

Диетотерапия пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в рамках мультидисциплинарного подхода

Жукова Т.В., Емельянов Г.А., Святская Е.Ф., Сикорская И.С.

УО «Белорусский государственной медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Воспалительные заболевания кишечника (далее – ВЗК) занимают одну из ведущих позиций в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта в силу тяжести течения, частоты осложнений и летальности. Язвенный колит (далее – ЯК) и болезнь Крона (далее – БК) в настоящее время имеют высокую распространенность во всех развитых странах. Недостаточность питания (далее – НП) может наблюдаться как при ЯК, так и при БК. Поскольку пациенты с ВЗК входят в группу риска по развитию нутритивной недостаточности, они нуждаются в соответствующем скрининге с последующей оценкой и лечением.

Взрослые с ВЗК подвержены повышенному риску развития НП, причем дефицит чаще встречается при БК, чем при ЯК. Пациенты с ожирением могут иметь скрытый дефицит мышечной массы, который может быть обнаружен путем измерения толщины кожных складок. Пациенты с активным ВЗК, особенно те, у кого заболевание плохо отвечает на терапию, имеют самый высокий риск развития НП. У взрослых риск ее развития можно оценить с помощью валидизированных инструментов скрининга.

НП значительно более выражена при БК вследствие возможного поражения любого отдела желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ), в отличие от ЯК, при котором заболевание ограничено толстой кишкой. Кроме того, ЯК нечасто сопровождается синдромом мальабсорбции. НП наблюдается в основном в активную фазу заболевания.

Эксперты ESPEN считают, что энергетические потребности пациентов с ВЗК аналогичны таковым у здорового населения, а потребность в белке повышается в активной стадии ВЗК, следовательно, потребление должно быть увеличено, до 1,2-1,5 г/кг/сут. у взрослых, по сравнению с рекомендованным в общей популяции. Потребность в белке в период ремиссии, как правило, остается на прежнем уровне, и обеспечение должно быть сопоставимым, около 1 г/кг/сут. у взрослых, по сравнению с рекомендуемым для общей популяции.

Пациенты с ВЗК относятся к группе риска развития микронутриентной недостаточности вследствие диареи, НП и анорексии, сопровождающих активное заболевание. Поэтому при назначении нутритивной поддержки следует рекомендовать поливитаминные и пищевые добавки.

При интерпретации результатов исследования важно учитывать, что многие показатели сыворотки крови являются положительными или отрицательными маркерами острой фазы. Например, уровни ферритина и меди увеличиваются при воспалении, а показатели фолата, селена и цинка уменьшаются. Более того, дефицит может быть даже у пациентов с адекватным питанием. Анемия является наиболее частым внекишечным проявлением ВЗК, обычно осложняющим течение как ЯК, так и БК. Все пациенты с ВЗК независимо от их возраста должны быть обследованы на наличие анемии. Основными формами анемии при ВЗК являются железодефицитная анемия (далее – ЖДА), анемия хронического заболевания и анемия смешанного генеза. Для лабораторного скрининга проводят полный анализ крови, определение сывороточного ферритина и С-реактивного белка. Для пациентов с ремиссией или с ВЗК легкой степени тяжести анализы должны проводиться каждые 6-12 месяцев. У амбулаторных больных с активным заболеванием такие измерения должны проводиться не реже одного раза в 3 месяца. У пациентов без клинических, эндоскопических или биохимических изменений, характерных для активной стадии заболевания, уровень сывороточного ферритина <30 мкг/л является диагностическим критерием ЖДА. При воспалении сывороточный ферритин до 100 мкг/л все еще может быть показателем дефицита железа. При наличии биохимических или клинических признаков воспаления диагностическими критериями анемии хронического заболевания являются сывороточный ферритин >100 мкг/л и насыщение трансферрина $<20\%$.

Если уровень ферритина в сыворотке составляет от 30 до 100 мкг/л, вероятна комбинация истинного дефицита железа и анемии хронического заболевания. Следовательно, препараты железа рекомендуются всем пациентам с ВЗК при ЖДА. Пероральный прием препаратов железа следует рассматривать в качестве терапии первой линии у пациентов с легкой ЖДА и клинически неактивной фазой заболевания, с хорошей переносимостью пероральных форм препаратов железа. Внутривенное введение препаратов железа, как терапия первой линии, рекомендуется пациентам с клинически активным ВЗК, предшествующей непереносимостью пероральных препаратов железа, уровнем гемоглобина ниже 100 г/л и больным, нуждающимся в препаратах, стимулирующих эритропоэз. Оценка потребности в железе обычно базируется на исходном содержании гемоглобина и массе тела. После успешного лечения ЖДА с использованием внутривенного введения железа следует повторить внутривенное лечение препаратами железа, как только ферритин в сыворотке крови снизится до уровня менее 100 мкг/л или уровень гемоглобина составит 12 или 13 г/л в зависимости от пола.

Данные рандомизированных контролируемых исследований, касающихся эффективности экспериментальных диет, таких как специфическая углеводная, палеолитная, безглютеновая, с исключением низкоферментируемых олиго-, ди- и моносахаридов и полиолов (FODMAP) или диеты, обогащенные омега-3-ПНЖК, в настоящее время все еще отсутствуют.

Не существует «диеты при ВЗК», которая бы способствовала ремиссии у пациентов с клинически активным ВЗК, и могла бы быть рекомендована. Эта рекомендация не исключает потребности всех пациентов с ВЗК в индивидуальном диетологическом подходе, основанном на их конкретной персональной ситуации, предпочтительно при активном участии специального диетолога или диетолога в рамках междисциплинарного подхода.

Постоянная и тяжелая диарея или высокие потери через стомы могут привести к кишечной недостаточности с мальабсорбцией, непреднамеренной потерей веса, недостаточностью питания, дефицитом питательных веществ и/или обезвоживанием.

У пациентов с ВЗК с тяжелой диареей или еюностомой или илеостомой с высокими потерями следует контролировать потери жидкости и содержание натрия в моче, а также адаптировать введение жидкости – уменьшить введение гипотонических растворов и увеличить количество солевых растворов с учетом пищевой непереносимости, которая может увеличить потери жидкости.

Пациентам с БК с кишечными стриктурами и стенозом в сочетании с симптомами обструкции может быть рекомендована диета с адаптированной текстурой или дистальное (постстенотическое) энтеральное питание.

В настоящее время не существует единого мнения о статусе витамина D и необходимых действиях при его дефиците у детей и подростков с ВЗК. У взрослых и детей с активным ВЗК и у больных, получающих стероидную терапию, следует контролировать и восполнять дефицит сывороточного кальция и 25(ОН) витамина D.

Распространенными причинами мальабсорбции желчных кислот при БК являются резекция подвздошной кишки и терминальный илеит. Снижение реабсорбции конъюгированных желчных кислот приводит к их избыточному поступлению в толстую кишку, где происходит деконъюгация бактериями. Последствиями могут быть осмотическая диарея и мальабсорбция жира при тяжелой мальабсорбции желчных кислот. В легких случаях диарею, обусловленную мальабсорбцией желчных кислот, можно контролировать секвестрантами, такими как холестирамин. Пациенты с БК, получающие холестирамин, имеют минимальный дополнительный риск мальабсорбции жира и, следовательно, не нуждаются в модификации диеты по сравнению с другими пациентами с БК. У пациентов с ВЗК с гипероксалурией часто также наблюдается мальабсорбция жира, и эти пациенты должны быть проконсультированы по этому поводу.

Элиминационные диеты не могут быть рекомендованы для достижения ремиссии при активной БК, даже если пациент имеет индивидуальную непереносимость.

Перспективным представляется применение пробиотиков в лечении ВЗК. Согласно рекомендациям, терапия с использованием пробиотиков *Lactobacillus reuteri* может рассматриваться у пациентов с ЯК легкой

и умеренной степени тяжести для индукции ремиссии, но не для лечения активной БК.

Решение об оптимальном пути введения лечебного питания при ВЗК может быть сложным и определяется несколькими аспектами, в том числе, способностью пациента есть, функцией ЖКТ, состоянием питания пациента и целями лечения. Используя лечебное пероральное питание, можно достичь дополнительного потребления до 600 ккал/день без ущерба для обычного приема пищи у взрослых. Если пероральное питание невозможно, следует рассмотреть кормление пациента через назогастральный или назоинтестинальный зонд. Энтэральное питание (ЭП) можно назначить пациентам с функционирующим ЖКТ, при безопасном кормлении.

Назначение дополнительного лечебного перорального питания является первым этапом, но, как правило, вспомогательной терапией, применяемой в дополнение к обычному рациону. Если недостаточно перорального питания, для поддерживающей терапии следует рассмотреть ЭП. ЭП с использованием формул или напитков всегда должно иметь преимущество перед парентеральным питанием (далее – ПП), если нет абсолютных противопоказаний.

ПП показано при ВЗК, когда пероральное питание или ЭП недостаточно возможны, например при дисфункции ЖКТ или у пациентов с БК с короткой кишкой; когда имеется кишечная непроходимость, где нет возможности размещения зонда за препятствием, или если не удалось установить зонд, или при возникновении других осложнений, таких как несостоятельность анастомоза или интестинальный свищ с высокими потерями.

Стартовая диетотерапия в форме эксклюзивного ЭП должна рассматриваться у всех пациентов с острой активной БК. Это первый выбор у больных с высоким риском назначения альтернативной терапии, такой как стероиды. Для стартовой и поддерживающей диетотерапии при активном ВЗК может применяться стандартное ЭП – полимерное, с умеренным содержанием жира, без особых добавок. Конкретные составы или субстраты, например глютамин, омега-3-жирные кислоты, не рекомендуются для ЭП или ПП пациентов с ВЗК.

Установлено, что у прооперированных пациентов ранняя нутритивная поддержка, независимо от пути введения, снижает частоту возникновения и тяжесть свищей у пациентов с БК, у которых было длительное вынужденное голодание/недоедание, необходимо предупредить развитие рефидинг-синдрома, особенно в отношении фосфатов и тиамина. Синдром возобновления питания, или рефидинг-синдром, это жизнеугрожающее состояние, которое возникает при возобновлении питания у пациентов с исходной нутритивной недостаточностью. В патогенезе данного синдрома лежат выраженные водно-электролитные и метаболические нарушения, провоцируемые возобновлением питания, на фоне истощения запасов калия, магния, фосфора, приводящие к полиорганной недостаточности.

В отличие от БК, вопросы диетологического сопровождения больных с ЯК не достаточно изучены. Тем не менее считается, что энтеральное питание является безопасным и может быть рекомендовано в качестве поддерживающей терапии в соответствии со стандартной диетологической практикой у пациентов с тяжелым активным ЯК. Парентеральное питание не должно применяться у пациентов с ЯК, если нет признаков кишечной недостаточности.

Таким образом, подтвержденную НП у пациентов с ВЗК следует лечить, поскольку она ухудшает прогноз и качество жизни, увеличивает частоту осложнений и смертность. Кроме того, пациентов с ВЗК следует регулярно обследовать (ежегодно) на наличие дефицита микронутриентов, а дефицит определенных веществ должен быть скорректирован соответствующим образом.

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 27

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

Минск
«Колорград»
2025