

## **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ СТАТУСА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Рябова Н.В., Ращинский С.М., Третьяк С.И., Дорошевич В.И.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
Беларусь, Минск*

*Результаты исследований статуса питания пациентов с хроническим панкреатитом выявили наличие энергетического дефицита, уменьшение массы тела, в том числе тощей массы, потери эндогенного белка. Ранняя оценка статуса питания пациентов необходима для своевременной диагностики и коррекции белково-энергетической недостаточности. Патогенетически обоснованное питание способствует увеличению массы тела пациентов, в том числе мышечной, улучшению субъективного состояния пациентов. Разработанный способ лечебного питания пациентов с хроническим панкреатитом включает: порядок оценки статуса питания, коррекцию рациона питания пациентов и оценку эффективности.*

***Ключевые слова:** хронический панкреатит, лечебное питание пациентов с хроническим панкреатитом.*

## **PERSONALIZED APPROACH TO CORRECTING THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS**

*Raybova N.V., Rashchynski S.M., Tretyak S.I., Darashevich V.I.  
Belorussian State Medical University,  
City Clinical Hospital of emergency Medical Care,  
Belarus, Minsk*

*The results of studies of the nutritional status of patients with chronic pancreatitis revealed the presence of an energy deficit, decrease the body weight, including lean mass, and loss of endogenous protein. Early assessment of the nutritional status of patients is necessary for timely diagnosis and correction of protein-energy deficiency. Pathogenetically based nutrition helps to increase the body weight of patients, including muscle, and improve the subjective condition of patients. The developed method of therapeutic nutrition for patients with chronic pancreatitis includes: the procedure for assessing the nutritional status, correcting the diet of patients and evaluating the effectiveness*

***Key words:** chronic pancreatitis, therapeutic nutrition of patients with chronic pancreatitis.*

Для пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) характерна алиментарная недостаточность, которая обусловлена нарушением процессов пищеварения и неадекватным лечебным питанием. Причиной неадекватности лечебного питания является уменьшение объема принимаемой пищи вследствие усиления абдоминальной боли, нарушения ферментного статуса пациентов. Возникающая у пациентов белково-энергетическая недостаточность 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 не учитывает динамику статуса питания пациентов, степень тяжести нарушений энергетического баланса и биохимического гомеостаза [1]. Показатели диагностики степени тяжести белково-энергетической недостаточности и других нарушений биохимического гомеостаза являются достоверными критериями определения характера диетической терапии. А исследование и оценка статуса питания как интегрального показателя функционального состояния организма, разработка адекватных вариантов метаболической поддержки, коррекции статуса питания являются актуальной проблемой диетотерапии пациентов с ХП.

Цель исследования – оценить эффективность оригинального способа лечебного питания.

Наблюдение пациентов осуществлялось в течение всего периода лечения в стационаре (14,0 (13,0-16,0) суток). 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.

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

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

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, белкового обмена (экскреции с мочой общего азота и характер азотистого баланса, величины содержания общего белка, альбумина, трансферрина), соматоскопические признаки белково-энергетической недостаточности (состояние слизистых, кожи, волос, ногтей). Оценка состояния энергетического баланса проводится путем исследования состояния фактического питания и суточных энергозатрат. 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 адекватность белковой питания [2,3].

Среднесуточный энергетический дефицит у пациентов контрольной группы (находились на обычном питании: первые 4 суток – голод, последующие дни – диета «П») на 4-е сутки стационарного лечения составлял 3176,6 (2758,5-3536,5) ккал/сутки, потери массы тела – 1,6 (1,5-1,7) кг происходили в основном за счет тощей массы – 0,9 (0,8-1,2) кг и активной клеточной массы – 0,7 (0,6-0,9) кг. В последующие сутки стационарного лечения среднесуточный энергетический дефицит организма уменьшился ( $T = 1,0$ ,  $p < 0,001$ ) и был равен 959,3 (852,8-1172,6) ккал/сутки, потери массы тела – 1,2 (1,0-1,3) кг происходили в основном за счет жировой массы – 0,7 (0,6-1,0) кг. Азотистый баланс у пациентов сохранялся отрицательным и к 10 суткам составил: -5,5 (3,5-8,4) г/сутки. Содержание белков в крови (альбумина и трансферрина) к 4-5 суткам лечения достоверно ( $p \leq 0,01$ ) снизилось, к моменту выписки – нормализовалось.

Результаты оценки эффективности нового способа лечебного питания позволили установить, что 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 путем сипинга. Объем смеси распределяется равномерно в течение суток на 5-6 приемов, употребляется небольшими глотками, медленно в течение 15-20 минут.

Затем, в течение последующих 2-4 суток лечения в условиях стационара пациентам назначается лечебная диета «П» – «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»), при выписке на назначается «расширенный вариант» диеты «П».

На протяжении всего периода стационарного лечения необходимо оценивать основные показатели статуса питания – питание пациентов должно соответствовать 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.

#### Заключение.

1. С целью назначения лечебного питания и коррекции рациона питания пациентов с хроническим панкреатитом следует оценить статус питания пациента и степень тяжести белково-энергетической недостаточности.

2. Критериями белково-энергетической недостаточности являются, в первую очередь, показатели: энергетического баланса, массы тела, состава тела, белкового обмена, соматоскопические признаки белково-энергетической недостаточности.

3. 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 пациентов являются: исчезновение болевого синдрома, тошноты, рвоты, диареи, метеоризма, восстановление аппетита, улучшение общего самочувствия, повышение качества жизни пациентов, нормальные значения белков в крови, положительная динамика массы тела (увеличение на 1,5 (1,3-1,6) кг), состава тела (тощей массы тела – на 0,7 (0,6-0,9) кг, жировой массы – на 0,7 (0,5-0,9) кг, активной клеточной массы – на 58,6 (41,7-123,6) г/сутки), положительный азотистый баланс (1,9 (1,1-2,5) г/сут).

#### 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.