

Про особливості харчування пацієнтів із хронічним панкреатитом у ремісії

¹Д. О. Гонцарюк, ²Т. М. Христинч

¹Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

²Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, Чернівці, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, стадія ремісії, дієтичне харчування, харчовий раціон, культура харчування, нутритивна корекція зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції підшлункової залози

Захворювання підшлункової залози (ПЗ) посідають домінуючі позиції в структурі гастроентерологічної захворюваності в Україні. Так, у 2014 р. їх розповсюдженість становила 873 795 випадків (2474,7 випадків на 100 тис. населення), а захворюваність — 76 298 нових випадків (215,8 випадків на 100 тис. населення) [3]. Звідси необхідність у прискіпливому ставленні населення до профілактики хронічного панкреатиту (ХП), зокрема до харчування як до здорового способу життя.

До основних факторів ризику розвитку ХП відносять стрес, ожиріння, вагітність, такі гастроентерологічні захворювання, як виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки (ДПК), некам'яний холецистит, жовчнокам'яна хвороба тощо. Слід зазначити, що за певного періоду тривалості ХП (зазвичай після 10 років давності) розвивається гастроєзофагеальна хвороба стравоходу.

Причинами, які викликають розвиток ХП, ожиріння та інших захворювань органів гастроудоденальної та біліарної зони, вважають зловживання алкоголем (25–60% хворих — чоловіки), куріння (можна вважати їх взаємообтяжуючими чинниками), хронічне обструктивне захворювання легень і захворювання біліарної системи (25–40% хворих — жінки), надлишкову масу тіла, гіподинамію, неправильний режим харчування, вживання гострої, кислої, гарячої або холодної їжі.

Напої, які містять кофеїн, цитрусові, молоко, томати і продукти з них (томатний сік, паста, соуси), хрін, цибуля, часник, перець підвищують кислотну продукцію в шлунку, подразнюють його слизову оболонку і знижують тонус нижнього сфінктера стравоходу у таких хворих. У напоях є такі компоненти, як нітрозаміни, поліциклічні гідрокарбонати, ацетальдегід, вони можуть порушувати метаболізм нутрієнтів, активувати специфічні ферменти, впливати на гормональний статус, ендо- та екзоінтоксикацію, ініціювати перекичний стрес, пригнічувати імунітет та активувати проліферацію клітин [4]. Крім того, підвищує захворюваність та обтяжує перебіг ХП відсутність культури харчування (вживання великої кількості їжі одночасно; зловживання

гострою, смаженою і гарячою їжею). Часто пацієнти самі помічають, що неправильне харчування впливає на якість їхнього життя, але не відмовляють собі у задоволенні поїсти улюблені страви (хоча вживання замість смаженого м'яса провареного на пару значно зменшує кількість приступів абдомінального більового синдрому).

Хронічне вживання алкоголю (етанолу) часто асоціюється з атрофічними процесами у слизовій оболонці шлунку, ДПК із зниженням секреції слинних залоз та зміною складу слини при довготривалому вживанні (що насамперед впливає на діяльність ПЗ), а також із вторинними порушеннями моторики дистального відділу стравоходу. В алкоголіків (які вживають до 300 г етанолу на добу впродовж років) відбуваються такі порушення моторики стравоходу, як значне підвищення тиску нижнього стравохідного сфінктеру при нормальному розслабленні після проходження їжі, зниження стравохідного кліренсу (очищення). Щодо пацієнтів із алкогольною нейропатією, то в них тонус нижнього стравохідного сфінктера не підвищується. Крім того, зловживання алкоголем може призвести до гострого некротичного езофагіту і до появи лінійних розривів слизової оболонки стравоходу (синдром Меллорі — Вейса), коли виникає кровотеча через тяжке блювання при вираженій інтоксикації. Не обходить зловживання алкоголем і ПЗ, сприяючи розвитку ХП.

Клінічна картина ХП складається з багатьох синдромів [2]. *Абдомінальний більовий синдром* характеризується періодичним різної інтенсивності ниючим колючим, а інколи оперізуючим болем вище пупка з ірадіацією в ліве підребер'я (запалення хвоста ПЗ), в праве підребер'я (запалення голівки ПЗ), в епігастрій або спину (запалення тіла ПЗ), який збільшується у положенні хворого на спині та зменшується в сидячому положенні та при нахилах тулуба вперед (інколи біль віддає в ділянку серця та імітує напад стенокардії), а також зменшується під впливом спазмолітиків, а інколи навіть наркотиків (біль зумовлений підвищенням тиску в протоках ПЗ внаслідок сповільнення відтоку секрету, запалення або склеротичних змін у них).

Диспепсичний синдром (панкреатична диспепсія) супроводжується зниженням або відсутністю апетиту, підвищенням слиновиділення, відрижкою, рідко печією, нудотою, блюванням, яке не приносить полегшення.

Синдром зовнішньосекреторної недостатності проявляється мальдигестією (здуття та бурчання в животі, панкреатичні проноси 2–3 рази на добу і частіше з виділенням кашоподібного зловонного з жирним блиском калу («панкреатичні випороження») із залишками неперетравленої їжі (лієнторея). Внаслідок цього значно порушується травлення, прогресивно зменшується маса тіла, що інколи викликає підозру на рак.

Синдром недостатнього кишкового всмоктування (мальабсорбції) зумовлений зовнішньосекреторною недостатністю з порушенням усіх видів обміну (білкового, жирового, вуглеводного, вітамінного, мінерального, водно-сольового) з можливим розвитком полігландулярної (надниркової) недостатності.

Синдром трофологічної недостатності — при ХП трофологічна недостатність частіше перебігає субклінічно, має три ступеня вираженості, де значення надається показникам індексу маси тіла, об'єму плеча, товщині шкірно-жирової складки над трицепсом, об'єму м'язів плеча, вмісту альбуміну, трансферину, лімфоцитів. Характеризує трофологічну недостатність трофологічний статус — це сукупність метаболічних процесів організму, які зумовлені генотипом, статтю, віком, що забезпечують адекватність функціонування з метою підтримки гомеостазу, широких адаптаційних резервів (які залежать від харчування, умов життя та захворювань).

Алергічний синдром проявляється різними формами алергії, «еозинофільним» панкреатитом зі збільшенням частки еозинофілів до 30–40%.

Синдром вираженого запалення характерний для перебігу гіперферментних панкреатитів і проявляється загальною слабкістю, лихоманкою, тахікардією, артеріальною гіпотензією, відсутністю апетиту, лейкоцитозом, прискореною швидкістю осідання еритроцитів.

Тромбогеморагічний синдром частіше виникає при гострих панкреатитах, але може зустрічатися також при виражених загостреннях ХП у результаті гіперферментемії; попадання панкреатичних ферментів у кров і виникнення різних геморагічних висипок на животі, обличчі тощо (пізні клінічні симптоми).

Холестатичний синдром, або синдром стиснення сусідніх органів, характерний більше для раку та кіст ПЗ. При вираженому набряку голівки ПЗ ускладнюється відтік з панкреатичної та жовчної протоки, завдяки чому виникає механічна жовтяниця або часткова механічна непрохідність.

Синдром ендокринних порушень може проявлятися клінікою гіперінсулінізму, гіпоглікемічних станів і «панкреатогенним» цукровим діабетом унаслідок атрофії острівцевих клітин і заміщення їх сполучною тканиною (цукровий діабет формується впродовж 5–7 років після перенесеного панкреатиту, при якому відносно часто виникають гіпоглікемічні стани з подальшим ураженням судин).

Виходячи з багатогранності клінічної картини, медикаментозне лікування стосується купірування больового синдрому, сприяння налагодженню ферментативної функції, усунення процесів запалення та ендокринних порушень.

Однак дієтичне харчування в лікуванні хворих на ХП за своїм значенням не поступається медикаментозному лікуванню. Слід відзначити, що рекомендації стосовно харчування хворих декілька разів змінювалися. Так, у 50–60 рр. ХХ ст. рекомендували дієту, багату на вуглеводи, при цьому значно обмежуючи жири та, в меншому ступені, білки. Вважали, що білкові продукти підвищують активність протеолітичних ферментів і можуть бути причиною аутолізу тканини ПЗ. Довгий період рекомендували білий хліб, каші, солодоці, киселі, мед, варення, а білкові продукти вводили поступово, невеликими порціями.

Дослідження 1970–1980 рр. показали, що дефіцит білка сприяє розвитку атрофії залози, а високобілкові продукти попереджають розвиток зовнішньосекреторної недостатності ПЗ і сприяють її репарації. Було показано, що потреба в білку при ХП становить не більше 120 г на добу (50% — тваринних). Почали скорочувати терміни голодування, тому що при довготривалому голоді підвищується транслокація мікроорганізмів з розвитком бактеріальних ускладнень (синдром надлишкового бактеріального росту в тонкій кишці та дисбіоз сечовивідних шляхів).

Останніми роками рекомендується повноцінне харчування при ХП в період ремісії. Тільки в період загострення рекомендується значне обмеження жиру, в ремісії розширюють приймання жирів. Низькожирові дієти сприяють застою в жовчовивідних шляхах, знижують ефективність холецистокінінового механізму стимуляції зовнішньосекреторної функції ПЗ і сприяють застою панкреатичного соку в протоках.

Отже, метою дієтичного харчування хворих на ХП (як способу реабілітації) є адаптація до харчування в період стихання загострення захворювання; забезпечення організму необхідною кількістю енергії, пластичного матеріалу, регуляторних факторів; корекція та попередження порушень інкреторної функції ПЗ; покращення процесів травлення і всмоктування.

У розробці харчового раціону необхідно брати до уваги зміни з боку інших органів і систем (жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, кишечника), високий ризик виникнення порушень інсулярного апарату ПЗ, які можуть проявлятися як гіперглікемією, так і гіпоглікемією, розвитком цукрового діабету 2-го типу, порушенням ліпідного обміну. Часто діагностують зміни з боку прищитоподібних залоз, зміни кальцієвого обміну та обміну цинку, який має значення у діяльності β-клітин ПЗ, що синтезують інсулін.

При розробці дієти для пацієнтів із ХП до уваги береться вплив їжі на зовнішньосекреторну функцію ПЗ. Враховується, що секреція соку ПЗ починається під впливом нервових і гуморальних подразників при вживанні їжі (запах), надходженні її у рот, шлунок, ДПК. Значення при цьому мають подразнення рецепторів язика, шлунка, ДПК

і хімічний вплив компонентів їжі. Компоненти їжі стимулюють виділення секретину — гормону, який підвищує секрецію панкреатичного соку з проток ПЗ у просвіт ДПК, тонкої кишки. Органічні кислоти (лимонна, яблучна, оцтова) впливають на панкреатичну секрецію, як хлористоводнева кислота шлунка. Продукти, які містять вказані речовини, обмежують або виключають в період загострення, а в ремісії з метою поліпшення травлення можна дозволити їх використання (за умов переносимості). Особливо це стосується пацієнтів із зниженою шлунковою секрецією.

Харчовий жир і продукти його гідролізу є стимуляторами вивільнення слизовою оболонкою ДПК холецистокінін-панкреозиміну — гормону, який, всмоктуючись у кров, стимулює утворення і вивільнення панкреатичних ферментів, викликає скорочення жовчного міхура і виділення жовчі у тонку кишку. Це є фізіологічним важливим механізмом координації процесів травлення.

Панкреатична ліпаза, фосфоліпаза впливають тільки на емульговані жири. Основним емульгатором харчового жиру вважають жовчні кислоти. Саме вони беруть участь у транспорті і всмоктуванні жирних кислот, холестерину, жиророзчинних вітамінів у тонкій кишці. Тобто найбільш важливим є гідроліз харчових речовин, які отримуються разом із компонентами їжі. Розщеплення відбувається за наявності панкреатичних ферментів. За переносимості кількість харчового жиру при ХП не слід обмежувати. Його обмежують тільки за поєднання з жовчнокам'яною хворобою або при непереносимості. А жиророзчинні вітаміни, фосфоліпіди, ω 3-жирні кислоти вводять додатково [1].

Пацієнтам із ХП при порушенні харчування в період ремісії необхідно збільшити кількість білка до 1,8–2,0 г на 1 кг маси тіла (за рахунок тваринних білків). При дефіциті маси тіла на 10% і більше необхідно досягти нормалізації статусу якомога у коротші терміни (використовуючи спеціальні адаптовані суміші). Повинна збільшуватися кількість вітамінів на 100–200%. Для цього рекомендують вживання морквяного, картопляного, томатного, яблучного соків та свіжих ягід і фруктів (але обережно, малою кількістю, щоб не викликати загострення, а при зниженні ферментативної функції ПЗ соки рекомендують

розбавляти водою). Температура напоїв повинна бути кімнатною. Додатково рекомендують вітамінно-мінеральні комплекси препаратів.

Профілактика та корекція порушень ендокринної функції ПЗ. Варто відзначити, що хворі на ХП похилого та старшого віку з надлишковою масою тіла та з вираженим фіброзом залози мають підвищений ризик розвитку цукрового діабету. Підвищує ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу наявність панкреатиту, який перебігає понад 10 років. Таким особам із нормальними показниками глюкози рекомендують не вживати надмірну кількість солодошів, особливо вуглеводів, які легко засвоюються. З метою профілактики цукрового діабету необхідно обмежити кондитерські вироби, хлібобулочні вироби, продукти, багаті на мальтодекстрозу, солод. Ці компоненти широко використовують у харчовій промисловості, у молочних продуктах, соусах, майонезі. Слід урахувати, що глікемічний індекс солоду та мальтодекстрози вище, ніж у цукру. Вживання вуглеводів повинно розподілятися рівномірно впродовж дня, що дозволяє попередити великі коливання рівня глюкози в крові.

Покращення процесів всмоктування та травлення полягає у виключенні продуктів, які тяжко перетравлюються. Соя, бобові містять інгібітори протеолітичних ферментів, тому вони виключаються з використання. Виключають алкоголь у будь-яких напоях. Кількість жиру рекомендується вживати помірно, розподіляючи продукти, які вміщують жири, на 3–4 прийоми. При цьому не потрібно нагрівати жири, тому жарка в жиру протипоказана. Рекомендують кулінарну обробку їжі (наприклад, м'ясо, яке попередньо замочується в соку, нежирній сметані, кефірі, мінеральній воді; тушкувати м'ясо з додаванням коренів, пряних трав). Використовують свіжий сир, щойно виготовлені сирні запіканки, нежирні молочнокислі продукти, омлет. Кількість та об'єм блюд не повинні викликати дискомфорт, метеоризм.

Таким чином, індивідуально розроблений раціон харчування з урахуванням особливостей перебігу ХП, стану пацієнта є важливим фактором профілактики рецидивів захворювання, прогресування зовнішньосекреторної та ендокринної недостатності ПЗ і може бути застосованим як одна з ланок реабілітаційних та профілактичних заходів.

Література:

1. Губергриц Н. Б., Казюлин А. Н. Метаболическая панкреатология. Донецк: Лебедь, 2011. 460 с.
2. Дієтологія: підручник. Київ: Меридіан, 2012. 528 с.
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 рр. / ДП «Центр медичної статистики МОЗ України».
4. Степанов Ю. М., Будзак И. Я. Роль злоупотребления алкоголем в поражении пищевода. *Алкогольная болезнь органов пищеварения: клинические очерки.* Киев: Новый друк, 2009. С. 26–34.
5. Христинич Т. Н., Темерівська Т. Г. Гонцарюк Д. О. Хронічний панкреатит: сучасний погляд на етіологію, патогенез, клініку, лікування та медичну реабілітацію. Чернівці, 2018. 172 с.

УДК 616.37-002.2-08-039.71.874
doi: 10.33149/vkr.2019.01.05

UA Про особливості харчування пацієнтів із хронічним панкреатитом у ремісії

¹Д. О. Гонцарюк, ²Т. М. Христинч

¹Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

²Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, Чернівці, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, стадія ремісії, дієтичне харчування, харчовий раціон, культура харчування, нутритивна корекція зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції підшлункової залози

В огляді наведено сучасні статистичні дані про поширеність і захворюваність на хронічний панкреатит, розглянуто роль харчування в розвитку хронічного запального процесу в підшлунковій залозі, підкреслено вплив культури харчування на формування захворювання. Розкрито патофізіологічні зміни, що відбуваються в підшлунковій залозі при зловживанні алкогольними напоями. Перераховано компоненти харчових продуктів і напоїв, здатних порушувати метаболізм нутрієнтів, активувати специфічні ферменти, ініціювати процеси перекисного окиснення ліпідів і провокувати запальний процес у тканині залози. Детально описані об'єктивні ознаки хронічного панкреатиту і домінуючі клінічні синдроми. Представлений короткий історичний екскурс в особливості дієтичного харчування при хронічному панкреатиті, охарактеризовані сучасні уявлення про раціональне харчування пацієнтів із хронічним панкреатитом. Зроблено акцент на особливості харчування хворих, які знаходяться в стадії ремісії захворювання; наголошено на важливості адаптації до повноцінного харчування в період загасання загострення хронічного панкреатиту. Наведено рекомендації щодо профілактики розвитку цукрового діабету, перераховані нутритивні заходи, здатні поліпшити процеси всмоктування і травлення. Розглянуто доцільність індивідуального підходу до розробки оптимального раціону харчування з урахуванням особливостей перебігу хронічного панкреатиту, стану хворого, що дозволяє попередити прогресування екзо- та ендокринної недостатності підшлункової залози. Обговорено значення дієтичного харчування в реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

УДК 616.37-002.2-08-039.71.874
doi: 10.33149/vkr.2019.01.05

RU Об особенностях питания пациентов с хроническим панкреатитом в ремиссии

¹Д. А. Гонцарюк, ²Т. Н. Христинч

¹Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

²Черновицкий национальный университет им. Ю. Федьковича, Черновцы, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, стадия ремиссии, диетическое питание, пищевой рацион, культура питания, нутритивная коррекция внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы

В обзоре приведены современные статистические данные о распространённости и заболеваемости хроническим панкреатитом, рассмотрена роль питания в развитии хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе, подчеркнута влияние культуры питания на формирование заболевания. Раскрыты патофизиологические изменения, происходящие в поджелудочной железе при злоупотреблении алкогольными напитками. Перечислены компоненты пищевых продуктов и напитков, способные нарушать метаболизм нутриентов, активировать специфические ферменты, инициировать процессы перекисного окисления липидов и провоцировать воспалительный процесс в ткани железы. Детально описаны объективные признаки хронического панкреатита и доминирующие клинические синдромы. Представлен краткий исторический экскурс в особенности диетического питания при хроническом панкреатите, охарактеризованы современные представления о рациональном питании пациентов с хроническим панкреатитом. Сделан акцент на особенностях питания больных, находящихся в стадии ремиссии заболевания; подчеркнута важность адаптации к полноценному питанию в период затухания обострения хронического панкреатита. Приведены рекомендации по профилактике развития сахарного диабета, перечислены нутритивные меры, способные улучшить процессы всасывания и пищеварения. Рассмотрена целесообразность индивидуального подхода к разработке оптимального рациона питания с учетом особенностей течения хронического панкреатита, состояния больного, что позволяет предупредить прогрессирование экзо- и эндокринной недостаточности поджелудочной железы. Обсуждено значение диетического питания в реабилитации больных хроническим панкреатитом.

EN On the peculiarities of nutrition of patients with chronic pancreatitis in remission**¹D. O. Hontsariuk, ²T. M. Hristich**¹Bukovina State Medical University, Chernivtsi, Ukraine²Chernivtsi National University n. a. Y. Fedkovych, Chernivtsi, Ukraine**Key words:** chronic pancreatitis, remission stage, dietary food, diet, nutritional culture, nutritive correction of pancreatic exocrine and endocrine function

The review contains modern statistical data on the prevalence and incidence of chronic pancreatitis, the role of nutrition in the development of the chronic inflammatory process in the pancreas, the influence of nutritional culture on the formation of the disease. The pathophysiological changes occurring in the pancreas upon alcohol abuse are revealed. The components of food and beverages that can disrupt the metabolism of nutrients, activate specific enzymes, initiate lipid per-

oxidation processes and provoke an inflammatory process in the gland tissue are listed. The objective signs of chronic pancreatitis and the dominant clinical syndromes are described in detail. A brief historical excursion into the peculiarities of dietary nutrition in patients with chronic pancreatitis is presented, modern ideas on the rational nutrition of patients with chronic pancreatitis are described. Emphasis is made on the dietary habits of patients in remission; the importance of adaptation to adequate ration during the period of attenuation of exacerbation of chronic pancreatitis is underlined. The recommendations for the prevention of diabetes mellitus are set, nutritional measures that can improve the processes of absorption and digestion are listed. The feasibility of an individual approach to the development of an optimal diet, taking into account the peculiarities of the course of chronic pancreatitis, the patient's condition, which helps prevent the progression of exo- and endocrine pancreatic insufficiency, is considered. The importance of diet in the rehabilitation of patients with chronic pancreatitis is discussed.