

Методы оценки и коррекция статуса питания пациентов

Жукова Т.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Нутритивный статус – это комплекс клинических, антропометрических и лабораторных показателей, характеризующих количественное соотношение мышечной и жировой массы тела человека.

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.²

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. Однако, в ряде случаев отмечается недостаточное внимание врачей к нутритивному статусу пациентов, скрытое течение гипотрофии на начальных этапах и т.д.

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. В современной клинической практике методы оценки питательного статуса подразделяются на несколько групп:

- 1) клинико-анамнестические;
- 2) антропометрические;
- 3) лабораторные.

Антропометрические методы:

- 1) Измерение массы тела (МТ) и индекса массы тела (ИМТ).

МТ сравнивается с рекомендуемой МТ в соответствии с формулой Европейской ассоциации нутрициологов:

Рекомендуемая масса (РМТ) рассчитывается по формуле, предложенной Европейской ассоциацией нутрициологов:

- РМТ (мужчины) = $P - 100 (P - 152) \times 0,2$
- РМТ (женщины) = $P - 100 (P - 152) \times 0,4$

(P – рост в см)

Таким образом, оптимальный вес для мужчины ростом 178 см будет = $178 - 100 (178 - 152) \times 0,2 \approx 73$ кг.

Оптимальный вес для женщины, ростом 164 см будет = $164 - 100 (164 - 152) \times 0,4 \approx 60$ кг.

2) Оценка потери МТ проводилась согласно анамнестическим данным. Потеря считается выраженной, если величина отклонения фактической массы тела от предыдущей составляет: за неделю >2%, за 1 месяц >5%, за 6 месяцев >6,5%.

3) ИМТ рекомендован как достоверный показатель состояния питания. ИМТ вычисляется по формуле: $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$

4) Оценка компонентного состава тела позволяет оценить отдельно мышечную (тощую) и жировую составляющие массы тела. Это особенно важно в ситуациях, когда потеря белка маскируется за избыточной жировой тканью.

Лабораторные методы оценки питательного статуса.

Лабораторные исследования дают возможность достаточно полно выявлять нарушения метаболических процессов, т.к. позволяют оценивать как соматический, так и висцеральный пул белка.

Определяют следующие показатели:

- альбумин;

- трансферрин;
- ретинолсвязывающий белок.

Также определяют абсолютное количество лимфоцитов.

ESPEN определила диагностические критерии истощения в соответствии с двумя вариантами:

- вариант 1: ИМТ менее 18,5 кг/м²;
- вариант 2: комбинированный: потеря веса более 10 % или более 5% в течение 3 месяцев, а также снижение ИМТ или низкий индекс массы тела без жира (FFMI). Сниженный ИМТ составляет менее 20 или менее 22 кг/м² у пациентов моложе и старше 70 лет соответственно. Низкий FFMI составляет менее 15 и менее 17 кг/м² у женщин и мужчин соответственно.

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН, нутритивная недостаточность) – состояние питания, при котором дисбаланс энергии, белков и других питательных веществ ведёт к измеримым нежелательным эффектам на ткани, функции и клинические исходы.

Факторы риска БЭН:

1. Пожилой возраст

2. Заболевания, особенно:

- критические состояния, сепсис;
- злокачественные новообразования;
- травма;
- заболевания ЖКТ;
- ХОБЛ;
- декомпенсированная сердечная недостаточность.

3. Хирургические заболевания

Нутритивная недостаточность, в основном, распространена среди: 15% пожилых, живущих дома; 30% в домах престарелых; 48% длительно лечатся пожилых пациентов; 45% пациентов, находящихся в больницах.

Нутритивная недостаточность становится клинически значимой:

1. Потеря веса 10% и более.
2. Потеря 20% белка тела резко повышает вероятность развития: периперационных осложнений; сепсиса и раневых инфекций, 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.

При клиническом выявлении белково-энергетической недостаточности необходима нутритивная поддержка.

Нутритивная терапия – это предоставление питания или питательных веществ через рот (обычная диета, терапевтическая диета, например, витаминизированные продукты питания, пероральные дополнения) или как энтеральное питание (ЭП) либо парентеральное питание (ПП) для профилактики или лечения истощения. 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. Нутритивная терапия может быть показана даже пациентам без явного истощения, связанного с болезнью, если ожидается, что пациент не сможет есть или не сможет поддерживать соответствующий пероральный прием внутрь в течение длительного периода (например, после операции). В этих ситуациях нутритивная терапия может быть начата без промедления. В целом, настоятельно рекомендуется не дожидаться серьезного заболевания, связанного с истощением, а начать нутритивную терапию заблаговременно, как только станет очевидным риск для здоровья, связанный с факторами питания:

Энтеральный путь всегда должен быть предпочтительным, за исключением следующих противопоказаний:

- обструкция кишечника или кишечная непроходимость;
- сильный шок;
- кишечная ишемия;
- высокая выходная фистула;
- обширное кровоизлияние в кишечнике.

По способу введения энтеральное питание подразделяется:

1. прием ЭП в виде напитков глотками (сипинг, ложкой или медицинским поильником) или через трубочку:

- жидкие, готовые к употреблению, гиперкалорические смеси;
- готовые или приготовленные из порошкообразных жидкие гипо-, изо-гиперкалорические смеси (по показаниям);
- назодуоденальный или назоеюнальный (зонд через носовое отверстие в двенадцатиперстную или тощую кишку), двухканальный (для декомпрессии желудка и внутрикишечного введения питательной смеси) зонды – по показаниям;

2. питание через зонд, введенный в стому (хирургически созданное отверстие для зонда в брюшной стенке): гастро-, дуодено-, еюностомы, сформированные хирургическим или эндоскопическим способами (описанными в специальных руководствах). При осуществлении зондового питания всеми указанными способами необходим обязательный контроль правильности проведения и места положения зонда (в динамике) во избежание осложнений.

Энтеральное питание 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.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2024