

Место нутриционной поддержки в терапии воспалительных заболеваний кишечника

Е.И. Ткаченко, С.В. Иванов, С.И. Ситкин, Т.Н. Жигалова
СПбГМА им. И.И. Мечникова

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) характеризуются наличием воспалительно-деструктивных процессов в кишечнике и рецидивирующим течением. К ВЗК относят язвенный колит (шифр К51 по МКБ-10) и болезнь Крона (шифр К50); они различаются между собой по локализации и морфологической картине поражения. Если болезнь Крона развивается сегментарно во всех отделах желудочно-кишечного тракта и поражает все слои его стенки, то язвенный колит, напротив, возникает в прямой кишке и оттуда может распространяться на все отделы толстой кишки, поражая при этом только слизистую оболочку.

К основным симптомам болезни Крона относятся в первую очередь боли в животе и диарея, несколько реже встречаются кишечное кровотечение и анальные свищи. К внекишечным симптомам относятся снижение массы тела, лихорадка, анемия, артралгии, поражение глаз и узловатая эритема.

При язвенном колите практически всегда отмечаются кишечное кровотечение разной степени выраженности, диарея, боли в животе, иногда встречаются анальные трещины. Внекишечные симптомы те же, что и при болезни Крона.

Окончательный диагноз болезни Крона или язвенного колита нередко может быть установлен только при хроническом течении заболевания, а дифференциация между этими двумя заболеваниями возможна не всегда и требует всестороннего обследования пациента, при котором одну из главных ролей играет гистологическое исследование биоптатов из пораженных участков кишечника.

В терапии как язвенного колита, так и болезни Крона используются следующие группы препаратов:

- препараты 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, сульфасалазин);
- кортикостероиды: системные (преднизолон) и топические (будесонид);
- иммуносупрессанты (азатиоприн), антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб).

Все эти группы препаратов применяются для дифференцированной терапии язвенного колита и болезни Крона, и для каждого заболевания существует своя терапевтическая тактика как при обострении заболевания, так и в фазе ремиссии.

Недостаточность питания при ВЗК

Недостаточность питания часто встречается как при обострении этих заболеваний, так и в фазе ремиссии. Потеря массы тела наблюдается более чем у половины пациентов, гипоальбуминемия встречается в 25–80% случаев, анемия – у 60–80% больных, у большинства больных имеется дефицит железа, существуют четкие данные о недостаточности у данной группы больных фолиевой кислоты, цианкобаламина, кальция, магния, калия, витамина D, меди и цинка.

При ВЗК в основном встречаются следующие разновидности недостаточности питания:

- истощение мышечного белка и жировых запасов при сохранении висцерального белкового пула (маразм, шифр E41 по МКБ-10);

- истощение висцерального пула белка при сохранении жировых запасов и белка мышечной ткани, при этом масса тела может оставаться нормальной (квашиоркор, шифр E40 по МКБ-10);

- истощение как висцеральных, так и соматических запасов белка (смешанный тип недостаточности питания – маграм + квашиоркор, шифр E42 по МКБ-10).

Истощение одновременно висцерального и соматического пула белка встречается, как правило, при тяжелых обострениях, которые не удается купировать в течение длительно-го времени.

Необходимо учитывать, что даже если у пациентов нет явных проявлений недостаточности питания, нехватка тех или иных микронутриентов встречается при ВЗК практически всегда.

Существует несколько причин развития недостаточности питания при ВЗК. При выраженной диарее у больных вместе с отделяемой слизью и в результате кровотечения происходит большая потеря со стулом белков, электролитов и микроэлементов, особенно выраженная при многократном бескаловом кровавином и слизистом стуле, и это ведет к снижению количества транспортных альбуминов, следствием чего является нарушение доставки нутриентов к тканям. С другой стороны, острое и хроническое воспаление приводит к изменению обмена веществ в сторону катаболизма и, как следствие, повышает потребности организма в энергии и пластическом материале. Вместе с тем, достаточно часто у данной категории больных встречается резкое снижение аппетита вплоть до анорексии. Пациенты часто сознательно ограничивают объем принимаемой пищи, так как увеличение количества содержимого в кишечнике может вызвать усиление болевого синдрома. Нельзя не отметить и то, что используемые в стандартной терапии язвенного колита системные глюкокортикоиды еще больше повышают потребности организма в энергии и белках. А традиционно используемое в клинике щадящее питание не всегда в состоянии удовлетворить все запросы, которые предъявляет организм.

Недостаточность питания приводит к снижению адаптационных возможностей организма, что осложняет лечение пациента и ведет к пролонгированию обострения заболевания.

Эта проблема наиболее значима при хирургическом лечении язвенного колита и болезни Крона, когда адаптационные возможности организма могут определять прогноз и исход оперативного лечения и сильно влияют на состояние пациента в послеоперационном периоде.

Недостаточность питания значительно осложняет лечение пациентов молодого возраста, которым энергия и нутриенты необходимы не только для функционирования организма, но и для роста и развития.

Питание пациентов с ВЗК

Питание пациентов, страдающих ВЗК, представляет значительные трудности как для врача, так и для самого пациента. Четкой формулы диетического питания при данном заболевании не существует. Пациентам рекомендуют избегать

острого, жирного, жареного, отказаться от грубой пищи, от употребления овощей и фруктов, ограничить в питании простые углеводы, жиры и сделать упор на белковую составляющую питания.

На практике пациентам бывает сложно придерживаться диетических рекомендаций, что особенно характерно для дебюта заболевания, когда пациенту приходится пересматривать большую часть своих пищевых предпочтений и навсегда отказаться от ряда любимых продуктов. Каждый пациент с течением времени вынужден сам осторожно расширять свою диету и вводить в нее новые продукты. Зачастую это делается методом проб и ошибок и нередко провоцирует обострение заболевания. Со временем пациент составляет свою диету и, при условии постоянного регулярного приема назначенных препаратов, не испытывает каких-либо серьезных неудобств, связанных с заболеванием, качество его жизни остается на достаточно высоком уровне.

Нутриционная поддержка при ВЗК

Адекватное поступление нутриентов и энергии можно обеспечить путем парентерального и энтерального питания.

Парентеральное питание может быть использовано тогда, когда энтеральное питание не переносится или стандартная лекарственная терапия не приносит успеха. Для этой цели используются растворы аминокислот (аминоплазмаль, инфезол, аминоксол), глюкоза, жировые эмульсии (липофундин). При этом необходимо помнить, что для полного усвоения нутриентов рекомендуется одновременное внутривенное введение всех трех компонентов. Необходимо учитывать и то, что ряд аминокислотных растворов и многокомпонентных систем, содержащих аминокислоты, жиры и глюкозу в одном пакете, из-за своей осмолярности требуют введения только через центральные вены, а катетеризация центральной вены и уход за катетером уже сами по себе представляют значительные трудности.

Таким образом, парентеральное питание используется, как правило, при тяжелых обострениях, когда на фоне недостаточности питания средней или тяжелой степени возникает необходимость полного функционального покоя кишечника и попадание каких-либо пищевых веществ в просвет толстой кишки должно быть исключено во избежание провокации ухудшения состояния пациента. Но даже короткие курсы парентерального питания (7–10 дней) оказывают хороший эффект, улучшая показатели нутриционного статуса пациента.

Наиболее целесообразным способом адекватного обеспечения данной категории больных нутриентами и энергией является нутриционная поддержка в виде энтерального питания. Смеси для энтерального питания содержат в своем составе все необходимые макро- и микронутриенты и за счет этого могут выступать в том числе и единственным источником питания в течение длительного времени.

Нутриционная поддержка в виде энтерального питания имеет несколько важных эффектов. В первую очередь, снижается функциональная нагрузка на толстую кишку, уменьшается дополнительная травматизация воспаленной слизистой и создается режим покоя для дистальных отделов желудочно-кишечного тракта, поскольку всасывание компонентов смесей происходит уже в тонкой кишке. В отличие же от энтерального питания, поступление обычной пищи вызывает образование каловых масс, продвижение которых в пораженной толстой кишке приводит к дополнительной травматизации слизистой, что способствует пролонгированию обострения заболевания. Во вторых, из просвета пищеварительного тракта удаляются пищевые антигены, которые могут способствовать поддержанию воспаления. Важно отметить, что в составе смесей для энтерального питания отсутствуют вызывающие диарею лак-

тоза и глютен. Таким образом, при использовании энтерального питания решаются две главные задачи: обеспечиваются восполнение энергетических и пластических потребностей организма и режим покоя для толстой кишки, что способствует уменьшению воспалительного процесса.

Необходимо отметить, что эффективность энтерального питания в лечении язвенного колита и болезни Крона различна.

В комплексной терапии болезни Крона энтеральное питание показало высокую эффективность. В 2000 г. были опубликованы результаты проведенного в клиниках Великобритании исследования, в котором оценивалась эффективность энтерального питания в терапии болезни Крона в педиатрической практике. В исследовании 29 детей получали энтеральное питание смесью «Модулен IBD» в качестве единственного источника питания в течение 8 недель. У детей, получавших этот продукт, было отмечено явное клиническое улучшение, снижение уровня СРБ в сыворотке крови, появились признаки заживления слизистой оболочки кишечника. У 75% детей, получавших указанное энтеральное питание, сохранялась длительная ремиссия, что является весомым показателем эффективности этого вида нутриционной поддержки.

В соответствии с положением 10В ЕССО Европейского консенсуса по диагностике и лечению болезни Крона, принятой Европейской организацией по изучению болезни Крона и колита (ЕССО Consensus 2006; Travis et al., 2006) энтеральное питание при болезни Крона показано для достижения ремиссии вне зависимости от активности процесса и локализации поражения. Последние руководства Европейского общества парентерального и энтерального питания (ESPEN) рекомендуют использовать энтеральное питание в активной фазе болезни Крона у детей как терапию первой линии, а у взрослых при обострении заболевания рекомендовано использовать энтеральное питание в качестве монотерапии в том случае, когда применение кортикостероидов по каким-либо причинам невозможно.

Однако, несмотря на то, что энтеральное питание нашло свое место в терапии болезни Крона, в отношении язвенного колита в настоящее время пока еще не представлено достаточной доказательной базы относительно влияния энтерального питания на течение воспалительного процесса при этом заболевании. Последние руководства Европейского общества парентерального и энтерального питания в отношении язвенного колита рекомендуют использовать энтеральное питание в том случае, если у пациента имеется нутриционная недостаточность. По последним рекомендациям ESPEN, тем пациентам с язвенным колитом, которые имеют нутриционную недостаточность, показано дополнительное энтеральное питание в объеме 500–600 ккал в сутки.

Энтеральное питание подразделяется на пероральное и зондовое. В случае перорального питания рекомендован метод сиппинга (“sip feeding”), когда пациент небольшими глотками в течение дня принимает назначенный объем смеси.

Для нутриционной поддержки пациентов существует большой выбор смесей для энтерального питания. Выбор той или иной смеси может определяться как особенностями ее состава, так и экономическими возможностями и вкусовыми предпочтениями самого пациента, что также играет немаловажную роль. Наиболее часто в клинической практике используются смеси “Клинутрен”, “Нутризон”, “Нутрикомп стандарт”, “Нутриэн стандарт”, “МД мил Клинипит” и другие.

Могут использоваться как сбалансированные, так и полуэлементные смеси. В комплексной терапии нутриционной недостаточности при язвенном колите хорошо себя зарекомендовала полуэлементная смесь “Пептамен”. Преимуществом этой смеси является то, что белки в ее составе расщеплены до пеп-

тидов, легко перевариваются и всасываются в верхних отделах тонкой кишки, а жиры представлены среднецепочечными триглицеридами (на 50–80%) и перевариваются без липазы.

Некоторые смеси содержат в своем составе пищевые волокна, позволяющие корректировать дисбиотические изменения, которые всегда имеют место при ВЗК («Нутрикомп Файбер»).

Как правило, у большинства пациентов с язвенным колитом смеси для энтерального питания не должны заменять питание пациента в целом, а должны служить дополнительным источником пищевых веществ и энергии.

На практике удается быстро научить пациента приготовлению смеси и правилам ее приема. Метод сиппинга при употреблении смеси пациентом наиболее эффективен, так как в первую очередь позволяет избежать диареи – достаточно часто встречающегося осложнения энтерального питания. С этой же целью целесообразно постепенное введение смеси в рацион пациента таким образом, что достижение необходимого объема происходит в течение нескольких дней.

Энтеральное питание как лекарственное средство при ВЗК

Энтеральное питание может выступать не только в качестве источника нутриентов и энергии, но и в качестве лекарственного средства. С этой целью используется смесь для энтерального питания «Модулен IBD», разработанная для лечения в первую очередь воспалительных заболеваний кишечника.

«Модулен IBD» – сухая полноценная сбалансированная смесь на основе казеина; в ее состав входят белки, жиры и углеводы в оптимальном соотношении, а также все необходимые витамины, макро- и микроэлементы.

Особенностью этой смеси, за счет которой реализуются ее терапевтические свойства, является наличие в ее составе естественного противовоспалительного фактора роста (TGF- β 2). Противовоспалительная активность данного фактора реализуется за счет снижения уровня провоспалительных цитокинов в слизистой кишечника – прежде всего интерлейкина-1, интерлейкина-8 и гамма-интерферона.

Как уже упоминалось выше, смесь «Модулен IBD» продемонстрировала высокую эффективность при лечении болезни Крона и в педиатрической практике используется как средство для монотерапии этого заболевания.

Если эффективность использования «Модулена IBD» в лечении болезни Крона изучена достаточно хорошо, то эффективность этой смеси в лечении язвенного колита исследована еще недостаточно.

В нашей клинике имеется опыт использования смеси «Модулен IBD» в комплексном лечении пациентов с язвенным колитом, и в настоящее время проводится пилотное исследование эффективности «Модулена IBD» при лечении пациентов со среднетяжелым обострением этого заболевания. По предварительным данным, сроки купирования обострения при использовании данной смеси меньше, чем при стандартной терапии, что говорит о влиянии терапии смесью «Модулен IBD» на течение воспалительного процесса. Отмечается положитель-

ная динамика массы тела и показателей нутриционного статуса пациентов: увеличение суммарной толщины кожно-жировых складок, уровня альбумина, абсолютного числа лимфоцитов. В случае, когда пациенты достаточно быстро теряли массу тела в течение последних недель, использование смеси позволяло значительно уменьшить скорость прогрессирования недостаточности питания, и в дальнейшем после перехода заболевания в фазу ремиссии наблюдалась тенденция к увеличению массы тела. Дополнительное энтеральное питание смесью «Модулен IBD» хорошо переносится пациентами, у некоторых пациентов наблюдался метеоризм, который быстро устранялся коррекцией объема принимаемой смеси.

Таким образом, использование смеси «Модулен IBD» в лечении пациентов с ВЗК позволяет решить три задачи:

- обеспечить адекватное поступление энергии;
- восполнить дефицит нутриентов;
- уменьшить воспаление в слизистой кишечника.

Подводя итог, следует сказать, что в настоящее время смесь «Модулен IBD» является одной из наиболее перспективных смесей для нутриционной поддержки пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, а поддержание адекватного нутриционного статуса важно для успешного лечения и улучшения качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю., Шукина О.Б. Болезнь Крона (диагностика и лечение): методические рекомендации. – СПб.: Изд-во «Наука и техника», 2007. – 191 с.
2. Осина В., Кузьмина Т. Современные принципы лечебного питания гастроэнтерологических больных // Врач. – 2005. – № 7. – С. 3–6.
3. Осина В.А., Кузьмина Т.Н., Сильвестрова С.Ю. и др. Клиническая эффективность энтерального питания при воспалительных заболеваниях кишечника // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 6. – С. 99–106, 138–139.
4. Pot M., Volker B. Воспалительные заболевания кишечника. – Freiburg: Dr. Falk Pharma GmbH, 2007. – 60 с.
5. Ткаченко Е.И., Иванов С.В., Жигалова Т.Н., Ситкин С.И. Энтеральное питание при язвенном колите // Лечащий врач. – 2008. – № 6. – С. 82–84.
6. Fell J.M. Control of systemic and local inflammation with transforming growth factor beta containing formulas // JPEN: J. Parenter. Enteral. Nutr. – 2005. – Vol. 29. – P. S126–128, S129–133, S184–188.
7. Fell J.M.E., Paintin M., Arnaud-Battandier F. et al. Mucosal healing and a fall in mucosal pro-inflammatory cytokine mRNA induced by a specific oral polymeric diet in paediatric Crohn's disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2000. – Vol. 14, No. 3. – P. 281–289.
8. Meier R. Chronic inflammatory bowel diseases and nutrition // Schweiz Med. Wochenschr. Suppl. – 1996. – Vol. 79. – P. 14S–24S.
9. Travis, S.P., Stange, E.F., Lemann, M. et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management // Gut 55 (Suppl. 1). – 2006. – P. i16–i35.
10. Wu S., Craig R.M. Intense nutritional support in inflammatory bowel disease. // Dig. Dis. Sci. – 1995. – Vol. 40, No. 4. – P. 843–852.