

Мальнотриція у пацієнтів з патологією підшлункової залози та кишечника: діагностика та принципи корекції

Під час ведення пацієнтів з будь-яким захворюванням велике значення має їх нутритивний статус. Адекватне надходження всіх необхідних поживних речовин до організму сприяє більш швидкому одужанню пацієнта. В іншому випадку дефіцит макро- та мікронутрієнтів призводить до погіршення перебігу патології, розвитку ряду ускладнень, негативних віддалених наслідків. У цьому аспекті оцінка нутритивного статусу та корекція розладів харчування є невід'ємною складовою комплексного підходу в лікуванні пацієнтів.



У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Запальні та функціональні захворювання кишечника», яка відбулася 21-22 листопада у м. Київ, доповідь про ведення пацієнтів з мальнотрицією,

яка виникла внаслідок патології підшлункової залози та кишечника (за матеріалами засідання Європейського панкреатичного клубу, м. Берген, Норвегія, 2019) представив президент Асоціації дієтологів України, кандидат медичних наук, доцент Олег Вітгалієвич Швець.

— У більшості пацієнтів з патологією підшлункової залози та кишечника виявляють порушення процесів травлення, зокрема мальнотрицію.

Мальнотриція — це стан, який є наслідком порушення надходження або засвоєння харчових речовин, що призводить до зменшення частки безжирової тканини та клітин, порушення фізичних та когнітивних функцій, а також погіршення перебігу захворювання (L. Sobotka et al., 2012). Крім захворювань, виникнення мальнотриції провокують похилий вік (ризик виникнення вищий на 40%) та голод.

Головною ознакою мальнотриції є зменшення маси тіла (у тому числі м'язової), поглиблення надключичних ямок, потоншення жирової складки. Швидкість розвитку патології може бути досить різною. При тривалому голодуванні в усіх пацієнтів симптоми мальнотриції виникають протягом двох тижнів, на тлі катаболічних процесів вони можуть з'явитися вже через кілька годин.

Високий ризик розвитку мальнотриції мають пацієнти з ожирінням, хронічним обструктивним захворюванням легень, хронічними дифузними захворюваннями печінки, діабетом, кахексією на тлі серцевої недостатності, синдромом короткої кишки, онкологічним захворюванням, пацієнти з тяжкими опіками, у критичному стані та після оперативних втручань. У гастроентерологічній практиці прояви мальнотриції найчастіше зустрічаються у пацієнтів з гострим та хронічним панкреатитом, запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК).

Порушення харчового статусу є дуже поширеним явищем. За різними даними, на момент госпіталізації ознаки мальнотриції мають 30-55% пацієнтів. Під час лікування у стаціонарі у третини пацієнтів з мальнотрицією спостерігається погіршення харчового статусу, у 38% пацієнтів з початково нормальним трофологічним статусом відмічають погіршення харчування. Багато пацієнтів продовжують втрачати масу тіла після виписки зі стаціонару. Вони мають значно вищий ризик розвитку ускладнень захворювань, а також більшу ймовірність повторної госпіталізації. Недіагностована мальнотриція тягне за собою багато негативних наслідків, такі як порушення імунної відповіді, повільне загоєння ран, підвищений ризик розвитку септичного стану, зменшення маси м'язової тканини, підвищений ризик смерті, збільшення термінів перебування в стаціонарі та витрат на лікування.

Важливе значення у засвоєнні харчових речовин (макро- та мікронутрієнтів) мають підшлункова залоза та кишечник.

У 2017 р. опубліковані засновані на доказах рекомендації Об'єднаної європейської організації гастроентерології (United European Gastroenterology, UEG) з діагностики та лікування хронічного панкреатиту (Harmonizing diagnosis and treatment of chronic pancreatitis across Europe — НаPanEu). До робочої групи експертів також увійшли українські вчені (Н.Б. Губегріц, О.В. Швець). У документі зазначено, що нормальне функціонування підшлункової залози необхідне для підтримки фізіології травлення та обміну речовин. Дисфункція підшлункової залози може виникнути як при ураженні самого органу, так і при захворюваннях інших органів та систем організму.

Виділяють первинну та вторинну зовнішньосекреторну недостатність підшлункової залози (ЗНПЗ). Первинна виникає внаслідок порушення структури та функції залози (фіброз та деструкція органу, порушення іннервації) при гострому та хронічному панкреатиті, раку підшлункової залози, муковісцидозі, після панкреатоектомії, панкреатогастродуоденектомії. При вторинній формі ферменти синтезуються в нормальній кількості, проте їхня активність є недостатньою. Така ситуація може

виникнути при анатомічних змінах травного каналу та порушенні регуляції/активності ферментів внаслідок деяких захворювань (целиакія, ЗЗК та ін.).

Первинна ЗНПЗ супроводжується своєрідним порочним колом. Дисфункція органу, яка супроводжується мальдигестією, мальабсорбцією та мальнотрицією, призводить до зменшення надходження амінокислот до організму. Як наслідок, знижується синтез ферментів та соляної кислоти, виникає синдром надлишкового бактеріального росту, розвивається вторинна ЗНПЗ. Схожий сценарій характерний і для ЗЗК, у патогенезі яких є мальнотриція.

Таким чином, мальнотриція — це загальний наслідок як патології підшлункової залози, так і ЗЗК. У першому випадку порушується продукція ферментів, а в другому — активація ферментів, прискорюється їх транзит травним каналом.

Європейське товариство клінічного харчування та метаболізму (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) пропонує універсальний скринінг мальнотриції (Malnutrition Universal Screening Tool — MUST), який враховує індекс маси тіла, рівень ненавмисної втрати маси тіла протягом останніх 3-6 міс, активність гострого захворювання. За отриманою сумою балів пацієнтів розподіляють на 3 групи: низького (рутинне ведення), середнього (спостереження) та високого (невідкладне лікування) ризику розвитку мальнотриції. Цей алгоритм дозволяє виявити ознаки мальнотриції на ранніх етапах та своєчасно запобігти її розвитку.

Клініко-лабораторні маркери мальнотриції/мальабсорбції наведені у таблиці.

За рівнем таких біохімічних маркерів, як альбумін, трансферин, преальбумін, ретинолзв'язуючий протеїн, тромбоцити, оцінюють ступінь мальнотриції (легкий, середньотяжкий та тяжкий). Це дозволяє індивідуалізувати підхід до кожного пацієнта та підібрати найбільш ефективний метод корекції.

Усунення мальнотриції є важливим компонентом терапії пацієнтів з захворюваннями підшлункової залози та кишечника, адже некомпенсована ЗНПЗ асоційована з підвищеним ризиком смерті (D. la Iglesia-Garcia et al., 2017).

Сучасний алгоритм ведення пацієнтів з мальнотрицією (J.E. Dominguez-Munoz et al., 2014) передбачає:

- призначення повноцінної, адекватної за калорійністю дієти;
- уникнення рестриктивних дієт, у тому числі раціонів з обмеженням жирів;
- включення в раціон фортифікованих продуктів (вітамін D, кальцій, залізо);
- індивідуальна корекція текстури страв та вмісту харчових волокон;
- пероральна саплементация харчових волокон;
- за потреби — парентеральне/ентеральне харчування;
- при ЗНПЗ — обов'язкове призначення замісної ферментативної терапії.

Зручним маркером для диференційної діагностики панкреатичної та непанкреатичної мальнотриції є визначення рівня фекальної еластази (ФЕ-1). Пацієнтам

з низьким рівнем ФЕ-1 доцільним є призначення замісної ферментної терапії. Проте нормальний рівень ФЕ-1 не завжди свідчить про відсутність ЗНПЗ у пацієнта, оскільки чутливість методу при патології легкого ступеню є невисокою.

За наявності клінічних проявів ураження підшлункової залози без ознак мальдигестії доцільним є проведення дихального ¹³С-тригліцеридного тесту. При отриманні показника ¹³СО₂ до 26,8% пацієнту призначають замісну ферментну терапію, при ¹³СО₂ >26,8% здійснюється контроль за іншими симптомами захворювання підшлункової залози.

Метою замісної ферментної терапії при мальдигестії та мальнотриції є нормалізація (при можливості) або забезпечення достатньої абсорбції нутрієнтів для відновлення маси тіла або принаймні її стабілізації, усунення стеатореї та асоційованих з нею симптомів. У випадку вторинної ЗНПЗ необхідно усунути причину недостатньої активності ферментів.

При ЗНПЗ є потреба у постачанні щонайменше 40000-50000 Од ліпази на один прийом їжі. Ферментні засоби застосовуються на початку прийому їжі, кількість ферментів повинна відповідати об'єму спожитої їжі.

Дозування та тривалість замісної ферментної терапії залежить від форми ЗНПЗ. При первинній ЗНПЗ пацієнту призначається пожиттєва замісна ферментна терапія з можливим поступовим підвищенням дози ферментів. При вторинній формі патології у процесі замісної ферментної терапії можливе поступове зниження дози ферментів з наступною їх відміною (у випадку усунення причини, наприклад, при досягненні ремісії ЗЗК).

Відповідно до рекомендацій НаPanEu, найбільш оптимальними ферментними препаратами для терапії ЗНПЗ є мікросфери або мінімікросфери діаметром <2 мм у кишково-розчинній оболонці. Доведено, що мінімікросфери діаметром 0,8-1,2 мм евакуюються зі шлунку разом із хімузом та мають вищу терапевтичну ефективність порівняно з мікросферами до 1,8-2,0 мм (J.M. Lohr et al., 2017). При порівнянні ферментних препаратів лише лікарський засіб Креон® у мінімікросферах мав фізіологічно обгрунтований розмір мікрочастинок, які забезпечують безперешкодне проходження ферментного препарату до дванадцятипалої кишки одночасно з хімузом (J.M. Lohr et al., 2009).

Унікальна лікарська форма препарату Креон® (сотні мінімікросфер панкреатину в кожній гастроентеростійкій капсулі) забезпечує оптимальне перемішування ферментів з хімузом, потрапляння засобу до кишечника разом з їжею та швидке і повне вивільнення ферментів при pH ≥ 6. Такі фармакокінетичні та фармакодинамічні характеристики препарату Креон® дозволяють максимально наблизити травлення до фізіологічного.

Таким чином, мальнотриція — це важлива клінічна проблема, яка погіршує перебіг захворювань різних органів та систем, у тому числі кишечника та підшлункової залози. Забезпечення адекватної абсорбції нутрієнтів завдяки достатній замісній ферментній терапії є важливим компонентом ефективного лікування пацієнтів з різними розладами харчування.

Підготувала Ілона Цюпа



Мальнотриція	Клінічні ознаки	Лабораторні ознаки
Калорії	Зниження ІМТ	
Жири	Блідий та об'ємний кал, діарея, стеаторея	Жир у калі >6 г/добу
Білки	Набряки, атрофія, аменорея	Гіпоальбумінемія, гіпропротеїнемія
Вуглеводи	Водяниста діарея, флатуленція, кислий pH калу, непереносимість молока	↑ водню у видихуваному повітрі
Вітамін В ₁₂	Анемія, неврологічні розлади	Макроцитарна анемія, ↓ вітаміну В ₁₂ , ↑ гомоцистеїну в крові
Фолієва кислота	Анемія	Макроцитарна анемія, ↓ фолієвої кислоти, ↑ гомоцистеїну в крові
Вітамін В	Хейліт, глосит, акне, ангулярний дерматит	
Залізо	Анемія, глосит, сидеропенія	Мікроцитарна анемія, ↓ Fe
Кальцій та вітамін D	Парестезії, судоми, патологічні переломи	Гіпокальціємія, ↑ лужної фосфатази, патологічні зміни денситометрії
Вітамін А	Фолікулярний гіперкератоз, «курча сліпота»	↓ сироваткового каротину
Вітамін К	Гематоми, ознаки порушення згортання крові	↑ протромбіновий час, ↓ факторів згортання крові, асоційованих з вітаміном К

Адаптовано з U. Keller, 2019

