

## Психосоциальные рекомендации при кахексии

- По возможности приобрести одежду меньшего размера для повышения самооценки пациента.
- Предоставить необходимое оборудование для поддержания самостоятельности больного, например: поднимающееся сидение для туалета, кресло-туалет, ходунки, инвалидное кресло.
- Информировать пациента и ухаживающего за ним человека о риске возникновения пролежней и необходимости ухода за кожей.
- Объяснить семье, что:
  - постепенно пациент будет все меньше есть и пить;
  - так будет продолжаться до тех пор, пока он совсем не откажется от пищи и питья, это нормально в процессе умирания;
  - то, что правильно с точки зрения питания на одной стадии заболевания, может быть неправильно на другой;
  - агрессивное лечебное питание на поздних стадиях заболевания не приносит пользы, а зачастую затрудняет контроль симптомов.



### **Благодарим за помощь в подготовке материалов**

**Артыкову Н.П.** (руководителя филиала «Хоспис «Зеленоград» ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

**Порошину О.К.** (руководителя филиала «Хоспис «Ростокино» ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

**Фабулову Т.А.** (заместителя директора ГБУЗ ЦПП ДЗМ по работе с сестринским персоналом),

**Крюкова А. В.** (клинического фармаколога ГБУЗ ЦПП ДЗМ)

### **Список источников**

1. Абузарова Г.Р. Невзорова Д.В. Обезболивание в паллиативной помощи. Практическое руководство для врача. Москва, 2018.
2. Клинические практические рекомендации по раковой кахексии у пациентов на поздней стадии онкологических заболеваний с акцентом на рефрактерной кахексии. Европейские клинические рекомендации. Разработаны по инициативе European Palliative Care Research Collaborative.
3. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, 2016. МКБ 10: R52.1/ R52.2.
4. Fearon K. et al. Definition and classification of cancer-cachexia: an international consensus. *www.thelancet.com/oncology*. Vol.12.2011.
5. Gulett N., Rossi P., Kucuk O., Johnstone P.A.S. Cancer Induced Cachexia: A Guide for the Oncologist. *J. Soc. Integrative Oncology*. 2009. Vol. 7 (4): pp 155–169.
6. Hospice and Palliative Care Training for Physicians. Unipac Self-Study Program, 2008.
7. Introducing Palliative Care Fifth Edition. Editors Twycross R., Wilcock A., 2016.
8. Lai V., George J., Richey L. et al. Results of a pilot study of the effects of celecoxib on cancer cachexia in patients with cancer of the head, neck, and gastrointestinal tract. *Head Neck*, 2008; 30: 67–74.
9. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012.
10. Lundholm K., Gelin J., Hyltander A. et al. Antiinflammatory treatment may prolong survival in undernourished patients with metastatic solid tumors. *Cancer Res.*, 1994; 54: 5602–6.
11. ProCare Hospice Care. Hospice Medication Utilization Guidelines. Eds. S. Shah, M. Madison.
12. Steiner Collet N. Cancer cachexia – pathophysiology and management. // *J. Gastroenterol.*, 2013. Physiopathological aspects of cachexia in cancer, Clinical characteristics of patients with cachexia. Nutrition for patients with progressive cachexia. Geneva. Moscow, dec. 2015.

**Пожалуйста, обведите номер, который наилучшим образом описывает Ваше состояние в НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ:**

<b>Боль</b>	Отсутствие боли	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная боль
<b>Усталость</b>	Отсутствие усталости ( <i>усталость = слабость</i> )	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная усталость
<b>Сонливость</b>	Отсутствие сонливости ( <i>сонливость = чувство вялости</i> )	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная сонливость
<b>Тошнота</b>	Отсутствие тошноты	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная тошнота
<b>Аппетит</b>	Отличный аппетит	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Полное отсутствие аппетита
<b>Одышка</b>	Отсутствие одышки	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная одышка
<b>Депрессия</b>	Отсутствие депрессии ( <i>депрессия = чувство грусти</i> )	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная депрессия
<b>Тревога</b>	Отсутствие тревоги ( <i>тревога = чувство беспокойства</i> )	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальная тревога
<b>Самочувствие</b>	Отличное самочувствие ( <i>самочувствие = как Вы чувствуете себя в целом</i> )	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимально плохое самочувствие
<b>Другое</b>	Отсутствие ..... <i>другая проблема (например, запор)</i>	<b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>	Максимальное проявление

**Заполнил (отметьте один вариант):**

- Пациент   Имя пациента .....  
 Член семьи (опекун)   Дата .....  
 Медицинский работник  
 Социальный работник   Время .....



**0**

Больной полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания.

**1**

Больной неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу).

**2**

Больной лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно, в вертикальном положении.

**3**

Больной способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования.

**4**

Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели.