

ПЕРСПЕКТИВЫ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Смирнова О. А., Костюченко Л. Н., Ручкина И. Н.

ГБУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Смирнова Ольга Андреевна

E-mail: dr.smirnovaoa@gmail.com

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные об оценке степени выраженности язвенного колита и подбор нутриционной поддержки с учетом нарушений нутритивного статуса при язвенном колите.

Ключевые слова: нутриционная поддержка; нутритивный статус; язвенный колит.

SUMMARY

The article presents the data on the assessment of the degree of severity of ulcerative colitis and the selection of nutritional support with the account of the violations of the nutrition status with ulcerative colitis.

Keywords: nutrition support, nutritive status, ulcer colitis.

Одним из направлений гастроэнтерологии является совершенствование лечения больных язвенным колитом (ЯК). Актуальность его обусловлена частотой встречаемости и тенденцией к росту. По данным разных авторов, статистические данные разнообразны [4; 8]. Согласно результатам проведенного исследования И. В. Никулиной в 2007 году в Москве и Московской области (Россия), заболеваемость ЯК составляет 1,7 чел. на 100 000 населения, а распространенность — 22,3 человека на каждые 100 000 жителей [8]. Заболеваемость в западных странах колеблется в пределах 5–16 новых случаев на 100 000, при этом распространенность составляет 50–220 случаев на 100 000 в популяции [3]. В Европе и Северной Америке первичная заболеваемость колеблется от 4–20 случаев на 100 000 населения в год. Распространенность ЯК составляет 40–268 больных на 100 000 жителей. Следует также обратить внимание на по-прежнему остающуюся высокой смертность вследствие ЯК. Авторы также отмечают высокий риск развития рака у больных, страдающих ЯК [2].

В связи с этим тактика лечения ЯК, несмотря на наличие сложившихся представлений и стандартов, широко описанных в литературе [7; 8], продолжает постоянно совершенствоваться с непрекращающейся дискуссией по поводу применения различных подходов к терапии. Одним из направлений является тщательный учет метаболических

нарушений при ЯК и включение корректоров нутритивного статуса в структуру стандартной терапии ЯК.

В последнее время предложены различные методы для оценки нарушений нутритивного статуса. Наиболее целесообразным, по данным ряда исследователей [1; 5; 6], является метод выставления алиментационно-волемического диагноза, в структуру которого помимо маркеров общеметаболических сдвигов входит и оценка состояния органов, лимитирующих усвоение нутриентов, в частности оценка функциональных возможностей кишечника.

В соответствии с этим в последние годы наиболее приемлемой считают следующий подход к нутриционной поддержке при ЯК. Особенности нутритивной поддержки при ЯК, когда энтеральный и сипинговый пути нутритивной поддержки весьма ограничены возможностями кишки (выраженностью синдромов мальабсорбции и мальнутриции), тактику алиментационной коррекции уточняют в соответствии с клинической и эндоскопической активностью ЯК (по индексам D. Rachmilewitz или Truelove), обеспечивая дополнительную нутритивную терапию парентеральным путем.

В начальных стадиях ЯК отмечается преобладание экссудативно-геморрагического воспаления, а в более поздних — деструктивно-язвенного процесса, захватывающего слизистый, подслизистый, а иногда и мышечный слой. Интенсивность

Таблица 1

ИНДЕКС КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (CAI) ПО ШКАЛЕ МЕЙО, ПРЕДСТАВЛЕННОЙ D. RACHMILEWITZ В 1989 Г.			
№	Показатель	Выраженность	Балл
1	Частота стула за последние 7 дней	Менее 18	0
		18–35	1
		36–60	2
		более 60	3
2	Кровь в стуле (еженедельно)	Нет	0
		Немного: < 30% стула с кровью	2
		Много: > 30% стула с кровью	4
3	Общее самочувствие (еженедельно)	0–3 (хорошее)	0
		4–10 (среднее)	1
		11–17 (плохое)	2
		18–21 (очень плохое)	3
4	Боль в животе	0–3 (нет)	0
		4–10 (слабая)	1
		11–17 (средняя)	2
		18–21 (тяжелая)	3
5	Температура тела	Менее 38 °С	0
		Более 38 °С	3
6	Внекишечные проявления	Нет	0
		Ирит	1
		Узловая эритема	2
		артрит	3
7	Лабораторные данные	СОЭ < 50 мм/ч	0
		СОЭ > 50 мм/ч	1
		СОЭ > 100 мм/ч	2
		НЬ < 100 г/л	3

При сумме баллов 1–4 определяется минимальная активность, 5–12 — умеренная активность, более 12 — высокая активность.

Таблица 2

ИНДЕКС ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (EI) ПО D. RACHMILEWITZ			
№	Показатель	Выраженность признака	Балл
1	Грануляции слизистой оболочки	Отсутствуют	0
		Присутствуют	2
2	Сосудистый рисунок	Четкий	0
		Нечеткий	1
		Отсутствует	2
3	Ранимость слизистой оболочки	Нет	0
		Контактная кровоточивость	2
		Спонтанная кровоточивость	4
4	Поражение слизистой оболочки (слизь, гной, эрозии, язвы)	Нет	0
		Слабое	2
		Резко выраженное	4

Таблица 3

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ШКАЛА ГЕБСА: СТЕПЕНИ ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	
Степень 0	Структурные изменения
0.0	Нормальная структура
0.1	Незначительные патологические изменения
0.2	Умеренные диффузные или мультифокальные изменения
0.3	Выраженные диффузные или мультифокальные изменения
Степень 1	Хроническая воспалительная инфильтрация
1.0	Не повышена
1.1	Незначительная
1.2	Умеренная
1.3	Значительная
Степень 2	Нейтрофильная и эозинофильная инфильтрация собственной пластинки
2А (эозинофилы)	Нет
2А.0	Не повышена
2А.1	Незначительная
2А.2	Умеренная
2А.3	Значительная
2В (нейтрофилы)	Нейтрофилы в собственной пластинке
2В.0	Отсутствуют
2В.1	Незначительное увеличение
2В.2	Умеренное увеличение
2В.3	Значительное увеличение
Степень 3	Межэпителиальные нейтрофилы
3.0	Отсутствуют
3.1	Вовлечено менее 5% крипт
3.2	Вовлечено менее 50% крипт
3.3	Вовлечено более 50% крипт
Степень 4	Деструкция крипт
4.0	Отсутствует
4.1	Возможно локальное повышение количества нейтрофилов в части крипт
4.2	Возможны признаки истончения
4.3	Явная деструкция крипт
Степень 5	Эрозирование или изъязвление, грануляции
5.0	Отсутствие эрозий, язв и грануляций
5.1	Пролиферация эпителия в области воспаления
5.2	Возможно эрозирование — очаговая отслойка
5.3	Явные эрозии
5.4	Язва или грануляционная ткань (псевдополипы)

поражения в разных отделах кишки не всегда одинакова. Однако воспалительный процесс носит непрерывный диффузный характер с переходом измененной кишки в нормальную слизистую оболочку без четкой границы и никогда не носит сегментарного характера. Морфологические изменения весьма типичны и коррелируют со степенью выраженности синдрома нарушенного всасывания. В связи с этим для определения возможностей

нутрицивной терапии энтеральным или сипинговым путем целесообразно опираться на схемы оценки активности язвенного колита, включающие клинико-лабораторные и морфологические показатели и индексы эндоскопической активности (табл. 1, 2).

Более детальную эндоскопическую оценку целесообразно проводить с помощью эндоскопического индекса шкалы Мейо, а оценку гистологических

Таблица 4

СХЕМЫ СИНДРОМНОЙ ИНФУЗИОННО-АЛИМЕНТАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

<p>Легкая ст. тяж., 1 ст. СНВ с индексом активности Мейо 1–4, Е1 0–1 ст. по Гебсу, метаболические сдвиги слабо или умеренно выражены</p> <p>1. Диета. 2. Сипинг сбалансированными составами предпочтительно с иммуномодулирующим эффектом (нутриениммун, фортимель, др.)</p>	<p>АРАСН < 11, 2–3 ст. СНВ, выражен. метабо. нар.</p> <p>1–2 ст. СНВ с индексом активности Мейо 5–12, Е1 1–2 ст. по Гебсу, метаболическ. синдром значительно выражен при сохранной или незначительно угнетенной функции 1 из лимитирующих органов</p> <p>1. Диета. 2. Сипинг: нутрихим (аналог химуса) + мукофальк в комплексе с др. препаратами нутритивной поддержки (нефромин, диазон, нутриен-гепа). 3. Парентеральный компонент при соотношении АМК: У: Л = 1:1,5:0,5–1:0,8:1,2</p>	<p>2–3 ст. СНВ с индексом активности Мейо 5–12, Е1 3 ст. по Гебсу, метаболическ. синдром выражены при угнетенной функции 1–2 лимитирующих органов</p> <p>1. Диета. 2. Сипинг: СЭР, нутрихим-2 + мукофальк + ферменты. 3. Парентерально (преимущественно в периферическую вену) коллоиды: кристаллоиды = 1:4–1:3, АМК: У: Л = 3:2:1 (препараты направленной коррекции: гепатотропные, кардиотропные, нефро- и др.)</p>	<p>11 < АРАСН < 15, 3 ст. СНВ с индексом активности Мейо > 12 и Е1 4–5 ст. по Гебсу, метабо. нар. ярко выражены с резким угнетением функций 1–2 лимитирующих органов</p> <p>1. Зондовая алиментационно-стимулирующая терапия. 2. Парентеральная нутритивная коррекция в центральную вену: коллоиды: кристаллоиды = 1:2, АМК: У: Л = 3:2:1 под прикрытием препаратов направленного действия (корректоров функции печени, почек, кардиотропных препаратов). По показаниям — расширенное трансфузионное пособие (эритромаасса и др.), форсированный диурез (возможна экстракорпоральная детоксикация), возможно применение 3 в 1 (кабивен)</p>	<p>Крайне тяжелое состояние, полиорганная недостаточность (АРАСН > 15)</p> <p>Полное в/в реанимационное трансфузионно-инфузионное пособие с включением парентеральной алиментации под прикрытием активной детоксикации (зондовая энтеросорбция, аппаратная — плазмаферез, МАРС-терапия, др.)</p>
<p>2. Коррекция водно-электролитных сдвигов, <i>витаминокоррекция</i>, регуляторы цикла Кребса (янтавит, цитофлавин)</p>	<p>4. Коррекция водно-электролитных сдвигов, <i>витаминокоррекция</i>, регуляторы цикла Кребса (янтавит, цитофлавин). 5. Анаболические препараты (регаболл). 6. Желательна коррекция микробиотоза</p>	<p>4. Коррекция водно-электролитных сдвигов, <i>витаминокоррекция</i>, регуляторы цикла Кребса (янтавит, цитофлавин). 5. Анаболические препараты (регаболл). 6. Желательна коррекция микробиотоза</p>	<p>3. Коррекция водно-электролитных сдвигов, <i>витаминокоррекция</i>, регуляторы цикла Кребса (янтавит, цитофлавин). 4. Анаболические препараты (регаболл). 5. Обязательна коррекция микробиотоза</p>	

препаратов — по шкале Гебса. Шкала Гебса представляет собой систему классификации гистологической активности язвенного колита.

Степени эндоскопической активности по шкале Мейо:

0 — изменения только структуры/архитектоники слизистой оболочки;

1 — хроническая воспалительная инфильтрация собственной пластинки;

2 — гранулоциты в составе инфильтрата;

3 — межэпителиальные нейтрофилы;

4 — деструкция крипт;

5 — эрозии и язвы.

Каждая степень тяжести подразделяется на 4 подгруппы в зависимости от степени выраженности патологии (табл. 3). Опираясь на общие метаболические проявления, определенные алиментационно-волемическим диагнозом и уточненные на основе учета степени тяжести больного, степени выраженности СНВ, степени активности и эндоскопических индексов ЯК, выбирают наиболее целесообразную схему нутритивной коррекции (табл. 4). Как видно, нутритивная коррекция при легкой степени тяжести больного ограничивается диетотерапией, сипинговой поддержкой с коррекцией водно-электролитных сдвигов, направленной витаминотерапией и введением регуляторов цикла Кребса. При средней тяжести состояния, средней степени выраженности СНВ в структуру нутритивной поддержки подключают парентеральный компонент преимущественно в периферическую вену. При тяжелом состоянии применяют сочетанную полную нутритивную коррекцию (зондовую и парентерально-энтеральную в центральную вену). В крайне тяжелых ситуациях показано полное реанимационное сочетанное или изолированное парентеральное трансфузионно-инфузионное пособие с включением парентеральной алиментации под прикрытием активных методов детоксикации (зондовая энтеросорбция, аппаратные методы — плазмаферез, MAPC-терапия, др.).

Определение тактики нутритивной коррекции предполагает также выбор наиболее адекватных состоянию кишки составов. В этом плане целесообразно учитывать следующие рекомендации.

Так как двигательная функция кишечника не только не усилена при ЯК, а, наоборот, ослаблена, предпочтительный выбор при средней и тяжелой степени заболевания целесообразно отдать химусоподобным составам для нутритивной поддержки (смеси типа нутрихим, производимые Бирюлевским экспериментальным заводом пищевых концентратов), более эффективно усваиваемым даже при угнетении функций желудочно-кишечного тракта и всасываемым преимущественно в верхних отделах кишечника.

При средней степени тяжести с положительным корригирующим эффектом применялись также составы с включенным в их состав противовоспалительным компонентом, направленным на купирование как местной воспалительной реакции, так и SIRS-ответа (например, клинипит МДмил, интестамин).

Сочетание составов с энтеробиолом, мукофальком и другими фармаконутрицевтиками приветствуется. Смесь для сипинга или зондовой алиментации с включением пробиотиков может служить витазим (Россия).

Следует отметить, что при ЯК не показаны иммуноактивные питательные среды (например, нутриен-иммун).

Таким образом, НП, учитывающая механизмы вышеперечисленных общих и специальных расстройств, степень тяжести состояния и обоснованное сочетание различных путей введения сред, оказывается незаменимым компонентом патогенетической терапии воспалительных заболеваний гастроэнтерологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б. С. Хирургические болезни в гериатрии: Избранные лекции / Б. С. Брискин, Л. Н. Костюченко, С. Н. Пузин. — М.: Бином, 2006. — 368 с.
2. Захарченко А. А. Хирургическая реабилитация больных язвенным колитом / А. А. Захарченко, А. Э. Штоппель, М. Н. Кузнецов и др. — М.: 4ТЕ Арт, 2010.
3. Кайзеру А. М. Колоректальная хирургия. — М., 2011. — 738 с.
4. Комаров Ф. И. Неспецифический язвенный колит / Ф. И. Комаров, А. М. Осадчук, М. А. Осадчук, И. М. Кветной. — М., 2008. — 250 с.
5. Костюченко Л. Н. Нутриционная поддержка в гастроэнтерологии. — М.: Бином, 2012. — 494 с.
6. Курапов Е. П. и др. Опыт нутриционной коррекции в хирургии желудка у детей // Рос. журн. гепатол., гастроэнтерол. и колопроктол. — 2002. — № 5. — С. 79–101.
7. Парфенов А. И. Энтерология. — М., 2009. — 875 с.
8. Румянцев В. Г. и др. Язвенный колит. — М.: МИА, 2007. — 420 с.