

# Сочетание ожирения и трофологической недостаточности у пациента с хроническим алкогольным панкреатитом (клинический случай)

Н. С. Гаврилина<sup>1,2</sup>, Л. Ю. Ильченко<sup>2</sup>, И. Г. Федоров<sup>1,2</sup>, И. Г. Никитин<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница им. В. М. Буянова,

<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова,

<sup>3</sup>Лечебно-реабилитационный центр, Москва, Россия

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, ожирение, трофологическая недостаточность, индекс массы тела, лимфоциты, альбумин

Статья опубликована в журнале  
*Архивъ внутренней медицины*. 2018. № 8 (6). С. 475–479.

В настоящее время большое внимание уделяется проблеме ожирения среди населения. Количество лиц, страдающих ожирением, неуклонно растет ежегодно как в России, так и за рубежом. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 г. избыточная масса тела зафиксирована у 1,9 млрд человек старше 18 лет, из них свыше 650 млн страдали ожирением. С 1975 г. по 2016 г. число людей, страдающих ожирением, во всем мире выросло втрое. Высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения характерна не только для стран с высоким уровнем дохода, но и в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в городах [8]. По данным исследования ЭССЕ-РФ, в российской популяции в возрасте 35–64 лет ожирением страдают 26–41% мужчин и 24–52% женщин, у лиц старшего возраста ожирение встречалось в 2 раза чаще [1].

Проблему нарушения пищевого поведения можно представить двумя крайними состояниями: ожирением и трофологической недостаточностью (ТН). Исходя из вышеизложенной статистики, проблема ТН кажется незначительной. Однако с 2014 г. к этой проблеме привлечено внимание экспертов ВОЗ. По данным ВОЗ, в 2014 г. в мире примерно 462 млн человек среди взрослого населения страдали от пониженной массы тела [7].

В 2018 г. были опубликованы результаты исследования, проведенного в Китае: 737 взрослым пациентам измеряли индекс массы тела (ИМТ); из них у 83 (11%) определялась ТН и у 118 (16%) — ожирение [14]. Из представленного анализа следует, что количество пациентов с ТН незначительно различается в сравнении с распространенностью ожирения среди амбулаторных пациентов.

Показано, что ожирение и ТН является факторами риска острого панкреатита (ОП) и хронического панкреатита (ХП) [13, 19, 20].

Вместе с тем, ТН чаще встречается у пациентов с ХП и имеет многофакторный характер (ограничение количества принимаемой пищи, мальабсорбция, наличие сахарного диабета и хронический алкоголизм) [2].

Степень тяжести ТН коррелирует с двумя основными факторами: с истощением питательных веществ (алкоголизм и боль) и мальабсорбцией, обусловливающей изменение питательного статуса и увеличение метаболической активности из-за воспалительного компонента ХП в зависимости от тяжести заболевания. Пациенты с пищевым риском имеют повышенное число осложнений и плохой прогноз, но конкретных исследований на эту проблему у пациентов с ХП не проводилось [12].

Основная причина потери массы тела связана с нарушением переваривания жиров [1, 12, 24]. Обострение ХП сопровождается реакцией гиперметаболизма (суммарный метаболический ответ организма на генерализованную воспалительную реакцию) [18], в результате которого наблюдается протеолиз скелетной мускулатуры, снижение уровня аминокислот на 40% от нормальных значений и потери общего объема мышечной массы на 15%, т. е. саркопении [25].

В настоящее время не существует общепризнанных критериев диагностики ТН. Наиболее распространенными в рутинной практике остается антропометрический метод, основанный на измерении роста, массы тела пациента, расчетный метод, включающий определение ИМТ и других формул (содержание жира в организме), окружностный метод

(определение окружности плеча (ОП) на уровне средней трети), калиперометрический метод (определение толщины кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ)).

Из лабораторных методов диагностики ТН наиболее часто в клинической практике используется подсчет числа лимфоцитов и определение уровня альбумина.

В России в клинической практике наиболее широко используется классификация ТН по степени тяжести, предложенная В. М. Луфтом и А. Л. Костюченко (табл. 1) [3].

Для использования этой классификации необходимо произвести расчеты следующих формул:

1. ИМТ = масса тела / (рост)<sup>2</sup>
2. Окружность мышц плеча (ОМП) = ОП – (0,314 × КЖСТ).

Кроме того, наибольшее внимание уделяется лабораторным методам — биоимпедансметрии, компьютерной томографии (КТ), двухэнергетической рентгенологической абсорбциометрии, магнитно-резонансной томографии.

Таким образом, верификация ТН затруднена у пациентов с ХП в связи с отсутствием единых диагностических рекомендаций. Ниже представлен клинический случай комбинации ТН и ожирения у больного ХП.

**Описание случая**

Пациент П., 28 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на тупые боли в верхних отделах живота, опоясывающего характера, возникающие после приема пищи и алкогольсодержащих напитков, тошноту, слабость.

Со слов больного, болен в течение последних 5 лет. Злоупотребляет алкоголем 5 лет, предпочитает пиво в количестве 6000 мл 1–2 раза в неделю.

Курит 10 лет, более 20 сигарет в день, индекс курения — 10 пачка/лет. Работает слесарем, имеет среднее профессиональное образование. Холост, проживает с родителями в квартире.

При осмотре: ИМТ — 33 кг/м<sup>2</sup> (ожирение I степени). ОП — 29 см, КЖСТ — 12 мм, ОМП — 25,2 см. Состояние средней степени тяжести. Отеков нет. По органам дыхания и сердечно-сосудистой системы — без патологических изменений.

При пальпации живота определяется болезненность в эпигастрии, правом подреберье. Положительный симптом Менделя. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется.

Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При клинико-лабораторном обследовании в общем анализе крови из патологических признаков — лимфопения (1,7×10<sup>3</sup>/мкл). В общем анализе мочи — без патологии.

В биохимическом анализе крови выявлена лишь амилаземия (266 ммоль/л, N — 25–220 Ед/л), липаземия (101 Ед/л, N — 13–45 Ед/л), общий белок — 64 г/л (N — 65–85 г/л), альбумин — 34 г/л (N — 33,3–57,1 г/л).

Диастазурия (амилаза мочи — 1230 Ед/л (N — 0–1000 Ед/л)).

При копрологическом исследовании — стул кашицеобразный, креаторея, нейтральный жир, соли жирных кислот, амилорея, при

**Таблица 1.** Критерии диагностики трофологического статуса (адаптировано по В. М. Луфт [3])

Критерий / Criteria	Нормальные значения / Reference Ranges	Недостаточность питания / Malnutrition		
		Легкая / Mild	Средняя / Moderate	Тяжелая / Severe
Баллы / Point	3	2	1	0
ИМТ, кг/м <sup>2</sup> / BMI, kg/m <sup>2</sup> :				
18–25 лет (years)	23–18,5	18,5–17	16,9–15	<15
>25 лет (years)	26–19	19–17,5	17,5–15,5	<15,5
ОП, см / Mid-arm circumference, cm:				
женщины / women	29–26	26–23	23–20	<20
мужчины / men	28–25	25–22,5	22,5–19,5	<19,5
КЖСТ, мм / Triceps skinfold thickness, mm				
мужчины / men	10,5–9,5	9,5–8,4	8,4–7,4	<7,4
женщины / women	14,5–13	13–11,6	11,6–10,1	<10,1
ОМП, см / Mid-arm muscle circumference, cm				
мужчины / men	25,7–23	23–20,4	20,4–17,5	<17,5
женщины / women	23–21	21–18,5	18,5–16,5	<16,5
Общий белок, г/л	≤65	64,9–55	54,9–45	≤44
Альбумин, г/л	>35	34,9–30	29,9–25	≤24
Лимфоциты, 10 <sup>3</sup> /мкл	>1,8	1,8–1,5	1,4–0,9	<0,9
Сумма баллов	21	20–15	14–9	<9

бактериологическом посеве — избыточный рост *Proteus mirabilis*.

Фекальная эластаза — 1–125 мкг/г (N — 200–500 мкг/г).

Водородный дыхательный тест — 15 ppm (N — 0–10 ppm).

Ультразвуковое исследование брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия — поверхностный гастродуоденит.

На основании жалоб пациента, данных физического осмотра, лабораторно-инструментального обследования пациенту установлен диагноз: хронический токсико-метаболический панкреатит, стадия С2 по Buchler, обострение. ТН легкой степени (18 баллов). Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Ожирение I степени.

Пациент получал комбинированную терапию (креон 30 000 ЕД, эншур 2), ингибиторы протонной помпы. На фоне терапии болевой синдром был купирован на 6-е сутки, диспепсические явления — в первые сутки.

К моменту окончания стационарного этапа лечения в контрольных анализах амилаза и липаза соответствовали референсным значениям. Через 10 недель терапии отмечена нормализация уровня фекальной эластазы 1. Кроме того, регрессировала экзокринная недостаточность поджелудочной железы, однако сохранялась ТН легкой степени, что указывало на необходимость более длительного курса комбинированной терапии.

### Обсуждение

В настоящее время на смену старым понятиям «маразм» и «квашиоркор» пришли новые определения, такие как «саркопения», «пресаркопения», «саркопеническое ожирение», «остеосаркопения». На наш взгляд, введение этих клинических терминов во врачебную практику более целесообразно, так как позволят подробно охарактеризовать ТН с учетом жирового и мышечного состава и определением мышечной функции.

В зависимости от этиологического фактора выделяют первичную (связана со старением организма) и вторичную саркопению [11].

Вторичная саркопения может быть обусловлена низкой физической активностью, нарушением питания и хроническими заболеваниями. Данные о распространенности саркопении разнятся: у пациентов с онкологическими заболеваниями саркопения наблюдается у 15–50%, у больных с печеночной недостаточностью — у 30–45%, и у больных в критическом состоянии — у 60–70% [17, 21].

Саркопения нередко сочетается с другими изменениями состава тела — сниженной костной массой (саркоостеопороз или остеосаркопения), повышенной жировой массой (саркопеническое ожирение) или комбинацией этих изменений (остеосаркопеническое ожирение).

По данным N. Kawao, костно-мышечное взаимодействие регулируется биологически активными веществами, синтезируемыми костной и мышечной

тканью [16]. Таким веществом является миостатин, выработка которого усиливается при иммобилизации, инфекциях, травме и др. [15]. Миостатин подавляет рост и дифференцировку мышечной ткани, обладает антиостеогенным действием.

Кроме того, каждая атака ХП сопровождается реакцией гиперметаболизма (суммарный метаболический ответ организма на генерализованную воспалительную реакцию) [18], приводящей к протеолизу скелетной мускулатуры и к снижению уровня аминокислот на 40% от нормальных значений. В результате происходит снижение общего объема мышечной массы на 15% [25], что является причиной саркопении у больных ХП.

Саркопеническое и остеосаркопеническое ожирение — наиболее неблагоприятные сложные метаболические нарушения, развитие которых коррелирует с высоким уровнем коморбидности, кардиоваскулярного риска и смертности [10].

Саркопения и ожирение обладают взаимоусугубляющим действием: саркопения приводит к снижению физической активности и, как следствие, увеличению жировой массы, тогда как развитие ожирения сопровождается повышением продукции провоспалительных цитокинов, нарушением регуляции секреции лептина и адипонектина, снижением чувствительности мышц к инсулину, что еще больше усугубляет саркопению.

В настоящее время отсутствует какая-либо статистика наличия комбинации ожирения и ТН у больных с ХП. В нашем исследовании у 15 (10%) из 148 пациентов отмечено сочетание ожирения и ТН. Были проанализированы как российские, так и зарубежные медицинские ресурсы (Pubmed, eLibrary, Энциклопедия). Однако публикации, посвященные этой проблеме, малочисленные.

В работе А. Б. Москалевой ретроспективно были проанализированы 344 амбулаторные карты пациентов с ожирением, из них у 232 пациентов была выявлена ТН различной степени [6].

В исследовании В. К. Лядова и соавт. оценивали скелетно-мышечный индекс L3 по КТ 22 пациентам с хроническим кальцифицирующим и/или псевдотуморозным панкреатитом (16 мужчин и 6 женщин в возрасте от 29 до 63 лет). Саркопения была выявлена у 15 (68%) больных: у 13 мужчин и у 2 женщин. У одного пациента масса тела была сниженной (ИМТ — 15,9 кг/м<sup>2</sup>), у 5 больных — избыточной (ИМТ — 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup>). Лишь у одного пациента из 5 больных с повышенной массой тела выявлена саркопения [4].

У нашего пациента ТН прежде всего обусловлена экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, однако немаловажную роль оказывает и малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание и пристрастие к алкоголю (6 литров пива 2–3 раза в неделю). Назначение ферментозаместительной терапии позволило в быстрые сроки нормализовать функцию поджелудочной железы. Пациента П. следует отнести к группе риска по развитию саркопении и еще более грозного состояния — саркопенического ожирения.

Подобные пациенты требуют индивидуального подхода в диагностике и лечении таких состояний, необходимо создание алгоритмов их ведения. Должны быть пересмотрены антропометрические критерии, т. к. их применение малоинформативно. Использование лишь ИМТ является спорным в связи с отсутствием истинного стандарта диагностики ТН,

а также отсутствует оценка снижения объема мышечной ткани [22]. Кроме того, у пациента ТН может быть и с нормальным, и даже с повышенным ИМТ [5, 23].

Необходима оптимизация и внедрение в реальную клиническую практику биохимических и инструментальных методов оценки ТН.

#### Литература:

1. Баланова Ю. А., Концевая А. В., Шальнова С. А. Распространенность поведенческих факторов риска сердечнососудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. *Профилактическая медицина*. 2014. № 5. С. 42–52.
2. Кучерявый Ю. А., Москалева А. Б., Свиридова А. В. Нутритивный статус как фактор риска осложнений хронического панкреатита и развития панкреатической недостаточности. *Эксперим. клин. гастроэнтерол.* 2012. № 7. С. 10–16.
3. Луфт В. М., Костюченко А. Л. Клиническое питание в интенсивной медицине. Практическое руководство. Санкт-Петербург, 2002. 173 с.
4. Лядов В. К., Буланова Е. А., Сеницын В. Е. Возможности КТ при выявлении саркопении у больных с опухолевыми и воспалительными заболеваниями поджелудочной железы. *Диагностическая и интервенционная радиология*. 2012. № 6 (1). С. 13–18.
5. Маев И. В., Казюлин А. Н., Баранская Е. К. Нарушения питания как причинный фактор развития и усугубления панкреатита. *Фарматека*. 2011. № 12. С. 38–45.
6. Москалева А. Б. Оценка нутритивного статуса при хроническом панкреатите: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.01.04, 14.01.28. Москва, 2012. 25 с.
7. Неполноценное питание, 2018. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> (дата обращения: 03.10.2018).
8. Ожирение и избыточный вес, 2018. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения: 03.10.2018).
9. Affronti J. Chronic pancreatitis and exocrine insufficiency. *Prim. Care*. 2011. Vol. 38. P. 515–537.
10. Choi K. M. Sarcopenia and sarcopenic obesity. *Korean J. Intern. Med.* 2016. Vol. 31, No 6. P. 1054–1060.
11. Cruz-Jentoft A. J., Baeyens J. P., Bauer J. M. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010. Vol. 39, No 4. P. 412–423.
12. Duggan S., O'Sullivan M., Feehan S. Nutrition treatment of deficiency and malnutrition in chronic pancreatitis: a review. *Nutr. Clin. Pract.* 2010. Vol. 25. P. 362–370.
13. Frossard J. L., Lescuyer P., Pastor C. M. Experimental evidence of obesity as a risk factor for severe acute pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2009. Vol. 15, No 42. P. 5260–5265.
14. Jin Y., Li X. Analysis of current status on a new public health nutrition service pattern in China: a nutrition outpatient clinic-based study. *BioMed Research International*. 2018. № 9. С. 1–6.
15. Kaji H. Effects of myokines on bone. *Bonekey Rep.* 2016. Vol. 5. P. 826.
16. Kawao N., Kaji H. Interactions between muscle tissues and bone metabolism. *J. Cell Biochem.* 2015. Vol. 116, No 5. P. 687–695.
17. Kizilarlanoglu M. C., Kuyumcu M. E., Yesil Y., Halil M. Sarcopenia in critically ill patients. *J. Anesth.* 2016. Vol. 30, No 5. P. 884–890.
18. Kucheryavyy Y. A., Andreev D. N. Nutritional status in patients with chronic pancreatitis. *J. Nutr. Ther.* 2014. Vol. 3. P. 122–132.
19. Lowenfels A. B., Maisonneuve P., Sullivan T. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis. *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2009. Vol. 11, No 2. P. 97–103.
20. Ma M. H., Bai H. X., Park A. J. Risk factors associated with biliary pancreatitis in children. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2012. Vol. 54, No 5. P. 651–656.
21. Peterson S. J., Braunschweig C. A. Prevalence of sarcopenia and associated outcomes in the clinical setting. *Nutr. Clin. Pract.* 2016. Vol. 31, No 1. P. 40–48.
22. Rasmussen H. H., Irtun D., Olesen S. S. Nutrition in chronic pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2013. Vol. 19. P. 7267–7275.
23. Sierzega M., Niekowal B., Kulig G., Popiela T. Nutritional status affects the rate of pancreatic fistula after distal pancreatectomy: a multivariate analysis of 132 patients. *J. Am. Coll. Surg.* 2007. Vol. 205. P. 52–59.
24. Sikkens E. C., Cahen D. L., van Eijck C. Patients with exocrine insufficiency due to chronic pancreatitis are undertreated: a Dutch national survey. *Pancreatolgy*. 2012. Vol. 12. P. 71–73.
25. Skipworth J. R., Raptis D. A., Wijesuriya S. The use of nasojejunal nutrition in patients with chronic pancreatitis. *JOP*. 2011. Vol. 12, No 6. P. 574–580.

УДК 616.37-002-06:616.39  
doi: 10.33149/vkr.2020.01.05

## RU Сочетание ожирения и трофологической недостаточности у пациента с хроническим алкогольным панкреатитом (клинический случай)

Н. С. Гаврилина<sup>1,2</sup>, Л. Ю. Ильченко<sup>2</sup>, И. Г. Федоров<sup>1,2</sup>,  
И. Г. Никитин<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница им. В. М. Буянова,  
<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова,  
<sup>3</sup>Лечебно-реабилитационный центр, Москва, Россия

Статья опубликована в журнале *Архивъ внутренней медицины*. 2018. № 8 (6). С. 475–479.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, ожирение, трофологическая недостаточность, индекс массы тела, лимфоциты, альбумин

Нарушение пищевого поведения с двумя его крайними проявлениями — ожирением и трофологической недостаточностью (ТН) — является одной из распространенных проблем современного общества. ТН часто диагностируют у больных хроническим панкреатитом (ХП), ее возникновение обусловлено ограничением количества принимаемой пищи, мальабсорбцией, сахарным диабетом, хроническим алкоголизмом. Степень тяжести ТН коррелирует с выраженностью мальабсорбции и степенью истощения питательных веществ. Однако верификация ТН у больных ХП затруднена в связи с отсутствием единых диагностических рекомендаций. Как правило, используют антропометрический метод, лабораторную (определяют уровень лимфоцитов, альбумина) и инструментальную (компьютерную томографию, рентгенологическую абсорбциометрию, магнитно-резонансную томографию) диагностику.

В статье представлен случай сочетания у больного ХП двух противоположных состояний — ожирения и ТН. Пациент госпитализирован в клинику с обострением ХП на фоне злоупотребления алкоголем. При обследовании выявлены экзокринная недостаточность поджелудочной железы и ТН легкой степени. Пациенту назначена ферментозаместительная терапия и дополнительное сипинговое питание с положительным эффектом. Через 10 недель лечения экзокринная недостаточность поджелудочной железы регрессировала, однако ТН сохранялась, что требовало более длительного курса лечения. В статье отражена актуальность проблемы, основные трудности диагностики. Для оценки трофологического статуса пациентов рекомендуется оценивать антропометрические показатели, рассчитывать индекс массы тела, определять содержание лимфоцитов, общего белка, альбумина. Использование лишь индекса массы тела приводит к неверной оценке трофологического статуса у пациентов с ХП.

УДК 616.37-002-06:616.39  
doi: 10.33149/vkr.2020.01.05

## UA Поєднання ожиріння і трофологічної недостаточності у пацієнта з хронічним алкогольним панкреатитом (клінічний випадок)

Н. С. Гавриліна<sup>1,2</sup>, Л. Ю. Ільченко<sup>2</sup>, І. Г. Федоров<sup>1,2</sup>,  
І. Г. Нікітін<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Міська клінічна лікарня ім. В. М. Буянова,  
<sup>2</sup>Російський національний дослідницький медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
<sup>3</sup>Лікувально-реабілітаційний центр, Москва, Росія

Стаття опублікована у журналі *Архивъ внутренней медицины*. 2018. № 8 (6). С. 475–479.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, ожиріння, трофологічна недостатність, індекс маси тіла, лімфоцити, альбумін

Порушення харчової поведінки з двома його крайніми проявами — ожирінням та трофологічною недостатністю (ТН) — є однією з поширених проблем сучасного суспільства. ТН часто діагностують у хворих на хронічний панкреатит (ХП), її виникнення обумовлено обмеженням кількості спожитої їжі, мальабсорбцією, цукровим діабетом, хронічним алкоголізмом. Ступінь тяжкості ТН корелює з інтенсивністю мальабсорбції і ступенем виснаження поживних речовин. Однак верифікація ТН у хворих на ХП ускладнена у зв'язку з відсутністю єдиних діагностичних рекомендацій. Зазвичай використовують антропометричний метод, лабораторну (визначають рівень лімфоцитів, альбуміну) та інструментальну (комп'ютерну томографію, рентгенологічну абсорбціометрію, магнітно-резонансну томографію) діагностику.

У статті представлений випадок поєднання у хворого на ХП двох протилежних станів — ожиріння і ТН. Пацієнт госпіталізований у клініку із загостренням ХП на тлі зловживання алкоголем. При обстеженні виявлено екзокринну недостатність підшлункової залози і ТН легкого ступеня. Пацієнту призначена ферментозамісна терапія і додаткове сипінгове харчування із позитивним ефектом. Через 10 тижнів лікування екзокринна недостатність підшлункової залози регресувала, однак ознаки ТН зберігались, що вимагало більш тривалого курсу лікування. У статті висвітлено актуальність проблеми, основні труднощі діагностики. Для оцінки трофологічного статусу пацієнтів рекомендується оцінювати антропометричні показники, розраховувати індекс маси тіла, оцінювати вміст лімфоцитів, загального білка, альбуміну. Використання лише індексу маси тіла призводить до невірної оцінки трофологічного статусу у пацієнтів із ХП.

**EN Combination of obesity and malnutrition in a patient with chronic alcoholic pancreatitis (case report)****N. S. Gavrilina<sup>1,2</sup>, L. Yu. Ilchenko<sup>2</sup>, I. G. Fedorov<sup>1,2</sup>,  
I. G. Nikitin<sup>2,3</sup>**<sup>1</sup>City Clinical Hospital n. a. V. M. Buyanov,<sup>2</sup>Russian National Research Medical University  
n. a. N. I. Pirogov,<sup>3</sup>Centre of Medical Rehabilitation, Moscow, RussiaArticle was published in journal *Архивъ внутренней медицины*. 2018. № 8 (6). С. 475–479.**Key words:** chronic pancreatitis, obesity, trophological insufficiency, body mass index, lymphocytes, albumin

Eating disorder with its two extreme manifestations – obesity and trophological insufficiency (TI) – is one of the common problems of modern society. TI is often diagnosed in patients with chronic pancreatitis (CP); it occurs due to a limited amount of food intake, malabsorption, diabetes mellitus, and chronic alcoholism. TI severity

correlates with severity of malabsorption and depletion of nutrients degree. However, TI verification in patients with CP is difficult due to the lack of uniform diagnostic recommendations. Anthropometric technique, laboratory (determination of the level of lymphocytes, albumin) and instrumental (computed tomography, X-ray absorptiometry, magnetic resonance imaging) diagnostics are usually used.

The article presents a case report of combination of such two opposite states as obesity and malnutrition in a patient with CP. The patient was hospitalized with CP exacerbation and alcohol abuse. Examination revealed exocrine pancreatic insufficiency and mild malnutrition. Enzyme replacement therapy and additional oral sip feeding with a positive effect were prescribed. Exocrine pancreatic insufficiency stopped after 10 weeks of treatment, but malnutrition remained and required a longer course of treatment. Relevance of this problem, main difficulties of diagnosis are presented in the article. Anthropometric indices, body mass index, lymphocytes, total protein, albumin need to be measured in all patients. Using only body mass index leads to hypodiagnosis of malnutrition in patients with CP.