

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ: ПО ДАННЫМ РУКОВОДСТВА
ESPEN**

(По Plauth M., Cabre E., Riggio O., Assis-Camilo M., Pirlich M., Kondrup J., (German Society for Nutritional Medicine) Ferenci P., Holm E., vom Dahl S., Muller M.J., Nolte W.
ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Liver disease // Clin. Nutr. – 2006. – 25: 285-294)

Краткое изложение принятых решений: Алкогольный стеатогепатит

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
Обобщающее	Для выявления пациентов группы риска недостатка питания следует использовать простые методы, которые можно применить у постели пациента, например, анализ по шкале Субъективного Общего Состояния (Subjective Global Assessment) или антропометрию	C	1.1
	Рекомендуемое потребление энергии: 35 – 40 ккал/кг массы тела/сут (147-168 кДж/массы тела/сут)	C	1.3
	Рекомендуемое потребление белков: 1.2 – 1,5 г/кг массы тела/сут	C	1.3
Реализация	Когда пациент не способен удовлетворять свою потребность в энергии приемом обычной пищи, следует использовать дополнительное энтеральное питание	A	1.2
	Как правило, рекомендуется пероральное использование препаратов для искусственного питания	B	1.3
Способ поступления	Если пациент не способен сохранять адекватные пероральные поступления, следует использовать зондовое питание (даже при варикозном расширении вен пищевода)	A	1.3
	Наложение чрескожной эндоскопической гастростомии сопровождается более высоким риском осложнений и не рекомендуется	C	1.3
Тип формулы препарата	В целом рекомендованы препараты на основе цельного белка	C	1.3
	У пациентов с асцитом следует рассмотреть вопрос об использовании более концентрированных препаратов с большим содержанием энергии	C	1.3
	У пациентов с печеночной энцефалопатией, развивающейся во время энтерального питания, следует использовать препараты на основе формулы с повышенным содержанием аминокислот с разветвленной цепью	A	1.3

Краткое изложение принятых решений: Цирроз печени

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
-----------------	--------------	------------------------	-----------------------

Обобщающее	Для выявления пациентов группы риска недостатка питания следует использовать простые методы, которые можно применить у постели пациента, например, анализ по шкале Субъективного Общего Состояния (Subjective Global Assessment) или антропометрию	С	2.1
	Для количественного определения недостатка питания следует использовать показатель фазового угла или клеточной массы тела, зарегистрированных биоэлектрическим импедансным анализом, несмотря на то, что у пациентов с асцитом метод имеет ряд ограничений	В	2.1
	Рекомендуемое потребление белка: 1,2 – 1,5 г/кг массы тела/сут		
Реализация	Когда пациент не способен удовлетворить свою потребность в энергии пероральным приемом пищи, несмотря на адекватные индивидуально адаптированные рекомендации относительно питания, дополнительно следует использовать энтеральное питание	А	2.2
Способ поступления	Если пациент не способен поддерживать адекватные пероральные поступления обычным питанием, следует использовать:	С	2.3
	- дополнительное пероральное питание или	А	2.3
	- зондовое питание (даже при наличии варикозно расширенных вен пищевода)	С	2.3
	Наложение чрескожной эндоскопической гастростомии сопровождается более высоким риском осложнений и не рекомендуется		
Тип формулы препарата	В целом рекомендованы препараты с формулой на основе цельного белка	С	2.3
	У пациентов с асцитом следует рассмотреть вопрос об использовании более концентрированных препаратов с большим содержанием энергии	С	2.3
	У пациентов с печеночной энцефалопатией, развивающейся во время энтерального питания, следует использовать препараты на основе формулы с повышенным содержанием аминокислот с разветвленной цепью	В	2.3
	При далеко зашедшем циррозе улучшить клинический исход болезни дополнительное пероральное применение аминокислот с разветвленной цепью	В	2.3

Краткое изложение принятых решений: Трансплантация и оперативное вмешательство

Предмет анализа	Рекомендации	Степень обоснованности	Пункт в рекомендациях
Обобщающее	Для выявления пациентов группы риска недостатка питания следует использовать простые методы, которые можно применить у постели пациента, например, анализ по шкале Субъективного Общего состояния (Subjective Global Assessment) или антропометрию	С	3.1
	Для количественного определения недостатка питания следует использовать показатель фазового угла или клеточной массы тела, зарегистрированных биоэлектрическим импедансным анализом, несмотря на то, что у пациентов с асцитом метод имеет ряд ограничений	В	3.1
Показание			

Перед операцией	Придерживаться рекомендаций, предложенных для пациентов с циррозом печени		3.2
После операции	Следует начать прием обычной пищи/энтеральное питание в течение 12-24 ч после операции	В	3.2
	Следует начать прием обычной пищи или энтеральное питание после прочих хирургических вмешательств	В	3.2
Реализация			
Перед операцией	Придерживаться рекомендаций, предложенных для пациентов с циррозом печени		
	Для детей, ожидающих трансплантацию, рассмотреть вопрос об использовании аминокислот с разветвленной цепью	В	3.3
После операции	Рекомендуемое потребление энергии: 35 – 40 ккал/кг массы тела/сут (147 – 168 кДж/кг массы тела/сут)	С	3.3
	Рекомендуемое потребление белка: 1.2 – 1.5 г/кг массы тела/сут	С	3.3
Способ поступления			
Перед операцией	Придерживаться рекомендаций, предложенных для пациентов с циррозом печени		
После операции	В целом рекомендуются препараты с формулой на основе цельного белка	С	3.3
	У пациентов с асцитом из-за влияния на водный обмен предпочтительнее следует отдать более концентрированным препаратам с большим содержанием энергии	С	3.3
	У пациентов с печеночной энцефалопатией, развивающейся во время энтерального питания, следует использовать препараты на основе формулы с повышенным содержанием аминокислот с разветвленной цепью	А	3.3
Исход			
Перед операцией	Улучшение показателей летальности или частоты осложнений в периоперативном периоде за счет назначения перед операцией зондового питания или дополнительного перорального использования препаратов для искусственного питания до сих пор не доказаны		
	Но четкие рекомендации относительно лечебного питания у пациентов с недостатком питания при циррозе печени подкрепляются решениями относительно питания при циррозе печени, сделанные в утверждении 2.4	В	3.4
После операции	Для пациентов с трансплантацией печени или больных хирургического профиля с циррозом печени с целью уменьшения осложнений (в частности инфекционных) в периоперативном периоде рекомендуется ранний прием обычной пищи или раннее начало энтерального питания	В	3.4