

Медична тактика при хронічному панкреатиті: деякі особливості ведення хворих на амбулаторному етапі спостереження

Д. О. Гонцарюк, В. О. Запоточна, О. О. Горбачова

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, дієтотерапія, ентеральне та парентеральне харчування, дисбіоз, замісна ферментна терапія

Доволі часто перед лікарями (не тільки сімейними) постає питання щодо того, як вести пацієнта з хронічним панкреатитом (ХП) на амбулаторному етапі спостереження. У першу чергу в цей період, крім медикаментозної підтримки зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (ПЗ), також необхідно дотримуватися дієтичного режиму, дбати про якість харчування, що має значення і для зменшення вираженості болю. Але паралельно необхідно здійснювати просвітницьку роботу з пацієнтом і близькими до нього людьми стосовно відмови від вживання алкоголю та тютюну згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Метою огляду було висвітлити питання особливостей ведення пацієнтів із ХП на амбулаторному етапі спостереження, що важливо для профілактики загострень.

Харчування при ХП за своїми кількісним і якісним складом та енергетичною цінністю має відповідати фізіологічним потребам людини. Воно повинне бути максимально повноцінним, тільки при загостренні жир значно обмежують. Вважається, що низькожирові дієти спричиняють застій у жовчовивідних шляхах та панкреатичних протоках, оскільки знижують холецистокініновий механізм стимуляції зовнішньої секреції ПЗ. Крім того, доцільно підлаштовувати дієту до особливостей супутніх захворювань, стану гіперглікемії або гіпоглікемії, порушень мінерального (кальцієвого, магнієвого, цинкового тощо) та ліпідного обміну. За переносимості кількість харчового жиру при ХП не слід обмежувати, якщо призначається замісна ферментна терапія. Необхідність в обмеженнях виникає тільки за поєднання з жовчнокам'яною хворобою або у разі непереносимості. Жиророзчинні вітаміни, фосфоліпіди, омега-3-жирні кислоти вводяться додатково [7]. Тому для забезпечення повноцінного гідролізу харчових жирів лікар повинен вирішити, скільки жиру і в якій кількості необхідно

призначати з урахуванням секреції панкреатичних ферментів (або відповідного дозування замісної ферментної терапії), що досягається при визначенні показників фекальної еластази-1 у калі. Згідно з американськими рекомендаціями щодо екзокринної недостатності ПЗ за 2023 р., визначення фекальної еластази-1 можна проводити під час замісної терапії. Рекомендується робити дослідження на напівтвердих і твердих зразках калу. Стосовно показників фекальної еластази-1 (за цими рекомендаціями), то рівень <100 мг/г калу є вагомим доказом екзокринної недостатності ПЗ, а показники від 100 до 200 мг/г калу доцільно вважати сумнівними щодо екзокринної недостатності ПЗ.

Харчовому жиру, крім енергетичного, надається пластичного значення (завдяки його наявності у вигляді фосфоліпідів, жирних кислот і холестерину в складі клітинних мембран, у тому числі мієлінових волокон нервової тканини), що дуже важливо для аналізу інтенсивності болю. Пластичне значення має і білок, оскільки він є джерелом амінокислот для відновлення тканини ПЗ, будівельним матеріалом для синтезу панкреатичних ферментів. За його недостатності знижується інтенсивність регенерації тканини органу, розвиваються дистрофічні зміни, знижується зовнішньосекреторна функція ПЗ [16].

Під час розробки дієт пацієнтам рекомендується збільшити кількість білків, враховуючи повноцінність амінокислотного складу та ступінь засвоєння, оскільки це має відношення і до діяльності скелетної мускулатури. Кількісна та якісна недостатність амінокислот (особливо незамінних) спричиняє розвиток саркопенії, тим більше у хворих після 50 років. Одним з механізмів, які обумовлюють виникнення і прогресування саркопенії у літньому та старшому віці, вважають знижену чутливість м'язів і їх судинної системи до інсуліну, що зумовлює порушення трофіки мікросудинного русла і зменшення доставки

амінокислот. За повноцінністю амінокислот харчові продукти розподіляються наступним чином: яйця, молочні продукти, м'ясо, риба, соя, бобові, зернові. Але хворим із ХП *не рекомендують* бобові, соєві продукти, тому що вони містять інгібітори протеолітичних ферментів. Дозволяється невелика кількість зеленого горошку. При ХП підвищується споживання білка до 1,5 г/кг маси тіла. Щодо синдрому трофологічної недостатності, то збільшується кількість білка до 1,8–2,0 г/кг маси тіла за рахунок білків тваринного походження.

Не можна допускати різкого зменшення або збільшення вмісту вуглеводів у раціоні. Надлишок вуглеводів спричиняє порушення ліпідного обміну та розвиток жирової інфільтрації печінки й ПЗ. Щоб уникнути коливань рівнів глюкози в крові, вуглеводи слід рівномірно розподіляти упродовж дня [2].

Наявність ХП характеризується високим ризиком виникнення цукрового діабету, тому рекомендується уникати надлишкового вживання легкозасвоюваних вуглеводів (з профілактичною метою). До того ж необхідно обмежити кондитерські, хлібобулочні вироби, продукти, багаті на солод, фруктозу, мальдекстрозу (вони широко використовуються в кондитерських виробках, під час виготовлення соусів, майонезів тощо). За наявності предіабету, цукрового діабету, ожиріння, вуглеводи, що легко засвоюються, мають бути обмежені або виключені з раціону.

Важливо пояснити пацієнтам, що дієта у стадії ремісії має містити 120–140 г/добу білка (60% при цьому припадає на тваринний), жирів — до 60–80 г/добу (кількість жиру слід розподіляти рівномірно на всі прийоми їжі). Раціон має включати близько 350 г/добу вуглеводів. Загальна калорійність повинна знаходитися у межах 2500–2800 ккал/добу. Тобто, помірно обмежуються жири (до \approx 60 г/добу, з них рослинних призначається 25–30 г/добу з розподіленням рівномірно на 3–4 основних прийоми їжі). Необхідно обмежити продукти та страви, які стимулюють шлункову та панкреатичну секрецію (гострі, копчені, смажені, свіжоспечені, солодкі страви, шоколад, какао, кава, прянощі, бульйон, груба клітковина). Важливим є вид кулінарної обробки (перевага надається відварюванню, запіканню), дотримання режиму вживання їжі (4–6 разів/добу), зменшення кількості солі (до 6–8 г/добу), достатня кількість рідини (1–1,5 л/добу). Температура страв може коливатися від 15 до 60 °С. Додатково рекомендується призначення препаратів омега-3 жирних кислот, лецитину, жиророзчинних вітамінів після їди в комбінації з ферментними ліками [4]. При клінічній ремісії відбувається субклінічне прогресування ХП, виникає недостатність таких жиророзчинних вітамінів, як V_1 і V_6 , що може проявлятися зниженням апетиту, нудотою, а з боку нервової системи — головним болем, дратівливістю, ослабленням пам'яті, сонливістю. Гіповітаміноз вітаміну К у таких хворих спричиняє розвиток і прогресування остеопатії.

Отже, метою дієтичного харчування є забезпечення хворих на ХП повноцінним раціоном, профілактика запально-дегенеративних процесів в органі, сприяння відновленню функціональної здатності ПЗ;

забезпечення адекватного перебігу репаративних процесів у залозі та посиленого синтезу ендогенних інгібіторів протеолітичних ферментів; попередження розвитку жирової інфільтрації печінки та ПЗ; зниження рефлекторної збудливості жовчного міхура. *Харчування при ХП за своїм кількісним і якісним складом, а також енергетичною цінністю має відповідати фізіологічним потребам людини.* Дієтотерапію слід проводити залежно від характеру та стадії захворювання, ступеня порушення метаболічних процесів, наявності супутньої патології та відповідно до стану зовнішньої секреції (індивідуально). Харчування пацієнтів має бути максимально наближеним до нормального здорового раціону, і лише у разі тяжкого недоїдання, недостатнього споживання їжі, гіповітамінозу, дефіциту мікроелементів, можуть знадобитися спеціальні дієтичні добавки.

З метою профілактики розвитку тяжкого ХП (а, можливо, і раку ПЗ) необхідно забезпечувати оптимальний нутритивний статус, але цьому заважають неможливість індивідуального підбору комбінації та доз конкретних мікронутрієнтів, відсутність адекватного всмоктування при екзокринній недостатності ПЗ і мальабсорбції, руйнування вітамінів при синдромі надлишкового бактеріального росту (СНБР) тощо. Отже, поради дієтолога необхідні всім пацієнтам із зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ [13].

При медикаментозному лікуванні увага в першу чергу приділяється усуненню больового синдрому. Терапія при болю полягає у призначенні ненаркотичних анальгетиків (парацетамол (але обережно), метамізол натрію), у разі відсутності протипоказань можна призначати нестероїдні протизапальні препарати (ібупрофен). У разі стійкого інтенсивного болю використовують наркотичні анальгетики короткими курсами (трамадол). Крім того, рекомендують спазмолітики (мебеверин, дротаверин, папаверин), у тому числі при супутній біліарній патології, дисфункції сфінктера Одді (для корекції тонусу). Препаратом вибору вважається мебеверин (селективний спазмолітик) [8].

З урахуванням типів больового синдрому при ХП (тип А — періодичний абдомінальний біль з епізодами без болю, тип В — постійний різної інтенсивності абдомінальний біль) доцільно використовувати алгоритм лікування при абдомінальному болю, запропонований у Рекомендаціях Українського клубу панкреатологів і в Уніфікованому клінічному протоколі первинної та спеціалізованої медичної допомоги при ХП (це призначення антидепресантів, прегабаліну, антиоксидантів, прокінетиків, новокаїнових блокад, променевої терапії, транскраніальної стимуляції магнітним полем та психотерапії). Симптоматичне лікування при болю здійснюється також згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

З метою лікування пацієнтів з інфекціями шлунково-кишкового тракту, зниження ризику виникнення бактеріальних ускладнень призначають антибактеріальні засоби з урахуванням виду можливого збудника, який інфікує ПЗ (використовують карбапеніми,

фторхінолони, цефалоспорины III–IV поколінь, групи нітроїмідазолу) [14].

Таким чином, корекція зовнішньосекреторної функції полягає в призначенні замісної ферментної терапії у мінімікросферичній формі всім пацієнтам, у яких встановлено екзокринну недостатність ПЗ. Необхідність зумовлюється розвитком таких ускладнень, як мальдигестія і мальабсорбція. За наявності симптомів недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ призначають поліферментні препарати (золотим стандартом вважаються мінімікросфери панкреатину) по 40 000–50 000 ОД ліпази на основний прийом їжі та 20 000–25 000 ОД ліпази — на неосновний. Оцінка замісної ферментної терапії проводиться за динамікою клінічних симптомів мальдигестії (про ефективність свідчать зникнення стеатореї, зменшення вираженості або усунення метеоризму, стабілізація або збільшення маси тіла) та покращення вмісту жиророзчинних вітамінів і нутритивного статусу пацієнтів (індекс маси тіла, показники якості життя, рівень жиророзчинних вітамінів) [1, 11]. У разі недостатньої ефективності замісної ферментної терапії слід подвоїти або потроїти дозу ферментного препарату чи додати до лікування інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на добу [3]. Вважається, що додавання інгібітора протонної помпи створює лужне середовище і сприяє збереженню дії панкреатичних ферментів, покращуючи процес травлення. Деякими авторами за умови недостатнього ефекту в контролі за клінічним перебігом ХП пропонується застосовувати біорегуляційну терапію [4]. Вона ґрунтується на патогенетичних механізмах розвитку ХП, сприяє відновленню порушеної саморегуляції (на думку засновників цього методу лікування і профілактики, поліпшує метаболізм, регуляторну функцію імунної системи і зменшує можливість поліпрагмазії).

Для корекції вітамінної недостатності призначають вітаміни (монопрепарати та комбіновані): менадін/фітоменадін, ретинол, ергокальциферол, токоферол, полівітамінні комплекси, які містять зазначені вітаміни, вітамін К. Його відносять до жиророзчинних вітамінів, і він може відігравати певну роль у гомеостазі кісток. Вітамін регулює приріст мінералів у кістці, є необхідним для карбоксилювання остеокальцитоніну (який регулює приріст мінералів у кістці), сприяє утворенню остеобластів та інгібує остеокластогенез. З метою попередження остеопорозу і змін у структурі кісткової тканини рекомендується призначати мікроелементи (кальцій, цинк, магній тощо), вітамін D (холекальциферол + ергокальциферол).

Рекомендації необхідно надавати за умови порушень обміну при таких захворюваннях, як алкогольна хвороба печінки, хронічна ниркова недостатність (незалежно від ступеня ниркової остеодистрофії) та порушення всмоктування в тонкому кишечнику (за різної патології, а не тільки при ХП). Контроль стану остеопатії доцільно проводити за допомогою денситометрії кожні 1–2 роки.

При вторинному панкреатиті, що сформувався внаслідок інших захворювань органів травлення, лікування з приводу основної хвороби призначається

згідно з чинними галузевими стандартами охорони здоров'я [12].

З метою запобігання інтенсивному прогресуванню фіброзних змін ацинарної тканини можна використовувати такі фітохімічні агенти, як антифібротичні засоби (наприклад куркумін, ресвератрол тощо). Куркума належить до родини імбирних. Куркумін, який виділяють з неї, відомий як антиоксидант, що впливає на хронічний запальний процес (у тому числі при стеатозі печінки і ПЗ), відповідає за пригнічення клітинної проліферації, інвазії, ангіогенезу, апоптозу. Куркумін прямо впливає на бета-клітини ПЗ, зменшуючи їх об'єм, що може сприяти гіпоглікемічному ефекту (за потреби). Крім того, він збільшує вміст глутатіону і базальну секрецію інсуліну в острівцях ПЗ (завдяки захисту від окисного стресу на клітинному рівні). Також інгібує диференціювання в адипоцитах ракових клітин, знижуючи експресію циклооксигенази-2 [10].

Зважаючи на наявність дисбіозу, який супроводжує перебіг ХП, захворювання печінки та жовчовідних шляхів, значення набуває встановлення факту зниження бар'єрної функції кишечника, порушення секреції ферментів у тонкому кишечнику, ендогенної інтоксикації. Відомо, що в мінімальній концентрації в сироватці крові токсини виконують адаптивну (позитивну) функцію. При масивному їх потрапленні в кров цей факт є загальнобіологічним чинником, який індукує виникнення каскаду патологічних реакцій та синдромів (різних за значенням). Так, розвиток СНБР у тонкому кишечнику негативно впливає на процеси травлення та підсилює біліарну, ферментну недостатність ПЗ, виникнення дуоденостазу. Причини можуть бути наявність неперетравлених харчових інгредієнтів у порожнині кишки, що є поживним середовищем для мікробної флори; дефіцит жовчних кислот, які проявляють антимікробну дію; зниження пулу вільних жирних кислот, що утворюються при гідролізі ліпідів і виконують бактерицидну функцію [1]. Ще однією з причин виникнення СНБР, порушення порожнинного травлення і всмоктування (мальдигестія та мальабсорбція) є зовнішньосекреторна недостатність ПЗ при ХП. Крім того, значення мають жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит, дуоденостаз, хронічні закрепи (у тому числі при супутньому цукровому діабеті), довготривале схуднення, антибіотикотерапія тощо [5]. Тому за наявності дисбіозу необхідно диференційовано використовувати про- та пребіотики [6, 15, 17]. Вважається, що дисбіотичні розлади спричиняють розвиток підвищеного рівня тривожності і порушень когнітивних функцій, тому доцільним є призначення психобіотики (наприклад Лактіале® Мульти вітчизняної фармкомпанії «Фармак»). Оскільки до його складу входять бактерії, які сприяють синтезу серотоніну та норадреналіну (*Bacillus subtilis*), допаміну та норадреналіну (*Str. thermofilus*), стимулюють синтез гамма-аміномасляної кислоти, триптофану (біфідобактерії), це дозволило класифікувати препарат як психобіотик.

Нерідко лікарі первинної ланки стикаються з атаками гострого панкреатиту на тлі ХП, що потребує

госпіталізації пацієнтів. Госпіталізація хворих здійснюється у стадії загострення; за наявності псевдотуморозного, обструктивного ХП, бактеріальних ускладнень, панкреатогенних гастроудоденальних виразок; при панкреонекрозі; тромбозі селезінкової/портальної вени; наявності псевдокіст, що збільшуються в розмірах, а також нориць ПЗ [9].

Таким чином, в амбулаторних умовах при динамічному спостереженні за пацієнтами з ХП перш за все необхідно рекомендувати повну відмову від паління, вживання алкоголю, налагодження оптимального харчування. Для цього неодноразово медичними працівниками проводяться бесіди, видаються пам'ятки. З метою профілактики дисбіозу використовують пре- і пробіотики (диференційовано, у тому числі психобіотики, до яких належить

Лактіале® Мульти). Для корекції вітамінної недостатності доцільно рекомендувати вітаміни (монопрепарати та комбіновані): менадін/фітоменадін, ретинол, ергокальциферол, токоферол, вітамін К, полівітамінні комплекси, які містять зазначені вітаміни та інші жиророзчинні вітаміни. З метою попередження остеопорозу і змін у структурі кісткової тканини слід призначати макроелементи (кальцій, цинк, магній тощо), вітамін D (враховуючи проблеми з його обміном при захворюваннях печінки, нирок і тонкого кишечника). Для попередження фіброзу ацинарної тканини, порушень з боку острівцевої тканини ПЗ рекомендується вживати куркумін (у якості немедикаментозного призначення). У разі виникнення гострого панкреатиту і певних ускладнень рекомендується госпіталізація.

Література:

- Агафонова Н. А. Патологія біліарного тракту як причина зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози та розвитку біліарного панкреатиту. *Consilium Medicum. Гастроентерологія*. 2012. № 2. С. 26–30.
- Гонцарюк Д. О., Грушелевський М. А. Особливості харчування при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози та метаболічному синдромі. *Вісник клубу панкреатологів*. 2023. № 60 (3). С. 31–36.
- Губергріц Н. Б., Беляєва Н. В. Обміркований вибір ферментного препарату: як зробити? *Вісник клубу панкреатологів*. 2023. № 4. С. 39–48.
- Губергріц Н. Б., Беляєва Н. В., Ліневська К. Ю. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування: від Парацельса до Гельмонта і Декарта. *Сучасна гастроентерологія*. 2022. № 1–2. С. 73–76.
- Ткач С. М., Дорофєєв О. Е., Сізенко А. К., Купчик Л. М. Роль кишкової мікробіоти та харчування при синдромі подразненої кишки. *Сучасна гастроентерологія*. 2016. № 2. С. 96–105.
- Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В. Мікробіом людини: дані та клінічне значення еубіозу травного каналу. *Сучасна гастроентерологія*. 2019. № 5. С. 65–74.
- Харченко Н. В., Анохіна Г. А. Сучасні підходи до дієтичного харчування хворих на хронічний панкреатит. *Здоров'я України. Гастроентерологія. Гематологія. Колопроктологія*. 2011. № 4. С. 17–18.
- Христинич Т. М. Хронічний панкреатит: значення ураження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів у його розвитку. *Вісник клубу панкреатологів*. 2022. № 56 (2–3). С. 52–53.
- Христинич Т. М., Гонцарюк Д. О. Хронічний панкреатит: про деякі ускладнення, особливості патогенезу та перебігу. *Гастроентерологія*. 2021. № 55 (4). С. 263–269.
- Христинич Т. М., Телекі Я. М., Гонцарюк Д. О., Оліник О. Ю., Жигульова Е. О. Хронічний панкреатит: клінічно-патогенетичні особливості розвитку поєднання деяких захворювань та методи медикаментозної корекції. Чернівці, 2022. 584 с.
- Швець О. В., Агібалов О. М., Бондаренко О. О., Гедражко В. Н., Дорофєєв О. Е., Іжа А. Н. Клінічна ефективність замісної ферментної терапії зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози при хронічному панкреатиті: результати мультицентрового дослідження. *Сучасна гастроентерологія*. 2016. № 1. С. 87–96.
- de Rijk F. E. M., van Veldhuisen C. L., Besselink M. G., van Hooft J. E., van Santvoort H. C., van Geenen E. J. M., Hegyi P., Löhr J. M., Dominguez-Munoz J. E., de Jonge P. J., Bruno M. J. Діагностика та лікування зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози при хронічному панкреатиті: міжнародне експертне опитування та оцінка випадків із клінічної практики. *Вісник клубу панкреатологів*. 2023. Vol. 58, No 1. P. 32–44.
- Domínguez-Muñoz J. E., Iglesias-García J., Vilariño-Insua M., Iglesias-Rey M. 13C-mixed triglyceride breath test to assess oral enzyme substitution therapy in patients with chronic pancreatitis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2007. Vol. 5, No 4. P. 484–488.
- Jernberg C., Löfmark S., Edlund C., Jansson J. K. Long-term impacts of antibiotic exposure on the human intestinal microbiota. *Microbiology (Reading)*. 2010. Vol. 156, Pt 11. P. 3216–3223.
- Kumar K., Ghoshal U. C., Srivastava D., Misra A., Mohindra S. Small intestinal bacterial overgrowth is common both among patients with alcoholic and idiopathic chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2014. Vol. 14, No 4. P. 280–283.
- Löhr J. M., Dominguez-Munoz E., Rosendahl J., Besselink M., Mayerle J., Lerch M. M., Haas S., Akisik F., Kartalis N., Iglesias-Garcia J., Keller J. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European gastroenterology journal*. 2017. Vol. 5, No 2. P. 153–199.
- Parida S. K., Pottakkat B., Raja K., Vijayahari R., Lakshmi C. P. Bacteriological profile of pancreatic juice in patients with chronic pancreatitis. *JOP*. 2014. Vol. 15, No 5. P. 475–477.

УДК 616.37-002.2-07-08:614.212
doi: 10.33149/vkr.2024.04.02

UA Медична тактика при хронічному панкреатиті: деякі особливості ведення хворих на амбулаторному етапі спостереження

Д. О. Гонцарюк, В. О. Запоточна, О. О. Горбачова

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, дієтотерапія, ентеральне та парентеральне харчування, дисбіоз, замісна ферментна терапія

Враховуючи значення правильно організованого динамічного спостереження за перебігом хронічного панкреатиту в амбулаторних умовах, актуальними для пацієнтів є поради лікарів, спрямовані на профілактику загострень.

В огляді літератури автори акцентують увагу на необхідності приділяти увагу дієтичному харчуванню разом з відмовою від шкідливих звичок. Вказується, що за кількісним і якісним складом, а також енергетичною цінністю харчування має відповідати фізіологічним потребам людини, особливо в білках, жирах та вуглеводах.

Увага акцентується на значенні виду кулінарної обробки, дотриманні режиму вживання їжі (4–6 разів/добу), зменшенні кількості солі (до 6–8 г/добу), достатній кількості рідини (1–1,5 л/добу). Температура їжі повинна бути в межах 15–60 °С. Додатково рекомендується призначення омега-3 жирних кислот, лецитину, жиророзчинних вітамінів після їди в комбінації з препаратами ферментів (при зовнішньосекреторній недостатності).

Детально розглядаються особливості використання замісної ферментної терапії в мінімікросферичній формі в усіх пацієнтів, у яких виявлено екзокринну недостатність підшлункової залози. Пропонується оцінювати ефективність такого лікування за динамікою клінічних симптомів мальдигестії (про ефективність свідчать зникнення стеатореї, зменшення кількості випадків або зниження інтенсивності метеоризму, стабілізація або збільшення маси тіла), за покращенням вмісту жиророзчинних вітамінів та нутритивним статусом пацієнтів (індекс маси тіла, показники якості життя, рівень жиророзчинних вітамінів). Наголошується, що у разі недостатньої ефективності замісної ферментної терапії виникає необхідність подвоїти або потроїти дозу ферментного препарату чи додати інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази/добу (диференційовано, з урахуванням ступеня бікарбонатної або ферментної недостатності).

Автори вказують на необхідність призначення мікроелементів (кальцій, цинк, магній та ін.), вітаміну D (холекальциферол + ергокальциферол) з метою запобігання остеопорозу та змінам у структурі кісткової тканини. Але рекомендації мають враховувати особливості порушення обміну при алкогольній хворобі печінки, хронічній нирковій недостатності (незалежно від ступеня ниркової остеодистрофії) та при порушенні всмоктування в тонкому кишечнику (за різної патоло-

гії). Контроль стану остеопатії доцільно проводити кожні 1–2 року за допомогою денситометрії.

Увага приділена дисбіозу кишечника як фактору інтоксикації та розвитку тривожності і когнітивних порушень. Наголошується, що при вторинному панкреатиті лікування основного захворювання рекомендується відповідно до чинних стандартів у галузі охорони здоров'я. Значення у прогресуванні хронічного панкреатиту надається дисбіозу, особливо синдрому надмірного бактеріального росту (з урахуванням причин його виникнення).

EN Medical tactics for chronic pancreatitis: some features of patient management during outpatient follow-up

D. O. Hontsariuk, V. O. Zapotochna, O. O. Horbachova
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, nutrition therapy, enteral and parenteral nutrition, dysbiosis, enzyme replacement therapy

Given the importance of properly organized dynamic monitoring of chronic pancreatitis in outpatient settings, medical recommendations aimed at preventing exacerbations are relevant for patients.

In the literature review, the authors emphasize the importance of paying attention to dietary nutrition and giving up bad habits. The authors indicate that nutrition, particularly in terms of quantitative and qualitative composition and energy value, should align with a person's physiological needs, particularly in proteins, fats, and carbohydrates.

We focus on the importance of the type of cooking, adhering to the rhythm of food intake (4–6 times a day), reducing the amount of salt (up to 6–8 g/day), and maintaining a sufficient amount of liquid (1–1.5 l/day). The temperature of the consumed food should be within 15–60 °C. Additionally, it is recommended to prescribe omega-3 fatty acids, lecithin, and fat-soluble vitamins after meals in combination with enzyme preparations (in case of exocrine insufficiency).

The article considers in detail the peculiarity of using enzyme replacement therapy in a minimicroscopic form for all patients diagnosed with exocrine pancreatic insufficiency. The proposal suggests assessing the efficacy of enzyme replacement therapy by observing the changes in clinical symptoms of maldigestion, such as the disappearance of steatorrhea, a decrease or reduction in flatulence intensity, stabilization or increase in body weight, and by enhancing the patients' fat-soluble vitamin content and nutritional status, including body mass index, quality of life indicators, and the level of fat-soluble vitamins. The authors emphasize that in cases where enzyme replacement therapy is ineffective, it is necessary to either double or triple the dose of the enzyme preparation or add a proton pump inhibitor in a standard dose two times a day, depending on the degree of bicarbonate or enzyme deficiency. In order to prevent osteoporosis and changes in the structure of bone tissue, the authors point out the need to prescribe trace elements (calcium,

zinc, magnesium, etc.) and vitamin D (cholecalciferol + ergocalciferol). The recommendations should take into account the metabolic disorders that can occur in patients with alcoholic liver disease, chronic renal failure (regardless of the severity of renal osteodystrophy), and malabsorption in the small intestine (caused by different diseases). It is advisable to monitor the state of osteopathy for 1–2 years using densitometry.

Intestinal dysbiosis is considered a factor in intoxication, the development of anxiety, and cognitive impairment. The existing standards in the field of healthcare recommend treating the underlying disease in secondary pancreatitis. Dysbiosis, especially the syndrome of bacterial overgrowth (taking into account the causes of its occurrence), is of importance in the progression of chronic pancreatitis.