

*Н.В. Рябова***ПРОФИЛАКТИКА БЕЛКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ***Кафедра общей гигиены**Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск**N.V. Rabava***PREVENTION OF PROTEIN DEFICIENCY IN PATIENTS
WITH CHRONIC PANCREATITIS***Department of general hygiene**Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме: Оценке статуса питания пациентов с хроническим панкреатитом в условиях стационарного лечения не уделяется должного внимания. Установлено наличие белково-энергетической недостаточности у пациентов с хроническим панкреатитом. Отрицательная динамика азотистых показателей крови и мочи свидетельствует об интенсивном использовании белковых структур организма пациентов, преимущественно в первые 3-4 суток лечения в условиях стационара. Нутритивная поддержка пациентов с хроническим панкреатитом способствует улучшению качества жизни пациентов, показателей статуса питания, увеличению массы тела, в том числе мышечной массы.

Ключевые слова: статус питания, хронический панкреатит.

Resume: Assessment of the nutritional status of patients with chronic pancreatitis in a stationary treatment is not paid of due attention. Protein-energy deficiency in patients with chronic pancreatitis is established. The negative dynamics of nitrogen indices of blood and urine indicates the intensive use of protein structures in the body of patients, mainly in the first 3-4 days of treatment in a hospital. Nutritional support of patients with chronic pancreatitis improves of the quality of life, patients nutritional status indicators, increased body mass, including muscle mass.

Keywords: chronic pancreatitis, nutritive support.

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – алиментарно-зависимое заболевание. Злоупотребление алкоголем, острой и жирной пищей, повышенная энергетическая ценность рациона на фоне дефицита в питании полноценных белков, витаминов и микроэлементов повышает вероятность развития и частоту обострений заболевания [1,2].

Использование пациентами диеты, которая характеризуется значительным ограничением жиров, запретом сырых овощей и фруктов, может сопровождаться усилением абдоминальной боли [2,3]. Развитие у пациентов с ХП явлений ситофобии, мальабсорбции, мальдигестии, жесткое соблюдение лечебной диеты без альтернативной нутритивной поддержки повышает вероятность развития белково-энергетической недостаточности, что усугубляет состояние пациентов в целом [3].

Следовательно, исследование и оценка белковой обеспеченности организма пациентов, разработка адекватных вариантов метаболической поддержки являются актуальной проблемой диетотерапии пациентов с ХП [3].

Цель: предотвратить развитие белково-энергетической недостаточности у пациентов с ХП во время обострения заболевания.

Задачи:

1. Провести оценку белковой обеспеченности пациентов с ХП на фоне

ранней нутритивной поддержки.

2. Компенсировать потерю массы тела, особенно мышечной массы тела.

3. Установить критерии эффективности диетотерапии пациентов с ХП

Материалы и методы. Наблюдение пациентов осуществлялось в течение всего периода лечения в стационаре. Длительность стационарного лечения пациентов составляла 11,0 (10,0-12,0) суток. Нутритивная поддержка пациентов (40 человек) была проведена с применением специализированного продукта диетического питания (полуэлементной смеси) и лечебной диеты «П».

Биохимические показатели крови и мочи исследовали при помощи автоматического анализатора Olympus AU680 (Япония). Определение общего азота в моче проводили модифицированным методом Кьельдаля. Азотистый баланс, катаболический индекс, креатинино-ростовой индекс рассчитывали исходя из величин суточной экскреции с мочой общего азота, мочевины, креатинина. Состав тела (тощей массы тела – ТМТ, активной клеточной массы тела – АКМ, жировой массы тела – ЖМТ,) и основной обмен анализировали методом биоимпедансного анализа. Состояние фактического питания пациентов изучалось методом интервьюирования, гигиенического анализа меню-раскладок и на основании листов назначений на протяжении всего периода лечения в стационаре. 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. Раннюю энтеральную поддержку пациентов с ХП проводили 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 потребляли 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», 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 продолжали 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» рекомендовалось 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.

Наиболее достоверными показателями, отражающими обеспеченность организма белком, являются показатели состава тела, характер и величина азотистого баланса, значения катаболического индекса, креатинино-ростового индекса, концентрация белков в крови.

Масса тела пациентов на фоне ранней нутритивной поддержки с использованием полуэлементной смеси и диеты «П» за время стационарного лечения увеличилась на 1,5 (1,3-1,6) кг, ТМТ – на 0,7 (0,6-0,9) кг, АКМ – на 0,6 (0,5-1,1) кг, ЖМТ – на 0,7 (0,5-0,9) кг.

Исследование характера и уровня азотистого баланса дает возможность осуществить раннюю диагностику состояния метаболизма белков, оценить адекватность белкового питания и установить степень тяжести белково-энергетической недостаточности. У пациентов отрицательный азотистый баланс был зарегистрирован лишь в первые двое суток стационарного лечения (-13,0 (11,4-14,5) г/сутки). Во второй период стационарного лечения у пациентов был выявлен положительный характер азотистого баланса (+1,9 (1,1-2,5) г/сутки), что свидетельствует об адекватном обеспечении организма белком. Ранняя нутритивная поддержка пациентов позволила предотвратить использование эндогенных запасов организма в течение второго периода стационарного лечения. У пациентов выраженные катаболические процессы наблюдались лишь в 1-е и 2-е сутки стационарного лечения. В последующие дни катаболическая реакция у пациентов отсутствовала.

На фоне ранней нутритивной поддержки у пациентов было установлено увеличение значения креатинино-ростового индекса с 74,9 (68,0-79,9) % в 1-е сутки до 83,2 (78,4-89,9) % в 10-е сутки ($p < 0,01$), что было еще одним критерием, подтверждающим эффективность нутритивной поддержки.

Концентрация общего белка и альбумина в сыворотке крови пациентов оставалась в пределах нормы в течение всего времени стационарного лечения.

Наиболее высокие величины показателей качества жизни, характеризующие физический и психологический компоненты здоровья, к моменту выписки из стационара наблюдались у пациентов, которым была проведена ранняя нутритивная поддержка ($p < 0,05$). Определена прямая средней силы корреляционная связь между физическим компонентом здоровья и количеством белка, потребляемого пациентами к 5-м суткам ($\rho = 0,43$) и прямая средней силы корреляционная связь между уровнем альбумина в крови и физическим компонентом здоровья к концу лечения в стационаре ($\rho = 0,37$), что подтверждает взаимосвязь между адекватностью белкового питания и качеством жизни пациента.

Выводы:

1. Использование специализированного продукта диетического питания и лечебной диеты «П» у пациентов с ХП с первых дней стационарного лечения способствовало сохранению энергетического равновесия организма в течение всего

времени стационарного лечения, увеличению массы тела на 1,5 (1,3-1,6) кг, ТМТ – на 0,7 (0,6-0,9) кг, АКМ – на 0,6 (0,4-1,1) кг, ЖМТ – на 0,7 (0,5-0,9) кг, положительному азотистому балансу, что подтверждало адекватное обеспечение пациентов белком.

2. 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-36TM), 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).

Литература

1. Маев, И.В. Хронический панкреатит / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый. – Москва: Наука, 2005. – 501 с.
2. Хорошилов, И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / И.Е. Хорошилов. – С-Петербург.: НОРДМЕД-ИЗДАТ, 2000. – 374 с.
3. Хубутя, М.Ш. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство / М.Ш. Хубутя, Т.С. Попова, А.И. Салтанов – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. – 800 с.