

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2020.6K(135).18
УДК 615.8:616.37

Жигульова Е.О.
кандидат біологічних наук, доцент,
завідувач кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання,
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Христич Т.М.
доктор медичних наук, професор,
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Герасименко С.Ю.
кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

РОЛЬ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В оглядовій статті розглядаються питання щодо причин розвитку та прогресування хронічного панкреатиту, значення порушення режиму харчування, вживання алкоголю та різних напоїв у розвитку захворювання та ускладнення його перебігу цукровим діабетом.

Представлено загальне уявлення про недоцільність споживання деяких продуктів харчування задля профілактики формування хронічного панкреатиту. Наведено рекомендації щодо доцільності використання харчових продуктів з метою корекції та запобігання загострень хронічного панкреатиту, попередження подальшого розвитку ферментативної та ендокринної недостатності, обґрунтовано значення дієтичного харчування для реабілітації таких хворих.

Ключові слова: реабілітація, хронічний панкреатит, дієта.

Zhygulova Evelina, Hrustych Tamara, Gerasymenko Svitlana. The role of nutrition for patients with chronic pancreatitis at the rehabilitation stage. The article regards the issues concerning the reasons for chronic pancreatitis developing and progressing, the influence of nutrition regime violation, consumption of alcohol and other drinks on the disease development and its complications by diabetes. The general assumption about inexpediency of consuming some food for chronic pancreatitis prevention is presented. The recommendations are given about the appropriateness of using food products for the correction and prevention from acute condition of chronic pancreatitis, precautions against the further development of enzyme and endocrine deficiency, the significance of diet for the rehabilitation of such patients is grounded.

Keywords: rehabilitation, chronic pancreatitis, diet.

Постановка проблеми. За офіційними даними, стан здоров'я населення України характеризується значною питомою вагою хвороб органів травлення у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед всіх вікових груп населення України [3]. Захворювання підшлункової залози займають домінуючі позиції в структурі гастроентерологічної захворюваності в Україні. З огляду на це, актуальним є підвищення уваги населення до профілактики та реабілітації хронічного панкреатиту.

Зв'язок з науковими та практичними завданнями. Дослідження виконувалося згідно науково-дослідної теми кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка «Теоретичні та методичні засади оздоровлення організму та фізичної терапії різних груп населення» (державний реєстраційний номер 0120U103287).

Мета дослідження: розкрити особливості дієтичного харчування в реабілітаційній програмі хворих із хронічним панкреатитом.

Матеріал і методи дослідження. Застосовано методи теоретичного дослідження: вивчення літератури, абстрагування, аналіз і синтез, індукція та дедукція, ідеалізація й узагальнення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для правильної тактики реабілітаційних заходів необхідно знати фактори ризику, які впливають на розвиток і прогресування хронічного панкреатиту. До основних факторів ризику розвитку хронічного панкреатиту (ХП) відносять стрес, ожиріння, вагітність, такі гастроентерологічні захворювання, як виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки (ДПК), некам'яний холецистит, жовчнокам'яна хвороба тощо. Причинами, які викликають розвиток ожиріння та інших захворювань органів гастродуоденальної та біліарної зони, вважають зловживання алкоголем, куріння, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і захворювання біліарної системи, надлишкову масу тіла, гіподинамію, неправильний режим харчування, вживання гострої, кислої, гарячої або холодної їжі [1].

Напої, які вміщують кофеїн, цитрусові, молоко, томати і продукти з них (томатний сік, паста, соуси), хрін, цибуля, часник, перець підвищують кислотну продукцію в шлунку, подразнюють його слизову оболонку і знижують тонус нижнього сфінктера стравоходу у таких хворих. У напоях є такі компоненти, як нітрозаміни, поліциклічні гідрокарбонати, ацетальдегід, які можуть порушувати метаболізм нутрієнтів, активувати специфічні ферменти, впливати на гормональний статус, ендо- та екзоінтоксикацію, ініціювати перекишений стрес, пригнічувати імунітет та активувати проліферацію клітин [2]. Крім того, підвищує захворюваність та обтяжує перебіг ХП відсутність культури харчування (вживання великої кількості їжі одночасно, зловживання гострою, смаженою і гарячою їжею). Часто пацієнти самі помічають, що неправильне харчування впливає на якість їхнього життя, але не відмовляють собі у задоволенні поїсти

улюблені страви (хоча вживання замість смаженого м'яса провареного на пару значно зменшує кількість приступів абдомінального больового синдрому).

Хронічне вживання алкоголю (етанолу) часто асоціюється з атрофічними процесами у слизовій оболонці шлунку, дванадцятипалої кишки (ДПК), зниженням секреції слинних залоз та зміною складу слини при довготривалому зловживанні алкоголем (що в першу чергу впливає на діяльність підшлункової залози (ПЗ)), вторинними порушеннями моторики дистального відділу стравоходу. У алкоголіків (які використовують до 300 г етанолу на добу впродовж років) відбуваються наступні порушення моторики стравоходу: значне підвищення тиску нижнього стравохідного сфінктеру (НСС) при нормальному розслабленні після ковтання їжі, зниження стравохідного кліренсу (очищення). Щодо пацієнтів із алкогольною нейропатією, то в них тиск нижнього стравохідного сфінктера не підвищується. Крім того, зловживання алкоголем може призвести до гострого некротичного езофагіту і до появи лінійних розривів слизової оболонки стравоходу (синдром Меллорі-Вейса), коли за рахунок тяжкого блювання при вираженій інтоксикації виникає кровотеча [2].

Клінічна картина хронічного панкреатиту складається з багатьох синдромів, але головними є біль у животі, порушення ферментної функції підшлункової залози та ендокринні порушення, на що необхідно звертати увагу при проведенні реабілітаційних заходів.

Слід зауважити, що абдомінальний больовий синдром характеризується періодичним різної інтенсивності ниючим, колючим, а інколи оперізуючим болем вище пупка з ірадіацією в ліве підребер'я (запалення хвоста підшлункової залози), в праве підребер'я (запалення головки підшлункової залози), в епігастрій або спину (запалення тіла підшлункової залози). Вони збільшуються у положенні хворого на спині, зменшуються в сидячому положенні та при нахилах тулуба вперед (інколи біль віддає в ділянку серця та імітує напад стенокардії), а також зменшуються під впливом спазмолітичних препаратів, а інколи навіть наркотиків (біль зумовлений підвищенням тиску в протоках підшлункової залози внаслідок сповільнення відтоку секрету, запалення або склеротичних змін у них) [6].

Виходячи з багатогранності клінічної картини медикаментозне лікування спрямовується на купірування больового синдрому, сприяння налагодження ферментної функції, зняття інтенсивності запалення та ендокринних порушень.

Дієтичне харчування в лікуванні хворих на хронічний панкреатит за своїм значенням не поступається медикаментозному лікуванню. Слід відмітити, що рекомендації стосовно харчування хворих декілька разів змінювалися [5]. Так, у 50-60 роках ХХ століття рекомендували дієту, багату на вуглеводи, при цьому значно обмежували жири та в меншій мірі білки. Вважали, що білкові продукти підвищують активність протеолітичних ферментів і можуть бути причиною некрозу тканини підшлункової залози (ПЗ). Довгий період рекомендували білий хліб, каші, солодощі, киселі, мед, варення, а білкові продукти вводили поступово, невеликими порціями. Дослідження 1970-1980 років показали, що дефіцит білка сприяє розвитку атрофії залози, а високобілкові продукти попереджують розвиток зовнішньосекреторної функції ПЗ і сприяють її репарації. Було показано, що потреба в білку при хронічному панкреатиті складає не більше 120 г на добу (за умови 50% з них тваринного походження). Почали скорочувати терміни голодування, тому що при довготривалому голоді підвищується транслокація мікроорганізмів з розвитком бактеріальних ускладнень (синдром надлишкового бактеріального росту в тонкій кишці та дисбіоз сечовивідних шляхів).

В останні роки рекомендується повноцінне харчування при ХП в період ремісії, проведення медичного відновлюваного етапу. Тільки в період загострення рекомендується значне обмеження жиру, в ремісії розширюють приймання жирів, оскільки низькожирові дієти сприяють застою в жовчовивідних шляхах та застою панкреатичного соку в протоках підшлункової залози (ПЗ), знижують ефективність холецистокінінового механізму стимуляції зовнішньосекреторної функції. Тому рекомендується не застосовувати таку дієту довгий час, а розширювати її якомога скоріше [5].

Отже, метою дієтичного харчування хворих на ХП (як способу реабілітації) є забезпечення спокою ПЗ при загостренні ХП; адаптація до харчування в період стихання загострення захворювання; забезпечення організму необхідною кількістю енергії, пластичного матеріалу, регуляторних факторів; корекція та попередження порушень інкреторної функції ПЗ; покращення процесів травлення і всмоктування.

У розробці харчового раціону зміни з боку інших органів і систем (жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, кишечника) обов'язково враховується високий ризик виникнення порушень інсулярного апарату ПЗ. Вони можуть проявлятися гіперглікемією, гіпоглікемією, розвитком цукрового діабету 2 типу, порушеннями ліпідного обміну. Часто діагностують зміни з боку прищитоподібних залоз, зміни кальцієвого обміну та обміну цинку, який має значення у діяльності бета-клітин підшлункової залози, що синтезують інсулін та неабияке значення у розвитку остеопорозу кісток, що призводить до погіршення якості життя пацієнтів [6].

При розробці дієти для пацієнтів із ХП до уваги береться вплив їжі на зовнішньосекреторну функцію ПЗ. Секреція соку ПЗ починається під впливом нервових і гуморальних подразників при подачі їжі (запах), при поступленні в рот, шлунок, ДПК. Значення при цьому мають подразнення рецепторів язика, шлунка, ДПК і хімічний вплив компонентів їжі. Компоненти їжі стимулюють виділення секретину – гормону, який підвищує секрецію панкреатичного соку з проток ПЗ у просвіт ДПК, тонкої кишки. Органічні кислоти (лимонна, яблучна, оцтова) впливають на панкреатичну секрецію як хлористоводнева кислота шлунка. Вказані продукти обмежуються або виключаються в період загострення, а в ремісії при реабілітації з метою поліпшення травлення їх можна дозволити (за умови переносимості пацієнтом). Особливо це стосується пацієнтів із зниженою шлунковою секрецією.

Харчовий жир і продукти його гідролізу є стимуляторами вивільнення слизовою оболонкою ДПК холецистокінін-панкреозиміну, гормону, який всмоктується у кров, стимулює утворення і вивільнення панкреатичних ферментів, викликає скорочення жовчного міхура і виділення жовчі у тонкий кишечник. Це є фізіологічний важливий механізм

координації процесів травлення. Панкреатична ліпаза, фосфоліпаза впливають тільки на емульговані жири. Основним емульгатором харчового жиру вважаються жовчні кислоти. Саме вони беруть участь у транспорті і всмоктуванні жирних кислот, холестерину, жиророзчинних вітамінів у тонкій кишці. Тобто, найбільш важливим є гідроліз харчових речовин, що отримується разом із компонентами їжі. Розщеплення відбувається за наявності панкреатичних ферментів. За переносимості кількість харчового жиру при ХП не слід обмежувати. Їх обмежують тільки за поєднання з жовчнокам'яною хворобою або при непереносимості. А жиророзчинні вітаміни, фосфоліпіди, омега-3-жирні кислоти вводяться додатково [1].

У процесі реабілітації пацієнтам із ХП необхідно збільшити кількість білка до 1,8-2,0 г на 1 кг маси тіла (за рахунок тваринних білків). При дефіциті маси тіла на 10% і більше якомога швидше, у короткі терміни необхідно досягти нормалізації статусу (завдяки використанню спеціальних адаптованих сумішей). Повинна збільшуватися кількість вітамінів на 100-200%. Для цього рекомендується вживання картопляного, томатного, яблучного соків та свіжих ягід і фруктів (але обережно, малою кількістю, щоб не викликати загострення, а при зниженні ферментативної функції підшлункової залози соки рекомендується розбавляти водою). Температура напоїв повинна бути кімнатною. Додатково рекомендуються вітамінно-мінеральні комплекси препаратів [1].

За наявності порушень ендокринної функції підшлункової залози необхідно провести дієтичну корекцію. Слід відмітити, що хворі на хронічний панкреатит, особи похилого та старшого віку, які мають надлишкову масу тіла, є пацієнтами з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету (у тому числі з вираженим фіброзом залози). Наявність панкреатиту, який перебігає більше 10 років, підвищує ризик розвитку цукрового діабету 2 типу, тому особам із нормальними показниками глюкози рекомендують не вживати надмірну кількість солодощів, особливо легко засвоюваних вуглеводів. З метою профілактики цукрового діабету необхідно обмежити кондитерські вироби, хлібобулочні вироби, продукти, багаті на мальтодекстрозу, солод. Вони широко використовуються у харчовій промисловості, у молочних продуктах, соусах, майонезі. Глікемічний індекс солода та мальтодекстрози вище ніж у цукру. Попередити великі коливання глюкози крові дозволяє рівномірне вживання вуглеводів впродовж дня [6].

Для покращення процесів всмоктування і травлення виключаються продукти, які важко перетравлюються. Соя, бобові містять у собі у собі інгібітори протеолітичних ферментів, тому вони виключаються з використання. Виключається алкоголь у будь-яких напоях. Кількість жиру рекомендується вживати помірно, розподіляючи продукти, які містять жири, на 3-4 прийоми, при цьому не потрібно нагрівати жири. Рекомендується наступна кулінарна обробка їжі: м'ясо готують, попередньо замочене в соку лимону, нежирній сметані, кефірі, мінеральній воді; рекомендується його тушкувати з додаванням коренів, пряних трав. Використовують свіжий кисломолочний сир, сирні запіканки, нежирні молочно-кислі продукти, омлет. Кількість та об'єм страв не повинна викликати дискомфорт, метеоризм [2].

У відновлювальний період необхідно дотримуватися дієтичного режиму, якості харчування. Використовуються ті самі продукти, що і при загостренні, але у менш щадному режимі. Протерті супи замінюють звичайними вегетаріанськими, каші готують густішими, включають макаронні продукти, дозволяється рослинна клітковина у сирому вигляді (овочі, фрукти), негострі сири, відварене м'ясо кусками, печена риба. Їжу запікають у духовці, готують на пару.

Не рекомендуються гострі, кислі, консервовані продукти, м'ясні та рибні бульйони, морозиво, кава, какао, шоколад, бобові, щавель, шпинат, редиска, гриби, кислі сорти яблук, лимони, журавлина, вишня, смородина, кислі фруктові соки, алкогольні, газовані напої, квас, здоба, сіль тощо.

Необхідно пояснити пацієнтам, що дієта у стадії ремісії повинна містити 120-140 г/добу білку (60% при цьому повинно приходиться на тваринний), жирів – до 60-80 г/добу (кількість жиру повинна розподілятися рівномірно на всі прийоми їжі). Раціон повинен містити біля 350 г/добу вуглеводів. Загальна калорійність повинна знаходитися в межах 2500-2800 ккал/добу [1].

Наводимо перелік продуктів та страв, які дозволяються при хронічному панкреатиті у періоді ремісії при проведенні медичної реабілітації:

- Хліб пшеничний підсушений (вчорашній), печиво галетне.
- Вегетаріанські овочеві супи (капуста виключається), круп'яні супи (крім пшона) протерті або слизисті з додаванням 10 г вершкового масла або сметани.
- М'ясо та риба нежирних сортів у відвареному або паровому вигляді (котлети, фрикадельки, бефстроганов, пюре, суфле, рулет); курка, кріль, окунь, щука, судак, сазан (у вареному вигляді).
- Білковий омлет.
- Сир свіжий некислий.
- Парові пудінги.
- Сметана та вершки дозволяються у невеликій кількості і тільки в стравах, некислий кефір, сир голландський тощо.
- Каші з різних дозволених круп на воді або наполовину з молоком.
- Овочі відварені або запечені у протертому вигляді (морква, гарбуз, кабачки, зелений горошок, молода квасоля, буряк), яблука запечені (виключається антонівка); дозволяються протерті компоти із сухих та свіжих фруктів, киселі, желе, муси.
- Чай не дуже насичений з лимоном, фруктові-ягідні соки без цукру, розбавлені водою, відвар чорної смородини, шипшини.

Отже, метою призначення такої дієти є забезпечення хворих на ХП повноцінним харчуванням, профілактика запально-дегенеративних процесів в органі, відновлення функціональної здатності ПЗ; забезпечення адекватного перебігу репаративних процесів у ПЗ та посилення синтезу ендогенних інгібіторів протеолітичних ферментів;

попередження розвитку жирової інфільтрації печінки та ПЗ; зменшення рефлекторної збудливості жовчного міхура.

Особливу групу складають пацієнти з коморбідністю захворювань. Якщо є цукровий діабет, то необхідно виключати суміші, де є лактоза, інші прості вуглеводи. У випадку поєднання ХП із цирозом печінки доцільно використовувати поживні суміші типу «гепа». Вони сприяють компенсації білкових та енергетичних потреб організму, попередженню та лікуванню печінкової енцефалопатії [4]. При порушенні консистенції калу доцільно призначити поживні суміші, які складаються з розчинних харчових волокон. До них відносять інулін, олігофруктозу, пектини, арабську камедь. Вони в'язкі, не впливають на масу в кишечнику, добре ферментуються кишковою мікрофлорою. Завдяки ним затримується транзит хімусу та абсорбція вуглеводів, вони мають протидіарейну дію, підвищують абсорбцію кальцію, покращують трофіку слизової оболонки, надають біфідо- та лактогенний ефект.

До нерозчинних харчових волокон відносять лігнін, целюлозу, соєвий полісахарид, крохмаль. Вони не є в'язкими, утворюють масу в кишечнику, погано ферментуються кишковою мікрофлорою. Вони прискорюють транзит кишкового вмісту та збільшують масу фекалій, зменшують абсорбцію холестерину, є сорбентами токсичних речовин.

У цей період з метою запобігання загостренню проводиться деконтамінація тонкої кишки разом із поліферментною терапією з метою ліквідації дисбіотичних порушень. Включення при закрепах до дієтотерапії харчових волокон, молочно-кислих сумішей, у яких містяться біфідобактерії, суттєво підвищує ефективність пробіотичної терапії та якість життя у реабілітаційному періоді [5].

Висновки. Таким чином, індивідуально розроблений раціон харчування з урахуванням особливостей перебігу хронічного панкреатиту, супутніх гастроентерологічних захворювань, стану пацієнта є важливим фактором профілактики рецидивів захворювання, прогресування зовнішньосекреторної та ендокринної недостатності підшлункової залози і може бути застосованим у якості однієї з ланок медичних реабілітаційних та вторинних профілактичних заходів.

Література

1. Губергриц Н. Б., Казюлин А. Н. Метаболическая панкреатология. Лебедь, Донецк, 2011. 460с.
2. Степанов Ю. М., Будзак, И. Я. Роль злоупотребления алкоголем в поражении пищевода. Алкогольная болезнь органов пищеварения:клинические очерки /Под ред. Н. Б. Губергриц, Н. В. Харченко. К.: Новый друк, 2009. С.26-34.
3. Степанов Ю.М., Скирда І.Ю., Петішко О.П. Хвороби органів травлення – актуальна проблема клінічної медицини. Гастроентерологія. Т. 53, № 1, 2019. С. 1-6.
4. Хлынов И. Б., Чикунова М. В., Лейдерман И. Н. Современная концепция нутритивной поддержки при печеночной недостаточности различного генеза. Вестн. интенс. тер. 2009. №1. С67-61.
5. Христин Т. М., Темерівська Т. Г., Гонцарюк Д. О. Хронічний панкреатит: сучасний погляд на етіологію, патогенез, клініку та медичну реабілітацію хворих на хронічний панкреатит. Навчально-методичний посібник. Чернівці, 2018. 172 с.
6. Христин Т. Н., Пишак В. П., Кендзерская Т. Б. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы. Черновцы, 2006. 280 с.

References

1. Ghuberghryc N. B., Kazjulyn A. N. Metabolicheseskaja pankreatologhyja. Lebedj, Doneck, 2011. 460 s.
2. Stepanov Ju. M., Budzak, Y. Ja. Rolj zloupotreblenija alkogholem v porazhenyy pyshheveda. Alkogholjnaja boleznyj orghanov pyshhevarenyja:klynycheskye ocherky /Pod red. N. B. Ghuberghryc, N. V. Kharchenko. K.: Novyj druk, 2009. S. 26-34.
3. Stepanov Ju.M., Skyrda I.Ju., Petishko O.P. Khvoroby orghaniv travlennja – aktualjna problema klinichnoj medycyny. Ghastroenterologhija. T. 53, № 1, 2019. S. 1-6.
4. Khlynov Y. B., Chykunova M. V., Lejderman Y. N. Sovremennaja koncepcyja nutrytyvnoj podderzhky pry pechenochnoj nedostatochnosty razlychnogho geneza. Vestn. yntens. ter. 2009. №1. S. 67-61.
5. Khrystych T. M., Temerivsjka T. Gh., Ghoncarjuk D. O. Khronichnyj pankreatyt: suchasnyj poghljad na etiologhiju, patoghenez, kliniku ta medychnu reabilitaciju khvorykh na khronichnyj pankreatyt. Navchaljno-metodychnyj posibnyk. Chernivci, 2018. 172 s.
6. Khrystych T. N., Pyshak V. P., Kendzerskaja T. B. Khronycheskyj pankreatyt: nereshennye problemy. Chernivci, 2006. 280 s.