



РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ СМЕСЕЙ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ “ПЕПТАМЕН” И “КЛИНУТРЕН” У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ВВЕДЕНИЕ И КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ

Исторически сложилось и ныне общепризнано, что лечебное питание является важнейшей и неотъемлемой частью комплексной терапии заболеваний внутренних органов. Неоспоримо и то положение, что оптимально подобранная диета должна обеспечивать не только поддержание энергетических и пластических потребностей организма больного, но и быть самостоятельно воздействующим лечебным фактором, то есть речь, по сути, следует вести о целенаправленной терапии питанием. Используя такой подход с помощью специально созданного состава вводимых нутриентов возможно обеспечить коррекцию ключевых звеньев тканевого метаболизма, нарушенных в результате течения патологического процесса.

Отсюда вполне закономерно, что среди многочисленных требований, которым должна удовлетворять адекватная терапия питанием фигурирует обеспечение адаптации и компенсации нарушенных функций, нормализации нарушений обмена веществ, иммуномодулирующий, антиоксидантный и другие эффекты.

В настоящее время, наряду с традиционными диетами в питании больных с заболеваниями внутренних органов используются сбалансированные смеси для перорального и энтерального питания. Преимуществами такого специализированного питания перед традиционной диетотерапией является следующее:

- 1) точное знание химического состава и питательной ценности;
- 2) содержание всех необходимых для организма веществ в сбалансированных соотношениях;
- 3) наличие в составе этих смесей белков с высокой биологической ценностью (полным набором аминокислот в оптимальных количествах);
- 4) отсутствие холестерина, лактозы, сахарозы, глютена расширяет возможности использования такого питания у различных категорий пациентов.

Одними из современных препаратов, используемых для нутриционной поддержки пациентов с заболеваниями органов пищеварения, являются питательные смеси "Пептамен", "Клинутрен" ("Нестле", Швейцария). Они могут использоваться как для перорального, так и энтерального зондового питания. Основными показаниями для назначения смесей в терапевтической практике являются заболевания органов пищеварения, ассоциированные с метаболическим синдромом, диареей, нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы, недостаточностью питания.

С целью изучения клинической эффективности, оценки влияния на процессы метаболизма, качество жизни пациентов и для уточнения показаний к применению нами было проведено рандомизированное открытое исследование с использованием

смесей "Пептамен" и "Клинутрен" в качестве дополнительного и полного перорального питания у больных с заболеваниями органов пищеварения. В ходе работы нами были решены следующие задачи:

1. Изучено влияние перорального питания смесями "Пептамен", "Клинутрен" на особенности клинических проявлений болевого абдоминального и диспепсического синдромов при заболеваниях органов пищеварения.

2. Установлены качественные и количественные изменения микробной флоры кишечника у больных с заболеваниями органов пищеварения, на фоне перорального питания.

3. Выявлены направленные изменения некоторых показателей крови и мочи, отражающих динамику состояния метаболизма в процессе перорального питания.

4. Оценены с помощью специальных опросников особенности психологического состояния и качества жизни пациентов на фоне перорального питания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группы исследования составили: 26 человек (группа 1 «И» с синдромом раздраженного кишечника и преобладанием диареи – 11 человек, мужчины/женщины = 5/6, средний возраст – $35,7 \pm 4,9$, группа 2 «И» с хроническим панкреатитом – 15 человек, мужчины/женщины = 9/6, средний возраст – $41,6 \pm 6,1$). Группы сравнения составили 17 пациентов (группа 1 «С» с синдромом раздраженного кишечника и преобладанием диареи – 7 человек, мужчины/женщины = 3/4, средний возраст – $30,1 \pm 1,6$ группа 2 «С» хроническим панкреатитом – 10 человек, мужчины/женщины = 7/3, средний возраст – $42,4 \pm 5,9$).

Метод организации выборки носил характер стратифицированного отбора, когда из всех больных, находящихся на стационарном лечении извлекалась простая случайная выборка установленного объема. При этом каждый элемент выборки имел одинаковые шансы быть отобранным, что обеспечило репрезентативный характер выборки, ее приближение к эмпирическому аналогу генеральной совокупности больных с данными формами патологии, а, следовательно, возможность корректной экстраполяции полученных результатов.

Пациенты 1 группы в течение 12 суток получали перорально смесь "Клинутрен" в качестве основной лечебной диеты с учетом их массы тела и физической активности, пациенты 2 группы исследования получали перорально смесь "Пептамен" также в качестве полного питания в течение 12 дней (в группах сравнения – стандартная лечебная диета №4,5). Фармакотерапия в соответствующих группах исследования и сравнения была одинаковой. Для обследования использовались общепринятые соматометрические, клинко-инструментальные и лабораторные методы. Состояние микробиоценоза толстой кишки проводилась по оригинальной методике с исследованием аэробной и анаэробной флоры. Оценивалось влияние приема смесей на психологическое состояние пациентов, а также исследовались показатели качества жизни.

Все лабораторно-инструментальные исследования выполнялись до начала лечения и повторно на 13-14 день проведения терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Группа больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК)

У всех пациентов обследованной группы наблюдалось увеличение массы тела (и, соответственно, индекса массы тела (ИМТ)), окружности плеча (рис.1), более выраженное в группе исследования, получавшей «Клинутрен».

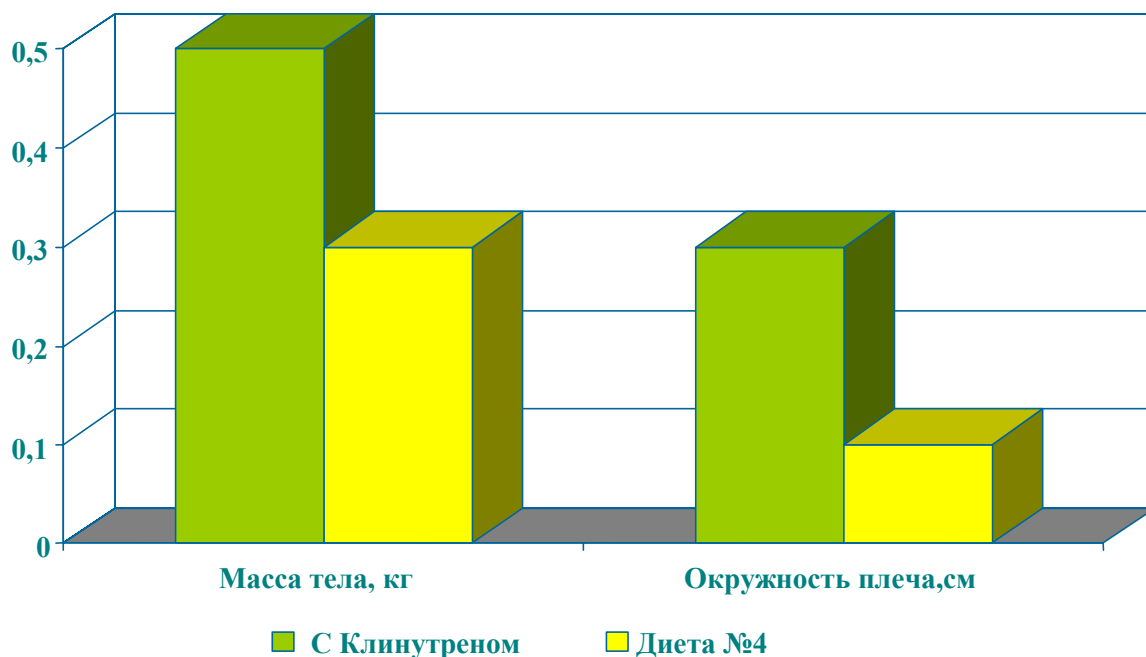


Рис.1 Динамика соматометрических показателей к концу лечения

Анализ сроков и полноты регрессии кишечного диспептического синдрома продемонстрировал, что на фоне полного перорального питания смесью «Клинутрен» диарея купировалась в основном на 3-4-е сутки от начала лечения, что достоверно быстрее ($p < 0,05$), нежели в группе, которая находилась на обычной лечебной диете №4 (рис.2,3).

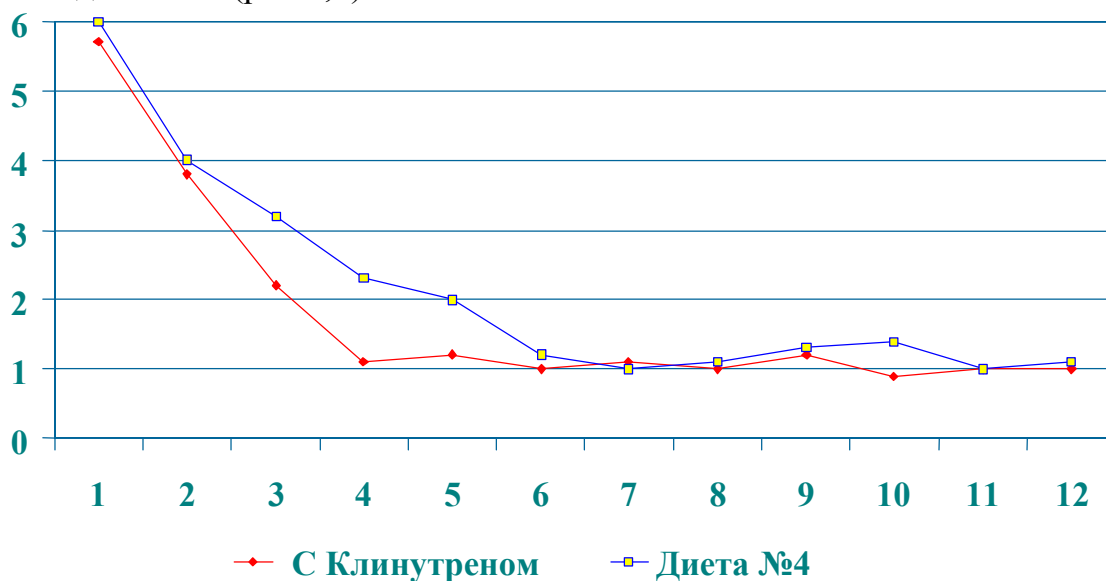


Рис.2. Динамика частоты стула у больных СРК (по оси абсцисс – дни, по оси ординат – кратность стула в сутки).



Рис. 3. Динамические характеристики нормализации стула (по оси абсцисс – дни, по оси ординат – количество пациентов в %).

Подобная же положительная тенденция отмечалась и в отношении таких клинических проявлений, как вздутие живота и урчание в кишечнике. При этом болевой абдоминальный синдром на фоне назначенной патогенетической терапии купировался примерно с одинаковой интенсивностью в обеих группах, преимущественно в первые трое суток от начала лечения.

В группе 1«И» в общем анализе крови отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение СОЭ и увеличение абсолютного числа лимфоцитов, общего белка и альбуминов крови по сравнению с группой сравнения (рис.4). Так, к концу лечения уровень общего белка и альбуминов в группе исследования составлял $78,7 \pm 4,1$ г/л и $48,7 \pm 1,8$ %, в то время как в группе сравнения – $72,1 \pm 3,3$ г/л и $44,7 \pm 2,0$ % соответственно.

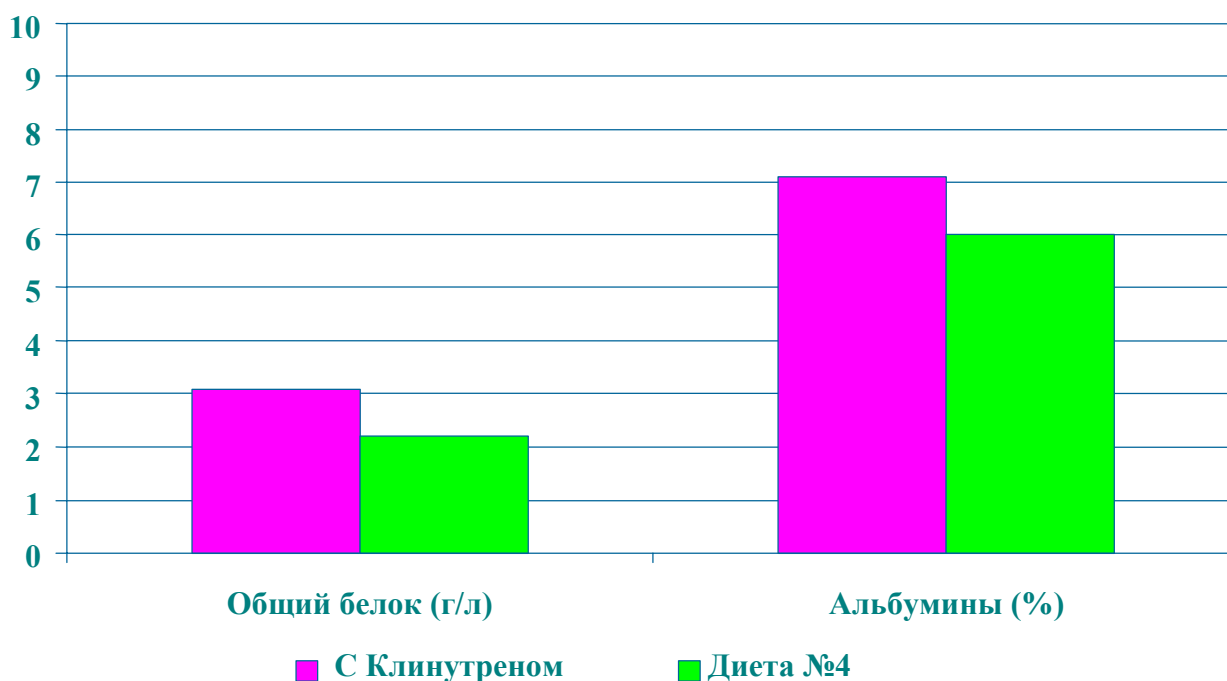


Рис.4. Динамика содержания общего белка и альбуминов крови у больных с СРК (прирост к концу лечения)

В ходе исследования нами была выявлена положительная динамика некоторых биохимических показателей крови (таблица 1).

Таблица 1.

Динамика некоторых биохимических показателей у больных СРК.

Показатель	Группа 1 «И» (n=11)		Группа 1 «С» (n=7)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
АСТ, ммоль/ч.л	36,9±11,9	28,3±6,8	34,4±9,6	29,5±8,1
АЛТ, ммоль/ч.л	25,7±10,8	24,3±7,2	27,1±8,6	24,9±8,0
Билирубин, мкмоль/л	14,9±3,5	14,2±4,9	15,0±2,9	14,4±7,6
Сахар, ммоль/л	5,05±0,58	4,42±0,53	5,08±0,76	5,17±0,06
Мочевина, ммоль/л	6,43±1,44	4,59±1,16	6,11±1,62	5,83±0,91
Холестерин, ммоль/л	4,8±0,92	4,4±0,85	4,43±0,56	4,98±0,75

Как следует из представленных в таблице 2 данных, у всех больных с СРК, получавших «Клинутрен», были зарегистрированы отчетливые тенденции к уменьшению уровня показателей, характеризующих нарушения структурно-функционального состояния печени и желчевыводящих путей. Также уменьшилось содержание мочевины, глюкозы и холестерина. При этом отсутствие достоверных с группой сравнения различий может быть объяснено как краткостью курса лечения, так и достаточно ограниченным объемом выборки.

Несомненно, важным фактом, требующим своего дальнейшего изучения, является пример достоверного ($p < 0,05$) увеличения уровня β -эндорфинов и энкефалина сыворотки крови в процессе лечения (рис.5,6).

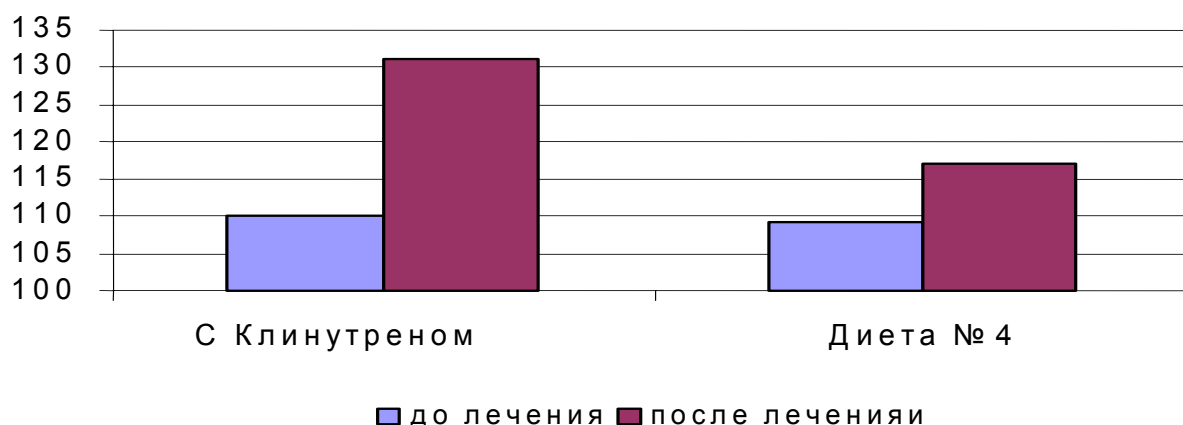


Рис.5. Динамика изменения уровня β -эндорфинов в сыворотке больных в процессе лечения

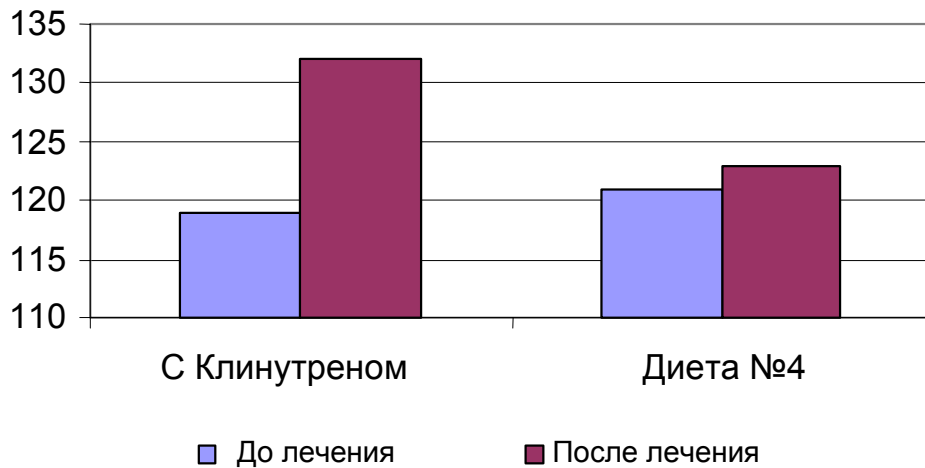


Рис.6. Динамика изменения уровня энкефалина в сыворотке больных в процессе лечения

У 85-90% всех обследованных пациентов изначально имелись признаки дисбиоза различных степеней выраженности, при этом преобладали больные СРК с дисбиозом 1 и 2 степени. К концу лечения отмечались положительные сдвиги в сторону нормализации микробиоценоза толстой кишки в обеих группах, однако в группе исследования они были более выраженными (рис.7). При этом у пациентов, принимавших «Клинутрен», состав кишечной микрофлоры изменился за счет увеличения бифидо- и лактобактерий, уменьшения условно-патогенной микрофлоры (протей, грибов кандиды, кишечной палочки с атипичными свойствами). Полученные результаты могут объясняться улучшением трофического обеспечения сапрофитного компонента симбионтной микрофлоры кишечника в условиях полного перорального питания смесью «Клинутрен».

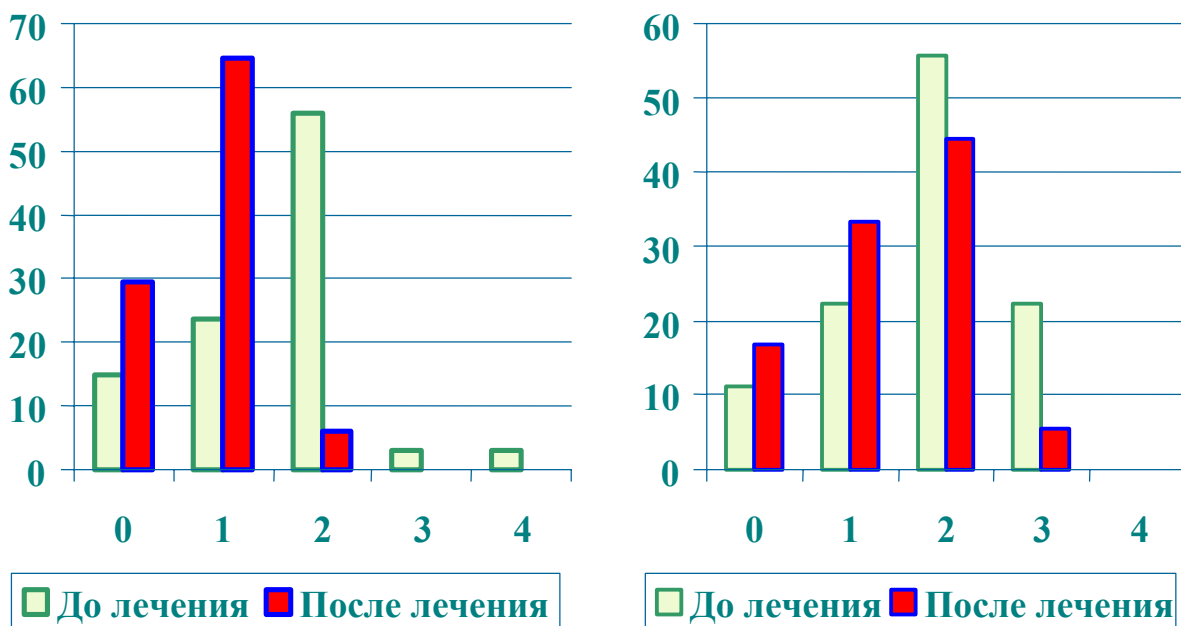


Рис. 7.

Динамика дисбиотических нарушений (степени выраженности дисбиоза) у больных с СРК (слева - у принимавших Клинутрен, справа – у находящихся на диете №4).

При оценке динамики показателей, характеризующих качество жизни по методике SF-36 уровень приращения качества жизни по шкалам RP (ролевое физическое функционирование), VT (жизненная активность) и RE (ролевое функционирование) у больных, получавших «Клинутрен», оказался достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных группы сравнения (рис.8).

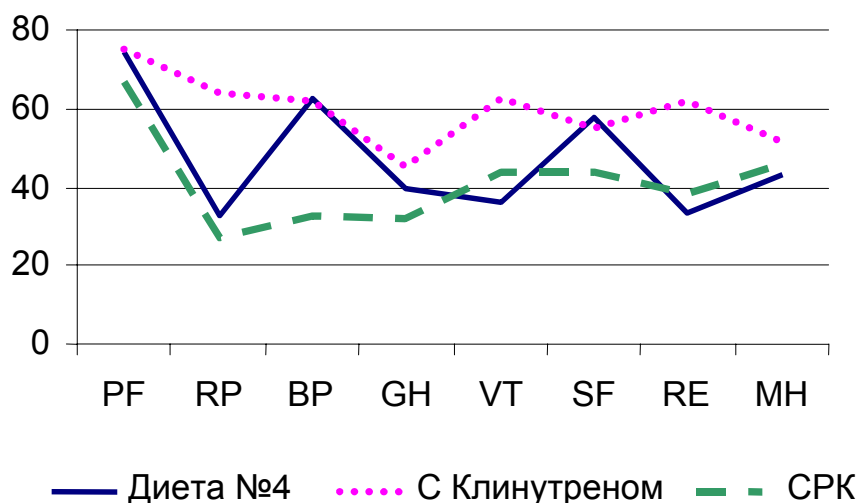


Рис.8. Динамика качества жизни у больных СРК

В ходе работы нами был выполнен ряд исследований по оценке органолептических свойств пищи, а также чувства голода и насыщения. Данные, представленные в таблицах 2 и 3, позволяют констатировать тот факт, вкусовые ощущения при приеме диеты №4 и смеси «Клинутрен» существенно не отличаются, а более низкий уровень насыщаемости при полном пероральном питании «Клинутреном» может быть объяснен приемом растворенного порошка вместо привычной по консистенции пищи (сенсорная фаза насыщения).

Таблица 2.

Оценка органолептических свойств пищи больными с СРК (от 1 до 5 баллов)

	Завтрак		Обед		Ужин	
	вкус	запах	вкус	запах	Вкус	запах
Клинутрен	3,7±0,2	3,3±0,5	3,7 ± 0,4	3,3 ± 0,5	3,4 ± 0,4	3,3 ± 0,4
Диета№4	2,7±0,8	3,1±0,9	3,8 ± 0,6	3,3 ± 0,5	3,6 ± 0,4	3,2 ± 0,6

Таблица 3.

Субъективная оценка чувства голода и насыщения (от -5 до +5)

	До завтрака	После завтрака	До обеда	После обеда	До ужина	После ужина
Клинутрен	-3.5 ± 0.4	+2.8 ± 0.5	-4.1 ± 0.5	+2.9 ± 0.4	-4.2 ± 0.6	+3.1 ± 0.4
Диета№4	-3.8 ± 0.6	+3.6 ± 0.6	-4.0 ± 0.6	+3,7 ± 0.5	-4.0 ± 0.4	+3,8 ± 0.7

2. Группа больных хроническим панкреатитом (ХП)

У всех пациентов обследованной группы наблюдалось увеличение массы тела (и, соответственно, индекса массы тела (ИМТ)), окружности плеча (рис.9), более выраженное в группе исследования, получавшей «Пептамен».

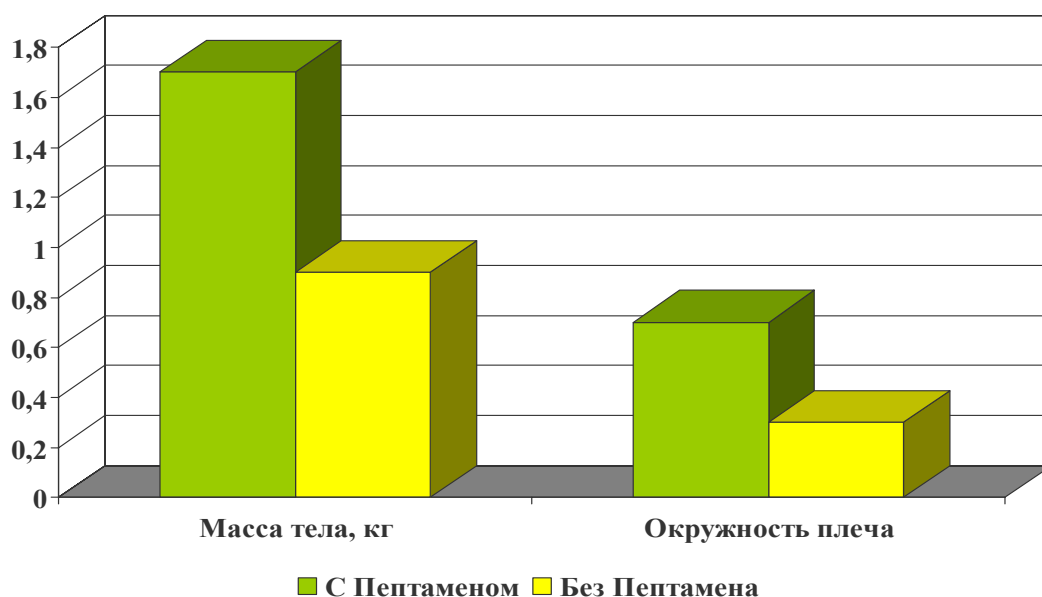


Рис.9 Динамика соматометрических показателей к концу лечения

Анализ сроков и полноты регрессии кишечного диспептического синдрома продемонстрировал, что на фоне полного перорального питания смесью «Пептамен» диарея купировалась в основном на 3-е сутки от начала лечения, что достоверно быстрее ($p < 0,05$), нежели в группе, которая находилась на обычной лечебной диете №5 (рис.10).

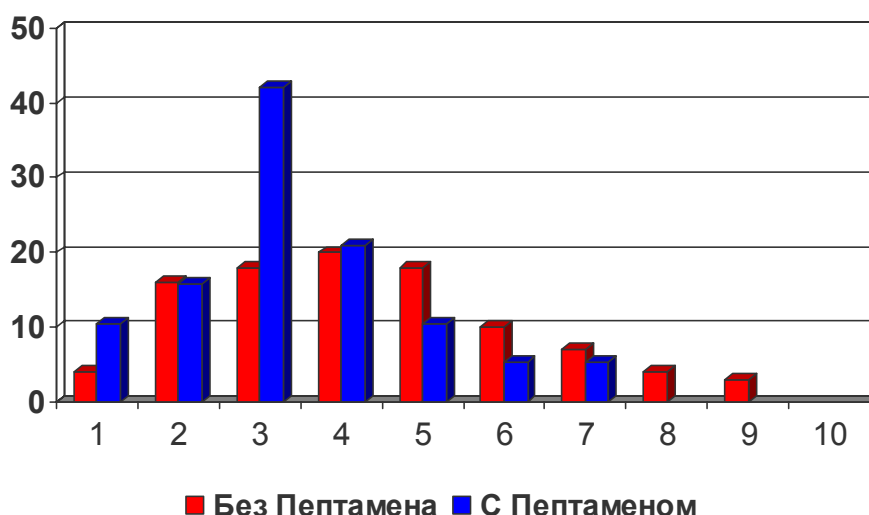


Рис. 10. Динамические характеристики нормализации стула (по оси абсцисс – дни, по оси ординат – количество пациентов в %).

Подобная же положительная тенденция отмечалась и в отношении таких клинических проявлений, как вздутие живота и урчание в кишечнике. При этом болевой абдоминальный синдром на фоне назначенной патогенетической терапии купировался в группе, принимавшей Пептамен достоверно ($p < 0,05$) быстрее (в

среднем к 4 суткам). Также у больных, принимавших Пептамен, к 10 дню лечения отмечалось более выраженная регрессия проявлений стеато-, креато- и амилореи по сравнению с группой, находящейся на стандартной лечебной диете.

В группе 2«И» в общем анализе крови отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение СОЭ и увеличение абсолютного числа лимфоцитов, общего белка и альбуминов крови по сравнению с группой сравнения (рис.11).

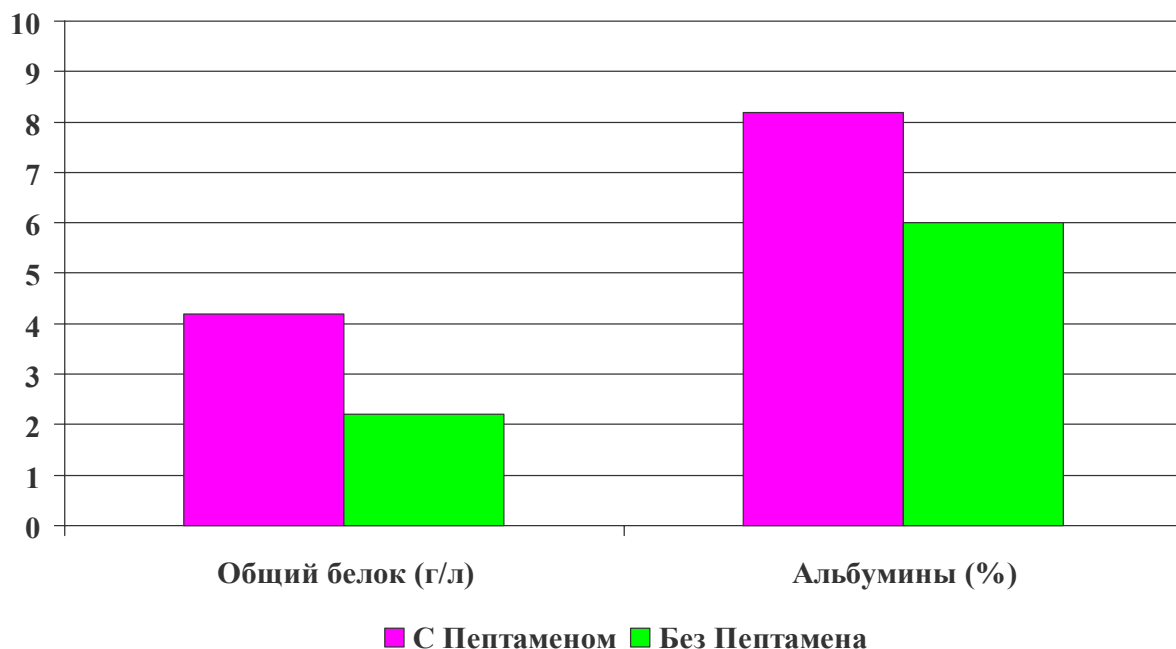


Рис.11. Динамика содержания общего белка и альбуминов крови у больных с ХП (прирост к концу лечения)

В ходе исследования нами была выявлена положительная динамика некоторых биохимических показателей крови, отражающих функциональное состояние поджелудочной железы (таблица 4).

Таблица 4.

Динамика некоторых биохимических показателей у больных ХП.

Показатель	Группа 2 «И» (n=15)		Группа 2 «С» (n=10)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Амилаза, U/l	201,5±41,4	89,2±11,3	187,5±47,4	112,5±10,2
Трипсин, ммоль/ч.л	0,51±0,12	0,25±0,06	0,49±0,09	0,36±0,04
Ингибитор трипсина, ммрль/ч.л	32,8±0,4	34,4±0,5	33,3±0,8	34,1±0,6
Сахар, ммоль/л	5,5±0,6	4,2±1,3	5,1±1,1	5,7±1,9
Холестерин, ммоль/л	4,8±0,7	4,1±0,6	4,5±1,6	4,7±2,8

Как следует из представленных в таблице 4 данных, у всех больных с ХП получавших «Пептамен», были зарегистрированы отчетливые тенденции к уменьшению уровня показателей, характеризующих степень выраженности уклонения в кровь ферментов поджелудочной железы. Также уменьшилось содержание глюкозы и холестерина. При этом отсутствие достоверных различий между группами может быть объяснено как краткостью курса лечения, так и достаточно ограниченным объемом выборки.

При анализе динамики биохимических показателей значимых различий в группах исследования и сравнения выявлено не было, что также может быть объяснено краткостью лечения и небольшим объемом выборки пациентов.

К концу лечения отмечалось увеличение экскреции с мочой витамина С (рис.12).

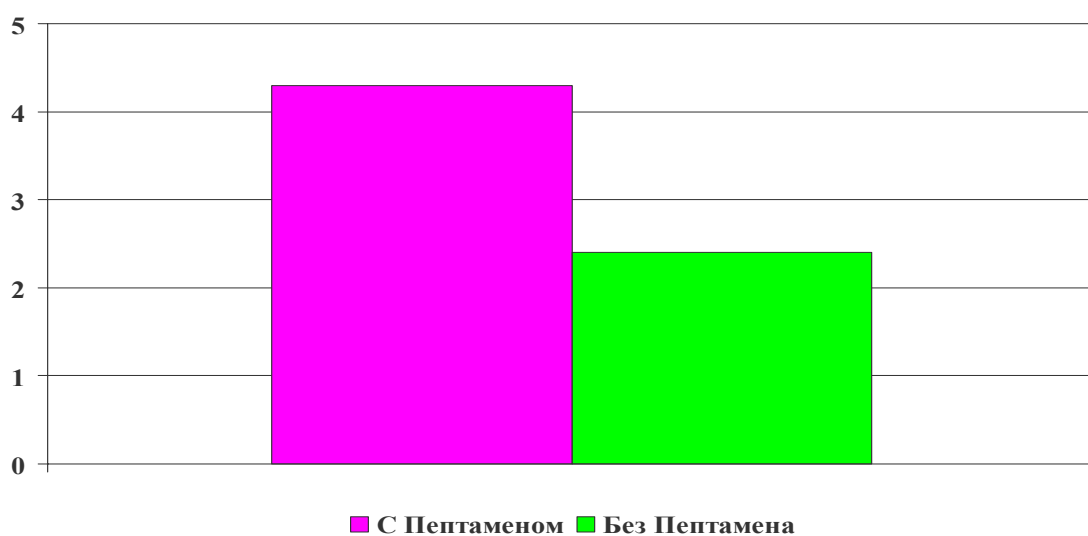


Рис. 12. Динамика содержания витамина С (мг) в моче (прирост к концу лечения).

Одновременно регистрировалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня онкомаркера СА 19-9 (рис.13).

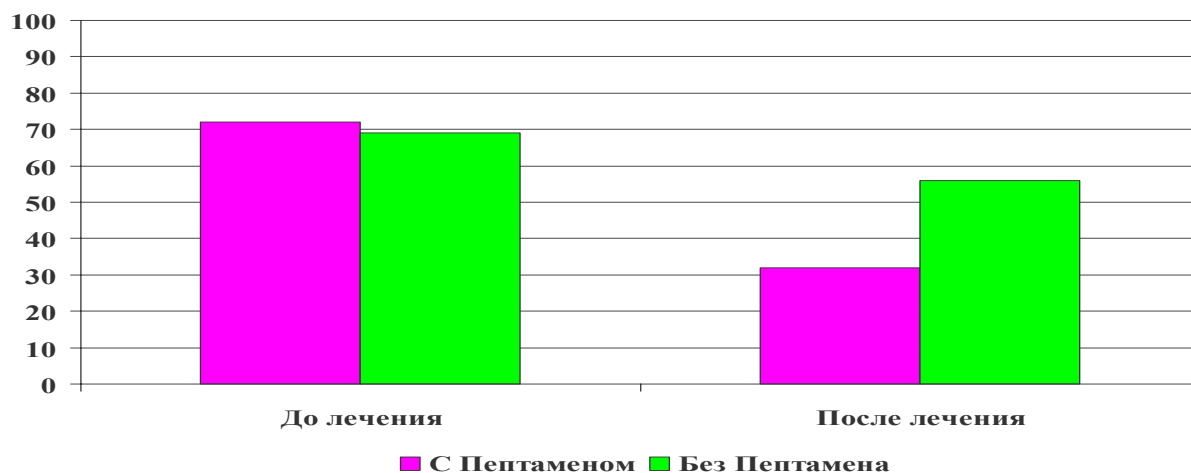


Рис. 13. Динамика содержания онкомаркера СА 19-9 (Ед/мл) в крови.

У 70% всех обследованных пациентов изначально имелись признаки дисбиоза различных степеней выраженности, при этом преобладали больные ХП с дисбиозом 1 и 2 степени. К концу лечения отмечались положительные сдвиги в сторону нормализации микробиоценоза толстой кишки в обеих группах, однако в группе исследования они были более выраженными (рис.14). При этом у пациентов, принимавших «Пептамен», состав кишечной микрофлоры изменился за счет увеличения лактобактерий, уменьшения условно-патогенной микрофлоры (грибов кандиды).

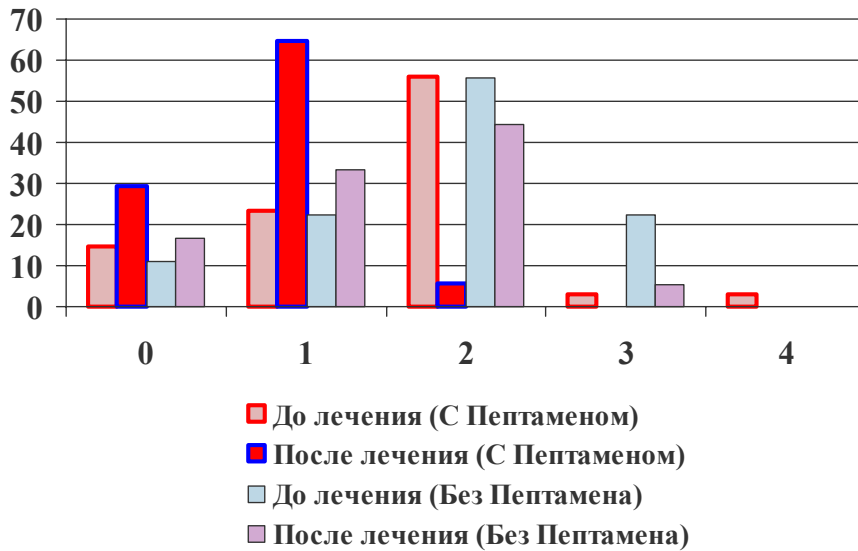


Рис. 14. Динамика дисбиотических нарушений (степени выраженности дисбиоза) у больных с ХП.

При оценке динамики показателей, характеризующих качество жизни по методике SF-36 уровень приращения качества жизни по шкалам RP (ролевое физическое функционирование) и RE (ролевое функционирование) у больных, получавших «Пептамен», оказался достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных группы сравнения (рис.15).

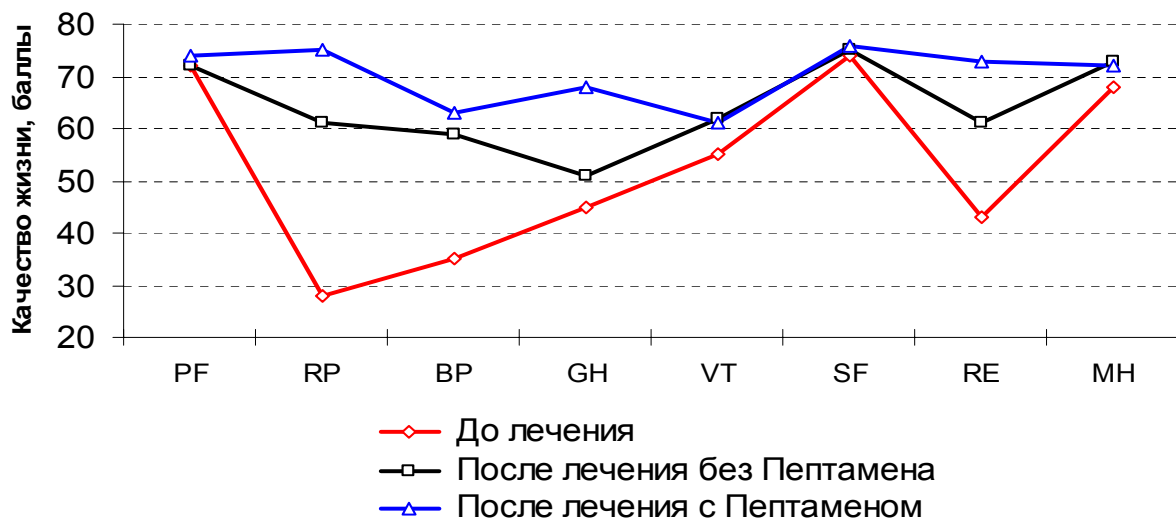


Рис.15. Динамика качества жизни у больных ХП

В ходе работы нами был выполнен ряд исследований по оценке органолептических свойств пищи, а также чувства голода и насыщения. Данные, представленные в таблицах 2 и 3, позволяют констатировать тот факт, вкусовые ощущения при приеме диеты №5 и смеси «Пептамен» существенно не отличаются, а более низкий уровень насыщаемости при полном пероральном питании «Пептаменом» может быть объяснен приемом растворенного порошка вместо привычной по консистенции пищи (сенсорная фаза насыщения).

Таблица 6.

Оценка органолептических свойств пищи больными с ХП (от 1 до 5 баллов)

	Завтрак		Обед		Ужин	
	вкус	запах	вкус	запах	вкус	запах
Пептамен	3,9 ± 0,2	3,1 ± 0,5	3,8 ± 0,4	3,2 ± 0,5	3,8 ± 0,4	3,2 ± 0,4
Диета №5	2,7 ± 0,8	3,1 ± 0,9	3,8 ± 0,6	3,3 ± 0,5	3,6 ± 0,4	3,2 ± 0,6

Таблица 7.

Субъективная оценка чувства голода и насыщения (от -5 до +5)

	До завтрака	После завтрака	До обеда	После обеда	До ужина	После ужина
Пептамен	-3.5 ± 0.4	+2.8 ± 0.5	-4.1 ± 0.5	+2.9 ± 0.4	-4.2 ± 0.6	+3.1 ± 0.4
Диета №5	-3.8 ± 0.6	+3.6 ± 0.6	-4.0 ± 0.6	+3,7 ± 0.5	-4.0 ± 0.4	+3,8 ± 0.7

В группе больных ХП, находящихся на полном пероральном питании Пептаменом к концу лечения отмечено незначительное (на 1-2 балла по 10-ти балльной шкале) снижение порогов восприятия соленого и кислого, более выраженное (на 3-4 балла) снижение порога сладкого, и, напротив, повышение (на 4-5 баллов) порогов восприятия горького вкуса.

По данным динамического УЗИ брюшной полости у больных группы исследования отмечено уменьшение выраженности сонографических признаков хронического панкреатита. У больных группы сравнения, получавших диету №5, подобная положительная динамика была не столь явной.

При исследовании психологического статуса по общепринятым методикам (тест Спилбергера-Ханина, шкала тревожности и др.) в группе больных, принимавших Пептамен, было выявлена тенденция к снижению уровня личностной тревожности и депрессии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, применение полного перорального питания смесями "Пептамен" и "Клинутрен" в качестве альтернативного обычно используемому в гастроэнтерологической клинике диетическому питанию способствует повышению клинической эффективности лечения пациентов за счет более быстрого купирования

боевого абдоминального и диспептического синдромов, увеличения массы тела, в том числе соматического и висцерального пулов белка, нормализации некоторых гомеостатических показателей и обеспечивает значимое приращение качества жизни пациентов. Прием смесей сопровождается восстановлением нормального микробиоценоза кишечника за счет снижения содержания условно-патогенных и элиминации патогенных микроорганизмов, а также увеличения представительства бифидо- и лактофлоры.

*Ткаченко Е.И., ** Гриневич В.Б., ** Успенский Ю.П., **
Хорошилов И.Е, **Богданов И.В.

- Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И.Мечникова, кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии

** - Российская Военно-медицинская академия, кафедра гастроэнтерологии

Дополнительная информация
по тел. 8 (495) 5063165

Телефон Бесплатной "Горячей линии"
8-800-200-7-200
e-mail: consumer.services@nestle.ru

