



ЛАКТИАЛЕ® МУЛЬТІ

мультиштамний пробіотик для нормалізації мікрофлори кишечника!¹

Лактіале Мульті містить 14 запатентованих компанією ADM Protexin Ltd. штамів пробіотичних бактерій з доведеною ефективністю^{1,2}

Усі штами, які входять до складу Лактіале мають розшифрований геном та код безпеки (PXN)²



- ✓ Lactobacillus casei PXN 37*
- ✓ Lactobacillus plantarum PXN 47*
- ✓ Lactobacillus rhamnosus PXN 54*
- ✓ Lactobacillus acidophilus PXN 35*
- ✓ Lactobacillus delbrueckii ssp bulgaricus PXN 39*
- ✓ Lactobacillus helveticus PXN 45*
- ✓ Lactobacillus salivarius PXN 57*
- ✓ Bifidobacterium bifidum PXN 23*
- ✓ Bifidobacterium breve PXN 25*
- ✓ Bifidobacterium longum PXN 30*
- ✓ Bifidobacterium infantis PXN 27*
- ✓ Lactococcus lactis ssp. lactis PXN 63*
- ✓ Streptococcus thermophilus 89 PXN 66*
- ✓ Bacillus subtilis PXN 21*

1. Інструкція з використання дієтичної добавки Лактіале Мульті

2. Г.А. Анохіна «Мікробіота і психоемоційний стан людини», Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія» № 2 (60) 2021 р.

О.В. Швець, к.м.н., голова Асоціації дієтологів України, м. Київ

Організація нутритивної підтримки пацієнтів із хронічним панкреатитом

Хронічний панкреатит (ХП) – це патологічний процес, який характеризується фіброзом і запаленням підшлункової залози в суб'єктів із генетичними, зовнішніми та іншими факторами ризику, наприклад, гіпертригліцеридемією. Морфологічні, патофізіологічні, клінічні прояви ХП характеризуються атрофією, фіброзом, стриктурами і деформацією протоків, кальцифікацією, дисплазією залози, порушенням її ендо- та екзокринної функції, хронічним абдомінальним болем, порушенням нутритивного статусу (Whitcomb D.C. et al., 2016).



О.В. Швець

Більшість пацієнтів із ХП мають тяжкий абдомінальний біль, що загострюється після їди; може супроводжуватися нудотою і блюваннями. Також для ХП характерною є ситофобія – свідоме обмеження їжі.

Фіброз зумовлює значне пригнічення екскреторної та інкреторної функцій підшлункової залози, відчутне погіршення засвоєння нутрієнтів (насамперед жирів), секреції інсуліну й глюкагону (Lohr J.M. et al., 2017).

Підшлункова залоза та кишечник – це головні органи для засвоєння основних нутрієнтів – протеїнів, вуглеводів, жирів. У разі порушення їхніх функцій засвоєння нутрієнтів погіршується.

Ключова причина ХП – вживання алкоголю. Багатоцентрове дослідження 1159 пацієнтів із ХП показало, що 42% випадків були пов'язані з надмірним вживанням алкоголю. В цьому самому випробуванні 10% хворих мали генетичні поліморфізми, асоційовані зі спадковим панкреатитом (PRSS1, SPINK1). Водночас 28% випадків ХП не мали зв'язку з відомими етіологічними чинниками (алкоголь, спадковість, біліарна патологія) (Wilcox C.M. et al., 2016).

ХП має характерні закономірності перебігу. Перший період є безсимптомним; він триває 10-15 років. У подальші 5-10 років відбуваються рецидивувальні атаки гострого панкреатиту, після чого розвивається клініка ХП, що триває 10-15 років. Остання фаза являє собою розвиток прогресувального фіброзу, супроводжується порушенням зовнішньої та внутрішньої секреції (зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози (ЗНПЗ), цукровий діабет) (Kwon C.L. et al., 2019).

Основними симптомами ХП є:

- абдомінальний біль: має локалізацію в епігастрії, може ірадіювати в спину, посилюється після вживання їжі чи напоїв (особливо алкогольних); біль може бути 1 (нападодібний) або 2 типу (постійний);
- ЗНПЗ: мальдигестія, мальабсорбція, стеаторея, втрата маси тіла;
- 3 тип діабету з недостатньою продукцією глюкагону та інсуліну;
- псевдокісти, тромбоз селезінкової вени, жовтяниця, нудота та блювання, а також блідий, глиноподібний кал (Afghani E. et al., 2014).

Механізми погіршення нутритивного статусу за ХП полягають у мальдигестії тригліцеридів (погіршення абсорбції жирів, жиророзчинних вітамінів), зниженні синтезу протеаз (унаслідок обмеженого надходження білка та вітаміну B_{12}), запальному процесі (зумовлює катаболічні наслідки з подальшою втратою білка) та цукровому діабету (поганий контроль глікемії негативно впливає на апетит і метаболізм) (Greer et al., 2019).

Існують відмінності у виникненні панкреатичної недостатності та недостатнього харчування між хворими на алкогольний, а також ідеопатичний ХП. Латентний період

між появою перших симптомів і ознак ХП, включаючи біль, мальабсорбцію/мальнутрицію, триває від 5 до 10 років у залежних від алкоголю осіб, але може бути відтермінованим за інших причин ХП. При всіх формах ХП спостерігається очевидний ризик недостатності харчування. В разі використання скринінгового інструменту MUST ризик мальнутриції становив 26-32% у різних дослідженнях (Phillips M.E. et al., 2021).

Інструмент скринінгу мальнутриції MUST є універсальним і складається із 3 діагностичних кроків: оцінки індексу маси тіла (ІМТ) ($18,5-20 \text{ кг/м}^2$ – 1 бал, $<18,5 \text{ кг/м}^2$ – 2 бали), оцінки динаміки втрати маси тіла (протягом 3-6 міс: $<5\%$ – 0 балів; $5-10\%$ – 1 бал; $>10\%$ – 2 бали), оцінки активності гострої хвороби (за невживання їжі >5 днів – 2 бали). На 4-му кроці бали підсумовуються (0 – низький ризик, рутинне ведення; 1 – середній ризик, спостереження; 2 – високий ризик, терміновий план лікування). На 5-му кроці проводиться ведення пацієнтів, включаючи визначення цілей, призначення, моніторинг, перегляд плану харчування, лікування основного, супутніх захворювань і контроль ризику мальнутриції (BAPEN, 2023).

Згідно з узгодженим звітом глобальної спільноти фахівців із клінічного харчування критерії GLIM для діагностики мальнутриції розподіляються на фенотипові (втрата маси тіла, зниження ІМТ, втрата м'язової маси) й етіологічні (зменшення споживання їжі чи засвоєння нутрієнтів, запальний стан) (Cederholm T. et al., 2018). За тяжкістю мальнутриції розподіляється на 2 стадії – помірну (потрібен 1 діагностичний критерій GLIM, що відповідає цій стадії: втрата маси тіла – $5-10\%$ протягом останніх 6 міс або $10-20\%$ за строк >6 міс; зменшення ІМТ – $<20 \text{ кг/м}^2$ у віці <70 років, $<22 \text{ кг/м}^2$ – у віці ≥ 70 років; втрата м'язової маси – помірний дефіцит відповідно до валідованого методу дослідження) та тяжку (потрібен 1 діагностичний критерій GLIM, що відповідає цій стадії: втрата маси тіла – $>10\%$ протягом останніх 6 міс або $>20\%$ за строк >6 міс; зменшення ІМТ – $<18,5 \text{ кг/м}^2$ у віці <70 років, $<20 \text{ кг/м}^2$ – у віці ≥ 70 років; втрата м'язової маси – важкий дефіцит відповідно до валідованого методу дослідження).

Маркери для оцінки нутритивного статусу в пацієнтів із ХП включають антропометричні дослідження (ІМТ, м'язова маса тіла), дослідження крові (гемоглобін, глікований гемоглобін), протеїнограму (альбумін, преальбумін, ретинол-зв'язувальний протеїн) і відтворення дієти (щоденник харчування, фотофіксація, мобільні застосунки).

Згідно з настановою EPSEN (2020), ключовими напрямками нутритивного супроводу є ефективне знеболення, оптимізація надходження нутрієнтів, усунення дисбіотичних змін, замісна ферментна терапія, припинення куріння і вживання алкоголю, компенсація цукрового діабету. За нормального нутритивного статусу пацієнтам із ХП необхідно призначати адекватну за калорійністю збалансовану дієту. Слід уникати рестриктивних дієт і надмірного вмісту харчових волокон. При мальнутриції призначається гіперкалорійна дієта з високим вмістом білка (4-5 невеликих страв на день). Важливо проводити моніторинг

нутритивного статусу та харчуватися зі встановленою періодичністю.

Отже, основа харчування пацієнта із ХП – збалансована дієта; її калорійність має бути адекватною енергетичним потребам пацієнта. Водночас дієтичні інтервенції мають враховувати нутритивний статус, наявність ЗНПЗ і звичне харчування пацієнта (Kwon C.I. et al., 2019).

Акцент нутритивної терапії слід робити на наборі продуктів. Він має бути достатнім для стабілізації та набирання маси тіла. Важливим є вживання заходів для поліпшення засвоєння поживних речовин (завдяки замісній ферментній терапії). Також слід контролювати основне захворювання і забезпечувати таку терапію, яка мінімально впливає на толерування дієти. Для запобігання дефіциту нутрієнтів проводяться дієтична саплементация, пероральне додаткове харчування, а також ентеральне та парентеральне харчування.

Індивідуальний план лікування має передбачати збалансовану дієту за рахунок наближення звичайної дієти до здорової збалансованої моделі харчування і калорійної напої, які допомагають збільшити надходження енергії та поживних речовин. Також у плані харчування для запобігання і компенсації дефіциту нутрієнтів мають бути фортифікована їжа та дієтичні добавки. З метою досягнення належної калорійності та нутритивної цінності дієти необхідно забезпечити вживання перекусів між основними прийомами їжі (снекінг).

При складанні плану харчування пацієнтів із ХП важливо залучати для консультації дієтологів із метою забезпечення енергетичних потреб і потреб у поживних речовинах за рахунок здорової збалансованої дієти та, можливо, сипінгу – додаткового перорального харчування. Використовується повноцінна, збалансована за всіма нутрієнтами, готова до застосування рідка суміш для пацієнта з підвищеною потребою в білку та енергії. Суміш призначена для перорального застосування як основне чи додаткове харчування для дітей віком від ≥ 4 років, а також дорослих пацієнтів. Пероральне вживання суміші для ентерального харчування проводиться невеликими ковтками протягом дня за недостатності звичайного харчування як перекуси чи заміна основних страв. У разі неможливості забезпечення потреб в енергії та нутрієнтах за рахунок перорального харчування проводиться ентеральне чи парентеральне харчування.

Важливим аспектом є забезпечення потреб пацієнта мікронутрієнтами, при цьому слід пам'ятати, що найчастіше виявляється дефіцит вітамінів D (у 78% пацієнтів), К (до 63%) та Е (до 24%). Суттєва нестача водорозчинних вітамінів є менш поширеною. Також у багатьох пацієнтів можуть виявлятися клінічні та лабораторні ознаки дефіциту магнію, заліза, цинку, селену. Прийом дієтичних добавок рекомендований за наявності мальабсорбції хворим, які вживають алкоголь (Greer J.V. et al., 2019).

Застосування ентерального харчування необхідне в разі недостатності звичайного перорального харчування та додаткового перорального споживання поживних речовин. Переважно рекомендуються стандартні

суміші (гідролізовані при поганій переносимості) разом із замісною ферментною терапією за наявності ЗНПЗ. Постпілоричне введення суміші може бути доцільним за наявності супрадіального болю, в разі сповільнення випорожнення шлунка, персистувальної нудоти та блювання, пілоричної обструкції.

Що стосується замісної ферментної терапії, то прийом препаратів є доцільним ще до появи стеатореї. Мета використання ферментів – стабілізація та поліпшення нутритивного статусу, зменшення симптомів ХП. Ферментні препарати приймають на початку чи в середині процесу прийому їжі. Стартова доза має становити 50 000 ОД під час основного прийому їжі та 25 000 ОД під час перекусу. Для оцінки ефекту лікування важливо контролювати симптоми та поліпшення нутритивного статусу. За недостатньої ефективності замісної ферментної терапії доза збільшується. Також призначаються інгібітори протонної помпи.

Ефектами замісної терапії слід вважати полегшення симптомів, набирання маси тіла, компенсацію дефіциту поживних речовин, зниження ризику ускладнень, відновлення якості життя та зменшення показників смертності.

Пацієнти із ЗНПЗ мають значний ризик надмірного бактеріального росту тонкого кишечника та дисбіотичних змін ободової кишки. Ці наслідки можуть наражати пацієнтів на ризик довготривалих ускладнень, асоційованих із мальнутрицією, тому таким особам доцільно призначати пробіотики. Вони можуть підвищувати концентрацію біфідобактерій, лактобактерій, стрептококів, запобігаючи надмірному росту некоменсалів, а також здійснювати проєктивний та імунomodуючий ефекти через вплив на композицію кишкового мікробіому при ХП.

Рекомендованою пробіотичною підтримкою за ХП є мультиштамний пробіотик Лактіале® Мульти виробництва Великої Британії, що відповідає стандартам GMP. Кожна капсула містить комбінацію із 14 штамів пробіотичних мікроорганізмів. Лактіале® Мульти призначається не лише для нормалізації мікрофлори кишечника, а й для підтримки імунної та нервової систем. Дослідження продемонстрували клінічну ефективність інгредієнтів Лактіале® Мульти. Всі штами, які входять до складу Лактіале® Мульти, мають розшифрований геном та код безпеки (PXN). Код (PXN) наданий після тестування бактерії на кислотостійкість, резистентність до низького рівня рН, здатність до адгезії, інгібування щодо патогенів, наявність у штаму антибіотикорезистентності. Лактіале® Мульти покращує функцію інтестинального бар'єра, завдяки чому перешкоджає проникненню прозапальних цитокинів, бактеріальних ендотоксинів, ліпополісахаридів, D-молочної кислоти. Пробиотичні штами конкурують за адгезію з патогенами та модифікують патогенні бактеріальні ендотоксини.

Отже, з метою забезпечення належної нутритивної підтримки пацієнтів із ХП доцільним є включення в схему терапії мультиштамного пробіотика Лактіале® Мульти по 1 капсулі 2 р/день тривалим курсом (не менш як 1 міс).