

# Модель індивідуального збалансованого харчування у поєднанні з сучасною фармакотерапією як найбільш ефективна стратегія успішного лікування поширених гастроентерологічних захворювань

Епоха доказової медицини – це період кардинальних змін в усіх сферах медичної діяльності, адже в основу сучасної концепції ведення пацієнтів закладено фундамент обґрунтованого призначення лікарських засобів, ефективність яких підтверджена результатами численних масштабних клінічних досліджень. У зв'язку з появою на фармацевтичному ринку високоефективних препаратів для лікування гастроентерологічних захворювань потребу у призначенні «шаблонних дієт за Певзнером» витіснила сучасна концепція індивідуального збалансованого за вмістом макро- та мікронутрієнтів і калорійністю харчування.

Для кращого ознайомлення медичних фахівців різних галузей із базовими принципами дієтології, застосування яких дозволяє підвищити ефективність раціонального призначення фармакотерапевтичних засобів при поширених гастроентерологічних захворюваннях, за ініціативи групи компаній «МедЕксперт» та Асоціації дієтологів України була проведена XIII національна науково-практична конференція «Поліпшення харчування для здоров'я та довголіття людини. Застосування дієтичних добавок: коли, кому, з якою метою?». У межах цього заходу тему індивідуального підходу в дієтоterapiї при захворюваннях системи травлення висвітлив президент Асоціації дієтологів України, кандидат медичних наук Олег Віталійович Швець.

Зародження основ лікувального харчування як одного з компонентів комплексного харчування почалося ще в XII столітті, в часи появи першої класифікації дієт. Тривале спостереження та аналіз наслідків споживання різних продуктів, відкриття та синтез макро- і мікронутрієнтів призвели до формування нового сучасного уявлення про концепцію персоналізованого харчування. Як відомо, травлення – це комплекс складних біохімічних процесів за участю десятків гормонів та ферментів. Вживання продуктів із високим вмістом стимулюючих речовин частіше є тригером загострення гастроінтестинальних симптомів та погіршення якості життя пацієнтів (С.М. Wilder-Smith et al., 2018). Тому в усьому світі збалансована за калорійністю, вмістом макро- та мікронутрієнтів дієта є основою сучасної концепції здорового харчування. Проте при окремих патологічних станах (наприклад, при еозинофільному езофагіті, целіакії), пов'язаних із непереносимістю певних харчових продуктів, елімінаційна дієта є найбільш ефективним методом лікування (N. Gonsalves et al., 2012). Додаткова суплементация (призначення альтернативних джерел нутрієнтів) та інші модифікації харчування (ентеральне, парентеральне) також можуть розглядатися як можливі варіанти лікування. Сьогодні дієтологія базується на персоналізованому підході у харчуванні з урахуванням генетичних, мікробіологічних факторів тощо.

Призначення дієтичних столів по Певзнеру вже не є актуальним методом лікування через невідповідність принципам доказової медицини, відсутність об'єктивної оцінки трофологічного статусу пацієнта, наявність шаблонних необґрунтованих обмежень, які не враховують сучасні можливості фармакотерапії. У період появи 1, 1а та 1б дієтичних столів по Певзнеру у світі не було даних про етіотропне та патогенетичне лікування кислото залежних захворювань (КЗЗ), тому забезпечення механічного, хімічного та термічного щадіння було найбільш оптимальним для відновлення слизових оболонок стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. З появою на фармацевтичному ринку ефективних схем ерадикації *Helicobacter pylori*, кислотознижувальних лікарських засобів (інгібіторів протонної помпи (ІПП), H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторів, антацидів) та репаративно-захисних препаратів (вісмуту субцитрату, сукральфату) зникла потреба у призначенні шаблонних дієт. Тому сьогодні таким пацієнтам рекомендовано призначати дієту з урахуванням індивідуальних фізіологічних потреб в енергії та харчових речовинах без суворих обмежень. Варто уникати страв, напоїв, які індивідуально сприяють посиленню симптомів захворювання, пити воду нормальної мінералізації, не слід вживати невідомі продукти під час антихелікобактерної терапії через ймовірність розвитку небажаних алергічних реакцій, що може призвести до потреби у перериванні ерадикаційної терапії з наступним призначенням складнішої комбінації лікарських засобів.

Згідно з останніми даними V Маастрихтського консенсусу, для підвищення ефективності ерадикації *H. pylori* рекомендовано призначати подвійні дози ІПП, ад'ювантну терапію пробіотиками з доведеною ефективністю

та продовжити тривалість лікування до 14 днів. Крім того, у процесі лікування важливим є дотримання пацієнтом усіх рекомендацій щодо прийому та дозування лікарських засобів. З цією метою ТОВ «Ранбаксі Фармасьютикалс Україна» та група компаній «САН Фарма» розробила комбінований препарат **Пілобакт Нео**. В одній упаковці містяться 7 блістерів, у кожному з яких 2 капсули омепразолу по 20 мг, 2 таблетки амоксициліну 1000 мг та 2 таблетки кларитроміцину 500 мг, розраховані на щоденний 2-разовий прийом із маркуванням «ранок» та «вечір». На курс антихелікобактерної терапії потрібно 2 упаковки цього лікарського засобу. Оскільки сучасна концепція антихелікобактерної терапії передбачає використання подвійних доз ІПП, то паралельно із застосуванням комбінованого препарату **Пілобакт Нео** доцільно призначати езомепразол у дозі 20 мг 2 рази на добу, який на фармацевтичному ринку України представлений у формі гастрорезистентних таблеток **Пемозар** по 20 та 40 мг й у формі ліофілізованого порошку для ін'єкцій по 40 мг. Ефективність антихелікобактерної терапії підвищує додатковий прийом вісмуту субцитрату 4 рази на день (480 мг/добу), а призначення пробіотика протягом 28 днів з початку антихелікобактерної терапії дозволяє зменшити частоту антибіотикасоційованої діареї.

Іншим патологічним станом, з яким медичні фахівці зустрічаються у своїй практиці все частіше, є функціональна диспепсія (ФД), у контексті якої умовно виділяють синдром епігастрального болю (СЕБ) і постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС). Патологічно в основі розвитку цього стану лежить вісцеральна гіперчутливість, порушення хемочутливості, резистентності, толерантності до осмотичного навантаження, а також гіпералгезія та надмірна збудливість. Важливе значення у розвитку ФД належить і поведінковим факторам, наприклад об'єму порції. Харчові подразники (кислоти, жири, капсаїцин) можуть опосередковано через хеморецептори, кислотні сенсорні іонні канали, механізм холецистокініну-пакреозиміну та за участю ферментованих вуглеводів – оліго-, ди- і моносахаридів та поліолів (fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols, FOODMAPs) – провокувати розвиток симптомів ФД.

Дієтичні рекомендації пацієнтам із ФД активно вивчаються. Сьогодні відомо, що вживання злакових продуктів (особливо пшениці) може спричинити загострення симптомів ФД через механізм вісцеральної гіперчутливості, у тому числі зумовленої дією гастроінтестинальних гормонів та цитокінів, тому їх обмежене споживання може полегшувати симптоми захворювання. Роль FOODMAPs, жиру та кофеїну в появі симптомів ФД не підтверджена, а взаємозв'язку між вживанням алкоголю та проявами ФД поки що не встановлено (K.R. Duncanson et al., 2018). Пацієнтам, у яких в основі розвитку ФД лежить порушення акомодатії та релаксації дна шлунка, рекомендовано додатково призначати прокінетики (ітоприду гідрохлорид) та трициклічні антидепресанти.

При гастроэзофагеальній рефлюксній хворобі специфічних дієтичних рекомендацій немає, проте в основі загальних настанов лежать принципи нормалізації маси тіла, помірне та повільне (із розрахунку близько 20-30 хвилин на основний прийом та 10-15 хвилин на перекуси) споживання їжі, уникнення великих порцій та надмірної кількості напоїв (особливо алкогольних), жування гумки без цукру після їди. Останній вечірній прийом їжі повинен бути не пізніше ніж за 3 години до сну, при цьому протягом 2 годин після їди не варто лягати. Слід уникати вживання надто жирних або гострих страв, цитрусових, шоколаду та кави, а також харчових продуктів і напоїв, які викликають печію. Рекомендовано обмежувати вживання продуктів, які пройшли технологічну обробку і містять багато цукру, солі та жиру, і споживати більше рослинних продуктів – овочів, фруктів, цільних злаків та горіхів.



О.В. Швець

Згідно з настановами Національного інституту здоров'я та клінічної досконалості Великої Британії, при функціональних кишкових розладах необхідно дотримуватися загальних та основних рекомендацій корекції способу життя та перейти на дворівневу індивідуальну дієту за потреби. До базових рекомендацій відносять: забезпечення достатнього відпочинку, збільшення рівня фізичної активності, регулярне повільне вживання їжі без тривалих перерв між прийомами. Основні рекомендації щодо харчування при хронічному коліті включають: прийом не менше 8 склянок рідини на день (2000 мл) (переважно за рахунок води або інших напоїв без кофеїну (трав'яний чай)), споживання не менше 30 г харчових волокон (клітковини) на добу, обмежене вживання алкоголю, солодких газованих напоїв, соків, чаю з кофеїном та кави до 3 чашок на день (приблизно 750 мл), фруктів до 3 порцій на день (одна порція в середньому 80 г), уникнення прийому продуктів, що містять сорбітол – штучний підсолоджувач, присутній у кондитерських виробках, жувальній гумці, напоях, діабетичних продуктах (особливо у разі, коли пацієнт страждає на діарею). При синдромі подразненого кишечника перехід до 2-рівневої дієтоterapiї передбачає запровадження здорового харчування шляхом попередньої фотофіксації спожитої їжі для подальшого аналізу спожитих страв із наступними рекомендаціями щодо змін у раціоні та спостереженням протягом наступних 6-8 тижнів. Якщо покращення не настає, необхідно призначити дієту з обмеженим вживанням FOODMAPs.

У лікуванні гострих діарейних станів сьогодні керуються принципом безпосереднього встановлення причини розвитку стану з наступним призначенням етіотропної терапії. Важливим аспектом є забезпечення належної регідратації (застосування сольових розчинів) та призначення специфічної BRAT-дієти, основою якої є банани, рис, яблучне пюре та тости (підсмажений білий хліб).

Згідно з останніми рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (European Association for the Study of the Liver, EASL), середземноморська дієта є пріоритетним варіантом дієтоterapiї при неалкогольній жировій хворобі печінки, адже відповідно до результатів рандомізованих контрольованих досліджень, таке харчування має вірогідно кращу ефективність у порівнянні з гіпокалорійною дієтою із низьким вмістом жиру.

Сучасна модель харчування при хронічному панкреатиті передбачає вживання достатньо збалансованої їжі, уникнення рестриктивних дієт, у тому числі з обмеженням жиру, включення додаткових джерел вітаміну D, кальцію, заліза, індивідуальну корекцію текстури страв та вмісту харчових волокон, призначення ферментної терапії, пероральної суплементатії харчових речовин та застосування ентєрального чи парентерального харчування.

Таким чином, найбільш ефективною стратегією успішного лікування поширених гастроентерологічних захворювань є поєднання індивідуального збалансованого харчування з сучасною етіотропною та патогенетичною терапією, у тому числі зниження кислотності шлункового вмісту за допомогою сучасних препаратів (Пемозар).

Підготувала Ірина Неміш





# ПЕМОЗАР

Езомепразол є S-ізомером омепразолу<sup>1</sup>



Р.П. № UA/16240/01/01  
Наказ МОЗ України від 16.08.2017 № 944



Р.П. № UA/13925/01/02  
Наказ МОЗ України від 31.10.2019 № 2205



Р.П. № UA/13925/01/01  
Наказ МОЗ України від 31.10.2019 № 2205

Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу ПЕМОЗАР (PEMOZAR)<sup>2</sup>.

**Склад:** діюча речовина: esomeprazole; 1 флакон містить езомепразолу натрію еквівалентно езомепразолу 40 мг.  
**Лікарська форма.** Порошок ліо- філізований для розчину для ін'єкцій та інфузій. **Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагіальної рефлюксної хвороби. Інгібітори протонного насоса. Код АТХ А02В С05. **Клінічні характеристики. Показання. Дорослі.** Антисекреторна терапія у випадках, коли неможливо застосувати пероральний шлях введення, наприклад: гастроєзофагіальна рефлюксна хвороба у пацієнтів з езофагітом та/або тяжкими симптомами рефлюксу. **Діти та підлітки віком від 1 до 18 років.** Антисекреторна терапія у випадках, коли неможливо застосувати пероральний шлях введення, наприклад: гастроєзофагіальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) у пацієнтів з ерозивним рефлюксним езофагітом та/або тяжкими симптомами рефлюксу. **Спосіб застосування та дози. Дорослі. Антисекреторна терапія у разі, коли неможливо використовувати пероральний шлях введення.** Пацієнтам, які не можуть застосувати препарат перорально, призначають парентеральне введення езомепразолу в дозі 20-40 мг 1 раз на добу. **Побічні реакції.** Під час клінічних досліджень та після впровадження езомепразолу в широку медичну практику повідомлялося про наведені побічні ефекти. **З боку системи крові:** лейкопенія, тромбоцитопенія, агранулоцитоз, панцитопенія. **Набряк та анафілактична реакція/шок. Упаковка.** По 1 флакону з порошком у картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Сан Фармасьютікал Індастріз Лтд. **Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.** Барода Хайвей, Халол, Гуджарат, 389350, Індія.

<sup>1,2</sup> Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПЕМОЗАР (PEMOZAR).

Не є рекламою. Дана інформація призначена винятково для дипломованих фахівців медичної сфери та для використання на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

**Увага!** Є протипоказання та побічні ефекти. Рекомендовано ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування препарату та проконсультуватися з лікарем!

**ТОВ «Ранбаксі Фармасьютікалс Україна» (група компаній САН ФАРМА).**  
м. Київ, 02121, Харківське шосе, 175, оф. 14. Тел: +38 044 371 77 21

# ПІЛОБАКТ НЕО

Перша лінія ерадикаційної терапії *H. Pylori*<sup>3</sup>



- Пیلобакт Нео є комбінованим набором, який містить омепразол, кларитроміцин і амоксицилін<sup>4</sup>
- Омепразол знижує секрецію соляної кислоти і підвищує концентрації кларитроміцину та амоксициліну в слизовій оболонці шлунка<sup>5</sup>
- Кларитроміцин та амоксицилін виявляють антибактеріальну активність щодо *H. Pylori* та стійкі до кислого середовища шлунка<sup>6</sup>

Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу ПІЛОБАКТ НЕО (PYLOBACT NEO)<sup>7</sup>.

**Склад:** діючі речовини: таблетки амоксициліну – 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить амоксициліну тригідрат еквівалентно амоксициліну 1000 мг; таблетки кларитроміцину – 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить кларитроміцину 500 мг; капсули омепразолу – 1 капсула містить омепразолу 20 мг; **Фармакотерапевтична група.** Комбінації для ерадикації *Helicobacter pylori*. Код АТХ А02В D05. **Фармакологічні властивості.** Пیلобакт Нео є комбінованим набором, який містить омепразол, кларитроміцин і амоксицилін. Пیلобакт Нео – потрійна схема першої лінії ерадикаційної терапії *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), розрахована на 7 днів лікування. **Клінічні характеристики. Показання.** Ерадикація *Helicobacter pylori* у пацієнтів з виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Пیلобакт Нео є комбінованим набором, який містить омепразол, кларитроміцин і амоксицилін. Пилобакт Нео – потрійна схема першої лінії ерадикаційної терапії *H. pylori*, розрахована на 7 днів лікування. **Побічні реакції.** Препарати, які входять до складу комбінованого набору, добре переносяться, а небажані реакції зазвичай легкого перебігу й оборотні. **Упаковка.** 1 стрип містить: 2 таблетки амоксициліну, 2 таблетки кларитроміцину і 2 капсули омепразолу; 7 стрипів у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Сан Фармасьютікал Індастріз Лімітед/ Sun Pharmaceutical Industries Limited. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Індастріал Ареа 3, Девас – 455001, Індія/ Industrial Area 3, Dewas, 455001, India.

Наказ МОЗ України від 28.07.2016 № 787. Р.П. № UA/0130/01/01.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

<sup>3-7</sup> Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ПІЛОБАКТ НЕО.



**SUN**  
PHARMA