

ТРОФОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ

©Л. С. Бабінець, Н. В. Назарчук, Н. Є. Боцюк, В. М. Творко,
Є. М. Стародуб, Б. О. Мігенько, О. О. Воронцов

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕЗЮМЕ. Оцінено трофологічний статус хворих на хронічний панкреатит за допомогою визначення індекса маси тіла, окружності м'язів плеча та вимірювання шкірно-жирової складки над трицепсом у хворих на хронічний біліарний панкреатит, зокрема й у тих, які перенесли холецистектомію в анамнезі. Встановлено, що у групі хворих з надлишковою масою надлишок маси тіла утворювався за рахунок жирових надлишків при деякій втраті білка. В групі хворих із дефіцитом маси тіла втрата відбувалась за рахунок як жирів, так і запасів соматичного білка. Ці дані свідчать про різноспрямоване порушення засвоєння жирів (як збільшення, так і зменшення) при хронічному панкреатиті, а також про наявність достовірно білкової недостатності – за соматичним пулом білка.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Трофологічна недостатність, підшлункова залоза, окружність м'язів плеча, індекс маси тіла, шкірно-жирова складка над трицепсом.

Вступ. Трофологічна недостатність (ТН) характеризується дисбалансом між потребою організму і поступленням поживних речовин, що відбувається при недостатньому надходженні їх з продуктами харчування або при порушенні утилізації в організмі. Інтегральним показником достатності кількості спожитої та засвоєної жиру є маса тіла. Принцип балансу енергії проявляється в збереженні чи зміні маси тіла дорослої людини. Підтримання постійно маси тіла у дорослої здорової людини при збереженні фізично та соціально активності свідчить про баланс між спожитою та витраченою енергією жиру. Для хворої людини важливою є не лише кількість спожитої жиру, але й засвоєння нутрієнтів. Підшлункова залоза (ПЗ) виробляє більше, ніж 20 травних ферментів та більше 2 л секрету за добу. При захворюваннях ПЗ ця функціональна активність знижується, внаслідок чого відбувається порушення травлення з розвитком мальдигестії, вторинно мальабсорбції і, як результат – ТН. ТН поступово прогресує від виснаження запасів нутрієнтів у тканинах до біохімічних і функціональних змін, які призводять до клінічних проявів, багаточисленних і складних, найбільш показовими з яких є мінеральна недостатність і гіповітамінози, анемічний синдром і остеоденфіцит, білкова недостатність і вторинний імунодефіцит. Для ТН при хронічному панкреатиті (ХП) притаманне виснаження соматичного і вісцерального пулу білка, а також запасів жиру в організмі. Встановлено, що втрата 35,0–40,0 % і більше маси тіла вважається фатальною. Виснаження білка скелетних м'язів і внутрішніх органів (печінки, ШКТ, нирок і серця) звичайно розвивається пропорційно втраті маси тіла і в поєднанні з енергетичною недостатністю обумовлює порушення функції органів. Розлади вісцерального пулу білка призводять до падіння рівня циркулюючих протеїнів.

Мета дослідження – оцінити трофологічний статус хворих за даними антропометричних показників, за індексом маси тіла у хворих на хронічний біліарний панкреатит.

Матеріали і методи дослідження. І групу обстежених склали 20 здорових людей, у II-у групу включили 78 хворих на ХП біліарного генезу (ХБП): 24 пацієнти з ХП – після перенесеної лапароскопічної холецистектомії, 24 – пацієнти, яким з приводу ЖКХ була виконана відкрита холецистектомія та 30 неоперованих пацієнтів з ХБП. У III-ю групу виділили 26 з 78 хворих на ХБП з дефіцитом маси тіла, у IV-у – 15 пацієнтів з ХБП із надлишковою масою тіла. Серед усіх хворих – 62 жінки (74,2%) та 16 чоловіків (25,8%). Середній вік пацієнтів – (55,38±3,79) років. Групи були зіставні за статтю, віком та тривалістю післяопераційного періоду, який в середньому становив: у II-й – (4,1±0,5) роки, у III-й – (4,9±0,5) роки. Тривалість перебігу ХБП – (8,8±0,4) років.

Результати й обговорення. У пацієнтів із ХП виявлено різні розлади живлення. В цілому в контингенті хворих на ХБП ІМТ становив (22,57±0,81) кг/м². Хворих із збереженою масою тіла (ІМТ у межах 20,0–24,9 кг/м²) було 37 (47,4 %). Пацієнтів із зниженою масою тіла (ІМТ 19,0–19,9 %) було 16 (20,5 %), із гіпотрофією I ступеня – (при ІМТ – 17,5–18,9 %) – 9 (11,5%) пацієнтів, із гіпотрофією II ступеня (при ІМТ 15,5–17,4 %) – 1 пацієнт. Серед хворих із дефіцитом маси тіла переважали жінки – 21 з 26 пацієнтів (80,8 %). Різниця між питомою часткою жінок із дефіцитом маси тіла і жінок серед загальної кількості хворих ХБП статистично достовірна (p<0,05).

Пацієнтів із надлишком маси тіла (ІМТ у межах 25,0–29,9 кг/м²) було 15 (19,2 %), з ожирінням I-го ступеня (ІМТ у межах 30,0–34,9 кг/м²) – 6 (7,7 %) і 2-го ступеня (ІМТ в межах 35,0–39,9 кг/м²) – 1. Питома частка жінок у цій групі була вищою, ніж у

чоловіків – 13 з 15 (86,7 %). Обстежених на ХБП, у яких ІМТ перевищував 40,0 кг/м² (3-й ступінь ожиріння) не було.

У хворих з надлишком маси тіла або ожирінням рівень холестерину був вищий за 5,7 ммоль/л, виявлено також підвищений ризик щодо атеросклерозу. Серед хворих з надлишком маси тіла було 3 пацієнти із супутнім ЦД (20,0 % від пацієнтів з надлишком маси тіла), всі вони мали гіперхолестеринемію і супутні серцево-судинні захворювання. Таким чином, у цих хворих з великою вірогідністю можна думати про наявність метаболічного синдрому. В той же час серед хворих на ХБП із цукровим діабетом 7,7 % (2 з 26) мали дефіцит маси тіла (ІМТ < 19,9 %).

Шкірно-жирова складка над трицепсом (ШЖСТ) у I групі – (16,54±0,11), проти (15,73±0,38) у II-й, проти (13,79±0,37) у III-й та проти (21,18±1,52) мм – у IV-й групі. Об'єм м'язів плеча (ОМП) – (32,45±1,57) (26,44±0,40) (20,96±0,30) (24,02±0,49) см відповідно (p < 0,05). Показник ШЖСТ в IV групі був значно вищим, ніж у I і II групах пацієнтів, і свідчив про надлишок запасів жиру. ОМП при збільшеній масі тіла був дещо нижчим такого в групі хворих на ХП,

що свідчило про незначне збіднення соматичного пулу білка (скелетних м'язів). Таким чином, надлишок маси тіла утворювався в цій групі хворих на ХБП за рахунок жирових надлишків при деякій втраті білка.

У III групі хворих втрата ваги відбувалась за рахунок як жирів, так і запасів соматичного білка, оскільки ШЖСТ і ОМП були достовірно нижчими, ніж в групі всіх хворих на ХП (II група). Ці дані свідчили про різноспрямоване порушення засвоєння жирів (як збільшення, так і зменшення) при ХП, а також про наявність достовірно білково недостатності при ХБП за соматичним пулом білка

Висновки. Встановлено, що у групі хворих на хронічний міліарний панкреатит із надлишковою масою вона утворювалася за рахунок жирової тканини при деякій втраті білка, а у групі хворих на ХБП із дефіцитом маси тіла втрата відбувалась за рахунок як жирів, так і запасів соматичного білка.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження трофологічного статусу хворих на хронічний міліарний панкреатит і взаємозв'язків різних складових.