

ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Рябова Н.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

При разработке рациона питания пациента с хроническим панкреатитом необходимо своевременно диагностировать и учитывать степень белково-энергетической недостаточности и другие нарушения биохимического гомеостаза. Разработанный способ лечебного питания пациентов с хроническим панкреатитом включает: порядок оценки пищевого статуса, этапы коррекции рациона питания пациентов и обоснование эффективности.

Ключевые слова: *хронический панкреатит, лечебное питание пациентов с хроническим панкреатитом, белково-энергетическая недостаточность.*

THE DESIGN PRINCIPLES OF THE DIET OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Raybova N.V.

*Belorussian State Medical University,
Belarus, Minsk*

It is necessary to timely diagnose and take into account the degree of protein-energy deficiency and other violations of biochemical homeostasis in the development of the diet of a patient with chronic pancreatitis. The developed method of therapeutic nutrition of patients with chronic pancreatitis includes: the procedure for assessing the nutritional status, the stages of correction of the diet of patients and the rationale for the effectiveness.

Key words: *chronic pancreatitis, therapeutic nutrition of patients with chronic pancreatitis, protein-energy deficiency.*

Центральное место в патогенезе трофической недостаточности при заболеваниях поджелудочной железы, как правило, занимает белково-энергетическая недостаточность, которая приводит не просто к потере массы тела, а к истощению белковых запасов, что еще больше нарушает функционирование поджелудочной железы. Проводимая в настоящее время диетотерапия пациентов с хроническим панкреатитом не учитывает степень тяжести нарушений энергетического баланса и биохимического гомеостаза [1]. Показатели диагностики степени тяжести белково-энергетической

недостаточности и других нарушений биохимического гомеостата являются достоверными критериями определения характера диетической терапии.

Цель исследования – разработать рекомендации по коррекции рациона питания пациентов с хроническим панкреатитом на основании оценки эффективности способа лечебного питания.

Материалы и методы исследований. Наблюдение пациентов осуществлялось в течение всего периода лечения в стационаре. Биохимические показатели крови и мочи исследовали при помощи автоматического анализатора Olympus AU680 (Япония). Определение общего азота в моче проводили модифицированным методом Кьельдаля. Состав тела и основной обмен анализировали методом биоимпедансного анализа. Исследование показателей качества жизни осуществлялась с помощью русскоязычной версии международного опросника SF-36 v.2TM.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Statistica 10,0». Количественные признаки описывали медианой и интерквартильным размахом (25%-75%).

Результаты и их обсуждение. Способ лечебного питания пациентов с хроническим панкреатитом включает два этапа: во-первых, оценку пищевого статуса пациентов, во-вторых, его коррекцию.

В динамике пищевого статуса пациентов с хроническим панкреатитом четко обозначается два периода. Наиболее сложным в определении тактики диетотерапии является начальный период стационарного лечения, продолжительностью от трех до четырех суток. Он характеризуется наличием у пациентов явлений мальдигестии и мальабсорбции, отрицательного азотистого баланса, которые обуславливают наиболее выраженные нарушения биохимического гомеостаза, включая тяжелую степень белково-энергетической недостаточности. Второй период, длительностью от 10 до 16 суток, характеризуется постепенным увеличением количества принимаемой пищи, расширением перечня продуктов и блюд, повышением энергетической и нутриентной ценности рациона питания, восстановлением состава тела, уменьшением величины отрицательного азотистого баланса.

С целью коррекции рациона питания пациентов с хроническим панкреатитом, во-первых, следует оценить степень тяжести белково-энергетической недостаточности.

Критериями белково-энергетической недостаточности являются показатели: энергетического баланса, массы тела, состава тела, ферментного статуса, белкового, жирового, углеводного, минерального обмена, соматоскопические признаки белково-энергетической недостаточности (состояние слизистых, кожи, волос, ногтей).

Оценка состояния энергетического баланса проводится путем исследования состояния фактического питания и суточных энергозатрат. Изучение фактического питания проводится методом 24-часового

воспроизведения, гигиенического анализа дневных меню-раскладок и листов назначений. Суточные энерготраты пациентов определяются методом алиментарной энергетрики.

Анализ динамики массы тела, показателей состава тела (тощей, жировой массы тела и активной клеточной массы) позволяет определить степень тяжести алиментарной недостаточности. Величина активной клеточной массы характеризует содержание в организме метаболически активных тканей и указывает на уровень белковой адекватности питания [2,3]. Проводится расчет дефицита массы тела, снижение массы тела за последний месяц, три, шесть месяцев (в процентах по отношению к исходной массе тела), оценка динамики изменений индекса массы тела и антропометрических показателей

Достоверным показателем пищевого статуса пациентов с хроническим панкреатитом является величина фазового угла. Его значение отражает метаболическую активность мышечной ткани, уровень обменных процессов, резервные возможности организма. Величина фазового угла импеданса позволяет оценить риск нарушений пищевого статуса пациента (табл. 1).

Таблица 1. Классификация риска нарушений пищевого статуса по значению импеданса фазового угла, градусы (метод биоимпедансного анализа)

Значение в норме	Повышенный риск	Высокий риск
7,8-5,4	5,4-4,4	Менее 4,4

Оценка ферментного статуса организма пациентов с хроническим панкреатитом во время стационарного лечения проводится с помощью изучения уровня амилазы в крови пациентов.

Достоверными показателями состояния азотистого баланса и степени белково-энергетической недостаточности являются: значения суточной экскреции с мочой общего азота и характер азотистого баланса, величины креатинино-ростового и катаболического индексов, соотношения азота креатинина к общему азоту (табл. 2,3).

Таблица 2. Критерии степени белково-энергетической недостаточности питания

Показатели	Стандарты	Степень недостаточности питания		
		легкая	средняя	тяжелая
Азотистый баланс, г/сутки	От + 0,4 до 0	От 0 до – 5,0	От – 5,0 до - 10,0	более – 10,0
Креатинино-ростовой индекс, %	100-90	89-80	79-70	Менее 70
Альбумин, г/л	Более 35	35-30	30-25	Менее 25
Трансферрин, г/л	Более 2,0	2,0-1,8	1,8-1,6	Менее 1,6

Таблица 3. Диагностика выраженности катаболического стресса и степени белково-энергетической недостаточности по значению катаболического индекса (по Б.Бистриан)

Значение катаболического индекса	Выраженность стресса	белково-энергетическая недостаточность
Менее 0	отсутствует	отсутствует
0 - 5	умеренный	умеренная
Более 5	выраженный	выраженная

В качестве показателей адекватности белкового питания используются величины содержания общего белка, альбумина, трансферрина, мочевины и креатинина в крови.

Состояние углеводного обмена пациентов исследуется путем определения содержания глюкозы в крови; состояние жирового обмена – с помощью содержания общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой и высокой плотности в крови. Исследование обеспеченности организма пациентов с хроническим панкреатитом минеральными веществами проводится с помощью определения содержания макро- и микроэлементов в крови и моче.

Лечебное питание пациентов рекомендуется начинать с первого дня стационарного лечения путем использования специализированного продукта лечебно-диетического питания, который представляет собой полуэлементную смесь для энтерального питания и содержит биологически ценные гидролизаты белков молочной сыворотки и липидов (в виде олигопептидов и среднецепочечных триглицеридов), по нутриентному составу адекватный потребностям организма пациентов с хроническим панкреатитом.

В течение первых 1-2 суток стационарного лечения пациенты потребляют полуэлементную смесь в объеме от 1000 до 1500 мл/сутки. Объем смеси распределяется равномерно в течение суток на 5-6 приемов. Специализированный продукт питания комнатной температуры употребляют небольшими глотками, медленно в течение 15-20 минут. Объем употребляемого лечебно-диетического продукта на один прием не должен превышать 250 мл.

Затем, в течение последующих 2-4 суток лечения в условиях стационара пациентам назначается лечебная диета «П» с учетом рекомендаций по метаболической поддержке организма пациентов с хроническим панкреатитом – «щадящий вариант» диеты, а объем потребляемой смеси снижается до 500 мл/сутки (употребляется во время второго завтрака, полдника и за 1,5-2 ч до сна).

Последующие 4-6 суток стационарного лечения пациенты продолжают питаться по лечебной диете «П» («щадящий вариант») и потреблять лечебно-диетический продукт в объеме 250 мл/сутки.

В дальнейшем, при улучшении общего состояния пациентов, уменьшении интенсивности болевого синдрома, восстановлении аппетита питание пациентов осуществляется в соответствии с диетой «П» («щадящий вариант»).

На протяжении всего периода стационарного лечения питание пациентов соответствует потребностям организма в энергии и нутриентах.

В случае снижения аппетита, усиления болевого синдрома у пациентов при переходе на рацион лечебной диеты «П» – продолжить питание специализированным продуктом до улучшения самочувствия, восстановления аппетита и уменьшения интенсивности боли.

В период ремиссии, при выписке пациентов из стационара, рекомендуется «расширенный вариант» диеты.

Таким образом, с целью проведения коррекции рациона питания пациентов с хроническим панкреатитом, следует оценить степень тяжести белково-энергетической недостаточности. Критериями белково-энергетической недостаточности при этом являются показатели: энергетического баланса, массы тела, состава тела, ферментного статуса, белкового, жирового, углеводного, минерального обмена, соматоскопические признаки белково-энергетической недостаточности (состояние слизистых, кожи, волос, ногтей).

Раннюю энтеральную поддержку пациентов с хроническим панкреатитом рекомендуется проводить с первого дня стационарного лечения путем использования специализированного продукта лечебно-диетического питания, который представляет собой полуэлементную смесь для энтерального питания. Критериями эффективности диетотерапии хронического панкреатита являются: исчезновение болевого синдрома, тошноты, рвоты, диареи, метеоризма, восстановление аппетита, улучшение общего самочувствия, повышение качества жизни пациентов (согласно результатам анкет валидированной русифицированной версии опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36TM), положительная динамика массы тела, положительный азотистый баланс (1,9 (1,1-2,5) г/сут), повышение активной клеточной массы тела (58,6 (41,7-123,6) г/сутки).

Список литературы

1. Маев, И.В. Хронический панкреатит / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый. – М. : Наука, 2005. – 501 с.
2. Шевченко, В.П. Клиническая диетология / В.П. Шевченко, В.Т. Ивашкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 243 с.
3. Хубутя, М.Ш. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство / М.Ш. Хубутя, Т.С. Попова, А.И. Салтанов. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2014. – 800 с.