

Н. В. Рябова¹, В. А. Жарин², С. В. Федорович³, Н. А. Фролов¹

КОРРЕКЦИЯ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический
медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»²,
РУП «Научно-практический центр гигиены»³

Для хронического панкреатита характерна белково-энергетическая недостаточность, обусловленная синдромом гиперметаболизма-гиперкатаболизма, мальдигестией, мальабсорбцией, неадекватной потребностям организма лечебной диетой.

Нутритивную поддержку пациентов с хроническим панкреатитом начинают с первых суток стационарного лечения в соответствии с результатами оценки статуса питания.

Критериями эффективности диетотерапии являются: улучшение общего самочувствия, повышение качества жизни пациентов, положительная динамика массы тела, по-

ложительный азотистый баланс, увеличение активной клеточной массы, тощей и жировой массы тела.

Ключевые слова: хронический панкреатит, лечебное питание, специализированный продукт питания.

N. V. Ryabova, V. A. Zharin, S. V. Fedorovich, N. A. Frolov

CORRECTION OF THE DIET OF THE PATIENT WITH CHRONIC PANCREATITIS

For chronic pancreatitis is characterized by protein-energy deficiency, due to the syndrome of hypermetabolism-hypercatabolism, maldigestion, malabsorption, inadequate body needs therapeutic diet.

Nutritional support for patients with chronic pancreatitis are begun from the first day of inpatient treatment in accordance with the results of nutritional status assessment. The criteria for the effectiveness of diet therapy are: improvement of health, increase the quality of life, positive dynamics of body weight, positive nitrogen balance, increase active cell mass, lean and body fat.

Key words: chronic pancreatitis, diet, specialized food product.

Во всем мире, в том числе в Республике Беларусь, на протяжении последних десяти лет наблюдается увеличение количества пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП) [1, 2]. Злоупотребление острой и жирной пищей, повышенная энергетическая ценность рациона на фоне дефицита в питании полноценных белков, витаминов и микроэлементов повышает вероятность развития заболевания [2, 3].

Обострение ХП проявляется болевым и диспепсическим синдромами [4]. Развитие у пациентов с ХП явлений мальабсорбции, мальдигестии на фоне соблюдения лечебной диеты без альтернативной нутритивной поддержки повышает вероятность возникновения белково-энергетической недостаточности [4–6].

Цель исследования – обосновать эффективность нутритивной поддержки пациента с хроническим панкреатитом.

На базе отделения хирургической гепатологии учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска обследовано 370 пациентов с ХП, из которых, в соответствии с критериями включения в исследование, отобрано 110 лиц мужского пола.

Исходя из характера нутритивной поддержки пациенты были поделены на 3 группы (первые две группы – по 35 пациентов, 3-я группа – 40 пациентов). Группы наблюдения были сопоставимы по нозологической форме болезни, возрасту, полу.

Тяжесть субъективного и объективного состояния пациента обуславливает деление стационарного лечения на два периода. Первый (1–4-е сутки) – период выраженных явлений гиперметаболизма-гиперкатаболизма, второй – период компенсации нарушенных функций.

Питание пациентов 1-й (контрольной) группы (35 человек) осуществлялось в соответствии с протоко-

лом лечения: в течение 1–4 суток стационарного лечения пациенты получали только парентеральное питание, с 5 по 16,0 (14,0–17,0) сутки – лечебную диету «П». Пациенты 2-й группы (35 человек) во время стационарного лечения получали модифицированную нами лечебную диету «П» (щадящий вариант) на фоне парентерального питания. Длительность стационарного лечения пациентов 2-й группы – 14,0 (13,0–16,0) суток. Метаболическая поддержка пациентов 3-й группы (40 человек) была проведена с применением специализированного продукта диетического питания (полуэлементной смеси) и модифицированной нами лечебной диеты «П» (щадящего варианта). Длительность стационарного лечения пациентов 3-й группы составляла 11,0 (10,0–12,0) суток.

Наблюдение пациентов осуществлялось в течение всего периода лечения в стационаре. 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. Изучение фактического питания пациентов с ХП во время стационарного лечения осуществлялось ежесуточно методом гигиенического анализа дневных меню-раскладок, листов назначений и методом 24-часового воспроизведения питания. 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%). Для сравнения по количественным признакам применяли U – критерия Манна-Уитни, метода ANOVA Краскела-Уоллиса (для независимых групп), W – критерия Уилкоксона, однофак-

торного дисперсионного анализа Фридмана (для зависимых групп). Полученные различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Во время первого периода стационарного лечения (1–4-е сутки) пациентов 1-й группы, когда питание осуществлялось только парентеральным путем, энергетический дефицит составил 3176,6 (2758,5–3536,5) ккал/сутки. В течение второго периода стационарного лечения (применение диеты «П») – 959,3 (852,8–1172,6) ккал/сутки.

Энергетический дефицит у пациентов 2-й группы в течение первого периода стационарного лечения составил 1250,3 (1222,8–1471,7) ккал/сутки. Потребление белков с рационом было равно 24,5 (17,6–36,5)% от среднесуточных потребностей. В течение второго периода стационарного лечения у пациентов установлен энергетический дефицит, равный 313,6 (261,8–344,7) ккал/сутки.

Энергетический дефицит у всех пациентов 3-й группы отсутствовал.

Наиболее достоверными показателями, отражающими обеспеченность организма белком, являются показатели состава тела, характер и величина азотистого баланса, значения.

В течение 1–4 суток стационарного лечения масса тела пациентов 1-й группы снизилась на 1,6 (1,5–1,7) кг в большей мере за счет тощей массы тела (ТМТ), которая уменьшилась на 0,9 (0,8–1,2) кг, в меньшей степени – за счет жировой массы тела (ЖМТ) – на 0,6 (0,4–0,7) кг ($U_{\text{ТМТ-ЖМТ}} = 84,5$, $p < 0,01$). Величина активной клеточной массы тела (АКМ) уменьшилась на 0,7 (0,6–0,9) кг, что указывало на использование белковых структур организма. Уменьшение величины массы тела к концу второго периода стационарного лечения составило 1,2 (1,0–1,3) кг и произошло в большей мере за счет ЖМТ – на 0,7 (0,6–1,0) кг и в меньшей степени за счет ТМТ – на 0,4 (0,2–0,6) кг ($U_{\text{ЖМТ-ТМТ}} = 99,0$, $p < 0,01$). Величина АКМ увеличилась на 0,3 (0,2–0,3) кг, что связано с увеличением энергетической и нутриентной обеспеченности пациентов.

Уменьшение величины массы тела у пациентов 2-й группы в первый период стационарного лечения

составило 1,0 (1,0–1,2) кг и происходило в основном за счет снижения ЖМТ – на 0,7 (0,5–1,0) кг и в меньшей степени за счет ТМТ – 0,2 (0,2–0,3) кг ($U_{\text{ЖМТ-ТМТ}} = 18,0$, $p < 0,01$). Величина АКМ уменьшилась на 0,4 (0,3–0,4) кг. В течение второго периода стационарного лечения уменьшение величины массы тела составило 0,7 (0,6–0,8) кг и, как и в первый период, происходило в основном за счет ЖМТ – 0,5 (0,3–0,7) кг и в меньшей степени за счет ТМТ – 0,2 (0,2–0,3) кг ($U_{\text{ЖМТ-ТМТ}} = 156,0$, $p < 0,01$). Величина АКМ увеличилась на 0,2 (0,2–0,3) кг, что было обусловлено увеличением энергетической и нутриентной ценности рациона питания.

Масса тела пациентов 3-й группы 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 [5].

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 (таблица).

Отрицательный характер азотистого баланса у пациентов 1-й и 2-й групп наблюдался в течение всего времени стационарного лечения. Однако наибольшие значения величины отрицательного азотистого баланса были установлены у пациентов 1-й группы. У пациентов 3-й группы отрицательный азотистый баланс был зарегистрирован лишь в первые двое суток стационарного лечения. Во второй период стационарного лечения у пациентов данной группы был выявлен положительный характер азотистого баланса, что свидетельствует об адекватном обеспечении организма белком.

Наибольшие потери эндогенных белков были установлены у пациентов 1-й (контрольной) группы – 802,0 (620,3–999,2) г по сравнению с величинами, зарегистрированными у пациентов 2-й группы – 470,2 (325,6–577,3) г ($U = 23,0$, $p < 0,001$) и 3-й группы – 172,0 (142,0–204,5) г ($U = 16,0$, $p < 0,001$). Нутритивная поддержка пациентов 3-й группы позволила предотвратить использование эндогенных запасов организма в течение второго периода стационарного лечения [7].

Таблица. Величина азотистого баланса у пациентов с ХП, Ме (25–75%)

Сутки	Величина азотистого баланса у пациентов трех групп, г/сутки			Достоверность различий между группами
	1-я (n = 35)	2-я (n = 35)	3-я (n = 40)	
1-2-е	-16,5 (14,2–18,1)	-13,8 (12,5–15,3)	-13,0 (11,4–14,5)	$Z_{1-2} = 4,3$, $p < 0,001$ $Z_{1-3} = 6,9$, $p < 0,001$
4-5-е	-19,8 (17,4–21,9)*	-10,1 (8,0–12,0)*	+1,9 (1,1–2,5)*	$Z_{1-2} = 4,6$, $p < 0,001$ $Z_{2-3} = 5,0$, $p < 0,001$ $Z_{1-3} = 9,8$, $p < 0,001$
9-10-е	-5,5 (3,5–8,4)**	-2,3 (0,9–3,3)**	+1,9 (1,5–2,8)	$Z_{1-2} = 3,5$, $p < 0,01$ $Z_{2-3} = 5,7$, $p < 0,001$ $Z_{1-3} = 9,3$, $p < 0,001$

Примечания. * – величина азотистого баланса в 4–5-е сутки статистически значимо отличается от исходного уровня в пределах группы ($p < 0,01$); ** – величина азотистого баланса в 9–10-е сутки статистически значимо отличается от уровня в 4–5-е сутки в пределах группы ($p < 0,01$).

Наиболее высокие величины показателей качества жизни, характеризующие физический и психологический компоненты здоровья, к моменту выписки из стационара наблюдались у пациентов 3-й группы ($p < 0,05$).

Таким образом, коррекция питания пациентов во время обострения хронического панкреатита с применением специализированного продукта питания с первых суток стационарного лечения была наиболее эффективна.

Раннюю энтеральную поддержку пациентов с хроническим панкреатитом необходимо начинать проводить 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. 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» с учетом Рекомендаций по метаболической поддержке организма пациентов с хроническим панкреатитом – «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»).

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» – 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.

Выводы

1. Использование специализированного продукта диетического питания и модифицированной лечебной диеты «П» у пациентов 3-й группы способствовало сохранению энергетического равновесия организма в течение всего времени стационарного лечения, масса тела увеличилась 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, наблюдался положительный азотистый баланс, улучшилось качество жизни.

2. Энтеральную поддержку пациентов с ХП начинают с первых суток стационарного лечения в соответствии с результатами оценки статуса питания (наличие белково-энергетической недостаточности) с использованием специализированного продукта диетического питания (полуэлементной питательной смеси). При улучшении общего состояния пациентов, уменьшении интенсивности болевого синдрома, восстановлении аппетита питание пациентов осуществляется путем энтеральной поддержки с помощью специализированного продукта диетического питания (полуэлементной питательной смеси) на фоне лечебной диеты «П» (щадящего варианта) [7]. В период ремиссии, при выписке пациентов из стационара рекомендуется «расширенный вариант» диеты.

3. Критериями эффективности диетотерапии хронического панкреатита являются: исчезновение болевого синдрома, тошноты, рвоты, диареи, метеоризма, запора, восстановление аппетита, улучшение общего самочувствия, повышение качества жизни пациентов, положительная динамика массы тела, положительный азотистый баланс, увеличение активной клеточной массы, тощей и жировой массы тела.

Литература

1. Третьяк, С. И. Эпидемиология и этиология хронического панкреатита / С. И. Третьяк, С. М. Ращинский, Т. Н. Ращинская, Д. А. Авдевич // *Здравоохранение*. – 2010. – № 1. – С. 15–19.
2. Губергриц, Н. Б. Трофологическая недостаточность при заболеваниях поджелудочной железы: клиника и диагностика / Н. Б. Губергриц // *Сучас. гастроэнтерологія*. – 2008. – № 1. – С. 16–28.
3. Зикеева, В. К. Лечебное питание при остром и хроническом панкреатите / В. К. Зикеева // *Справочник по диетологии* / В. А. Тутельян [и др.]; под ред. В. А. Тутельяна, М. А. Самонова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2002. – С. 209–217.
4. Маев, И. В. Хронический панкреатит / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Ю. А. Кучерявый. – М.: Наука, 2005. – 501 с.
5. Хубутя, М. Ш. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство / М. Ш. Хубутя, Т. С. Попова, А. И. Салтанов. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. – 800 с.
6. *Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита* / В. Т. Ивашкин [и др.] // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2014. – № 4. – С. 70–97.
7. Рябова, Н. В. Гигиеническая оценка и коррекция статуса питания пациентов с хроническим панкреатитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01 / Н. В. Рябова; РУП «Научно-практический центр гигиены». – Минск, 2017. – 23 с.

Поступила 7.02.2019 г.