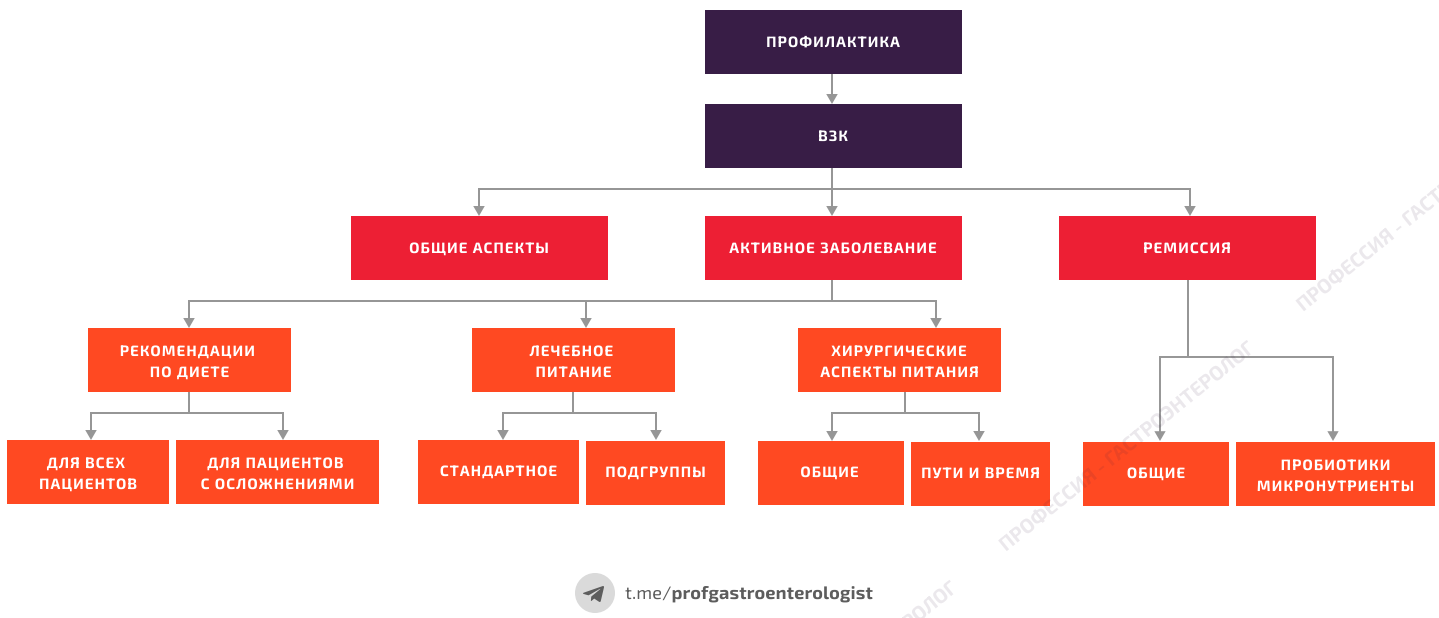
ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ESPEN:
КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА



t.me/profgastroenterologist

Профилактика

R1: Диета, богатая фруктами и овощами, омега-3 жирными кислотами и низким содержанием омега-6 жирных кислот, снижает риск развития БК или ЯК.

R2: Убедительно продемонстрирована польза грудного вскармливания, поэтому необходимо рекомендовать грудное вскармливание, так как оно оптимально для питания младенцев и снижает риск развития ВЗК.

t.me/profgastroenterologist

Общие аспекты

R3A: Пациенты с ВЗК находятся в группе риска и поэтому должны регулярно проходить скрининг на недоедание во время постановки диагноза и после этого.

R3B: Документально подтвержденное недоедание у пациентов с ВЗК следует лечить надлежащим образом, поскольку оно ухудшает прогноз, частоту осложнений, смертность и качество жизни.

R4: В целом, энергетические потребности пациентов с ВЗК аналогичны потребностям здорового населения.

R5: Потребность в белке увеличивается при активном ВЗК, и его потребление должно быть увеличено (до 1,2–1,5 г/кг/день у взрослых) по сравнению с рекомендуемым в общей популяции. Потребности в белке в период ремиссии, как правило, не повышены, и его содержание должно быть таким же (около 1 г/кг/день у взрослых) рекомендуемым для населения в целом.

R6: Пациенты с ВЗК должны регулярно проверяться на дефицит питательных микроэлементов, а специфический дефицит должен быть соответствующим образом скорректирован.

Анемия?

R7A: Добавки железа рекомендуются всем пациентам с ВЗК при наличии железодефицитной анемии. Целью приема препаратов железа является нормализация уровня гемоглобина и запасов железа.

R7B: Пероральное железо следует рассматривать как лечение первой линии у пациентов с легкой анемией, у которых заболевание клинически неактивно, и у которых ранее не было непереносимости перорального железа.

R7C: Внутривенное введение железа следует рассматривать в качестве терапии первой линии у пациентов с клинически активным ВЗК, пациентов с предшествующей непереносимостью перорального железа, пациентов с гемоглобином ниже 100 г/л, а также у пациентов, которые нуждаются в агентах, стимулирующих эритропоэз.

t.me/profgastroenterologist

Диетологические рекомендации при активном заболевании для всех пациентов с ВЗК

Общие советы

R8: Не существует «диеты ВЗК», которая могла бы быть рекомендована для стимулирования ремиссии у пациентов с ВЗК с активным заболеванием.

R11: У взрослых и детей с активным ВЗК и у больных, получающих стероидную терапию, следует контролировать и восполнять дефицит сывороточного кальция и 25(OH) витамина D.

R13: Исключающие диеты не могут быть рекомендованы для достижения ремиссии при активной БК, даже если пациент страдает индивидуальной непереносимостью.

Пробиотики

R14A: Пробиотическая терапия с использованием Lactobacillus reuteri может быть рассмотрена для использования у пациентов с лёгким и умеренным ЯК для индукции ремиссии.

R14B: Пробиотики не следует использовать для лечения активной БК.

t.me/profgastroenterologist

Диетологические рекомендации при активном заболевании для пациентов с осложнениями

Пациенты с БК, получающие секвестранты

R12A: Пациенты с БК, получающие секвестранты, такие как холестирамин, имеют минимальный дополнительный риск мальабсорбции жира и, следовательно, не нуждаются в различиях в диетотерапии по сравнению с другими пациентами с БК.

ВЗК с гипероксалурией

R12B: У пациентов с ВЗК с гипероксалурией часто также наблюдается мальабсорбция жира, и эти пациенты должны быть проконсультированы по этому поводу.

ВЗК с диареей

R9A: Пациенты с ВЗК с тяжёлой диареей или высокой выходной еюностомой или илеостомой должны контролировать выход жидкости и натрий в моче, а также соответствующим образом адаптировать ввод жидкости (уменьшить гипотоническую жидкость и увеличить количество физиологических растворов) с учётом пищевой непереносимости, которая может увеличить выделение жидкости.

R9B: Парентеральные инфузии (жидкости и электролитов) могут потребоваться в случае продолжающихся устьиц с высоким выходом.

БК со стриктурой

R10: Пациентам с БК с кишечными стриктурами и стенозом в сочетании с симптомами обструкции может быть рекомендована диета с адаптированной текстурой или дистальное (постстенотическое) энтеральное питание.

t.me/profgastroenterologist

ПРОФЕССИЯ – ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ

Лечебное питание при активном заболевании для всех пациентов с ВЗК

Пероральные пищевые добавки

R15A: Пероральные пищевые добавки (ONS) являются первым шагом, когда лечебное питание показано при ВЗК, но, как правило, являются незначительной поддерживающей терапией, используемой в дополнение к обычной пище.

Энтеральное питание (ЭП)

R15B: Если пероральное питание недостаточно, то ЭН следует рассматривать как поддерживающую терапию.

R16: Эксклюзивное ЭП эффективно и рекомендуется в качестве первой линии лечения для индукции ремиссии у детей и подростков с острой активной БК.

Трубки и насосы

R17A: При ЭП при ВЗК можно использовать назальные трубки или чрескожный доступ.

R17B: ЭП при БК следует вводить через насос для энтерального питания.

Формулы ЭП

R18A: Стандартное ЭП (полимерное, умеренное содержание жира, без специальных добавок) может быть использовано для первичной и поддерживающей диетотерапии при активном ВЗК.

R18B: Специфические составы или субстраты (например, глютамин, n-3-жирные кислоты) не рекомендуются при использовании ЭП или ПП у пациентов с ВЗК.

Парентеральное питание (ПП)

R15C: ПП показана при ВЗК (i), когда пероральное питание или ЭП недостаточно возможны (например, когда желудочно-кишечный тракт дисфункционален или у пациентов с БК с короткой кишкой), (ii) при непроходимости кишечника, когда нет возможности размещения питательной трубки за пределами обструкции или если это не удалось, или (iii) когда возникают другие осложнения, такие как утечка анастомоза или кишечный свищ с высоким выходом.

t.me/profgastroenterologist

Лечебное питание при активном заболевании отдельных групп пациентов с ВЗК

Обезвоживание

R19: У пациентов с БК следует приложить все усилия, чтобы избежать обезвоживания, для сведения к минимуму риск тромбоэмболии.

Фистула

R20A: Пациенты с БК с дистальным (нижним или толстокишечным) свищом и низким выходом обычно могут получать всю нутритивную поддержку через энтеральный путь (как правило, в виде пищи).

R20B: Пациенты с БК с проксимальным свищом и/или очень высоким выходом должны получать нутритивную поддержку с помощью частичного или исключительного ПП.

Повторное кормление (рефидинг-синдром)

R21: У пациентов с БК, у которых нутритивация продолжается в течение многих дней, стандартные меры предосторожности и вмешательства для предотвращения синдрома повторного кормления являются обязательными, особенно в отношении фосфатов и тиамина.

t.me/profgastroenterologist

Особые показания при ЯК

R22A: ЭП представляется безопасным и может быть рекомендовано в качестве поддерживающей терапии в соответствии со стандартной практикой питания у пациентов с тяжёлым ЯК.

R22B: ПП не следует использовать при ЯК, если не возникает кишечная недостаточность.

ПРОФЕССИЯ — ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ

Хирургические аспекты питания при ВЗК, общие рекомендации

Плановая хирургия?

- Да → R23A
- Нет → R23B

до операции

R23A: В большинстве случаев плановой хирургии предоперационное голодание с полуночи не следует проводить - вместо этого можно использовать протокол усиленного восстановления (ERAS).

R23B: У пациентов с неотложной хирургической помощью следует начинать медикаментозное питание (ЭП, ПП), если пациент недоедает во время операции или если пероральная диета не может быть возобновлена в течение 7 дней после операции.

Дефицит питательных веществ? → Да

во время операции

R24A: Пациентам, которые не удовлетворяют свои потребности в энергии и/или белке из обычной пищи, следует рекомендовать принимать пероральные пищевые добавки (ONS) в периоперационном периоде.

R24B: Пациенты, которые не удовлетворяют свои потребности в энергии и/или белке за счёт обычной пищи плюс ONS, должны получать ЭП в периоперационном периоде.

R24C: Если диагностировано недоедание, то операцию по поводу ВЗК следует отложить на 7–14 дней, когда это возможно, и это время следует использовать для интенсивного лечебного питания.

после операции

R27A: Нормальный приём пищи или ЭП может быть начато рано после операции у большинства пациентов с ВЗК в послеоперационном периоде.

Колэктомия → Да → R27B: На ранней стадии после проктоколэктомии или колэктомии необходимо вводить воду и электролиты для обеспечения гемодинамической стабильности.

t.me/profgastroenterologist

Хирургические аспекты питания при активном заболевании (пути и сроки)

Дополнительное ПП

R25A: ЭП всегда следует отдавать предпочтение ПП, но комбинации ЭН и ПН следует рассматривать у пациентов, у которых есть показания к нутритивной поддержке и у которых >60% потребностей в энергии не могут быть удовлетворены энтеральным путём.

R25B: ПП в периоперационном периоде у пациентов с ВЗК обычно следует применять в качестве дополнения к ЭП.

Полное ПП

R25C: ПП следует использовать в качестве единственного вмешательства, если ЭП невозможно (отсутствие доступа, сильная рвота или диарея) или противопоказана (кишечная непроходимость, тяжёлый шок, ишемия кишечника).

t.me/profgastroenterologist

Хирургические пациенты с БК

R26A: Хирургические пациенты с БК должны получать раннюю нутритивную поддержку, поскольку, независимо от пути введения, это снижает риск послеоперационных осложнений.

R26B: У пациентов с БК с длительной желудочно-кишечной недостаточностью ПП является обязательной и спасает жизнь, по крайней мере, на ранних стадиях кишечной недостаточности.

Лечебное питание в период ремиссии (общие рекомендации)

- Рекомендовано
- Не рекомендовано

ПРОФЕССИЯ — ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ

R28: Все пациенты с ВЗК в стадии ремиссии должны пройти консультацию диетолога в рамках междисциплинарного подхода для улучшения диетотерапии и предотвращения недоедания и расстройств, связанных с питанием.

R29: Во время фаз ремиссии ВЗК не нужно соблюдать какую-либо конкретную диету.

R35: У пациентов с ВЗК в стадии ремиссии следует соблюдать стандартную диету или ONS, уделяя внимание скринингу питания и общей нутритивной поддержке, где это необходимо.

R34B: ONS или ЭН могут быть рекомендованы пациентам с БК в стадии ремиссии, если недоедание не может быть в достаточной степени вылечено диетическим консультированием.

R39: Всех пациентов с ВЗК следует поощрять тренировки на выносливость. Пациентам с ВЗК со снижением мышечной массы и/или мышечной работоспособности следует рекомендовать соответствующую физическую активность.

R40: Пациентам с ожирением и ВЗК следует рекомендовать снижать вес только в фазах стабильной ремиссии, а затем в соответствии с текущими рекомендациями по ожирению.

R30: Добавки с n-3 жирными кислотами не следует рекомендовать для поддержания ремиссии у пациентов с ВЗК.

R31: Неспецифические диеты с высоким содержанием клетчатки обычно не следует рекомендовать для поддержания ремиссии при ВЗК.

R34A: Ни ЭП, ни ПП не рекомендуются в качестве первичной терапии для поддержания ремиссии при ВЗК.

t.me/**profgastroenterologist**

Лечебное питание в период ремиссии (пробиотики, микроэлементы)

Пробиотики

ЯК?

R32A: Пробиотическую терапию следует рассматривать для поддержания ремиссии при ЯК.

Паучит?

R33A: Пациентов с колэктомией и паучитом следует лечить смесью пробиотиков, если лечение антибиотиками не помогло.

R33B: Пробиотическая смесь может быть использована для первичной и вторичной профилактики илеита и паучита у пациентов с ЯК, перенёсших колэктомию и илеальный мешочно-анальный анастомоз.

БК?

R32B: Пробиотическая терапия не должна применяться для поддержания ремиссии при БК.

Микроэлементы

Только БК

R36: При резекции более 20 см дистального отдела подвздошной кишки, независимо от того, сочетается ли он с подвздошно-кишечным клапаном или нет, пациентам с БК вводят витамин B12.

Все ВЗК

R37: Отдельные пациенты с ВЗК, например, получающие сульфасалазин и метотрексат, должны быть дополнены витамином B9.

R38A: У беременных пациенток с ВЗК следует регулярно контролировать уровень железа и фолиевой кислоты, а в случае дефицита следует дополнительно принимать железо и/или витамин B9.

R38B: У пациентов с ВЗК, которые кормят грудью, следует регулярно контролировать нутритивный статус, а в случае дефицита их следует дополнять.

t.me/**profgastroenterologist**

БК - болезнь Крона,
ЯК - язвенный колит,
ВЗК - воспалительные заболевания кишечника,
ПП - парентеральное питание,
ЭП - энтеральное питание,
ONS - пероральные пищевые добавки

ПРОФЕССИЯ — ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ