

Отчет о ходе реализации проекта за 2014 год.

С января 2014 года на базе НИИ Пульмонологии при поддержке Благотворительного фонда «Острова» проводится научное исследование – нутритивная поддержка пациентов с муковисцидозом с оценкой клинической эффективности индивидуальной диетологической консультации, включения в основной пищевой рацион высококалорийных энергетических коктейлей и применения зондового питания.

В исследовании принимают участие 26 пациентов с ДЗ: муковисцидоз дефицит питания.

Перед началом исследования пациенты были разделены на группы:

Группа №1 – без диетологических рекомендаций - 1 человек.

Группа №2 – только коррекция рациона питания – 7 человек.

Группа №3 – коррекция рациона питания и дополнительный прием питательных коктейлей – 15 человек

Группа №4 – пациенты на зондовом лечебном питании через гастростому – 7 человек.

Пациенты групп 1 и 2 через три месяца присоединились к группе 3.

Группа контроля – 20 человек, которым проведена только антропометрия дважды с интервалом – 8 – 12 месяцев.

Для выявления недостаточности питания использовались следующие критерии:

- ИМТ < 18,5 кг/м²

- Окружность плеча < 20 см, КЖСТ < 10 мм у женщин, < 8 мм у мужчин – показатели гипотрофии.

- Состояние «висцеральных белков» организма: белок и альбумин крови, абсолютное число лимфоцитов крови, транстиретин крови.

- Индивидуально каждому пациенту проведен анализ 3-х суточного рациона питания в результате чего в рационе всех пациентов с муковисцидозом выявлены:

- Дефицит ккал/сут – 98%

- Дефицит белка – 90%

- Дефицит жира – 57%

- Избыток простых углеводов – 61%

Проведена коррекция рациона питания индивидуально каждому пациенту, рассчитана суточная потребность в ккал с учетом пола, возраста, ЕОО, физической активности, дефицита веса, наличия заболевания (обострение или ремиссия).

Суточная потребность пациентов с МВ составляет – 2600 – 3800 ккал/сут.

У пациентов 2 группы, которым проводилась только коррекция рационов питания, за три месяца наблюдения не отмечено прибавки в массе тела. Обострения нарушали аппетит. Соблюдение рекомендаций диетолога

(ежедневное употребление 2600 – 3800 ккал) были затруднены. Через три месяца пациенты этих групп присоединились к группе 3.

Каждому пациенту группы №3 к откорректированному рациону дополнительно назначалось лечебное питание в виде высококалорийных сбалансированных коктейлей по 200 – 300 мл между основными приемами пищи (плюс 1000 ккал к основному рациону) .1700 – 2500 ккал за счет продуктов питания; 900 – 1000 ккал за счет питательных коктейлей;

В обострении коктейли могут покрывать до 2000 ккал рациона (за счет снижения аппетита к обычным продуктам).

Лечебное питание применяемое у пациентов с МВ в исследовании:

- Нутритек: Нутриэн-пульмо;
- Б-Браун: Нутрикомп гепа, нутрикомп энергия фэйбер, нутрикомп дринк плюс, нутрикомп диабет;
- Эббот: эншур, глюцерна;
- Нутриция: нутризоны; нутридринк

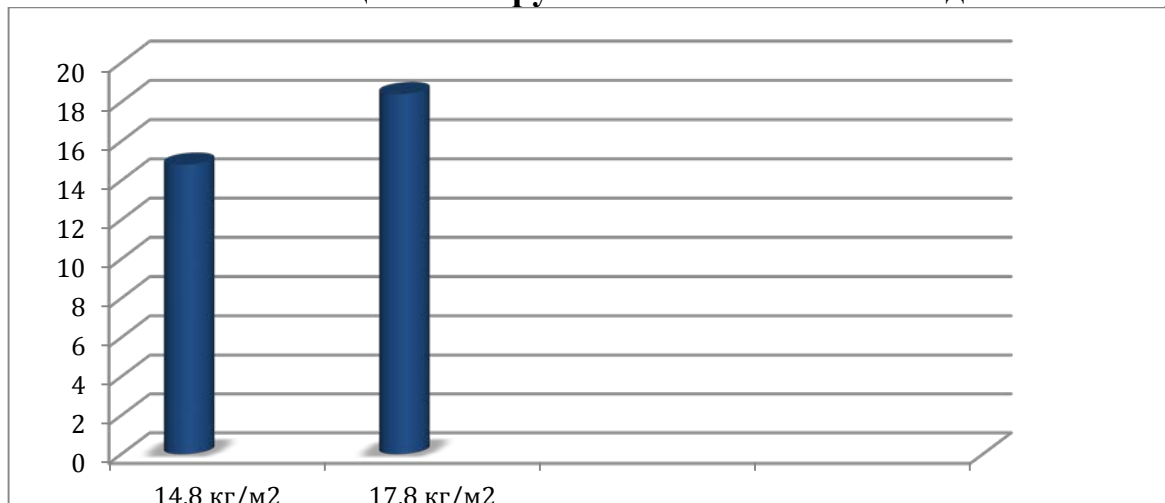
При выборе питательного коктейля учитывались:

- Содержание белка не менее 15%
- Содержание жиров не менее 35%
- Калораж от 1 до 1,5 ккал в 1 мл смеси
- Содержание СЦТ
- Осмолярность – менее 350 - 400 мосмоль/л
- Вкусовые предпочтения пациентов

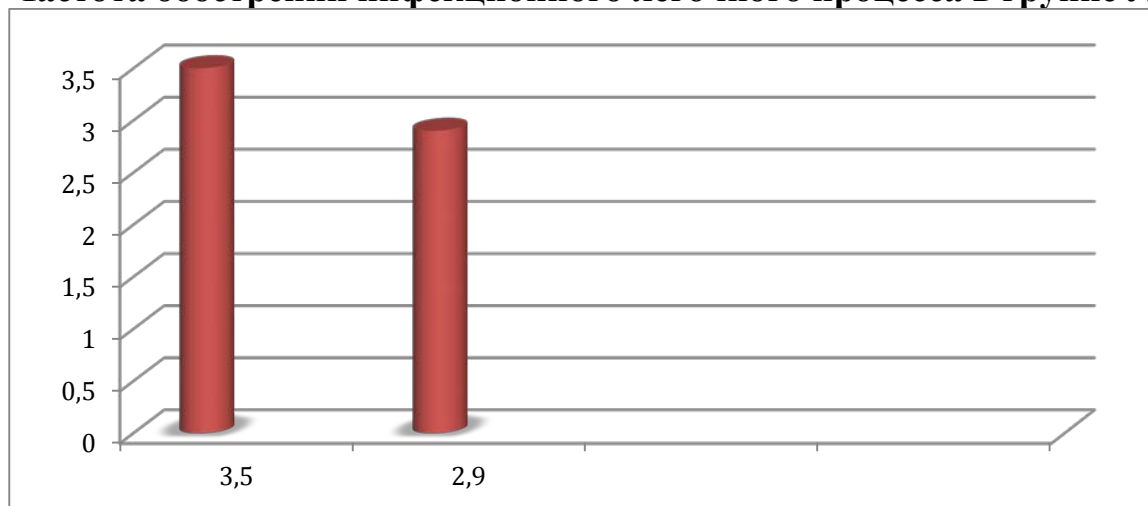
Спустя 3 и 6 месяцев от старта исследования контролировались исходные лабораторные показатели и антропометрические данные. На фоне нутритивной поддержки с применением дополнительно питательных коктейлей отмечается увеличение показателей ИМТ на 24 %.

Так же оценивалось число обострений в течение первого и второго полугодия исследования. На фоне нутритивной поддержки с применением дополнительно питательных коктейлей отмечается уменьшение кол-ва инфекционных обострений на 20%.

Показатели ИМТ пациентов группы №3 в начале исследования и через год



Частота обострений инфекционного легочного процесса в группе №3



Лабораторные показатели - белок и альбумин крови, абсолютное число лимфоцитов крови, транстиретин в процессе нутритивной поддержки оставались в пределах нормы.

На фоне обострений инфекционного процесса пациенты принимающие лечебное питание теряли в весе меньше (3% против 6%), чем до применения лечебного питания.

В группе №4 (зондовое лечебное питание через гастростому) – 3 человека имеют тяжелый дефицит питания, стоят в листе ожидания на трансплантацию легких. **Прирост ИМТ в среднем за время наблюдения на фоне введения дополнительного лечебного питания через гастростому составил 34% за первые 3 месяца наблюдения.**

Зондовое питание - дополнение к основному рациону, а не его замена. Через гастростому можно ввести 50% необходимых ккал.

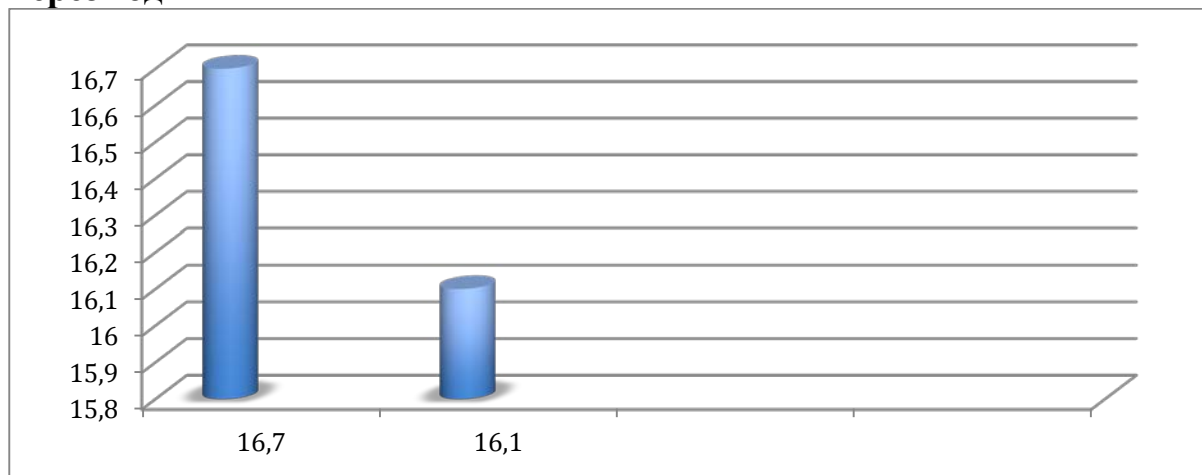
Питание вводится в желудок через гастростому при помощи помпы – специализированного насоса позволяющего вводить питание с определенной скоростью (60 – 120 мл/час). Процесс длится 6 – 10 часов. За ночь можно ввести 1000 – 2000 ккал.

На фоне зондового питания необходимо проводить адекватную заместительную терапию ферментами - 500–4000 Ед липазы на 1 г жира. Доза вводится либо вся сразу, либо в 2 приема (2/3 в начале и 1/3 в середине).

Зондовое питание переносится хорошо; возникающие осложнения можно устранить заменой смеси (с более низкой осмолярностью), изменением скорости ее введения и назначением адекватных доз ферментов.

Группу контроля составили пациенты, которые хотя бы два раза за текущий год обратились в городскую больницу №57 (либо по поводу обострения инфекции в легких, либо для планового обследования), где им была проведена антропометрия. В наблюдении этих пациентов диетолог участия не принимал.

Показатели ИМТ пациентов группы контроля в начале исследования и через год



Выводы

- В исследовании принимают участие 27 пациентов с диагнозом муковисцидоздефицит питания.
- Участие диетолога в лечебном процессе пациента с МВ – коррекция рациона питания, применение медов дополнительного питания, обучение - дает хорошие результаты по улучшению показателей нутритивного статуса. (Сравнение с контрольной группой)
- Высококалорийные пищевые добавки можно назначать пациентам с ИМТ \leq 18,5 кг/м² в дозе 800-900 ккал/сут в качестве дополнения к основному рациону.
- Если диетическое вмешательство, включая пероральные питательные коктейли, не позволяет увеличить массу тела, следует рассмотреть возможность зондового кормления (гастростома).
- Т.к. зондовое питание имеет значимые преимущества – этот вариант нутритивной поддержки можно рассматривать как основной для улучшения нутритивного статуса пациентов с муковисцидозом.
- Утверждение что зондовое питание – это конечный этап нутритивной поддержки в цепочке диета - сипинг -зондовое питание – является заблуждением.

Дальнейшие планы в проведении исследования

- Увеличение группы №3 до 30 человек для улучшения достоверности результата;
- Увеличение группы №4 до 10 человек;
- Исследование состояния углеводного обмена у пациентов, получающих зондовое питание т,к, отмечается повышение гликемии на фоне ночной гипералиментации. Определение врачебной тактики в данной ситуации (назначение инсулинотерапии, применение коктейлей с низким гликемическим индексом);
- Предполагаемое окончание исследования – декабрь 2015 года.