

МЕТОЛОГИЯ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ СТАТУСА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Рябова Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра общей гигиены, г. Минск

Ключевые слова: статус питания, хронический панкреатит.

Резюме: методология оценки и коррекции статуса питания пациентов с хроническим панкреатитом позволит своевременно диагностировать алиментарную недостаточность, другие нарушения биохимического гомеостаза, обосновать коррекцию статуса питания и раннюю энтеральную поддержку пациентов, предотвратить прогрессирование белково-энергетической недостаточности.

Resume: methodology of assessing and correcting the nutritional status of patients with chronic pancreatitis will allow timely diagnosis of alimentary insufficiency, other infringements of biochemical homeostasis, substantiate the correction of nutritional status and early enteral support of patients, prevent the progression of protein-energy deficiency.

Актуальность. Прогрессирующее течение хронического панкреатита (ХП) с нарастающей внешнесекреторной и нутритивной недостаточностью приводит к серьезному ухудшению качества жизни пациентов, увеличению количества осложнений и летальных исходов. До недавнего времени проблема нутритивной поддержки пациентов с ХП решалась исключительно путем парентерального питания [1]. Однако, применение средств парентерального питания не позволяет компенсировать катаболические потери организма. В последние годы в научной литературе все более широко обсуждается возможность проведения раннего энтерального питания пациентов с обострением ХП с использованием смесей для энтерального питания [2].

Биохимические исследования, проводимые в соответствии с протоколом лечения пациентов с ХП, не дают необходимого представления о степени тяжести белково-энергетической недостаточности. Диетотерапия пациентов с хроническим панкреатитом не учитывала характер, степень тяжести нарушений энергетического баланса, биохимического гомеостаза: ферментного статуса, белкового, жирового, углеводного, минерального обмена.

Термин «статус питания» не используется в повседневной практике врача, следовательно, не осуществляется его оценка. Таким образом, исследование и оценка статуса питания как интегрального показателя функционального состояния организма, разработка адекватных вариантов энтеральной поддержки является актуальной проблемой диетотерапии пациентов с ХП.

Цель: комплексная оценка роли статуса питания и нутритивной недостаточности у пациентов с ХП, подходов к диагностике и коррекции отклонений статуса питания.

Задачи: 1. Обосновать необходимость ранней энтеральной поддержки пациентов с ХП; 2. Установить критерии эффективности диетотерапии пациентов с ХП.

Материалы и методы. 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. Оценка необходимости и эффективности ранней энтеральной поддержки пациентов с ХП включает два этапа: во-первых, оценку статуса питания пациентов, во-вторых, его коррекцию.

Исследование статуса питания у пациента с ХП базируется на мультидисциплинарном подходе, включая следующее: оценку клинической картины; диагностику экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы; изучение состава тела, биохимического и клинических анализов крови; оценку рациона питания и образа жизни; психологическую оценку, обращая особое внимание на потенциально зависимые со статусом питания симптомы и факторы риска (тошнота, анорексия, ситофобия, боль, злоупотребление алкоголем и курение, качество жизни).

С целью проведения коррекции статуса питания пациентов с ХП, во-первых, следует оценить степень тяжести алиментарной (белково-энергетической) недостаточности. Критериями белково-энергетической недостаточности являются показатели: энергетического баланса, массы тела, состава тела, белкового, жирового, углеводного, минерального обмена, соматоскопические признаки белково-энергетической недостаточности (состояние слизистых, кожи, волос, ногтей) [3].

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 энергозатраты пациентов определяются методом алиментарной энергетрики или по потерям эндогенного белка. Метод алиментарной энергетрики основан на точном учете массы тела и энергетической ценности пищи (энергетический эквивалент: 1 кг массы тела взрослого человека составляет 6800 ккал). Суточные энергозатраты пациентов, определяемые по потерям эндогенного белка, рассчитываются по формуле: $E_{тр} = (N_{общ} * 6,25 * 4,1 * 100) / 15$, где $N_{общ}$ – величина экскреции общего азота с мочой, г/сутки.

Анализ динамики массы тела, показателей состава тела (тощей, жировой массы тела и активной клеточной массы) позволяет определить степень тяжести нутритивной недостаточности. Величина активной клеточной массы характеризует содержание в организме метаболически активных тканей и указывает на уровень белковой адекватности питания. 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 статуса питания пациентов с ХП является фазовый угол. Значение фазового угла отражает метаболическую активность мышечной ткани и уровень обменных процессов. Величина фазового угла импеданса позволяет оценить риск нарушений статуса питания пациента.

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

В качестве показателей адекватности белкового питания используются величины содержания общего белка, альбуминов, трансферринов, 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 ХП витаминами и минеральными веществами проводится с помощью определения содержания витаминов, макро- и микроэлементов в крови и моче.

Коррекция статуса питания пациентов. Раннюю энтеральную поддержку пациентов с хроническим панкреатитом проводят 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 ХП.

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 ХП – «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 [4].

Выводы: отклонения статуса питания пациентов с ХП играют важную роль в прогнозе этого заболевания. Жесткое ограничение рациона без адекватной нутритивной поддержки приводит не только к недостаточному поступлению энергии и незаменимых питательных веществ, но и усугубляет первичную недостаточность поджелудочной железы, замыкая, таким образом, один из кругов патогенеза ХП.

С целью проведения коррекции статуса питания пациентов с ХП следует оценить степень тяжести алиментарной (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)

Раннюю энтеральную поддержку пациентов с ХП необходимо проводить с первого дня стационарного лечения путем использования специализированного продукта лечебно-диетического питания, который представляет собой полуэлементную смесь для энтерального питания. Критериями эффективности диетотерапии ХП являются: исчезновение болевого синдрома, тошноты, рвоты, диареи, метеоризма, запора, восстановление аппетита, улучшение общего самочувствия, повышение качества жизни пациентов (согласно результатам анкет валидированной русифицированной версии опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36™), положительная динамика массы тела (143,0 (120,0-161,0) г/сут), положительный азотистый баланс (1,9 (1,1-2,5) г/сут), повышение тощей (70,7 (58,3-89,4) г/сутки), активной клеточной (58,6 (41,7-123,6) г/сутки) и жировой массы тела (72,5 (47,3-84,5) г/сутки).

Необходим системный, мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с ХП и профилактике развития нутритивной недостаточности.

Литература

1. Шевченко, В. П. Клиническая диетология / В. П. Шевченко, В. Т. Ивашкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 243 с.
2. Хубутя, М.Ш. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство / М.Ш. Хубутя, Т.С. Попова, А.И. Салтанов. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2014. – 800 с.
3. Рябова, Н. В. Метаболическая коррекция статуса питания у пациентов с хроническим панкреатитом / Н. В. Рябова, Х. Х. Лавинский, О. И. Светлицкая // Здоровоохранение. – 2015. – № 8. – С. 65–70.
4. Метод энтеральной поддержки при лечении хронического панкреатита : инструкция по применению № 199-1215 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.12.2015 / Х. Х. Лавинский, Н. В. Рябова, С. И. Третьяк, С. М. Рацинский. – Минск, 2015. – 30 с.