

УДК 616.33/34-056.5-036.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© 2006 г. А.А. Яковлев, Е.Н. Бутова, Г.Н. Леонова

Известно, что недостаточность питания распространена как среди больных хроническими заболеваниями, находящихся на амбулаторном лечении, так и среди пациентов, проходящих курс лечения в стационаре [1–4]. Так, по данным зарубежных авторов, уже при поступлении в стационар от 30 до 60 % пациентов имеют недостаточность питания, выраженную в той или иной степени, при этом 10–25 % из них могут иметь тяжелую степень [5, 6]. В большинстве случаев госпитальные больные потребляют пищу в количествах менее рекомендованных и продолжают терять вес [3]. Прогрессирование нутритивных расстройств у больных в процессе госпитального этапа обследования и лечения подтверждается снижением веса, антропометрических параметров, сывороточных фолата и альбумина, количества лимфоцитов и показателя гематокрита [4, 5, 7]. Среди больных, получающих консервативное лечение в связи с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и внутренних органов, критерии трофологических нарушений за период пребывания в клинике увеличиваются в среднем на 15 % [3, 6, 7]. Результаты Национального перекрестного многоцентрового исследования, охватывающего 4 тыс. пациентов клиник Бразилии, выявили недостаточность питания в 48,1 % случаях. При этом наблюдалась прямая корреляция между неудовлетворительным нутритивным статусом и первичным диагнозом при госпитализации, наличием инфекции, возрастом и продолжительностью пребывания в больнице [8]. Отечественные исследования оценки эпидемиологии нутритивных расстройств малочисленны и посвящены в основном вопросам медицины критических состояний [1, 2, 9].

Цель исследования – изучение эпидемиологии недостаточности питания в терапевтическом стационаре для формирования стандарта действия, содержания и обеспечения нутриционной поддержки.

Материалы и методы. При эпидемиологическом исследовании использовали метод одномоментного сплошного обследования. 1-й этап – скринирующее анкетирование среди всех пациентов, госпитализированных в общетерапевтическое отделение Центральной районной больницы (скринирован 161 пациент). Анкетирование проводилось с помощью специально разработанной анкеты, основанной на Ноттингемском методе скрининга и включающей мини-шкалу оценки состояния питания, анкету скрининга питательного статуса (NRS 2002), шкалу MUST [6, 7, 9]. Диагностика нутритивной недостаточности (НН) базировалась на унифицированных критериях, включающих антропометрический метод (индекс массы тела (ИМТ), толщина кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ), окружность мышцы плеча (ОМП)); лабораторные показатели: альбумин, трансферрин, абсолютное количество лимфоцитов; динамику абсолютных значений массы тела за 6 мес. [4, 6, 10]. 2-й этап – углубленное клиническое и инструментальное обследование пациентов с признаками НН, выявленными

во время первого этапа. Все пациенты имели обычный рацион (общепринятое домашнее питание). Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета прикладных программ для эпидемиологических исследований EpiInfo ver.6 (1994).

Результаты и обсуждение. На 1-м этапе обследования было выявлено 72 (45 %) анкетированных с признаками НН. Установлено, что НН с наибольшей частотой определялась среди больных с патологией сердечно-сосудистой системы – 39 (55 %); желудочно-кишечного тракта – 21 (29,6 %) и бронхолегочной системы – 6 (8,4 %). Спектр заболеваний, при которых регистрировались наиболее низкие параметры НН, включал острый инфаркт миокарда, сердечную недостаточность 3-й ст., гипертоническую болезнь 3–4 группы риска, хронический рецидивирующий панкреатит (ХП), неспецифический язвенный колит (ЯК), гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь высоких грааций эрозивного эзофагита (ГЭРБ), хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ). На 2-м этапе обследования использовался весь арсенал методов оценки НН, включая лабораторные исследования (абсолютное количество лимфоцитов (Лф.), концентрация альбумина (А), уровень сывороточного трансферрина (СТ)), антропометрические измерения с анализом состава тела и методику субъективной глобальной оценки (SGA) [11]. Гипотрофия I и II степеней в группе пациентов с кардиальной патологией была выявлена у 23 (63 %) и 16 (41 %) больных. НН I степени среди пациентов с патологией пищеварительного тракта распределилась следующим образом: 5 (24 %) больных с ХП, 3 (14,3 %) – с ХП, 1 (4,8 %) – с язвенной болезнью медиогастральной локализации. Гипотрофия II степени зарегистрирована в 11 (52,3 %) случаях: 7 (58,3 %) больных с ХП и 4 (100 %) – с ЯК.

Корреляционный анализ, проведенный в группе больных с патологией желудочно-кишечного тракта, показал высокую прямую зависимость ($r=0,64$; $p=0,003$) между степенью НН, длительностью и частотой рецидива заболевания.

Заключение. В результате проведенного эпидемиологического исследования установлено, что распространенность НН среди пациентов терапевтического стационара составляет 45 %. Среди пациентов с НН преобладают больные с патологией сердечно-сосудистой системы 39 (55 %) и желудочно-кишечного тракта 21 (29,6 %). Распространенность НН диктует необходимость проведения двухэтапного обследования пациентов, поступающих в стационар или проходящих курс амбулаторного лечения с целью выявления риска развития недостаточности питания. На 1-м этапе, используя анкетное скринирование НН, выявляется группа больных с признаками НН. На 2-м этапе проводится углубленное обследование с целью определения у больных степени НН. В качестве базовых показателей, оценивающих НН, учитывая их простоту, дешевизну, высокую воспроизводимость и информативность, рекомендуется

использовать следующий набор: ИМТ, КЖСТ, ОМП, лабораторные показатели (А, Лф., Т).

При выявлении НН I и II степени необходимо модифицировать пищевое поведение пациентов, расширить объем питания за счет использования высокобелковой диеты, индивидуального дополнительного питания, включения в рацион препаратов клинического питания.

Литература

1. *Луфт В.М., Ткаченко Е.И.* Трофологическая недостаточность и критерии ее диагностики // Воен.-мед. журн. 1993. № 12. С. 21–24.
2. *Попова Т.С.* и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. М., 2002.
3. *Kondrup J.* et al. Outcomes from nutritional support using hospital food // Nutrition. 1998. № 14. P. 319.
4. *Mc Whirter J.R., Pennington C.R.* Incidence and recognition of malnutrition in hospital // Br. Med. J. 1994. № 308. P. 94.
5. *Cederholm T., Jagren C., Hellstrom K.* Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients // Am. O. Med. 1995. № 98. P. 67.
6. *Mc Whirter J.P., Pennington C.R.* Malnutrition in hospital practice // Nutr. 1996. № 12. P. 56–57.
7. *Rollins C.J.* Basics of enteral and parenteral nutrition // Wolinsky, Williams L., eds. Nutrition in pharmacy practice. Washington, 2002. P. 213–306.
8. *Waitzberg D.L., Waleska T.C., Correia I.T.D.* Hospital malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRA): A study of 4000 patients // Nutr. 2001. № 17. P. 573–580.
9. Лечебное питание в клинической гастроэнтерологии / Под ред. В.Б. Гриневича. Петрозаводск, 2003.
10. Основы клинического питания: Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания: Пер. с англ. / Гл. ред. Л. Сobotка. Петрозаводск, 2003.
11. *Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P.* What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? // J. PEN. 1987. Vol. 11. P. 8–13.