



МАТОЛІНЕНЦЬ Н.В.^{1,3}, ПИЛИПЕНКО М.М.^{2,3},
ХОМЕНКО О.Ю.^{3,4}

ESPEN CONGRESS 2025 У ПРАЗІ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ КЛІНІЧНОГО ХАРЧУВАННЯ

¹ Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

² ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

³ Українська асоціація клінічного харчування (USPEN), м. Київ, Україна

⁴ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Анотація: 13–16 вересня 2025 року у м. Прага (Чехія) відбувся щорічний Конгрес Європейського товариства клінічного харчування та метаболізму (ESPEN), який визначив нові орієнтири розвитку нутритивної медицини. Цьогорічний конгрес зібрав понад 4000 фахівців із більш ніж 100 країн світу – лікарів, науковців, дослідників, виробників та представників освітніх інституцій. Основну увагу приділено персоналізованим стратегіям клінічного харчування, оцінці нутритивного статусу, застосуванню непрямой калориметрії у відділеннях інтенсивної терапії, оптимізації білкового забезпечення та ролі ранньої реабілітації. Окремо розглянуто питання нутритивної підтримки в онкології, геріатрії та використання інноваційних цифрових технологій для моніторингу стану пацієнтів. Участь українських науковців у Конгресі підкреслила інтеграцію України в європейську спільноту клінічного харчування.

Ключові слова: клінічне харчування, ESPEN 2025, інтенсивна терапія, білкове забезпечення, непрямая калориметрія, саркопенія, реабілітація, нутритивна підтримка, персоналізація, digital nutritomics.

НОВІ АКЦЕНТИ СВІТОВОЇ НУТРИТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Основні наукові сесії ESPEN 2025 були сфокусовані на персоналізованих стратегіях харчування, оцінці фізичного та нутритивного статусу пацієнта, раннього виявлення ризику та діагностики порушення харчування (мальнутриції), динаміки захворювання, а також застосуванні інноваційних технологій моніторингу динаміки нутритивних потреб пацієнта. Все це дає змогу поліпшити ефективність мультидисциплінарного підходу щодо індивідуального вибору складу та дозувань клінічного харчування відповідно до особливостей лікування пацієнта та його реабілітації. На конгресі чітко простежувався зміщення акцентів від універсальних рекомендацій щодо клінічного харчування (КХ) до індивідуальних рішень, побудованих на біомаркерних та метаболічних даних.

ТІЛО ЯК СИСТЕМА

У межах лекції Arvid Wretling Lecture професор Steven Heymsfield представив нову парадигму оцінки складу тіла. Традиційні антропометричні показники, як-от ІМТ, поступаються місцем точним методам, що враховують розподіл м'язової і жирової тканини, рівень клітинної маси та гідратації тканин. Цей підхід дозволяє краще передбачати ризик ускладнень, а в майбутньому дозволить і персоналізувати нутритивну підтримку.

КХ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

На декількох сесіях із критичних станів та інтенсивної терапії були відображені зрушення у протоколах КХ, основна мета яких – пошук балансу між достатнім білковим забезпеченням і уникненням енергетичного перевантаження. Серед пленарних та секційних засідань варто відзначити передусім

три сесії, на яких детально розглядалися аспекти клінічного харчування у відділеннях інтенсивної терапії (BIT):

1. Харчування на основі доказів при критичних захворюваннях.
2. Енергетичний обмін у BIT.
3. Ознайомлення з рекомендаціями експертів: Клінічне харчування у BIT.

Під час Конгресу порушували питання оцінки гарстро-інтестинальної недостатності (GI) у BIT, що на сьогодні досі залишається невирішеним, складним для оцінки та не увійшло до нещодавно опублікованої шкали SOFA-2. Reintam Blasser з співавторами ще в 2021 році запропонували шкалу оцінки гарстро-інтестинальної недостатності (GIDS), проте вона до певної міри лишається суб'єктивною.

Як в доповідях, так і серед публікацій в матеріалах Конгресу багато уваги було приділено проведенню непрямой калориметрії (НК) у хворих, що перебувають в критичному стані та після виходу з нього. Більшість авторів, які представляють крупні лікарні в розвинених країнах, рекомендують калоричні потреби розраховувати після визначення основного обміну (оцінки витрат енергії в спокою з допомогою НК). Метод НК оснований на визначенні хвилинного об'єму споживання кисню (VO_2) та хвилинного об'єму виділення вуглекислого газу (VCO_2), що вимагає застосування складної апаратури, а тому все ще малодоступне для більшості BIT. Зокрема J. Schulz (США) зазначає, що непрямая калориметрія (НК) є золотим стандартом для оцінки витрат енергії у стані спокою (BEC), її рутинне використання у всіх критично хворих пацієнтів є дороговартісним і часто є непрактичним. Тому необхідне розуміння пріоритетності хворих, на яких необхідні витрати, пов'язані з НК та відповідних оцінок енергії на основі певних характеристик та особливостей пацієнтів. Дослідники брали до уваги випадки, коли маса тіла їх пацієнта значно відрізнялася від ідеальної маси (у випадках гіпотрофії та ожиріння). На основі даних НК було встановлено, що дієтологи схильні завищувати калоричні потреби пацієнтів, які мають вік > 51 р., гіпотрофію, а також цироз печінки. Крім того, НК часто давала неочікувані результати у хворих з ожирінням та черепно-мозковою травмою, інсультом та політравмою. Тому саме у цих категорій пацієнтів застосування НК може бути найбільш корисним та виправданим.

ВТРАТА М'ЯЗОВОЇ МАСИ ТА ВИБІР ДОЗ ПРОТЕЇНІВ У BIT

Хоча підхід "protein first" визнано ключовим фактором відновлення м'язової маси після критичної хвороби, проте підходи щодо визначення оп-

тимальних дозувань протеїнів на різних етапах захворювання все ще залишається відкритим. При цьому Prof. Elisabeth De Waele з Бельгії наголошує, що помірні цільові потреби білку за Європейськими рекомендаціями (ESPEN) мають кращі результати лікування пацієнтів в порівнянні з Американськими рекомендаціями (ASPEN), які пропонують встановлювати вищі цільові потреби білку.

Втрата м'язової маси є типовим у пацієнтів BIT, а основні фактори, що до цього призводять – іммобілізація та втрата маси м'язів через бездіяльність, а також запальні процеси різного генезу, що посилюють руйнування протеїнів. В своїй доповіді проф. Arthur van Zanten наголосив також на порушенні синтезу білків в результаті так званої анаболічної резистивності. За даними Putucchary та співавторів темп втрати м'язової маси у пацієнтів BIT в середньому складає 1 кг/добу. При цьому, неочікуваним результатом кількох недавніх досліджень є той факт, що раннє агресивне харчування у BIT асоціюється з гіршим прогнозом для пацієнта і це вірогідно пов'язано з ендогенною продукцією енергії. Зокрема Arthur van Zanten підкреслив, що вже достеменно відомо, що раннє агресивне білкове навантаження супроводжується гіршими результатами лікування пацієнтів у BIT, ніж поступове збільшення надходження білка. Важливим фактором діагностики толерантності до заміщення білка є співвідношення сечовини до креатиніну (UCR) і чим воно вище, тим гірший прогноз для пацієнта.

У дослідженні EFFORT protein, опублікованому в 2024 р. автори показали, що цільове заміщення білка в дозі 2.2 г/кг/добу (група високих доз протеїну) було пов'язане з підвищенням продукції сечовини, а також підвищенням летальності пацієнтів цієї групи. Проте слід зазначити, що цей феномен спостерігався лише протягом перших 10 днів лікування у BIT.

Інше дослідження PRECISE study також показало, що в групі з високим цільовим заміщенням протеїну (2.0 проти 1.3 г/кг/добу) якість життя пацієнтів після виписки зі стаціонару була нижчою. Отже, концепція, яка була популярна протягом останнього десятиліття, «більше протеїну – краще» не підтвердила своєї ефективності у пацієнтів BIT. Таким чином, проф. Arthur van Zanten пропагує індивідуалізований підхід до харчування пацієнтів у BIT, заснований на аналізі толерантності до нього, в тому числі з урахуванням біомаркерів, таких як UCR.

З іншого боку, проф. Rik Gosselink підкреслив, що слабкість м'язів кінцівок та діафрагми незалежно асоціюються з гіршими клінічними результатами (як коротко- так і довготерміновими). Зокрема м'язова слабкість супроводжується

більш тривалим відлученням від штучної вентиляції легень (ШВЛ), вищою частотою виникнення ускладнень, подовженням часу перебування у ВІТ та госпіталізації, зниженням якості життя та підвищенням летальності. Серед усього комплексу причин однією з основних, є іммобілізація і бездіяльність м'язів. Покращити дані показники допомагає рання реабілітація помірної інтенсивності. Це доводить нещодавнє дослідження, в якому не було продемонстровано різниці між групами пацієнтів, з якими займались щоденно в звичному режимі та групі високої інтенсивності ранньої реабілітації у ВІТ. Так частота небажаних інцидентів в групі високої інтенсивності вправ була 2 %, а в групі звичних щоденних вправ була ще нижчою. На сьогодні група експертів на чолі з Stefan J. Schaller термін «рання реабілітація» визначає як початок протягом 72 годин від надходження до ВІТ. Експерти також відмічають, що рання мобілізація повинна бути стандартом і проводитися як рутинна практика, в той час, як іммобілізація пацієнта має бути чітко обґрунтована лікарем ВІТ. Функціональні вправи та поступова вертикалізація мають переваги у зменшенні тривалості лікування у ВІТ, проте їх можна проводити лише тим пацієнтам, що кооперують. Для більш тяжких пацієнтів альтернативою вертикалізації може бути електро-м'язова стимуляція та «крутіння велосипеда».

Таким чином у хворих, що перебувають в критичному стані на сьогодні обґрунтованими вважають наступний підхід: на початку (в гостру гіперкатаболічну фазу) слід проводити гіпокалоричне та помірно гіпопротеїнове харчування, з виходом на нормокалоричне з заміщенням протеїну в дозі до 1.3 г/кг/добу за 4-7 діб. Застосування фізичної активності, де це можливо, зменшує втрату м'язів і покращує анаболічні ефекти клінічного харчування.

НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ

На багатьох сесіях Конгресу підкреслювалось, що комбінація вправ та харчування у ВІТ повинна розглядатися якомога раніше. Разом з тим підходи до оцінки оптимального фізичного навантаження на різних етапах реабілітації тяжкохворих і особливо хворих, що перебувають в критичному стані залишаються не до кінця визначеними. Так, поки стан хворого не стабільний, то перевагу надають ранній пасивній реабілітації. По мірі стабілізації стану переходять на спонукання активних рухів пацієнта (в т.ч. крутіння спеціального велосипеда як руками так і ногами), а після встановлення толерантності до помірного фізичного навантаження – початок вертикалізації. На сьогоднішній день все більше авторів рекомендують використовувати

ранню реабілітацію з пізнім навантаженням «по замовчуванню», тобто у більшості хворих. Разом з тим, у тих хворих, в яких ця реабілітація відкладається – це треба зазначити і підкреслити в медичній документації окремо. Таким чином, лікарі, які розписують нутритивну підтримку повинні враховувати інтенсивність реабілітації, а реабілітологи повинні зважати на дозування нутритивної підтримки.

ОНКОЛОГІЧНА НУТРИТИВНА ТЕРАПІЯ

Особливу увагу приділено впливу нутритивного статусу на ефективність онкологічного лікування. Нові клінічні дослідження довели, що вчасне цілеспрямоване КХ сприяє зменшенню частоти ускладнень, прискоренню одужання і зниженню летальності. В декількох доповідях було підкреслено, що кожен пацієнт із пухлиною має проходити скринінг на мальнутрицію вже при встановленні діагнозу і йому має бути розроблений план її корекції ще до проведення оперативного втручання.

ГЕРІАТРИЯ ТА САРКОПЕНІЯ

ESPEN представила оновлені рекомендації щодо ведення пацієнтів із віковою втратою м'язової маси. Пропонується інтегрувати оцінку саркопенії у стандартні клінічні огляди, оскільки втрата м'язів прямо пов'язана зі смертністю та ризиком падіння у літніх людей.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Значний інтерес викликали цифрові рішення для моніторингу нутритивного статусу – від мобільних застосунків до систем, що використовують штучний інтелект для прогнозування ризиків мальнутриції. Такий підхід формує новий вимір – «діджитал нутритоміку», що поєднує медицину, біоінформатику та поведінкову науку.

УКРАЇНСЬКА ДЕЛЕГАЦІЯ ТА ДОПОВІДІ

У 2025 році представництво української делегації була ширше, ніж в минулі роки, представлена у програмі ESPEN, демонструючи активну наукову роботу та прагнення впроваджувати новітні методи КХ навіть в умовах воєнного стану.

Серед презентацій, які представили українські учасники варто виокремити:

- 1) результати аудиту обізнаності щодо мальнутриції у хірургічних пацієнтів (ННЦХТ ім. О.О. Шалімова), що виявили недостатній рівень рутинного скринінгу в клініках України;
- 2) дослідження нутритивного статусу військово-службовців із транстібіальними ампутаціями, яке показало, що високо-білкова нутритивна підтримка суттєво покращує процес відновлення.

Доповіді представників Української асоціації клінічного харчування (USPEN), викликали активну дискусію серед іноземних колег. Участь українських науковців та представників практичної охорони здоров'я мала й важливе символічне та практичне значення та свідчила про інтеграцію української медицини у європейський простір та готовність працювати за міжнародними стандартами.

КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ ESPEN 2025

1. Своєчасне виявлення нутритивного дефіциту та дієва його корекція: нутритивна підтримка – ключ до зниження тривалості госпіталізації, зменшення кількості ускладнень та підвищення виживання.

2. Основа ефективності КХ – це його персоналізація на основі поглибленого аналізу факторів, пов'язаних з хворобою пацієнта, його нутритив-

ним статусом та моніторингом толерантності до проведення КХ.

3. Оптимальний результат досягається мультидисциплінарною командою за співпраці хірургів, анестезіологів, інтенсivistів, нутриціологів, дієтологів та реабілітологів.

4. ESPEN наголошує на необхідності розширення освітніх програм підготовки фахівців з клінічного харчування.

Фінансування / Funding
Немає джерела фінансування / There is no funding source.

Конфлікт інтересів / Conflicts of interest
Усі автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів /
All authors report no conflict of interest

Етичне схвалення / Ethical approval
Це дослідження було проведено відповідно до Гельсінської декларації та затверджено місцевим комітетом з етики досліджень /
This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the local research ethics committee.

Надійшла до редакції / Received: 09.11.2025

Після доопрацювання / Revised: 15.11.2025

Прийнято до друку / Accepted: 25.11.2025

Опубліковано онлайн / Published online: 30.12.2025

MATOLINETS N, PYLYPENKO M, KHOMENKO O.

ESPEN CONGRESS 2025 IN PRAGUE: CURRENT TRENDS IN CLINICAL NUTRITION

Abstract: From September 13 to 16, 2025, the annual Congress of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) took place in Prague, Czech Republic, setting new benchmarks for the development of nutritional medicine. This year's congress brought together over 4,000 professionals from more than 100 countries – physicians, scientists, researchers, industry representatives, and educators. The focus was placed on personalized strategies of clinical nutrition, assessment of nutritional status, the use of indirect calorimetry in intensive care units, optimization of protein supply, and the role of early rehabilitation. Special attention was devoted to nutritional support in oncology and geriatrics, as well as to the implementation of innovative digital technologies for patient condition monitoring. The participation of Ukrainian researchers at the Congress highlighted Ukraine's integration into the European clinical nutrition community.

Keywords: clinical nutrition, ESPEN 2025, intensive care, protein optimization, indirect calorimetry, sarcopenia, rehabilitation, nutritional support, personalization, digital nutritomics.

УЧАСТЬ АВТОРІВ В ПІДГОТОВЦІ СТАТТІ:

МАТОЛІНЕЦЬ Н.В. – дизайн статті, науковий інтерес, критичний аналіз,
ХОМЕНКО О.Ю., ПИЛИПЕНКО М.М. – збір та аналіз даних, написання статті.