

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ НА ВСЕХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Жукова Татьяна Валерьевна

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

e-mail: tvzhukova@gmail.com

Пациенты с недостаточностью питания встречаются в практике любого врача ежедневно, однако её диагностика достаточно часто осуществляется только на поздних стадиях, когда имеются уже необратимые изменения. В ряде случаев отмечается недостаточное внимание врачей к нутритивному статусу пациентов, к скрытому течению гипотрофии на начальных этапах и т.д. Нутритивный статус — это комплекс клинических, антропометрических и лабораторных показателей, характеризующих количественное соотношение мышечной и жировой массы тела человека. По данным европейских исследований, большая часть пациентов, поступающих в стационары, имеет существенные нарушения нутритивного статуса:

- у 20% - истощение и недоедание;
- у 50% - нарушениями жирового обмена;
- до 90% имеют признаки гипо- и авитаминозов;
- у более чем 50% обнаруживаются изменения иммунного статуса.

Анализ, проведенный Европейской ассоциацией клинического питания и метаболизма (ESPEN) констатирует трофическую недостаточность у пациентов в хирургии у 27-48%; в терапии у 46-59%; в гериатрии у 26-57%; в ортопедии у 39-45%; в онкологии у 46-88%; пульмонологии у 33-63%; в гастроэнтерологии у 46-60%; среди инфекционных больных в 42-59%; с хронической почечной недостаточностью – 31-59%.

Даже при незначительном дефиците нутриентов (белков, жиров, углеводов) включаются механизмы компенсации путём перераспределения энергетических ресурсов. Вне зависимости от причины, клинические последствия недостаточности питания едины и включают в себя следующие синдромы:

- астено–вегетативный синдром;
- мышечная слабость, снижение толерантности к физической нагрузке;
- иммунодефициты, частые инфекции;
- синдром повышенной контаминации тонкой кишки);
- синдром полигландулярной эндокринной недостаточности;
- жировая дистрофия печени;
- потеря либидо у мужчин, аменорея у женщин;
- поли- и -гиповитаминозы.

Установлено, что масса тела и смертность – взаимосвязанные между собой параметры. Доказано, что смертность резко возрастает при ИМТ менее 19 кг/м². Дефицит массы тела 45–50% является фатальным.

Нутритивная недостаточность становится клинически значимой:

1. Потеря веса 10 % и более;
2. Потеря 20 % белка тела резко повышает вероятность развития периоперационных осложнений, смертности;
3. Увеличение летальности у пострадавших, которым не осуществляли питание в течение первых 5-7 суток после травмы (в 2 и 4 раза, соответственно)
4. Снижение калоража на 10 ккал/кг в день сопровождается увеличением летальности на 30-40 %.

Неадекватное питание является серьезным фактором риска летального исхода у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), у лиц с инсультом.

Таким образом, становится очевидным, что эффективная реабилитация на любом из ее этапов невозможна в первую очередь без оценки и коррекции нутритивного статуса пациента.

Медицинская нутритивная терапия – это термин, который включает в себя пероральные дополнения, энтеральное кормление через зонд (энтеральное питание) и парентеральное питание». Энтеральное (ЭП) и парентеральное питание (ПП) традиционно называют искусственной нутритивной поддержкой. Нутритивная терапия – это индивидуальные и целенаправленные меры по питанию с использованием диеты или лечебной терапии. Диетические консультации или консультирование по вопросам питания могут быть частью терапии питания.

Энтеральное питание (ЭП) должно обеспечивать (в зависимости от задач проводимой терапии или диеты) потребности человека (либо только за счет ЭП, либо в сочетании ЭП с обычным приемом пищи, либо в сочетании энтерального с парентеральным питанием) во всех макронутриентах (жирных кислотах, аминокислотах, углеводах), микронутриентах (витаминах и минералах) и воде (хотя при её недостатке в продукте, воду как правило можно использовать отдельно):

Стандартной энергетической плотностью продуктов энтерального питания у взрослых и детей старше 1 года жизни считается плотность 1,0 ккал/мл. Энергетическая плотность 1,5 ккал/мл считается повышенной. Стандартные смеси содержат все необходимые макронутриенты, микронутриенты и витамины в соответствии с суточными потребностями организма в различных патологических состояниях и предназначаются для коррекции или предупреждения белково-энергетической недостаточности практически во всех ситуациях, когда естественное питание невозможно или недостаточно:

Своевременное и правильное назначение гиперкалорических смесей для энтерального питания способно нормализовать нутритивный статус, предотвращать развитие осложнений при острых и хронических заболеваниях,

хирургической. онкологической патологии, что позволит снизить летальность и повысить качество жизни пациентов.

Хотя концепция нутритивной терапии подразумевает только поддержку ЭП или ПП, недавно была внедрена концепция «предварительной реабилитации» и сейчас является межпрофессиональным мультимодальным подходом. Идея мультимодального подхода к предварительной реабилитации с компонентами питания и физической нагрузки основывается на их синергии. Что касается клинического воздействия предварительной реабилитации, два последних метаанализа пришли к выводу, что предоперационная лечебная физкультура способствовала уменьшению количества послеоперационных осложнений и сокращению продолжительности пребывания в стационаре пациентов, перенесших сердечную и абдоминальную операцию. Также тренировка дыхательных мышц ассоциировалось со снижением послеоперационных легочных осложнений.

В то время как физическая активность является основной частью этой мультимодальной программы реабилитации, в нее необходимо включить и другие факторы функционального резерва, такие как надлежащее питание, выбор оптимальных лекарств и медицинских процедур, а также методики расслабления. Имеются убедительные доказательства, что предварительная реабилитация смягчает побочные эффекты терапии у онкологических больных. Значительные изменения в функциональной работоспособности требуют 4–5 недель предварительной реабилитации. Это недавно было показано на пациентах, перенесших резекцию печени. Пациенты с низким функциональным и физиологическим запасом, такие как пожилые люди, саркопенические и онкологические больные, могут получить больше от предварительной реабилитации, чем другие группы пациентов. Необходимы дальнейшие исследования с особым вниманием к пожилым онкологическим пациентам для определения влияния предварительной реабилитации как части предоперационной оптимизации послеоперационного исхода (осложнения, продолжительность пребывания в стационаре, частота повторной госпитализации). «Коррекция метаболического состояния» пациента фокусируется на профилактике и лечении резистентности к инсулину, что также является мерой для уменьшения осложнений после тяжелой операции.

Заболеваемость, продолжительность пребывания в больнице и летальность считаются основными параметрами результата при оценке преимуществ поддержки питания. Улучшение нутритивного статуса и повышение качества жизни пациентов являются одними из главных критериев оценки реабилитации на всех этапах ее проведения.