

STRESZCZENIE

U pacjentów z rozwiniętą chorobą nowotworową niedożywienie jest jednym z częściej wymienianych problemów. Stanowi ono istotny problem bezpośrednio wpływający na jakość życia, skuteczność postępowania terapeutycznego oraz ma związek z długością przeżycia pacjentów. Wprowadzenie odpowiednio wczesnej, rutynowej oceny stanu odżywienia i ryzyka rozwinięcia niedożywienia lub wyniszczenia wydaje się być kluczowe dla podjęcia odpowiedniej interwencji (poradnictwo dietetyczne, żywienie kliniczne). Różne formy interwencji żywieniowych powinny stać się integralną częścią leczenia chorych na nowotwory, ponieważ odpowiednio wczesne podjęcie tych działań może poprawiać zarówno wyniki leczenia, jak i jakość życia chorych. Bardzo ważnym ogniwem opieki nad pacjentem z rozpoznaniem nowotworu, zarówno przed, w trakcie, jak i po leczeniu onkologicznym, jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, przede wszystkim lekarz rodzinny.

Wyznaczono następujące cele badawcze:

1. Ocena stanu odżywienia pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, skierowanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do opieki długoterminowej z podejrzeniem niedożywienia.
2. Określenie czynników warunkujących pogorszenie stanu odżywienia.
3. Analiza wpływu objawów towarzyszących chorobie nowotworowej na przyjmowanie pokarmów w ocenie pacjentów.
4. Ocena przydatności skal niedożywienia w badaniu ambulatoryjnym.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie sześciu miesięcy od 01.04.2015 do 31.08.2015. Grupę badaną stanowiło 67 pacjentów zgłoszonych do objęcia opieką Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, Oddział w Wałbrzychu. Badanie przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety. Do stworzenia tego formularza wykorzystano pytania umożliwiające ocenę w najpopularniejszych skalach badawczych i przesiewowych ryzyka żywieniowego, ocenę sprawności oraz uzyskanie danych umożliwiających określenie zapotrzebowania i realizacji dietetycznej.

Czas od rozpoznania nowotworu do zgłoszenia podejrzenia niedożywienia wynosił od 23 do 1213 dni (średnio 296 dni). Najwięcej zgłoszeń zanotowano pomiędzy 90 i 180 dniem od postawienia rozpoznania. Wszyscy pacjenci z grupy badanej wykazywali cechy

rozwijającego się wyniszczenia nowotworowego. Na podstawie oceny ilościowej symptomów warunkujących odżywienie określono jakie czynniki posiadają największy wpływ objawy z grupy anoreksji. Uzyskane wyniki pozwoliły rozpoznać w badanej grupie pacjentów niedożywienie średniego stopnia lub ciężkie niedożywienie oraz występowanie kacheksji w różnych stadiach zaawansowania z przewagą występowania trzeciego stopnia w czterostopniowej skali kacheksji.

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową zgłaszający podejrzenie niedożywienia w opiece ambulatoryjnej posiadają niedożywienie średniego stopnia lub ciężkie niedożywienie oraz występuje u nich kacheksja.
2. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową wymagają oceny w celu szybkiego wykrywania cech kacheksji ze względu na brak możliwości zadowalającego leczenia zaawansowanej kacheksji oraz późne samodzielne zgłaszanie problemu niedożywienia w podstawowej opiece zdrowotnej. Ocena BMI nie może być jedynym wskaźnikiem oceny stanu odżywienia.
3. Czynniki mające największy wpływ na niedożywienie u pacjentów z chorobą nowotworową to brak apetytu oraz uczucie wczesnej sytości.
4. Najistotniejsze objawy, które towarzyszą niedożywieniu u pacjentów z chorobą nowotworową, dotyczą samego procesu przyjmowania pokarmów i należą do nich: brak apetytu, nieodpowiedni smak pokarmu oraz suchość w jamie ustnej.
5. Najlepszym narzędziem pozwalającym na szybką ocenę zaburzeń związanych z odżywianiem w grupie pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową jest skala PGA-SGA SF. W celu określenia celów terapii konieczne jest określenie stadium kacheksji, w którym pacjent się znajduje. Dostępne obecnie narzędzia nie są optymalne i możliwości oceny stopnia nasilenia wyniszczenia nowotworowego wymagają dalszych badań.

SUMMARY

Malnutrition is a common problem in cancer patients. It is a significant problem directly affecting the quality of life, the effectiveness of therapeutic treatment, and is related to the patient survival.

Introducing an early, routine nutritional assessment and risk of developing malnutrition or cachexia seems to be crucial for proper intervention (diet counseling, clinical nutrition). Different forms of dietary interventions should be an integral part of treating cancer patients, as appropriate early intervention can improve outcomes and quality of life. A primary care physician, especially a family physician, is a very important part of cancer care, both before, during and after cancer treatment.

The following research objectives were identified:

1. Assessment of the nutritional status of patients diagnosed with cancer, addressed by a primary care physician for long-term care with suspected malnutrition.
2. Factors affecting malnutrition.
3. Analysis of the effects of symptoms associated with cancer on food intake in patients' assessment.
4. Usefulness of malnutrition scales in outpatient study.

Among patients with advanced malignancy who reported the problem of malnutrition in primary care and then referred to long-term care, an assessment study and the possibility of improving nutritional status were carried out. The study was based on the author's questionnaire survey. The emphasis in the study was on the ability to assess data for direct impact on nutritional needs. In order to determine the effect of symptoms accompanying the disease on the nutritional status, part 3 of the PG-SGA scale was modified.

The time from diagnosis of malignancy to malnutrition was 23 to 1213 days (mean 296 days). The majority of patients reported between 90 and 180 days after diagnosis. All patients in the study group showed features of cancer cachexia. There was made an analysis of the relationship between the progression of cachexia and the BMI in the study group. It was determined that anorexia has the greatest effect on nutrition. The results allowed to recognize malnutrition in the studied group of middle-degree malnutrition or severe malnutrition.

Based on the results obtained, the following conclusions were made:

1. Patients with advanced malignancy who report suspected malnutrition in outpatient care suffer from moderate malnutrition or severe malnutrition, and cachexia is present.
2. Patients with advanced cancer need to be evaluated for the rapid detection of cachexia because of the lack of satisfactory treatment for advanced cachexia, and late self-reporting of malnutrition in primary care. BMI can't be only one index in evaluation of malnutrition
3. The factors most affected by malnutrition in patients with cancer are lack of appetite and feeling of early satiety.
4. The most important symptoms associated with malnutrition in patients with cancer are related to food intake: a lack of appetite, feeling of bad meals favour and dry mouth.
5. The best tool for rapid assessment of eating disorders in patients with advanced cancer is the PGA-SGA SF scale. To determine the goals of therapy, it is necessary to determine the stage of cachexia. Currently available tools are not optimal and the possibility of assessing the severity of cachexia needs further investigation.