

## 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 її 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 достовірної 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 їжі є маса тіла. Принцип балансу енергії проявляється в збереженні чи зміні маси тіла дорослої людини. Підтримання постійної маси тіла у дорослої здорової людини при збереженні її фізичної та соціальної активності свідчить про баланс між спожитою та витраченою енергією їжі. Для хворої людини важливою є не лише кількість спожитої їжі, 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, вторинної 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/м<sup>2</sup>. Хворих із збереженою масою тіла (ІМТ у межах 20,0–24,9 кг/м<sup>2</sup>) 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/м<sup>2</sup>) було 15 (19,2 %), з ожирінням 1-го ступеня (ІМТ у межах 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>) – 6 (7,7 %) і 2-го ступеня (ІМТ в межах 35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup>) – 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/м<sup>2</sup> (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 достовірної білкової 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 її 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 її складових.