



¹ Центральный
научно-
исследовательский
институт
эпидемиологии

² Научно-
исследовательский
институт
медицины труда
им. академика
Н.Ф. Измерова

Нутритивный статус и способы его коррекции у пациентов с хроническими вирусными гепатитами на доцирротической стадии

Х.Г. Омарова, к.м.н.¹, В.В. Макашова, д.м.н.¹, Ж.Б. Понежева, д.м.н.¹,
Т.Л. Пилат, д.м.н.², А.В. Горелов, д.м.н., проф.¹

Адрес для переписки: Хадижат Гаджиевна Омарова, omarova@cmd.su

Для цитирования: Омарова Х.Г., Макашова В.В., Понежева Ж.Б. и др. Нутритивный статус и способы его коррекции у пациентов с хроническими вирусными гепатитами на доцирротической стадии. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (17): 6–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-17-6-12

Исследования нутритивного статуса пациентов с хроническим вирусным гепатитом различной этиологии на доцирротической стадии до сих пор не проводились, вопросы нутритивной поддержки этой категории пациентов не рассматривались. При этом снижение мышечной массы и увеличение жировой массы, которые могут приводить к слабости, астенизации и снижению двигательной активности, регистрируются даже у пациентов без фибротических изменений. Поскольку таких пациентов большинство и они предъявляют аналогичные жалобы, что может указывать на доминирование катаболических процессов на фоне вирусного заболевания печени, изучение нутритивной недостаточности и способов ее коррекции у данных пациентов представляется крайне актуальным.

В ходе открытого сравнительного контролируемого исследования с участием 40 пациентов с хроническим вирусным гепатитом без цирроза печени впервые были получены данные об изменениях нутритивного статуса, которые проявлялись в развитии саркопении и висцерального ожирения. Показана положительная динамика состава тела по данным биоимпедансметрии и значимое улучшение качества жизни на фоне 21-дневного приема лечебного детоксикационного питания ЛЕОВИТ PHARMA. Доля пациентов со сниженной мышечной силой в группе, получавшей нутритивную поддержку, уменьшилась более чем в два раза. Представлены данные об эффективности и безопасности применения исследуемых продуктов в комплексной терапии пациентов с хроническими вирусными гепатитами различной этиологии без цирроза печени.

Ключевые слова: вирусный гепатит, нутритивный статус, лечебное питание, биоимпедансметрия, качество жизни

Введение

Хронические вирусные гепатиты В (ВГВ), С (ВГС) и D (ВГД) остаются одной из наиболее серьезных угроз для глобального общественного здравоохранения. Несмотря на принятые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) стратегии элиминации, перспективы полной ликвидации этой инфекции к 2030 г. остаются неопределенными, а достижение поставленной цели – маловероятным. В докладе ВОЗ отражена сохраняющаяся высокая нагрузка:

в 2024 г. от гепатитов В и С умерло 1,34 млн человек, ежегодно регистрируется около 1,8 млн новых случаев заражения. С хроническими формами инфекции В, С и D живут порядка 287 млн человек, а ключевыми причинами смертности остаются цирроз и гепатоцеллюлярная карцинома [1].

Одним из ключевых и часто недооцененных аспектов патогенеза и клинического течения этих заболеваний являются нутритивные нарушения, распространенность которых при циррозе печени (ЦП) достигает



50–90% [2]. Изменение нутритивного статуса служит независимым прогностическим фактором выживаемости, частоты осложнений и качества жизни пациентов [3].

Саркопения (возрастное или патологическое снижение мышечной массы, силы и/или физической работоспособности) встречается у значительной части пациентов с хроническими заболеваниями печени – примерно у 13,5% [4]. Это доказывает, что потеря мышечной массы начинается задолго до развития цирроза. Наиболее распространенный симптом, связанный с саркопенией, – слабость (до 60% случаев). Она может быть не только проявлением собственно гепатита, но и следствием нарушения нутритивного статуса. Нутритивный дефицит, сформированный на стадии гепатита, может стать платформой для более быстрого развития фиброза и перехода в ЦП, даже после элиминации вируса [4, 5].

Ранее было показано, что слабость при вирусных гепатитах не просто симптом, а возможное проявление серьезных метаболических сдвигов, требующее активной диагностики и коррекции. В исследовании с участием 299 пациентов с хроническими заболеваниями печени (включая не только цирроз) усталость была одним из наиболее частых симптомов: о ней сообщили 60% пациентов [6].

В настоящее время все чаще признается, что хронические заболевания печени связаны с повышенной утомляемостью, неэнцефалопатическими когнитивными нарушениями, вегетативной дисфункцией, снижением аппетита и изменениями настроения (тревога, депрессия) [6, 7]. Эти симптомы способны возникать на любой стадии заболевания печени, значительно ухудшая качество жизни пациентов. При этом их выраженность может не уменьшаться на фоне лечения основного заболевания. Усталость, которую периодически испытывает каждый человек, считается наиболее распространенным симптомом у пациентов с хроническими заболеваниями печени и представляет клиническую проблему, возможно не связанную напрямую с поражением печени [7–9]. Слабость и астения могут быть следствием не только самой инфекции, но и нарушения нутритивного статуса или недостаточности питания.

Европейское общество клинического питания и метаболизма (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) рекомендует для пациентов без ЦП нутритивную стратегию, направленную на предотвращение истощения и поддержку регенерации печени, в том числе с использованием сертифицированных смесей для энтерального питания [10].

Исследования по определению нутритивного статуса у пациентов с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) различной этиологии без ЦП до сих пор не проводились, и, соответственно, вопросы его коррекции не рассматривались. Саркопения хорошо изучена при циррозе, но данные о пациентах с ХВГ без ЦП практически отсутствуют.

Цель нашего исследования – оценить динамику клинико-лабораторных показателей, нутритивного статуса и качества жизни пациентов с ХВГ различной этиологии без ЦП на фоне нутритивной поддержки специализированными продуктами диетического лечебного и профилактического питания ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации и Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО.

Материал и методы

Проведено открытое сравнительное контролируемое исследование, в котором участвовало 40 пациентов в возрасте 18–75 лет с ХВГ различной этиологии без ЦП.

Критерии включения:

- верифицированный диагноз вирусного гепатита без признаков ЦП (подтвержден клинико-лабораторными данными, соответствующими показателями неинвазивного теста FIB-4 и результатами ультразвукового исследования (УЗИ));
- отсутствие признаков острого инфекционного заболевания (лихорадки, выраженной интоксикации, желтухи в течение последних четырех недель);
- наличие подписанного информированного согласия.

Критерии невключения:

- наличие ЦП или данных, указывающих на него (FIB-4 > 3,25, признаки портальной гипертензии по УЗИ, эластометрия печени > 12–15 кПа);
- декомпенсированные сопутствующие заболевания (хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса, хроническая болезнь почек стадии IV–V, неконтролируемый сахарный диабет);
- инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, онкологическое заболевание, алкогольная или наркотическая зависимость;
- беременность и лактация.

Методом простой рандомизации были сформированы две клинические группы. Основную группу (ОГ) составили 20 пациентов, которые дополнительно к диетическому питанию получали продукты диетического лечебного и профилактического питания ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации по 200 мл утром один раз в день в течение 21 дня и ЛЕОВИТ PHARMA Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО (с нейтральным вкусом) по 200 мл два раза в день (в обед и вечером) в течение 21 дня. Группу сравнения (ГС) представляли 20 пациентов, которые не получали дополнительную специальную нутритивную поддержку продуктами компании ЛЕОВИТ PHARMA.

В ходе исследования также оценивали органолептические свойства, безопасность и переносимость специализированных продуктов диетического лечебного и профилактического питания ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации и Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО.



Напиток для детоксикации ЛЕОВИТ PHARMA – это специализированный пищевой продукт диетического лечебного и профилактического питания. Для приготовления одной порции напитка 10 г сухой смеси добавляли в 200 мл кипящей воды и тщательно перемешивали до получения однородной консистенции.

Кроме того, использовали Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО в виде готовой к употреблению жидкой смеси – специализированный пищевой продукт лечебного и профилактического питания, в том числе для энтерального (зондового и перорального) применения, по одной порции два раза в день.

Для оценки эффективности применялись различные методы обследования:

- стандартные клиничко-лабораторные исследования, включающие клинический анализ крови, определение уровней аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, общего и прямого билирубина, общего белка, альбумина, глюкозы, холестерина, мочевины, креатинина;
- антропометрия: измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), окружности мышц плеча;
- оценка нутритивного статуса по показателям белково-энергетической недостаточности (индекс массы тела (ИМТ), уровень альбумина, ручная динамометрия, биоимпедансметрия);
- биоимпедансный анализ (БИА) состава тела с помощью анализатора биоимпедансного обменных процессов и состава тела (ABC-02 «Медасс»). Все показатели оценивались относительно нормы индивидуально для каждого пациента с учетом возрастных и гендерных особенностей; были рассчитаны соответствующие стандартизированные индексы;
- оценка качества жизни с помощью валидированного опросника EQ-5D. Использовалась анкета EQ-5D-3L, состоящая из пяти вопросов о субъективных ощущениях физического и психического здоровья (подвижность, уход за собой, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия), а также балльная оценка по визуальной аналоговой шкале EQ-VAS и расчет индекса EQ-5D.

Использование комбинации БИА, динамометрии (для объективной оценки мышечной силы) и анкеты EQ-5D-3L (для оценки субъективного восприятия болезни и качества жизни) позволило получить всестороннюю картину эффективности нутритивного вмешательства.

Динамику основных клиничко-лабораторных показателей и показателей нутритивного статуса определяли после завершения периода нутритивной поддержки – на 21-й день $\pm$ 5 дней. Мониторинг нежелательных явлений осуществляли на протяжении всего периода исследования.

Завершили участие в протоколе 37 человек. Выбыли три пациента: двое в связи с незапланированным отъездом (по одному из каждой группы), один пациент ОГ отказался от дальнейшего участия из-за непереносимости белков молока.

Статистический анализ проводили с помощью программы StatTech v. 4.8.0 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывали на основании среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD) в формате $M \pm SD$. В качестве меры репрезентативности для средних значений указывали границы 95%-ного доверительного интервала (95% ДИ). При отсутствии нормального распределения количественные данные описывали с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q_1 – Q_3), категориальные данные – с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95% ДИ для процентных долей рассчитывали методом Клоппера – Пирсона.

При сравнении нормально распределенных количественных показателей в двух связанных выборках использовали парный t-критерий Стьюдента, при сравнении количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, – критерий Уилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование включено 40 пациентов (23 (57,5%) женщины и 17 (42,5%) мужчин) с ХВГ без ЦП. Средний возраст пациентов составил $44,62 \pm 10,2$ года (95% ДИ 41,36–47,89). Общая характеристика участников исследования представлена в табл. 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу, возрасту и этиологии вирусных гепатитов, абс. (%)

Группа	Пол		Возраст, лет			ВГВ	ВГВ + D	ВГС
	женский	мужской	18–44	45–59	60–74			
Основная	9 (45)	11 (55)	10 (50)	9 (45)	1 (5)	8 (40)	1 (5)	11 (55)
Группа сравнения	8 (40)	12 (60)	10 (50)	8 (40)	2 (10)	13 (65)	1 (5)	6 (30)
Итого	17 (42,5)	23 (57,5)	20 (50)	17 (42,5)	3 (7,5)	21 (52,5)	2 (5)	17 (42,5)



Таблица 2. Распределение пациентов по индексу массы тела

Группа	ИМТ, кг/м ²									
	< 18,5		18,5–24,9		25,5–29,9		30,0–34,9		35,0–39,9	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Основная	1	2	5	5	1	3	1	–	1	1
Группа сравнения	–	–	2	6	5	6	1	–	–	–
Итого	1	2	7	11	6	9	2	–	1	1
Всего, абс. (%)	3 (7,5)		18 (45)		15 (37,5)		2 (5)		2 (5)	

Примечание. М – мужчины. Ж – женщины.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по половозрастным характеристикам: 20 человек были молодого возраста (18–44 года), 17 – среднего (45–59 лет), согласно классификации ВОЗ, три – старше 60 лет.

По этиологии вирусного гепатита среди всех участников большинство составили пациенты с ВГВ – 21 (52,5%). С ВГС насчитывалось 17 (42,5%) человек, с ВГВ + ВГС – 2 (5%).

Сопутствующие заболевания зарегистрированы у 31 (81,6%) участника исследования. Как правило, это были заболевания желудочно-кишечного тракта – у 15 (39,5%) пациентов.

Статистически значимой разницы между клинико-биохимическими показателями пациентов двух групп не выявлено. Ни у одного из участников исследования уровни альбумина и общего белка не были снижены.

Состояние здоровья по опроснику качества жизни в начале наблюдения оценивали в $73,35 \pm 14,91$ балла по 100-балльной шкале.

Большинство пациентов не предъявляли никаких жалоб. Самой распространенной жалобой на момент осмотра была слабость – 13 (32,5%) пациентов: 10 (50%) из ОГ и 3 (15%) из ГС.

Средний ИМТ составил $25,13 \pm 4,28$ кг/м². Нормальным значениям ИМТ соответствовали параметры 18 (45%) пациентов: восемь (шесть женщин и двое мужчин) из ГС и десять (пять женщин и пять мужчин) из ОГ. Пациентов с избыточным весом (ИМТ > 25,5 кг/м²) насчитывалось 15 (37,5%), с ожирением 1-й степени – 2 (5%), с ожирением 2-й степени – 2 (5%).

Таким образом, в когорте с ХВГ количество пациентов с избыточным весом и ожирением по ИМТ оказалось больше – 19 (47,5%), чем пациентов с нормальным ИМТ – 18 (45%) (табл. 2).

Вместе с тем при скрининге по такому параметру, как ОТ > 80 см у женщин и > 94 см у мужчин, оказалось, что в группе риска абдоминального ожирения уже находилось большинство участников исследования – 23 (57,5%), из которых 14 (60,9%) женщин и 9 (39,1%) мужчин.

Показатель соотношения ОТ к ОБ, свидетельствующий об абдоминальном типе ожирения (> 1,0 у мужчин

Таблица 3. Количество пациентов с ожирением в зависимости от использованной методики (ИМТ, ОТ/ОБ, % ЖМ), абс. (%)

Группа	ИМТ	ОТ/ОБ	% ЖМ
Основная	3 (15)	2 (10)	8 (40)
Группа сравнения	1 (5)	3 (15)	6 (30)
Итого	4 (10)	5 (12,5)	14 (35)

и > 0,85 у женщин), определялся на скрининге только у 5 (12,5%) человек: у трех пациентов (две женщины и один мужчина) из ГС и двух пациентов (мужчина и женщина) из ОГ. Ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) выявлено у четырех человек – трех пациентов из ОГ и одного из ГС.

В ходе исследования показано, что, несмотря на использование общепринятых валидированных методик выявления пациентов с избыточным весом и ожирением, количество пациентов с ожирением, определенное по ИМТ и ОТ/ОБ, не совпадало с показателями биоимпедансометрии (табл. 3). Так, ожирение по ИМТ выявлено у 10% пациентов (три пациента из ОГ и один из ГС), по ОТ/ОБ – у 12,5% (три пациента из ГС и два из ОГ). В то же время, по данным биоимпедансометрии, доля жировой массы (ЖМ) соответствовала ожирению в 35% случаев (восемь пациентов из ОГ и шесть из ГС) в начале наблюдения, что в 3,5 раза больше.

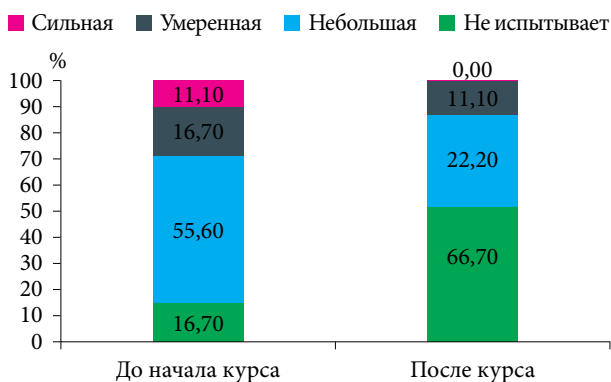
В ОГ, пациенты которой получали нутритивную поддержку, через месяц наблюдения зафиксирована тенденция к уменьшению индекса жировой ткани и увеличению индекса скелетно-мышечной ткани, тогда как в ГС динамика отсутствовала. В ГС не отмечено динамики по ИМТ, ОТ и ОТ/ОБ. В ОГ выявлена положительная тенденция в виде уменьшения этих показателей. Кроме того, наблюдалась разнонаправленная динамика минеральной массы костной ткани: увеличение в ОГ и уменьшение в ГС.

Выявлено 22 (55%) человека с повышенными показателями процентного содержания ЖМ: 8 (20%) с избыточным весом и 14 (35%) с ожирением, что

Таблица 4. Доля пациентов с нормальными и сниженными показателями мышечной силы кисти

Показатель	Нормальные значения силы кисти, кг	Основная группа		Группа сравнения	
		Визит 1 (n = 20)	Визит 3 (n = 18)	Визит 1 (n = 20)	Визит 3 (n = 19)
Мужчины	35–50	6	7	8	8
Женщины	25–33	5	7	9	8
Количество пациентов с нормальной силой кисти, абс. (%)		11 (55)	14 (77,8)	17 (85)	16 (84,2)
Количество пациентов со сниженной силой кисти, абс. (%)		9 (45)	4 (22,2)*	3 (15)	3 (15,8)

* p < 0,05.



Динамика выраженности тревоги/депрессии у пациентов ОГ с ХВГ без ЦП до и после курса лечебного питания

указывает на риск развития стеатоза печени у большей части участников исследования.

В ОГ (нутритивная поддержка) количество пациентов с ожирением по данным биоимпедансметрии (% ЖМ) сократилось почти вдвое – с 8 (40%) до 4 (22,2%), тогда как в ГС этот показатель изменился незначительно. Аналогичная положительная динамика наблюдалась при оценке индекса скелетно-мышечной массы: из 11 (27,5%) пациентов с низким индексом скелетно-мышечной массы (кг/м²) на фоне лечебного питания у 75% отмечена тенденция к повышению данного показателя. В ГС какая-либо динамика отсутствовала.

В ОГ количество пациентов со сниженными показателями мышечной силы уменьшилось более чем в два раза в отличие от пациентов ГС, где динамика отсутствовала (табл. 4).

Таким образом, количество пациентов с нормальной мышечной силой кисти в ОГ увеличилось через месяц в 1,4 раза и составило 77,8%, в то время как в ГС без лечебного питания динамика показателей отсутствовала.

Результаты анкетирования качества жизни выявили положительную динамику у пациентов ОГ на фоне приема лечебного питания: уменьшились утомляемость, общая слабость, нарушение сна, дискомфорт в эпигастрии и расстройство стула. Кроме того, пациенты ОГ отмечали значительное снижение выраженности симптомов тревоги/депрессии (рисунок) – с 83,4 до 33,3% (p < 0,05).

Органолептические свойства коктейля и напитка были высоко оценены пациентами. Продукты переносились хорошо.

Обсуждение

Данные проведенного исследования выявили ряд клинически значимых тенденций: изменения состава тела в виде саркопении и ожирения у пациентов с ХВГ без выраженных фибротических изменений (независимо от ИМТ), а также снижение качества жизни. В то же время нутритивная поддержка в виде дополнительного лечебного детоксикационного питания способствовала нормализации выявленных нарушений и значимому повышению качества жизни пациентов.

До начала нутритивной поддержки снижение мышечной массы регистрировалось в обеих группах. У пациентов, получавших лечебное питание, доля мышечной массы в составе тела увеличилась, также повысилась доля минеральной массы костной ткани, тогда как в ГС она уменьшилась. Прием белкового коктейля и напитка позволял частично покрывать потребности в аминокислотах без разрушения собственных белков, что, вероятно, способствовало стабилизации костного матрикса. Разрушение костной ткани если не остановилось полностью, то значительно замедлилось по сравнению с группой без белковой поддержки. Таким образом, анализ биоимпедансметрии показал уменьшение мышечной массы в обеих группах, однако в ОГ благодаря белковой поддержке костная масса оставалась стабильной.

Сказанное означает, что у пациентов с ХВГ без ЦП, не получающих адекватной нутритивной поддержки, может развиваться или усугубляться остеопения/остеопороз как прямое следствие белкового дефицита и катаболического состояния. Выявленная тенденция является объективным свидетельством системного катаболического процесса, который при дефиците белка приводит к повреждению костной массы. Это весомый аргумент в пользу того, что адекватное белковое питание необходимо не только для профилактики саркопении, но и для сохранения здоровья костной ткани. У пациентов ОГ, которые получали лечебное питание, не произошло снижения доли костной массы. Следовательно, нутритивная поддержка оказывает защитный эффект на костную ткань, предотвращая ее активное разрушение.



Результаты биоимпедансметрии в группе лечебного питания подтверждают, что главной нерешенной проблемой остается саркопения, которая регистрируется даже у пациентов без выраженного фиброза и с нормальными уровнями общего белка и альбумина. Различия показателей состава тела между группами доказывают защитную роль белка для костей. Это служит ценным ориентиром для совершенствования тактики ведения пациентов с ХВГ и фокусирует внимание врача на том, что катаболические процессы в мышцах продолжают, а нутритивная поддержка должна быть более интенсивной уже на доцирротическом этапе.

Согласно результатам крупного метаанализа, в который были включены 39 исследований с участием 12 827 пациентов с циррозом печени, суммарная распространенность саркопии составила 44% (95 % ДИ 38–50 %). Наличие саркопии служило независимым фактором риска смертности с поправкой на возраст (относительный риск 2,07; 95 % ДИ 1,81–2,36). В нашем исследовании также показана широкая распространенность саркопии уже на доцирротическом этапе, а риски у этих пациентов еще предстоит изучить.

Выявлено уменьшение мышечной массы у 30% пациентов с ХВГ без ЦП по индексу скелетно-мышечной мускулатуры, определяемому методом биоимпедансметрии и мышечной силы кисти руки, измеряемой методом динамометрии. Установлено, что 21-дневный курс продуктами нутритивной поддержки приводит к достоверному ($p = 0,05$) повышению доли костной массы по сравнению с исходными значениями. Результаты исследования продемонстрировали, что для стойкой коррекции нарушений состава тела необходим более продолжительный курс приема продуктов диетического лечебного и профилактического питания ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации и Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО.

По данным биоимпедансметрии, у 55% пациентов с ХВГ без ЦП (8 (20%) пациентов с избыточным весом и 14 (35%) с ожирением) были повышены показатели процентного содержания ЖМ, тогда как по ИМТ ожирение выявлено только у 4 (10%). Метод измерения процентного содержания ЖМ с помощью биоимпедансметрии более информативен по сравнению с определением ИМТ и позволяет отслеживать динамику изменений состава тела для коррекции лечебного питания. В нашем исследовании отмечалась положительная динамика процентного содержания ЖМ в группе пациентов с ХВГ, получавших диетическое лечебное и профилактическое питание ЛЕОВИТ PHARMA: количество пациентов с ожирением уменьшилось в два раза, тогда как в ГС данный показатель не изменился.

Согласно анкете EQ-5D-3L, применение продуктов диетического лечебного и профилактического питания (напиток детоксикационный один раз в день и белковый детоксикационный коктейль

два раза в день) в течение 21 дня у пациентов с вирусным гепатитом без ЦП способствовало значимому уменьшению слабости, утомляемости, симптомов тревоги и депрессии, улучшению сна, а также снижению боли и дискомфорта в эпигастральной области и расстройств стула, то есть достоверному улучшению качества жизни. Кроме того, продукты показали хорошую переносимость и высокие органолептические свойства.

Можно предположить, что слабость, на которую жаловались 32,5% пациентов, была прямым результатом катаболических процессов, приводящих к саркопии вследствие вирусной инфекции и воспаления. Используемые антропометрические методы позволили выявить саркопию, а также скрытый дефицит белка и ожирение (даже при нормальном весе). Результаты настоящего исследования совпадают с данными других авторов, демонстрирующих четкую связь между саркопией и качеством жизни [12].

Таким образом, нутритивная поддержка с применением продуктов диетического лечебного и профилактического питания ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации и Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО является эффективным и безопасным компонентом комплексной терапии пациентов с ХВГ и показана для использования уже на доцирротической стадии.

Заключение

Нутритивные нарушения являются неотъемлемым компонентом патофизиологии вирусных гепатитов и их прогрессирования в цирроз. Они развиваются вследствие сложного взаимодействия гиперметаболизма, нарушений усвоения макронутриентов, мальабсорбции и сниженного потребления пищи. Современная диетотерапия основывается на адекватном (а не ограниченном) потреблении белка с акцентом на частый дробный режим питания. Специализированные пищевые продукты играют ключевую роль в коррекции нутритивного дефицита, при этом сравнительные исследования различных видов таких продуктов остаются актуальной областью для дальнейших научных изысканий.

Для объективной оценки эффективности детоксикационного лечебного питания ЛЕОВИТ PHARMA был применен комплекс методов, включающий биоимпедансный анализ для определения состава тела, динамометрию для оценки мышечной силы и специфические опросники качества жизни (например, EQ-5D). Результаты проведенного исследования показали, что в рутинной нутритивной поддержке нуждаются не только пациенты с ЦП, но и пациенты с заболеваниями печени без выраженного фиброза, у которых также выявляются нарушения питания, начальные признаки саркопии и висцерального ожирения. Настоящее пилотное исследование впервые позволило получить данные об особенностях изменения нутритивного статуса у пациентов с хроническим гепатитом без цирроза.



Продemonстрировано, что применение специальных метаболических смесей с детоксикационной активностью (углеводных и белковых) не только обеспечивает снижение интоксикации, улучшение метаболических процессов, повышение усвоения белка в организме за счет улучшения функционального состояния печени, но также повышает результаты лечения и качество жизни пациентов. Нутритивная поддержка с использованием продуктов диетического лечебного и профилактического питания

ЛЕОВИТ PHARMA Напиток для детоксикации и Коктейль белковый детоксикационный НУТРИО является эффективным и безопасным компонентом комплексной терапии пациентов с ХВГ. Интеграция нутритивной поддержки в стандартные схемы ведения таких пациентов – обязательное условие для улучшения их прогноза и качества жизни независимо от стадии фиброза и наличия ЦП. ©

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Global hepatitis report 2026. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240122383> (дата обращения: 15.05.2026).
2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. J. Hepatol. 2019; 70 (1): 172–193.
3. Merli M., Riggio O., Dally L. Does malnutrition affect survival in cirrhosis? PINC (Policentrica Italiana Nutrizione Cirrosis). Hepatology. 1996; 23 (5): 1041–1046.
4. Han E., Lee Y.H., Kim B.K., et al. Sarcopenia is associated with the risk of significant liver fibrosis in metabolically unhealthy subjects with chronic hepatitis B. Aliment. Pharmacol. Ther. 2018; 48 (3): 300–312.
5. Гриневич В.Б., Сас Е.И. Роль саркопении в развитии неалкогольной жировой болезни печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 183 (11): 70–73.
6. Kalaitzakis E., Josefsson A., Björnsson E. Fatigue in patients with chronic liver disease: a prospective study. Scand. J. Gastroenterol. 2012; 47 (11): 1293–1300.
7. D'Mello C., Swain M.G. Liver-brain interactions in inflammatory liver diseases: implications for fatigue and mood disorders. Brain Behav. Immun. 2014; 35: 9–20.
8. Swain M.G. Fatigue in liver disease: pathophysiology and clinical management. Can. J. Gastroenterol. 2006; 20 (3): 181–188.
9. D'Mello C., Swain M.G. Liver-brain inflammation axis. Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. 2011; 301 (5): 749–761.
10. Plauth M., Bernal W., Dasarthy S., et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. Clin. Nutr. 2019; 38 (2): 485–521.
11. Dajti E., Rodrigues S.G., Perazza F., et al. Sarcopenia evaluated by EASL/AASLD computed tomography-based criteria predicts mortality in patients with cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. JHEP Rep. 2024; 6 (8): 101113.
12. Chang K.V., Hsu T.H., Wu W.T., et al. Association between sarcopenia and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2016; 17 (12): 1164.e7–1164.e15.

Nutritional Status and Methods of Its Correction in Patients with Chronic Viral Hepatitis at the Pre-Cirrhotic Stage

Kh.G. Omarova, PhD¹, V.V. Makashova, PhD¹, Zh.B. Ponezheva, PhD¹, T.L. Pilat, PhD², A.V. Gorelov, PhD, Prof.¹

¹ Central Research Institute of Epidemiology

² Academician N.F. Izmerov Research Institute of Occupational Health

Contact person: Khadizhat G. Omarova, omarova@cmd.su

Studies of the nutritional status of patients with chronic viral hepatitis of various etiologies at the pre-cirrhotic stage have not been conducted so far, and the issues of nutritional support for this category of patients have also not been addressed. At the same time, a decrease in muscle mass and an increase in fat mass, which can lead to weakness, asthenia, and reduced physical activity, are registered even in patients without fibrotic changes. Since the majority of patients belong to this group and present with similar complaints, which may indicate the predominance of catabolic processes secondary to viral liver disease, the study of nutritional deficiency and methods for its correction in these patients appears highly relevant.

In an open comparative controlled study involving 40 patients with chronic viral hepatitis without liver cirrhosis, data on changes in nutritional status were obtained for the first time, manifested as the development of sarcopenia and visceral obesity. A positive dynamics in body composition according to bioimpedancemetry and a significant improvement in quality of life were demonstrated after a 21-day intake of therapeutic detoxification nutrition from LEOVIT PHARMA. The proportion of patients with reduced muscle strength in the group receiving nutritional support decreased by more than twofold. Data on the efficacy and safety of the tested products in the comprehensive therapy of patients with chronic viral hepatitis of various etiologies without liver cirrhosis are presented.

Keywords: viral hepatitis, nutritional status, therapeutic nutrition, bioimpedancemetry, quality of life



ЛЕЧЕБНОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, В Т. Ч. ВИРУСНЫХ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ, ТРАВМАХ, ОЖОГАХ

- Содержит высококачественный белок
- Имеет высокую усвояемость
- Хорошо сбалансировано по макро- и микроэлементному составу
- Обеспечивает детоксикацию организма
- Улучшает функциональное состояние организма
- Ускоряет восстановление
- Повышает эффективность лечения и ускоряет период реабилитации

Хорошо переносится, содержит природные компоненты, улучшающие усвоение белка

ПЕРОРАЛЬНО, ЗАМЕНА ОДНОГО
И БОЛЕЕ ПРИЕМОВ ПИЩИ

КАК ДОПОЛНЕНИЕ К ПЕРОРАЛЬНОМУ
ПИТАНИЮ (СИПИНГ)

ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ
ИЛИ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД,
ЧЕРЕЗ СТОМУ

*Результаты клинических исследований опубликованы на сайте www.leovit.ru

Только для работников системы здравоохранения

Производитель: ООО «ЛЕОВИТ нутрио», Россия
Москва, ул. Поморская, 33. Тел.: 8-800-100-03-01, e-mail: med@leovit.ru
На правах рекламы

БОЛЬШЕ
ИНФОРМАЦИИ
НА САЙТЕ
LEOVIT.RU

