

DOI: 10.21802/artm.2021.3.19.26  
УДК 616.31-616-006.04:616-068.9

## ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРИХ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПОРОЖНИНИ РОТА ТА РОТОГЛОТКИ ДО ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ ТА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

А.О. Кушпа

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Вінниця, Україна,  
ORCID ID: 0000-0001-8994-2560, e-mail: dr\_anna9@ukr.net*

**Резюме. Мета.** Вивчити динаміку ваги, больового синдрому, психоемоційного стану в онкохворих з патологією порожнини рота та ротоглотки від початку захворювання та на етапах лікування.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 45 хворих віком 38-55 років (чоловіки), які перебували на лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї Подільського регіонального центру онкології зі злоякісними пухлинами язика, дна порожнини рота та ротоглотки I-III стадії. Усі хворі мали проблеми з жуванням та ковтанням. Визначали вагу пацієнта, важкість больового синдрому за допомогою ВАШ, ступінь дисфагії та психологічний стан за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) у момент госпіталізації та в післяопераційному періоді на 3, 5, 7, 9, 12 добу. Анамнестично з'ясовували вагу за 3-6 місяців з моменту перших ознак захворювання.

**Результати.** Втрата ваги від перших ознак захворювання до встановлення діагнозу та початку лікування складає 6-9 кг. У пацієнтів залишається виражений больовий синдром у післяопераційному періоді при ковтанні залежно від об'єму оперативного втручання. Присутня дисфагія I-II ступеня до 7 доби в післяопераційному періоді, що необхідно враховувати при виборі додаткового лікувального харчування. Важливим фактором є тривожно-емоційний стан та порушення психіки вже при перших ознаках пухлинного процесу, дані показники сягали високих значень.

**Висновки.** Призначення додаткового харчування у предопераційному періоді лише у 1/3 хворих призводить до незначного збільшення ваги, а у 2/3 – виявляється не ефективним. Проведення оперативних втручань призводить до падіння ваги на 4-7 кг і лише на 9-12 добу до стабілізації даного показника, певних ускладнень. Таким чином, хворі даних груп потребують раціональної нутритивної підтримки у вигляді додаткового харчування та розробки їх схем, з урахуванням больового синдрому, дисфагії та корекції психоемоційного стану.

**Ключові слова:** порожнина рота, ротоглотки, дисфагія, нутритивна недостатність, рак.

**Вступ.** Онкологічне захворювання і різні методи його лікування значною мірою впливають на обмін речовин і призводять до виснаження, ослаблення організму навіть на ранніх стадіях його розвитку. Як клітини самої пухлини, так і клітини організму у відповідь на зміни, що викликаються пухлиною, можуть виділяти токсичні речовини, що порушують обмінні процеси [1]. Такі порушення призводять до ослаблення хворого, знижують його можливість боротися із захворюванням. Під їх впливом в онкологічних пацієнтів розвиваються анорексія (відраза до їжі), інверсія смаку, нудота, **закрепи** або проноси, хронічна втома, анемія, депресія, зниження маси тіла. Сукупність цих ознак називається синдромом кахексії-анорексії, яка зазвичай спостерігається на пізніх стадіях онкологічного захворювання [2]. Найбільш глибоко дану проблему вивчали О.О. Богомолець та Р.С. Кавецький (1960-1969), В.Ф. Чехун (1970), які виявили цілу низку біохімічних порушень в обмінних процесах в онкологічних хворих.

Описано безліч різних механізмів розвитку виснаження хворого на рак [3]. В цілому, в організмі відбувається перебудова для максимального живлення пухлини з усіх доступних джерел: відбувається розпад жирової і м'язової тканини, неадекватне вико-

ристання енергії, яка надходить з продуктами харчування. При цьому виснаження прогресує незалежно від зовнішнього харчування. Ступінь порушення обмінних процесів залежить від стадії пухлинного процесу.

Також у пацієнтів з онкопатологією присутня нутритивна недостатність [4]. Патогенез нутритивної недостатності в онкології є багатофакторним і включає синдром ракової анорексії-кахексії, обструкцію ШКТ пухлиною, рецидивні кровотечі, психологічний дистрес, вплив таких симптомів як біль, розлади жування, ковтання, нудота, блювота, **закреп**, діарея. Свій внесок може робити неoad'ювантне лікування – хіміо- і променева терапія, які теж є вельми агресивними [5].

Ще одним із факторів погіршення загального стану організму хворих є враженість дисфагії, особливо у хворих з онкопатологією порожнини рота. Відома класифікація дисфагій А.І. Савицького, але вона стосується лише проходження їжі по стравоходу [6]. Потрібна розробка для хворих з патологією порожнини рота та ротоглотки.

За даними G. Nitenberg, B. Raynard (2000), найбільша частота нутритивної недостатності спостерігається у пацієнтів з пухлинами голови, шиї, верх-

ніх відділів шлунково-кишкового тракту і становить 40 – 60 %. Крім того, технічні особливості хірургічних втручань, які виконуються при даних захворюваннях, створюють обмеження адекватного харчування в терміни від 7 днів і більше, що вже є чинником нутритивного ризику, навіть при відсутності вираженої недостатності перед операцією [7]. Слід зазначити, що оцінці нутритивного статусу онкохворих до початку лікування присвячена невелика кількість робіт (В.М. Хомяков, А.Д. Ермошина, 2015; О.А. Горбунова, Р.А. Зуков, Н.Н. Медведева, 2020). Але це є не менш суттєвим фактором у плануванні лікування, ніж клітинні та гуморальні показники гомеостазу організму хворого. Тому питання втрати ваги у пацієнтів з онкопатологією порожнини рота та ротоглотки в до- та післяопераційному періоді залишається актуальним.

**Мета дослідження.** Вивчення динаміки ваги, больового синдрому, психоемоційного стану в онкохворих з патологією порожнини рота та ротоглотки від початку захворювання та на етапах лікування.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 45 хворих віком 38-55 років (чоловіки), які перебували на лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї Подільського регіонального центру онкології зі злоякісними пухлинами язика, дна порожнини рота та ротоглотки I-III стадії. Усі хворі мали проблеми з жуванням та ковтанням, що було притаманно пацієнтам з пухлинними процесами наступної локалізації (рак язика – 22, слизової оболонки дна порожнини рота – 15 та передньої піднебінної дужки – 8). Хворих з IV стадією в дослідження не було взято у зв'язку з тим, що вони потребували лише паліативного лікування.

Проводили зважування пацієнта в момент госпіталізації та в післяопераційному періоді на 3, 5, 7, 9, 12 добу. Анамнестично з'ясували вагу за 3-6 місяців з моменту перших ознак захворювання.

Крім того, визначали важкість больового синдрому за допомогою візуально-аналогової шкали

(ВАШ, Visual Analogue Scale, VAS, яка запропонована Huskisson в 1974 році) та ступінь дисфагії відповідно до класифікації А.І. Савицького. ВАШ має 7 видів інтенсивності болю і 10 балів: 0 – немає болю; 1 – ледь відчутний біль; 2-3 – слабкий; 4-5 – помірний; 6-7 – сильний; 8-9 – дуже сильний; 10 – нестерпний біль. Дисфагію визначали за розробленою й апробованою нами класифікацією, де розрізняють 4 степені її вираженості: 1 ступінь – утруднення жувальної переробки їжі, присутнє формування харчової грудки та ковтання; 2 – утруднення жувальної переробки їжі, відсутнє формування харчової грудки та ковтання; 3 – неможливість жувальної переробки їжі, ковтання гелеподібної їжі; 4 – неможливість вживання гелеподібної їжі.

Також визначали психологічний стан за госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety Depression Scale – HADS). Шкала HADS (1983) відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Опитувальник містить 14 пунктів, кожному з яких відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики. Бланк шкали видавався для самостійного письмового заповнення пацієнтові із попередньою письмовою інструкцією.

Основним видом операції були резекція органів порожнини рота та ротоглотки в межах однієї чи кількох анатомічних ділянок.

**Результати дослідження.** Від часу перших ознак до встановлення діагнозу злоякісної пухлини середній термін складав 28-45 дб (36,2±3,4). Вага пацієнта до перших ознак захворювання встановлювалась анамнестично, таким чином величину та швидкість втрати ваги неможливо було підрахувати точно, але в середньому у 82 % втрата ваги склала 6-8 кг (табл. 1), що потребувало лікувальної нутритивної корекції вже до початку будь-якого виду лікування (хірургічне, консервативне, комбіноване).

Таблиця 1

**Показники втрати ваги у хворих на рак порожнини рота та ротоглотки (I-III стадії) до початку лікування (n=45, M±m)**

Кількість хворих	Стадія захворювання	Середній показник втрати ваги (кг)
8	I	3,5±0,4
16	II	5,8±1,6
21	III	8,1±1,2

Предопераційна нутритивна підготовка, що проводилась нами за 1-1,5 тижня до хірургічного втручання дозволяла збільшити вагу пацієнта лише на 1,0-1,5 кг у 32 % хворих, а у решти 68 % – лише стабілізувати наявний стан. Тобто, у більшості па-

цієнтів корекція нутритивного статусу являє собою велику проблему і в ряді випадків є безуспішною.

Дослідження психологічного стану пацієнта виявило його пригнічення (табл. 2).

Таблиця 2

**Результати діагностики психологічного стану онкохворих на рак порожнини рота та ротоглотки до початку лікування за методикою HADS (n=45, M±m)**

Кількість хворих	Стадія	Депресія	Тривога
8	I	11,63±0,86	9,41±0,24
16	II	13,18±0,75	10,61±0,42
21	III	15,04±0,81	11,80±0,68

Аналіз отриманих даних свідчить, що у всіх пацієнтів I-III стадії субклінічно та клінічно виражені тривога та депресія. Незалежно від стадії, після встановлення діагнозу пацієнт не готовий сприймати свій діагноз.

Нами також був оцінений больовий синдром за ВАШ та ступінь дисфагії. Так, больовий синдром за ВАШ був виражений у наступних показниках (табл. 3).

Таблиця 3

**Ступінь больового синдрому за ВАШ (бали) та дисфагія у хворих на рак порожнини рота та ротоглотки під час ковтання (n=45, M±m)**

Кількість хворих	Стадія	Показники по ВАШ	Ступінь дисфагії
8	I	1,63±0,61	0,83±0,45
16	II	2,82±1,11	1,44±0,51
21	III	3,63±0,98	2,12±0,48

Таким чином, аналізуючи отримані дані, ми зробили висновок, що больовий синдром більш виражений у хворих з III стадією, який проявлявся як слабкий та помірний. Для пацієнтів II стадії був характерний слабкий біль, а для хворих I стадії – ледь помітний під час ковтання. Аналогічні зміни були стосовно дисфагії. Так, у хворих з III стадією захворювання було утруднення при прийомі твердої та гелеподібної їжі, а у деяких і рідкої, в залежності від локалізації пухлини. У пацієнтів з II стадією були проблеми в основному із вживанням твердої їжі. Хворі I стадії здебільшого мали I ступінь дисфагії.

За аналогічними показниками був оцінений стан пацієнтів у післяопераційному періоді на 3, 5, 7, 9, 12 добу. Знеболення у пацієнтів проводили з використанням опіоїдних та неопіоїдних анальгетиків, що вводили внутрішньом'язово та внутрішньовенно. Післяопераційні дефекти усувались без використання шкірно-м'язових клаптей.

Так, динаміка втрати ваги в післяопераційному періоді була представлена наступними показниками (табл. 4).

Таблиця 4

**Показники втрати ваги у хворих в післяопераційному періоді від початкової ваги (n=45, M±m)**

Кількість хворих	Стадія	Втрата ваги (кг), доба дослідження				
		3	5	7	9	12
8	I	0,41±0,15	0,48±0,12	4,39±0,83	4,48±0,78	4,50±0,73
16	II	0,60±0,21	0,75±0,20	5,93±1,02	5,98±1,03	6,0±0,99
21	III	0,94±0,38	1,02±0,35	6,58±0,88	6,64±0,84	6,67±0,85

Аналізуючи отримані дані з динаміки ваги пацієнта в післяопераційному періоді, ми відмітили поступову втрату ваги до дев'ятої доби після операції, а далі спостерігалась стабілізація ваги. За дев'ять днів пацієнти втрачали 4-7 кг ваги від термінів госпіталізації. Найбільш швидка втрата ваги спостерігалась у період 3-7 доби післяопераційного періоду. З сьомої по дев'яту добу була найменша втрата ваги. Жоден пацієнт не набрав ваги.

У післяопераційному періоді також у пацієнтів I-III стадії захворювання були виражені депресія та тривога (табл. 5).

Таблиця 5

**Критерії психологічного стану у пацієнтів в післяопераційному періоді (n=45, M±m)**

К-сть хворих	Стадія	Показник	Доба дослідження				
			3	5	7	9	12
8	I	Депресія	11,63±0,86	12,23±0,77	12,42±0,89	12,49±1,09	12,44±1,08
		Тривога	10,81±0,34	11,22±0,54	11,71±0,63	11,92±0,74	11,75±0,68
16	II	Депресія	13,18±0,75	13,89±1,05	13,99±1,11	13,93±1,07	13,79±1,38
		Тривога	11,71±0,52	12,41±0,82	12,84±0,91	12,94±0,95	12,63±0,88
21	III	Депресія	16,06±0,91	16,86±1,21	16,94±1,33	16,44±1,13	16,23±0,98
		Тривога	12,30±0,68	12,87±0,98	13,43±1,28	13,28±1,18	13,12±1,08

Аналізуючи дані стосовно психоемоційного стану пацієнтів в післяопераційному періоді, виявлено, що тривога наростала на 5-7 добу (табл. 5). Це пов'язано з емоційною реакцією на діагноз, складністю лікування, тривогою про можливі рецидиви і потенційною загрозою летального результату.

**Обговорення результатів.** Таким чином, для пацієнтів з онкопатологією порожнини рота та ротоглотки I-III стадії характерна наявність нутритивної недостатності, причинами якої є розташування пух-

лини в порожнині рота та ротоглотці, яке викликає утруднене жування, ковтання, болісність процесу та психологічний стрес на сприйняття і усвідомлення діагнозу – рак. По-перше, на тлі стресу може знижуватися апетит, і, як наслідок, знижуватися кількість споживаної їжі. По-друге, в організмі можуть запускатися механізми, які прискорюють розпад поживних речовин. Крім того, ознаки нутритивної недостатності посилюються в післяопераційному періоді, що пов'язано з об'ємними післяопераційними ранами.

Таблиця 6

## Ступінь больового синдрому за ВАШ та дисфагії в післяопераційному періоді при ковтанні (n=45, M±m)

К-сть хворих	Стадія	Показник	Доба дослідження				
			3	5	7	9	12
8	I	ВАШ (бали)	1,88±0,64	2,0±0,53	1,75±0,70	1,38±0,50	0,88±0,35
		Дисфагія (ступінь)	1,13±0,35	1,25±0,43	1,13±0,35	1,0±0,53	0,88±0,35
16	II	ВАШ (бали)	3,13±1,09	3,35±1,0	3,19±0,98	2,94±0,55	2,67±0,70
		Дисфагія (ступінь)	1,56±0,63	1,70±0,68	1,63±0,62	1,50±0,63	1,44±0,51
21	III	ВАШ (бали)	4,48±1,21	4,23±1,0	3,81±0,88	3,43±0,81	3,09±0,54
		Дисфагія (ступінь)	2,43±0,68	2,48±0,60	2,38±0,69	2,33±0,58	2,05±0,59

Наявність пухлини в порожнині рота та ротоглотки, особливо при їх виразкових та виразково-інфільтративних формах, сприяє швидкій втраті ваги. Призначення додаткової передопераційної нутритивної терапії дозволяло стримати падіння ваги у 68 % пацієнтів і лише у 32 % незначно збільшити втрату на 1,0 – 1,5 кг.

Після проведення оперативних втручань хворі практично не набирали вагу. Їх психологічний стан залишався важким, ефективність знеболення була низькою, а ступінь дисфагії та її тривалість – високою. Відсоток ускладнень склав 8 і полягав у розходженні країв ран та нагноєння.

**Висновки:**

1. Втрата ваги від перших ознак захворювання складає 6-9 кг, у післяопераційному періоді ще 4-7 кг; на 9-12 добу стабілізація даного показника.

2. Призначення додаткового харчування в післяопераційному періоді лише в 1/3 хворих призводить до незначного збільшення ваги, а у 2/3 – виявляється не ефективним.

3. У пацієнтів залишається виражений больовий синдром в післяопераційному періоді при ковтанні (ВАШ 1,63-3,63 бали).

4. У післяопераційному періоді виражена депресія (12,44-16,23 бали) та тривога (11,75-13,12 бали).

Таким чином, хворі даних груп потребують раціональної нутритивної підтримки у вигляді додаткового харчування та розробки їх схем, з урахуванням больового синдрому, дисфагії та корекції психоемоційного стану.

**References:**

- Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J Clin Oncol.* 2015; 33(1):90-99. doi: 10.1200/JCO.2014.56.1894.
- Mochamat, Cuhls H, Marinova M, et al. A systematic review on the role of vitamins, minerals proteins, and other supplements for the treatment of cachexia in cancer: a European palliative care research centre cachexia project. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2017; 8(1):25-39. doi: 10.1002/jcsm.12127.
- Klochkova IS, Astafyeva LI, Kadashev BA, Sidneva YuG, Kalinin PL. Pathogenetic aspects of cachexia. *Obesity and metabolism.* 2020; 17(1):33-40. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/omet10173>.
- Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017; 36(1):11-48. doi: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.

5. Khoroshilov IE. *Klinicheskoye pitaniye i nutritsionnaya podderzhka.* St. Petersburg: ELBI-SPb; 2018. P.192. (In Russ).

6. Schindler A, Denaro N, Russi EG, et al. Dysphagia in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: Literature review and consensus. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2015; 96(2):372-384. doi: 10.1016/j.critrevonc.2015.06.005.

7. Zhang B, Najarali Z, Ruo L. Effect of Perioperative Nutritional Supplementation on Postoperative Complications – Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Gastrointest. Surg.* 2019; 23(8):1682-1693. doi: 10.1007/s11605-019-04173-5.

УДК 616.31-616-006.04:616-068.9

**ОЦЕНКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ И В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

А.А. Кушта

*Винницький національний медичинський університет ім. Н.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та челюстно-лицьової хірургії, г. Вінниця, Україна, ORCID ID: 0000-0001-8994-2560, e-mail: dr\_anna9@ukr.net*

**Резюме. Цель.** Изучить динамику веса, болевого синдрома, психоэмоционального состояния у онкобольных с патологией полости рта и ротоглотки от начала заболевания и на этапах лечения.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 45 больных в возрасте 38-55 лет (мужчины), которые находились на лечении в отделении опухолей головы и шеи Подольского регионального центра онкологии со злокачественными опухолями языка, дна полости рта и ротоглотки I-III стадии. Все больные имели проблемы с жеванием и глотанием. Определяли вес пациента, тяжесть болевого синдрома с помощью ВАШ, степень дисфагии и психологическое состояние по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в момент госпитализации и в послеоперационном периоде на 3, 5, 7, 9, 12 сутки. Анамнестически выясняли вес за 3-6 месяцев с момента первых признаков заболевания.

**Результаты.** Потеря веса от первых признаков заболевания до установления диагноза и начала лечения составляла 6-9 кг. У пациентов выраженный

болевого синдром в послеоперационном периоде при глотании в зависимости от объема оперативного вмешательства. Присутствует дисфагия I-II степени до 7 суток в послеоперационном периоде, что необходимо учитывать при выборе дополнительного лечебного питания. Важным фактором является тревожно-эмоциональное состояние и нарушения психики уже при первых признаках опухолевого процесса, данные показатели достигали высоких значений.

**Выводы.** Назначение дополнительного питания в предоперационном периоде только у 1/3 больных приводит к незначительному увеличению веса, а в 2/3 – оказывается не эффективным. Проведение оперативных вмешательств приводит к падению веса на 4-7 кг и только на 9-12 сутки к стабилизации данного показателя. Таким образом, больные данных групп требуют рациональной нутритивной поддержки в виде дополнительного питания и разработке их схем, с учетом болевого синдрома, дисфагии и коррекции психоэмоционального состояния.

**Ключевые слова:** полость рта, ротоглотка, дисфагия, нутритивная недостаточность, рак.

UDC 616.31-616-006.04:616-068.9

**ASSESSMENT OF THE GENERAL CONDITION OF PATIENTS IN THE DETECTION OF MALIGNANT TUMORS OF THE MOUTH AND OROPHARYNX BEFORE TREATMENT AND IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

A.O. Kushta

*National Pirogov Memorial Medical University,  
Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial  
Surgery Vinnytsya,  
ORCID ID: 0000-0001-8994-2560,  
e-mail: dr\_anna9@ukr.net*

**Abstract. The aim** is to study the dynamics of weight, pain, psycho-emotional state in cancer patients with pathology of the oral cavity and oropharynx from the beginning of the disease and at the stages of treatment.

**Materials and methods.** The study included 45 patients, aged 38-55 years (men), who were treated in the Department of Head and Neck Tumors "Podilskyi Regional Oncology Center" with malignant tumors of the tongue, mouth and oropharynx stage I-III. All patients had problems with chewing and swallowing. The patient's weight, severity of the pain syndrome were determined by VAS, the degree of dysphagia and the psycho-emotional state according to the hospital scale of anxiety and

depression (HADS) at the time of hospitalization and in the postoperative period for 3, 5, 7, 9, 12 days. The weight was determined 3-3 months after the first signs of the disease.

**Results.** Weight loss from the first signs of the disease to diagnosis and treatment is 6-9 kg. Preoperative nutritional training, which we conducted 1-1.5 weeks before surgery allowed to increase the patient's weight by only 1.0-1.5 kg in 32% of patients, and in the remaining 68% - only to stabilize the existing condition. That is, in most patients, the correction of nutritional status is a big problem and in some cases is unsuccessful.

Patients have severe postoperative pain when swallowing, depending on the volume of surgery. Thus, it is more pronounced in patients with stage III, which manifested itself as weak and moderate. Mild stage patients were characterized by mild pain, and stage I patients were barely noticeable when swallowing. There were similar changes in dysphagia. Thus, patients with stage III disease had difficulty eating solid and gel foods, and some liquid, depending on the location of the tumor. Patients with stage II had problems mainly with the consumption of solid foods. Stage I patients mostly had stage I dysphagia. There is dysphagia of I-II degree up to 7 days in the postoperative period, which must be taken into account when choosing an additional therapeutic diet.

An important factor is the anxiety and emotional state and mental disorders at the first signs of the tumor process, so these figures reached high values. This is due to the emotional response to the diagnosis, the complexity of the treatment, the concern for possible recurrences and the potential threat of death.

**Conclusions:** 1. Weight loss from the first signs of the disease is 6-9 kg, and in the postoperative period 4-7 kg. At 9-12 days, the stabilization of this indicator. 2. The appointment of additional nutrition in the preoperative period in only 1/3 of patients leads to a slight increase in weight, and in 2/3 - is not effective. 3. Patients have a pronounced pain in the postoperative period when swallowing (1.63-3.63). 4. In the postoperative period, depression (12.44-16.23) and anxiety (11.75-13).

Thus, patients in these groups need rational nutritional support in the form of additional nutrition and the development of their schemes, taking into account pain, dysphagia and correction of psycho-emotional state.

Thus, patients in these groups need rational nutritional support in the form of additional nutrition and the development of their schemes, taking into account pain, dysphagia and correction of psycho-emotional state.

**Keywords:** oral cavity, oropharynx, dysphagia, nutritional deficiency, cancer.

Стаття надійшла в редакцію 08.08.2021 р.