

ДИЕТОТЕРАПИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Современные принципы диетотерапии при заболеваниях печени

Пожалуй, никто не станет отрицать важнейшую роль качества питания в жизни каждого человека. С глубокой древности известно, что пища может быть и лекарством, и ядом. Из эмпирических представлений о лечебно-профилактических свойствах различных пищевых продуктов и их сочетаний развилась наука диетология и производные от нее направления медицины – диетопрофилактика и диетотерапия. В силу специфики клинического опыта ближе всех к этим направлениям оказались врачи-гастроэнтерологи. Но знания по диетологии нужны и терапевтам, и кардиологам, и хирургам, и другим специалистам. В современную эпоху достижений фармакологии при выборе стратегий ведения пациентов с патологией внутренних органов фактор питания часто остается в тени забвения. На фоне явной недооценки потенциала диетотерапии в отечественном здравоохранении особенно ярко выглядит образовательная инициатива кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, направленная на интеграцию современных представлений о рациональном питании в практику гастроэнтерологов и врачей других специальностей.

6 марта при поддержке компании «Абботт» состоялась межрегиональная телеконференция «Актуальные вопросы диетологии и диетопрофилактики», посвященная вопросам рационального питания при заболеваниях печени. В течение двух часов телемостом были связаны аудитории в Киеве, Харькове, Донецке, Львове, Запорожье. Этот инновационный формат позволил вовлечь максимальное число участников, сэкономив драгоценное время на переездах. В работе конференции приняли участие гастроэнтерологи, терапевты и врачи других специальностей. В качестве лекторов выступили ведущие ученые-клиницисты – заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко и доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак (Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков).

Профессор Н.В. Харченко рассказала о значении рационального питания в профилактике заболеваний печени и дала общие рекомендации по диетотерапии.

Печень является главной метаболической и дезинтоксикационной «лабораторией» организма, в которой обезвреживаются и утилизируются вредные вещества, которые человек получает извне, в том числе с пищей и лекарствами. Основное правило диетопрофилактики и диетотерапии заболеваний печени – обеспечивать последнюю необходимыми ей нутриентами, исключая из рациона или ограничивая потребление продуктов, которые вносят вклад в патогенез заболевания. Очевидно, бесконтрольному самолечению и лекарственной полипрагмазии следует противопоставить принцип «принимать лекарства только тогда, когда их нельзя не принимать». Часто причиной заболеваний печени становится не злоупотребление определенными продуктами, а самоназначение диет и голодания. Следует помнить, что любое пищевое ограничение является своеобразным лекарством, и это лекарство имеет свои показания, дозы и длительность применения. Прибегая к различным диетам без физиологически обоснованного подхода, люди стараются обезопаситься от лишних калорий и килограммов, но на самом деле наносят себе вред. И первой при этом страдает печень. Доказано, что при недоедании или голодании количество нейтрального жира в печени увеличивается в несколько раз. Дефицит белков, жиров, витаминов и холина в рационе питания нарушает все виды метаболизма, в том числе метаболизм лекарств. На фоне голодания снижается активность ферментов системы цитохрома P450, скорость гидроксирования ряда токсинов и другие механизмы детоксикации.

Дефицит белка животного происхождения и превышение квоты углеводов – самый распространенный дефект питания современных украинцев. От недостатка белка страдает белоксинтетическая функция печени, а впоследствии – иммунитет и репаративные процессы во всех органах и тканях. Для переваривания и усвоения углеводов, даже сложных, не требуются желчные кислоты. Поэтому углеводистый завтрак без жиров и белков обуславливает застой желчи и развитие заболеваний билиарной системы. На первый взгляд, рекомендация ограничивать животные жиры в рационе пациентов с заболеваниями печени противоречит вышесказанному. Но парадокса здесь нет, важно не столько количество потребляемых жиров, сколько их качественный состав. Животных жиров в рационе должно быть меньше, чем растительных. Однако при резком ограничении потребления холестерина животных жиров нарушается функция клеточных мембран, что приводит ко многим неблагоприятным последствиям, в частности облегчает проникновение в клетки вирусов и токсинов. Оптимальным считается состав жиров с высоким содержанием омега-3 и омега-6 полиненасыщенных жирных кислот, которые обладают антиатерогенными и противовоспалительными свойствами.

Перспективное когортное исследование с участием более 5 тыс. госпитализированных пациентов в 26 европейских

клиниках показало четкую связь между повышенным нутритивным риском (нерациональное питание, ограниченная диета) и такими показателями, как частота осложнений, длительность госпитализации, смертность. Смертность в когорте больных с повышенным нутритивным риском составила 12% по сравнению с 1% среди пациентов, которые во время стационарного лечения получали адекватную нутритивную поддержку с участием диетолога (включая парентеральное питание при необходимости).

Основной принцип лечебного питания при заболеваниях печени – учитывать физиологическую потребность в пищевых веществах и энергии, а также степень функциональных расстройств и метаболических нарушений. Целесообразно обогащать рацион питания нутриентами, которые влияют на основные механизмы повреждения печени. Холин, лецитин, антиоксиданты (витамины С, Е), биофлавоноиды овощей и фруктов, микроэлемент селен предотвращают нарушения структуры и функции клеточных мембран. L-карнитин и коэнзим Q10 стимулируют β -окисление жирных кислот. При повышенном содержании триглицеридов в ткани печени их утилизации способствуют инозитол, метионин, витамины группы В, фолиевая кислота. При угнетении белоксинтетической функции печени для синтеза альбуминов, ферритина, порфирина необходимо обеспечить организм достаточным



количеством аминокислот, в том числе незаменимых, из белков животного происхождения. Липоксии и нарушениям микроциркуляции противостоят аргинин, магний, ниацин. Противовоспалительными свойствами обладают омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. Фолиевая кислота, биофлавоноиды и каротиноиды противодействуют мутациям и канцерогенезу. Кроме того, фолиевая кислота способствует уменьшению жировой инфильтрации печени.

Профессор Т.М. Johnson – руководитель отдела нутрициологии клиники Мейо в США – рекомендует калорийность рациона для пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени в пределах 25-35 ккал/кг массы тела в сутки. Ограничение белка при печеночной энцефалопатии может нанести вред из-за повышения катаболизма собственных белков организма. 40 г белка в сутки – это необходимый минимум, который пациенты должны получать дробными порциями. При наличии асциты, отеков следует ограничить потребление соли до 2 г/сут и меньше. Для остальных категорий пациентов с заболеваниями печени рекомендуется потребление до 2 г белка на 1 кг идеальной массы тела в сутки (60% белка животного происхождения) (Johnson Т.М., 2013).

Профессор Н.В. Харченко обратила внимание на природные источники важных нутриентов. Источником омега-3 жирных кислот могут быть жирные сорта рыбы (скумбрия, лосось), семена льна; фосфолипиды – сырые желтки. Большое количество витаминов содержится в отваре овса, зеленых овощах, грецких орехах. При этом овощи и фрукты содержат целый комплекс естественных изоформ витаминов, а не одну химически синтезированную изоформу, как в витаминных препаратах и добавках. Природные концентраты антиоксидантов – темные



ягоды (черника, черная смородина), а также малина, капуста, овощные и фруктовые соки. Антиоксидантными и антимуtagenными свойствами обладает зеленый чай. Однако пациентам с нарушениями обмена пуринов можно рекомендовать только слабозаваренный зеленый чай из-за опасности развития подагры или конкрементов в почках.

Важно соблюдать режим питания, включая желчегонный завтрак (содержащий жиры). Для поддержки собственной микрофлоры кишечника целесообразно обогащать рацион пищевыми волокнами и лактулозой. Необходимо исключить денатурированные, тугоплавкие жиры (содержащиеся в майонезе, маргарине и кондитерских изделиях промышленного изготовления), легкоусвояемые углеводы, химические стимуляторы желудочной и панкреатической секреции. Следует помнить, что при употреблении алкоголя потребность в эссенциальных пищевых веществах и микроэлементах (аминокислоты, витамины, магний, селен, цинк) существенно возрастает.

Цель диетотерапии при неалкогольном стеатогепатите – уменьшить синтез триглицеридов в печени, усилить окисление жирных кислот и их выведение. Для этого необходимо исключить из рациона простые углеводы и ограничить потребление жиров до 80-90 г/сут. При составлении диеты следует отдавать предпочтение продуктам с низким гликемическим индексом и натуральным молочным жирам. Целесообразен дополнительный прием L-карнитина, коэнзима Q10, витаминов группы В и С. Ограничивать суточный калораж (до 2000-2500 ккал) необходимо с учетом физической активности пациента, сохраняя биологическую полноценность и разнообразие рациона. Имеет значение и способ приготовления блюд. Пища должна быть термически, механически и химически щадящей. Следует ограничить жареные, копченые блюда, а также приправы, содержащие химические пищевые добавки. В качестве натуральных вкусовых добавок можно использовать зелень, перец, сухие травы, лимон, клюкву.

По окончании лекции профессор Н.В. Харченко ответила на ряд вопросов, поступивших от врачей из разных городов.

– Можно ли использовать для коррекции диеты биологически активные пищевые добавки?

– Биологически активные добавки (БАДы) – это хорошее решение для восполнения дефицита отдельных нутриентов. Однако в нашей стране предрегистрационный контроль БАДов проводится только на наличие пестицидов и некоторых тяжелых металлов. В результате говорить о качестве и эффективности продукции сложно.

– Как помочь пациентам с заболеваниями печени и нарушениями пищеварения?

– Прежде всего, необходимо определить причину и уровень мальдигестии: нарушения полостного или пристеночного пищеварения, недостаток желчи или ферментов поджелудочной железы (ПЖ). Даже начальные латентные стадии внешнесекреторной недостаточности ПЖ периодически проявляются клиникой нарушения пищеварения в тонкой кишке. В этой ситуации доказанной эффективностью обладает микросферический препарат панкреатических ферментов Креон. При адекватном подборе дозы Креон позволяет компенсировать даже выраженную ферментную недостаточность, которая наблюдается, например, у пациентов с муковисцидозом.

В британском исследовании (Vyas N. et al., 1990) сравнивали эффективность заместительной ферментной терапии микросферическими и таблетированными препаратами у 20 детей в возрасте 4,1-15,3 года с подтвержденным диагнозом муковисцидоза. В качестве микросферического препарата назначался Креон. По дизайну исследование было двойным слепым перекрестным с двойным плацебо-контролем. Пациенты последовательно принимали обе лекарственные формы панкреатических

ДИЕТОТЕРАПИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

влиях печени: от общих рекомендаций к индивидуальному подходу



ферментов в течение четырех недель. Доза Креона подбирается таким образом, чтобы обеспечить активность липазы, эквивалентную таблетированному препарату, который исходно принимал больной. Пациенты вели дневник, в котором отмечали дозу препарата, частоту и консистенцию стула, выраженность абдоминальной боли, аппетит. В конце каждого 4-недельного периода лечения определялась экскреция жира с калом. В результате по всем критериям эффективности Креон достоверно превзошел препарат сравнения с аналогичным содержанием липазы.

В киевской студии был задан вопрос по теме заместительной ферментной терапии: как назначать ферментные препараты без результатов анализа на эластазу кала?

— Прежде всего, следует убедиться, что у пациента действительно имеет место недостаточность ферментов ПЖ. Помочь в этом может обычная копрограмма. О ферментной недостаточности свидетельствует отсутствие в анализе кала свободных жирных кислот при наличии омыленных жиров (жиры пищи не расщепляются до конечных продуктов). При этом необходимо исключить целиакию, кишечную инфекцию, гельминтозы, синдром избыточного бактериального роста и другие причины нарушения пищеварения. Подобрать дозу ферментного препарата можно, ориентируясь на результаты повторной копрограммы и изменения клинической картины.

Профессор О.Я. Бабак, выступивший в харьковской студии, представил современный взгляд на проблему алкогольной болезни печени (АБП).

Увеличение потребления алкоголя наблюдается во всем мире, особенно в США и странах СНГ. Ежегодно от АБП умирают около 20 тыс. человек. Проблема по-прежнему не имеет официального приоритетного статуса, а информированность населения о степени опасности злоупотребления алкоголем недостаточна. Главными факторами, определяющими риск развития АБП, являются количество и длительность потребления спиртных напитков. Также известны такие факторы риска, как женский пол, наследственный полиморфизм генов, отвечающих за метаболизм этанола, избыточная масса тела, наличие других хронических диффузных заболеваний печени.

Токсическое действие этанола на ткань печени реализуется посредством стимуляции перекисного окисления липидов его основным метаболитом ацетальдегидом, нарушения антиоксидантной защиты, гиперпродукции провоспалительных цитокинов. Метаболиты алкоголя способствуют накоплению в печени нейтрального жира, поэтому АБП проходит стадию жировой инфильтрации, которая при своевременной начатой терапии и отказе от алкоголя может регрессировать. Однако эта стадия обычно бессимптомна, поэтому пациенты не подозревают о проблемах с печенью и не обращаются к врачу. В дальнейшем присоединяется воспаление, и АБП переходит в стадию стеатогепатита. Массовая гибель гепатоцитов стимулирует процессы фиброгенеза, что приводит к развитию необратимого фиброза печени. Конечной стадией АБП является цирроз печени с синдромами портальной гипертензии, печеночной недостаточности, асцитом и кахексией.

Обращаясь к врачу с выраженными симптомами поражения печени, пациенты крайне неохотно признают, что злоупотребляют спиртными напитками. Обязательное условие успешного лечения АБП — полный отказ от алкоголя. Доказано, что на начальных стадиях АБП отказ от алкоголя способствует улучшению самочувствия больных, нормализации биохимических показателей и частичному восстановлению структуры печеночной ткани. Это позволяет уменьшить объем медикаментозной коррекции.

АБП всегда сопровождается нарушениями нутритивного статуса, белково-энергетическим и витаминным дефицитом, особенно на поздних стадиях и при циррозе

печени. Поэтому важной составляющей лечения является диетотерапия. Энергетическая ценность суточного рациона должна быть не менее 2000 ккал, содержание белка — 1 г/кг массы тела в сутки.

Всем пациентам с хроническим гепатитом, компенсированным и субкомпенсированным циррозом печени целесообразно назначать гепатопротекторную терапию. Наиболее часто в клинической практике с этой целью применяются препараты силимарина, эссенциальных фосфолипидов, урсодезоксихолевой кислоты, аминокислот и их производных. Адеметионин (S-аденозилметионин) — производное аминокислоты метионина и АТФ — важный фактор нормального функционирования клеток печени. Он принимает участие в синтезе структурных белков и фосфолипидов клеточных мембран, естественного антиоксиданта глутатиона, сульфурирования токсичных желчных кислот и других метаболических процессах. Адеметионин (Гептрал) оказывает цитопротекторный, антиоксидантный, антихолестатический эффекты, поэтому широко используется в терапии заболеваний печени, в том числе АБП.

У больных алкогольным циррозом на фоне приема Гептрала наблюдается повышение исходно сниженных концентраций глутатиона, цистеина и таурина в плазме крови и ткани печени, что свидетельствует о восстановлении эндогенной антиоксидантной защиты и нормализации метаболических процессов. Помимо достоверного снижения уровня билирубина, трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы (маркер выраженности холестаза), имеются данные о статистически достоверном повышении выживаемости пациентов на фоне лечения адеметионином. Применение адеметионина у пациентов с алкогольным циррозом печени классов А и В в течение



двух лет в исследовании Mato J. et al. способствовало снижению летальности с 29 до 12%. В настоящее время российскими учеными проводятся клинические исследования адеметионина у пациентов с острым алкогольным гепатитом.

Важные свойства адеметионина при лечении АБП — антинейротоксическое действие (нейтрализация токсического влияния ацетальдегида на головной мозг) и антидепрессивный эффект, сопоставимый по выраженности с действием антидепрессантов, но при гораздо лучшей переносимости. Антидепрессивный и антинейротоксический эффекты Гептрала помогают пациентам с АБП легче переносить полный отказ от употребления алкоголя. Назначение препарата при синдроме алкогольной абстиненции приводит к положительному клиническому эффекту на 2-4-й день после начала терапии.

Рекомендуемая доза Гептрала при АБП — 800-1600 мг/сут. На первом этапе препарат вводится внутривенно по 800 мг (2 флакона) в день в течение 2 нед. Второй этап терапии — пероральный прием Гептрала по 800 (2 табл.) — 1600 (4 табл.) мг/сут длительностью до двух месяцев. С целью повышения биодоступности следует рекомендовать пациентам принимать препарат между приемами пищи. С учетом тонизирующего действия Гептрал не рекомендуется принимать перед сном.

Завершая лекцию, профессор О.Я. Бабак еще раз обратил внимание на необходимость раннего выявления и лечения больных с алкогольным поражением печени, когда морфологические изменения еще обратимы (жировой гепатоз, стеатогепатит).

После выступления лектор ответил на следующий вопрос.

— Как дифференцировать АБП и неалкогольный стеатогепатит?

— Алкогольный и неалкогольный стеатогепатит развиваются по схожим механизмам и не различаются по морфологической картине и результатам лабораторных анализов. Поэтому диагноз АБП правомочен при наличии анамнестических данных о регулярном употреблении алкоголя (со слов самого пациента или родственников) и исключении контакта больного с другими токсичными

веществами, которые могли послужить причиной гепатита.

После конференции профессор Н.В. Харченко любезно согласилась ответить на несколько вопросов корреспондента.

— Как вы оцениваете роль знаний по диетологии в практике гастроэнтерологов и врачей других специальностей? Какую образовательную работу проводит кафедра гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО?

— В наше время активно развивается профилактическое направление медицины, а одним из главных направлений профилактики заболеваний внутренних органов является рациональное питание. У пациентов с уже развившимися заболеваниями необходимо использовать потенциал диетотерапии. Правильно подобранная диета может быть самым эффективным и безопасным лекарством. Знания по диетологии необходимы врачам всех специальностей, и в первую очередь гастроэнтерологам, терапевтам, семейным врачам. На нашей кафедре врачи из всей Украины имеют возможность пройти циклы специализации, тематического усовершенствования по диетологии. В 2012 г. мы выпустили первый национальный учебник по клинической диетологии. Кроме того, проводим конференции и школы для врачей, на которых в числе других актуальных разделов гастроэнтерологии стараемся освещать вопросы диетопрофилактики и диетотерапии. Сегодняшняя конференция была посвящена диетологическим аспектам лечения заболеваний печени. В дальнейшем мы планируем проводить такие конференции регулярно, выбирая тему с ориентацией на потребности врачей. Обращаю внимание, что в отличие от европейских стран наши обучающие мероприятия для врачей проводятся бесплатно.

— На чем основываются рекомендации по диетотерапии и диетопрофилактике, которые вы даете врачам и пациентам?

— Прежде всего, источником для рекомендаций служат результаты исследований, которые проводятся за рубежом. Исследования по диетологии, в отличие от испытаний лекарственных средств, труднее контролировать. Диетологические исследования — это, как правило, длительные (5-20 лет) наблюдения за большими популяциями, объединенными каким-либо характерным типом питания (например, средиземноморский тип). Проводятся и специальные исследования, направленные на оценку конкретной диеты при определенном заболевании. Мы используем в основном зарубежную доказательную базу, но в Украине также проводятся интересные исследования. Например, на нашей кафедре изучается действие дополнительных биологически активных компонентов пищи на клеточном уровне в отношении изменений характеристик эритроцитов крови.

— Сегодня, в эпоху грандиозных достижений генетики и связанных с ней дисциплин, все чаще звучит понятие «персонализированная медицина». Как реализовать индивидуальный подход к диетотерапии у пациентов с коморбидными, сочетанием генетических предрасположенностей?

— Диетотерапия — пожалуй, самое персонализированное направление внутренней медицины. Есть общие рекомендации, основанные на современных представлениях о патофизиологии заболеваний печени и физиологической роли основных нутриентов. О них говорили сегодня на конференции. Но каждый человек индивидуален и имеет свои loci minores resistentiae, слабые звенья. Поэтому, используя общий набор рекомендаций, мы всегда составляем индивидуальную диету, ориентируясь на многие факторы: индекс массы тела, уровень артериального давления, наличие метаболических нарушений и др.

— На каком уровне развития находится практическая диетология в Украине? Где можно получить профессиональную консультацию диетолога?

— К сожалению, в нашей стране нет единого методического центра, который бы координировал работу диетологической службы (наподобие Института питания в России). Специальность «врач-диетолог» становится популярной, но настоящих специалистов в Украине еще мало. Должность врача-диетолога официально существует, хотя роль таких специалистов недооценивается. Консультацию можно получить на нашей кафедре, а также у врачей-диетологов, которые включены в штат ведущих клиник научно-исследовательских институтов и других крупных лечебных учреждений. В условиях дефицита специально подготовленных диетологов необходима интеграция знаний по диетологии в практику гастроэнтерологов, терапевтов и семейных врачей, чем мы в настоящее время занимаемся.

Подготовил Дмитрий Молчанов

