

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Українська асоціація сімейної медицини (УАСМ)
Національний медичний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

Пам'яті Президента УАСМ
професора Лариси Матюхи

НАУКОВІ ІННОВАЦІЇ – В ПРАКТИКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

За редакції професора Лілії Бабінець

ВИПУСК 5



Львів
Видавництво «Магнолія 2006»
2024

УДК 616-083.98(082)

Н 34

*Рекомендовано до видання вченою радою Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол №2 від 28.02.2024 року)*

Рецензенти:

Сидорчук Л. П. – доктор медичних наук, професорка, завідувачка кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України.

Гребеник М. В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії і сімейної медицини ФПДО Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Н 34 **Наукові інновації – в практику сімейної медицини** : Науково-методичний посібник / за ред. проф. Л. Бабінець. – Львів: Видавництво ПП «Магнолія 2006», 2024 – 932 с. : іл.

ISBN 978-617-574-281-5

Науково-методичний посібник містить наукові, методичні і клінічні напрацювання, створені на засадах доказовості, вітчизняними професіоналами у сфері первинної медичної допомоги – загальної практики-сімейної допомоги (ЗП-СМ), мультидисциплінарного компетентнісного спрямування, які є цінними для клінічної практики за фахом ЗП-СМ, створення клінічних протоколів, а також викладання даної дисципліни у закладах вищої медичної освіти. Контент засвідчує необхідність відновлення наукового фаху ЗП-СМ в Україні у зв'язку із значимістю первинної медичної допомоги у системі охорони здоров'я.

Посібник буде цікавим для викладачів, клініцистів, студентів, інтернів, а також науковців у галузі загальної практики-сімейної медицини та інших фахів, які об'єднані спільною метою – надання високопрофесійної, доступної та якісної первинної медичної допомоги громадянам України.

УДК 616-083.98(082)

ISBN978-617-574-281-5

© Бабінець Л. С., 2024

© Видавництво ПП «Магнолія 2006», 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	12
<i>Бабінець Л. С.</i>	14
ПАМ'ЯТІ ЛАРИСИ ФЕДОРІВНИ.....	14
<i>Сидорчук Л. П.</i>	18
MEDICUS GLORIAM МАТЮХА ЛАРИСА ФЕДОРІВНА	18
<i>Ольга Калабіна</i>	21
ДОРОГА МАМО.....	21
<i>Михайловська Н. С.</i>	25
РЕКВІЄМ.....	25
<i>Матюха Л. Ф., Бабінець Л. С.</i>	26
«НАУКОВУ СПЕЦІАЛЬНІСТЬ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НЕОБХІДНО ЗБЕРЕГТИ, АКТИВНО РОЗВИВАТИ, ПІДВИЩУВАТИ ЇЇ АВТОРИТЕТ І ЗДОБУТКИ!»	26
<i>Матюха Л. Ф.</i>	35
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	35
<i>Ципоренко С. Ю., Матюха Л. Ф.</i>	65
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ З ХРОНІЧНИМ ЗАПАЛЕННЯМ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	65
<i>Смаль Б. О., Матюха Л. Ф.</i>	102
ЕФЕКТИВНІСТЬ НАВЧАЛЬНИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ. – КВАЛІФІКАЦІЙНА НАУКОВА ПРАЦЯ НА ПРАВАХ РУКОПИСУ	102

Бабінець Л. С., Дроняк Ю. В.	109
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У КОМОРБІДНОСТІ З АСКАРИДОЗОМ, ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	109
Бабінець Л. С., Маєвська Т. Г., Недільська Н. О.	125
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	125
Толстанов О. К., Хіміон Л. В., Найштетік І. М., Бур'янов О. А., Ротова С. О., Сміян С. І., Лапшина Г. М., Данилюк С. В., Ситюк Т. О., Кіча Н. В., Лебедева Т. О., Трофанчук В. В.	143
ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕКА УРАТЗНИЖУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У МУЛЬТИМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ РЕАЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ: РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	143
Боровик І. О.	158
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ТА СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН	158
Величко В. І., Бажора Я. І., Данильчук Г. О.	175
ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З НЕКОНТРОЛЬОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ У ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯМ	175
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	190
ДИФЕРЕНЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ У КОМОРБІДНОСТІ ЗІ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЕКЗОКРИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	190
Величко В. І., Лагода Д. О., Данильчук Г. О.	209
УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ.....	209
Панчишин М. В., Гук-Лешневська З. О.	228
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ І БІЛКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ ТА ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	228

Бабінець Л. С., Кицай К. Ю.	243
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ, ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ.....	243
Заремба В. С., Миськів А. В.	266
КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ТА ЗМІШАНОЮ ФОРМАМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	266
Михайловська Н. С., Мануйлов С. М.	283
ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ, КОГНІТИВНИЙ СТАТУС ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, АСОЦІЙОВАНУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	283
Михайловська Н. С., Коновалова М. О.	288
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ, ЩО ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ КОГОРТНИЙ АНАЛІЗ)	288
Заремба Є. Х., Заремба-Федчишин О. В., Заремба О. В., Вірна М. М.	297
СПОСІБ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ВИСОКОГО ТА ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ	297
Заремба Є.Х., доц. Заремба О.В., Рак Н.О.	302
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.....	302
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	310
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ В ПОЄДНАННІ ІЗ ЕКЗОКРИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2-ГО ТИПУ	310
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	314
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	314

Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	317
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПЕРВИННОМУ ОСТЕОАРТРОЗІ.....	317
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	320
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ В ПОЄДНАННІ ІЗ ГАСТРОГЕННОЮ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	320
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	323
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ ІЗ ЗНИЖЕННЯМ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ.....	323
Сидорчук Л. П., Білецький С. В., Іващук С. І., Мельничук Л. В., Казанцева Т. В., Петринич О. А., Никифор Л. В., Соколенко А. А., Яринич Ю. М., Сем'янів М. М., Репчук Ю. В., Воронок К. О., Сирота Б.В.	327
КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ, МІКРОБІОЛОГІЧНІ ТА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ЕШЕРИХІОЗНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ	327
Бабінець Л. С., Сасик Г. М.	340
АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	340
Бабінець Л. С., Сабат З. І.	347
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У КЛІНІЦІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	347
Ждан В. М., Волченко Г. В., Бабаніна М. Ю., Ткаченко М. В., Кир'ян О. А., Кітура Є. М., Іваницький І. В.	355
ПРОБЛЕМА СВОЄЧАСНОГО ДІАГНОЗУ ПЕРВИННОГО ГІПЕРАЛЬДОСТЕРОНІЗМУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	355
Бабінець Л. С., Земляк О. С.	362
ЕНДОТОКСИКОЗ ЯК ЧИННИК ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПОЄДНАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	362

Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Іщейкіна Ю. О., Ткаченко М. В., Кітура Є. М., Лебідь В. Г., Жукова Т. О.	370
МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	370
Бабінець Л. С.	377
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ І ВИКЛАДАННІ.....	377
Бабінець Л. С.	386
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДІЄВОСТІ БІОРЕГУЛЯЦІЙНОГО ПРЕПАРАТУ ТРАУМЕЛЬ С У ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ	386
Ждан В. М., Ткаченко М. В., Бабаніна М. Ю., Волченко Г. В., Кітура Є. М., Іваницький І. В., Кир'ян О. А.	402
АНАЛІЗ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН ЕНТЕЗИСІВ ТА СИНОВІАЛЬНИХ СТРУКТУР У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ТА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ.....	402
Бабінець Л. С., Коцаба Ю. Я.	424
АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ДИСБІОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ	424
Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Іваницький І. В.	434
КОМОРБІДНІ УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	434
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	458
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТРОФОЛОГІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	458
Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Кітура Є. М., Катеренчук О. І.	466
ВЕГЕТАТИВНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК ФАКТОРИ ПРОГРЕСУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	466
Казakov Ю. М., Трибрат Т. А., Мануша Ю. І.	477
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА МЕТОДИ ЇХ ЛІКУВАННЯ	477

Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	492
ПРОГНОЗУВАННЯ ГІПОВІТАМІНОЗУ РЕТИНОЛУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	492
Лагода Д.О.	498
КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ	498
Галабіцька І. М., Бабінець Л. С.	507
КЛІНІЧНА І ЕКОНОМІЧНА ПЕРСПЕКТИВА МАТЕМАТИЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ КАЛЬЦИТРІОЛУ (25(OH) ВІТАМІНУ D) ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ НА ТЛІ СЕКСКРЕТОРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	507
Дроняк Ю. В., Бабінець Л. С., Мігенько Б. О.	513
ТРОФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОЦІНЦІ ВПЛИВУ СУПУТНЬОГО АСКАРИДОЗУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	513
Сасик Г. М., Бабінець Л. С.	520
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	520
Бабінець Л. С.	527
ОЦІНКА ДОЦІЛЬНОСТІ БІОПУНКТУРИ БІОРЕГУЛЯЦІЙНИХ КОМПЛЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ MOMORDICA COMPOSITUM І COENZYME COMPOSITUM В АМБУЛАТОРНОМУ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	527
Бабінець Л. С., Шайген О. Р.	542
КОМПЛЕКСНА БІОРЕГУЛЯЦІЯ В АМБУЛАТОРНОМУ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С.....	542
Земляк О. С., Бабінець Л. С., Мігенько Б. О.	550
ЕНДОТОКСИКОЗ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ У КОМОРБІДНОСТІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ МЕТОДОМ МАЛООБ'ЄМНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ	550

Сабат З. І., Бабінець Л. С.	562
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ В ОЦІНЦІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ	562
Бабінець Л. С.	571
МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ БІОФЛАВОНОЇДІВ І ЦИНКУ У ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ ВЕДЕННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ	571
Шевченко Н. О., Бабінець Л. С.	582
АД'ЮВАНТНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИ ПАНКРЕАТИТОМ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	582
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	593
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ПАТОГНЕТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ	593
Михайловська Н. С., Шершньова О. В., Олійник Т. В.	605
УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, КОМОРБІДНОЇ З ГІПОТИРЕОЗОМ	605
Катеренчук І.П., Мохначов О.В.	621
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ.....	621
Ткачук І. М., Мороз Г. З.	636
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	636

Гулій М. А., Соловйова В. С.	660
КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ОСНОВІ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ОРГАНІЗМУ	660
Мороз Г. З., Ткачук І. М., Ткаленко О. М., Соколюк А. К.	673
АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ У ПРАКТИКУ ПЕРВИННОЇ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	673
Боровик І. О.	690
МЕНЕДЖМЕНТ ОСТЕОПОРОЗУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ	690
Бабінець Л. С., Кищай К. Ю.	706
ДОСЛІДЖЕННЯ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ	706
Михайловська Н. С., Коновалова М. О.	734
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ЩО ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ.....	734
Шейко С. О.	750
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ІЗОЛЬОВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	750
Махніцька І. В.	786
РОЛЬ PH-МЕТРІЇ В ОЦІНЦІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЯКОСТІ ЇХНЬОЇ КОРЕКЦІЇ	786
Михайловська Н. С., Стецюк І. О.	806
ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	806

Шевченко Н.О., Бабінець Л.С	816
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА СПОСОБИ ЇХ КОРЕКЦІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ	816
Колесник П., Колесник Н., Січ Ю., Понзель Н., Лазарик В., Ільков О., Григоренко Д., Петьовка Д.	827
ПОКЛИКАННЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЗАКАРПАТТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	827
М. В.Ткаченко, М. Ю. Бабаніна, Г. В. Волченко, Є. М. Кітура, О. А Кир'ян	833
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОТИЗАПАЛЬНУ ТА УРАТЗНИЖУВАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ПОДАГРИ	833
Сидорчук Л. П., Репчук Ю. В., Білецький С. В., Казанцева Т. В., Петринич О. А., Іващук С. І., Мельничук Л. В., Соколенко А. А., Сем'янів М. М., Яринич Ю. М., Воронюк К. О.	849
РОЛЬ ГЕНІВ АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ (rs699) ТА РЕЦЕПТОРА ДО ВІТАМІНУ Д (rs2228570) У РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ ЕСЕНЦІЙНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	849
Багро Т. О.; д.мед.н., проф. Ткаченко В. І.	865
ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ОСНОВНОГО ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ	865
Муравльова О. В.	878
АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	878
Професор Чухрієнко Неонілла Дмитрівна	897
ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	897

ПЕРЕДМОВА

Шановні і дорогі колеги!

Перед Вами науково-методичний посібник «Наукові інновації – в практику сімейної медицини», яка є результатом наукових досліджень останніх років у сфері амбулаторної та сімейної медицини, що здійснювались науковцями практично всіх вищих медичних закладів України.

Це традиційне, вже п'яте видання, яке було започатковане за часів президенства в Українській асоціації сімейної медицини (УАСМ) професора Лариси Федорівни Матюхи, яка, на жаль два роки тому пішла у засвіти. Після з'їзду сімейних лікарів у Полтаві, коли ми обрали Ларису Федорівну своїм президентом, вона зуміла нас усіх, таких різних, таких непростих, таких по-своєму особливих, із різними талантами і життєвими кредо, об'єднати в одну команду однодумців – і науковців, і лікарів-практиків, і керівників закладів первинної медичної допомоги (ПМД). За ці роки співпраці ми жили інтересами нашого самого багаточисленного фаху, впроваджували у життя свої сподівання. Не завжди це вдавалося, але ми рухалися, сперечалися, приходили до спільного знаменника, навчалися і точно зростали. І в усьому цьому – енергія нашого лідера, нашої натхненниці і просто доброї людяної і такої по-життєвому мудрої Жінки, якій і присвячується 5-й випуск традиційного для УАСМ посібника.

В УАСМ за президенства Л. Матюхи було створено напрямки роботи УАСМ, серед яких - науковий. Результатом діяльності напрямку цих років стало видання 4-х випусків посібника «Наукові інновації - в практику сімейної медицини».

Науково-методичний посібник містить наукові, методичні і клінічні напрацювання, створені на засадах доказовості, вітчизняними професіоналами у сфері первинної медичної допомоги – загальної практики-сімейної допомоги (ЗП-СМ), мультидисциплінарного компетентнісного спрямування, які є цінними для клінічної практики за фахом ЗП-СМ, створення клінічних протоколів, а також викладання даної дисципліни у закладах вищої медичної освіти. Контент засвідчує необхідність відновлення наукового фаху ЗП-СМ в Україні у зв'язку із значимістю первинної медичної допомоги у системі охорони здоров'я.

Професія сімейного лікаря (СЛ) унікальна за об'ємом лікувально-профілактичної роботи, контингентом населення, який він обслуговує, за менеджерською складовою та ін. Складність її полягає ще й в тому, що СЛ

зобов'язані ухвалювати діагностичні й терапевтичні рішення за відсутності чітких і явних симптомів захворювання. Ці рішення часто ґрунтуються на власних знаннях і практичному досвіді, але нерідко - лише на інтуїції: навіть при тривалому і ретельному спостереженні лише 60% всіх недиференційованих патологічних станів, з якими мають справу СЛ, набувають надалі чітких критеріїв для встановлення конкретного діагнозу, а 40% проблем лишаються невіршеними.

Але клінічні рішення, прийняті на етапі ПМД, визначають правильність використання медичних ресурсів. Саме тому з метою покращення діагностики і надання своєчасної адекватної медичної допомоги СЛ потребують розробки спеціальні алгоритми для потреб ПМД, засновані на наукових доказах. Саме цьому і присвячені дослідження науковців у сфері ПМД, результати яких увійшли до даного видання.

Колектив авторів сподівається, що посібник «Наукові інновації - в практику сімейної медицини» буде цікавим для викладачів, клініцистів, студентів, інтернів, а також науковців у галузі загальної практики-сімейної медицини та інших фахів, які об'єднані спільною метою – надання високопрофесійної, доступної та якісної ПМД громадянам України.

*З повагою і найкращими побажаннями
від колективу авторів, науковий редактор
віце-президент УАСМ, куратор наукового
напряму професор Лілія Бабінець*

АД'ЮВАНТНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИ ПАНКРЕАТИТОМ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Одеський Національний медичний університет

**Тернопільський національний медичний університет імені
І. Я.Горбачевського МОЗ України**

Вступ. Серед захворювань шлунково-кишкового тракту хронічний панкреатит (ХП) належить до найбільш поліетіологічних і поліморбідних патологій, яка проявляється запальними та дегенеративними змінами у підшлунковій залозі (ПЗ), протікає з тяжким перебігом, а з віком призводить до низки ускладнень [8]. Протягом останніх 30 років у світі спостерігається підвищення частоти випадків ХП та гострого панкреатиту більше ніж у 2 рази, поширеність захворювань ПЗ серед дорослого населення за останні 10 років зросла у 3 рази, а серед підлітків – у понад 4 рази. У середньому захворюваність на ХП у світі складає 4,0–10,0 випадків на 100 тис. населення за рік, а поширеність – від 26,7 до 50,0 випадків на 100 тис. населення, і має певні залежності від країни, раси, харчової поведінки. Захворювання ПЗ в 10,9 % випадків є причиною інвалідизації хворих з патологією органів травлення, причому з приводу ХП вона досягає 15%. Хворі на ХП складають 25 % всіх, які звертаються в гастроентерологічні кабінети поліклінік України, а в спеціалізованих гастроентерологічних стаціонарах нашої країни ці хворі займають до 15% ліжок. Серед хворих на ХП у 30% випадків розвиваються ранні ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразок гастродуоденальної зони, тромбоз у системі порталльної вени, стеноз жовтого протока або дванадцятипалої кишки та ін.), летальність складає 5,1% [3, 5, 8]. Доведено, що за наявності в анамнезі ХП ризик розвитку раку ПЗ впродовж 20 років збільшується в 5 разів. Своєю чергою рак ПЗ, що розвивається на тлі ХП, може бути пов'язаний з процесом хронічного запалення і має вкрай несприятливий прогноз [7]. Американськими

дослідниками було проведено повномасштабне дослідження з використанням бази даних Explorys – на основі сумірювання електронних медичних карт понад 50 млн пацієнтів у 20 системах охорони здоров'я по всій державі протягом 1999–2017 рр. із метою з'ясування ролі та частоти виникнення раку ПЗ, зв'язку із попереднім діагнозом панкреатиту і факторами ризику. Встановили, що майже 15% пацієнтів віком понад 40 років із раком ПЗ мали в анамнезі ХП, більше уражалися пацієнти чоловічої статі, афроамериканці, пальники і хворі на цукровий діабет (ЦД) I типу із підвищеною масою тіла [20]. Тому попередження розвитку захворювань ПЗ, профілактика загострень ХП, своєчасна діагностика та адекватне лікування захворювання становить медико-соціальну проблему.

За останні роки спостерігається чітке зростання поширеності патології ПЗ в осіб молодого працездатного віку, однак загострення хронічного процесу у разі «сприятливих умов» відбувається у всіх вікових категоріях. Маніфестація запального процесу у ПЗ починається з ушкоджувальної дії на залозу одного або сукупності декількох етіологічних чинників, до яких належить тютюнопаління, неправильне харчування (надмірне вживання жирною їжі) та зловживання алкоголем [2, 4, 8, 21]. Причому ризик розвитку захворювання або загострення хронічного процесу у ПЗ збільшується експотенціально, а конкретний вид алкоголю, що вживають, не має значення. Було встановлено також етіологічну роль поліморфізму rs1799930 гена NAT2-590 G>A у розвитку гострого алкогольного панкреатиту [14].

У зв'язку із збільшенням пенсійного віку, помолодшанням контингенту хворих на ХП, переважанням патології у людей працездатного віку особливої уваги заслуговує врахування вікового аспекту хворих із виділенням актуальних груп: молодих (до 45 років), середнього віку (45-65 років), молодого похилого віку (66-75 років), похилого віку (понад 75 років). Найбільш значимі зміни, що свідчать про старіння, спостерігаються у середньому віці та пов'язані з фізіологічними особливостями організму. Після 45 років, завдяки порушенням у центральних механізмах регуляції ендокринних функцій системи гіпоталамус-гіпофіз-статеві залози, відбуваються значні порушення у регуляторних механізмах, що змінюють складні нейроендокринні взаємовідносини і призводять до розвитку дистрофічних і дегенеративних процесів системах і органах, зокрема, у ПЗ. Ключову роль мають процеси фіброзу ПЗ [9], який виникає часто на ґрунті стеатозу ПЗ. У 30-х роках XIX ст. з'явилося визначення «жирова інфільтрація» або «неалкогольна жирова хвороба ПЗ» (НАЖХПЗ). Фактори ризику розвитку НАЖПЗ включає сукупність факторів: ожиріння, вік, чоловіча стать, гіпертензія, дисліпидемія, алкоголь і гіперферитинемія [17, 19, 23]. Прогресування фіброзної трансформації ПЗ призводить до розвитку внутрішньо- та зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) ПЗ і, як

наслідок, до мальабсорбції нутрієнтів і нутритивної недостатності. Мальнутриція супроводжується зниженням рівня показників незамінних амінокислот, жиророзчинних вітамінів і мікронутрієнтів, що циркулюють у крові. Частота ускладнень, асоційована з мальнутрицією, достатньо висока – у 9,2 разів частіше ризик спонтанного перелому шийки стегна, в 5,8 разів – переломів хребта і в 2,8 разів – переломів променевої кістки у порівнянні із загальною популяцією, а ризик смертності у таких пацієнтів вірогідно вище, ніж у хворих без ЗСН ПЗ [21]. Лікування ЗСН ПЗ включає повноцінне харчування та замісну ферментну терапію в адекватних дозах. Особливої уваги, на думку професора J.E. Dominguez-Munoz, слід приділяти пацієнтам з наявністю ЗСН ПЗ, у яких під час проведення замісної ферментної терапії нутритивні показники знаходяться в мережах нормальних величин або на 10-25% менші за норми [20]. Причиною недостатнього ефекту замісної терапії, на думку групи авторитетних дослідників [25], може бути синдром надмірного бактеріального росту в тонкій кишці, де відбувається закислення просвіту.

Це мотивувало до вивчення питання доцільності включення до комплексного лікування ХП із ЗСН ПЗ засобу із включенням нутрієнтів і пробіотиків. При вирішенні технічного завдання було взято до уваги те, що в останні роки стало поширеним в лікарській практиці призначення пробіотично-вітамінно-мінеральних комплексів. Одним із нових і економічно доступних, метаболічно найбільш ефективним є пробіотично-вітамінно-мінеральний комплекс Біон 3. Кожна таблетка Біону 3 містить три пробіотичні культури (*Lactobacillus gasseri* PA 16/8 10^7 КУО/г, *Bifidobacterium bifidum* MF 20/5 10^7 КУО/г, *Bifidobacterium longum* SP 07/3 10^7 КУО/г), вітаміни (вітамін А 0.8 мг, вітамін Е 10 мг, вітамін С 60 мг, вітамін В1 1.4 мг, вітамін В2 1.6 мг, вітамін В6 2.0 мг, вітамін В12 1.0 мкг, вітамін D3 200 МЕ, біотин 150 мкг, кислота фолієва 200 мкг, нікотинамід 18 мг, кислота пантотенова 6 мг) і мінеральні речовини і мікроелементи (кальцій 90 мг, залізо 5 мг, магній 45 мг, йод 100 мкг, марганець 1.2 мг, хром 25 мкг, молібден 25 мкг, селен 30 мкг, цинк 5 мг). Механізм дії Біону 3 заснований на позитивному впливі на склад мікрофлори кишечника, покращенні фізіологічного стану кишечника, підвищенні опірності організму і його захисних сил, зміцненні імунної системи [13]. Застосовується даний пробіотичний комплекс для підтримки і відновлення здорової мікрофлори кишечника при незбалансованому харчуванні, стресах, хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту та інших органів; в період одужання після перенесених захворювань; для зміцнення імунної системи організму [1].

Мета дослідження: дослідження ефективності включення препарату вітамінно-мінерального складу з вмістом пробіотичних культур до комплексного лікування хронічного панкреатиту у пацієнтів середнього віку.

Матеріали та методи лікування. Задля вирішення поставлених завдань у дослідження було залучено 86 пацієнтів на ХП середнім віком – $(59,32 \pm 4,33)$ років. Серед обстежених чоловіків було 48 (55,8%), жінок – 38 (44,2%). Обстеження проводилось на базі Некомерційного підприємства «Одеський обласний клінічний медичний центр Одеської Обласної Ради» та в поліклінічному відділенні Тернопільської міської лікарні №2. Джерелом інформації були «Медичні карти амбулаторного хворого» (ф. 025/о) і «Медичні карти стаціонарного хворого» (ф. 003/о) пацієнтів середнього віку на ХП впродовж 2014–2020 рр. Діагноз «хронічний панкреатит» було встановлено на підставі клінічного протоколу згідно із Наказом МОЗ України №638 від 10.09.2014 р.

Критеріями включення до обстеження були: пацієнти віком від 46 до 65 років із встановленим діагнозом ХП у фазі повної та неповної ремісії з урахуванням супутньої патології поза загостренням.

Критеріями виключення: захворювання крові, онкологічні хвороби, гострі інфекційні захворювання впродовж останніх 3-х місяців, загострення будь-якої хронічної патології, стан декомпенсації життєво важливих органів, пацієнти із ЦД на інсулінотерапії.

Всі пацієнти отримували стандартний загальний лікувальний комплекс (ЗЛК): пантопразол 40 мг натще за вимогою, постійна замісна ферментна терапія (ЗФТ) препаратом чистого панкреатину в адекватній дозі з кожним прийомом їжі, прокінетики / або спазмолітики за необхідністю (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при хронічному панкреатиті, згідно із Наказом МОЗ України №638 від 10.09.2014 р.) [16].

I група (22 пацієнта) приймала лише ЗЛК протягом двох місяців.

II підгрупа (39 пацієнтів) додатково до ЗЛК отримували пробіотично-вітамінно-мінеральний комплекс (Біон 3) по 1 таблетці один раз на добу протягом 6 тижнів (Merch KGaA (Німеччина)).

Групу контролю склали 25 пацієнтів без ознак патології травної системи, співставних за віком, статтю, соціальним і медичним статусом.

Пацієнти груп дослідження перебували під амбулаторним спостереженнями та дотримувались рекомендацій з нормотрофного харчування, що показана при ХП у фазі нестійкої ремісії та ремісії.

Оцінку клінічних та біохімічних показників крові здійснювали за загальноприйнятими методиками [10]. Нормальними вважали показники на рівні: еритроцити у жінок $(3,7-4,7) \cdot 10^{12}/\text{л}$, у чоловіків – $(4,0-5,1) \cdot 10^{12}/\text{л}$; гемоглобін у жінок $(120-140) \text{ г/л}$, у чоловіків – $(130-160) \text{ г/л}$; колірний показник – $(0,8-1,05)$; загальний білок – $(65-85) \text{ г/л}$; залізо сироватки крові у жінок – $(9,0-30,0) \text{ мкмоль/л}$, у чоловіків – $(12,0-31,0) \text{ мкмоль/л}$; насиченість

трансферину залізом – (20–50)%; трансферин – (200–320) мг/дл; феритин у жінок – (10,0–120,0) нг/мл, у чоловіків – (20,0–250,0) нг/мл.

Оцінку ЗСН ПЗ визначали за рівнем фекальної α -еластази (ФаЕ) методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів фірми BIOSERV-ELASTASE1-ELISA згідно із загальноприйнятими міжнародними критеріями: виражена ЗСН ПЗ-100 мкг/г; середній ступінь – 100–150 мкг/г; легкий ступінь – 150–200 мкг/г; збережена функція ПЗ – 200 мкг/г [20].

Статистичний аналіз виконували згідно із державними стандартами і настановами з медично-біологічної статистики за допомогою Excel та статистичного пакету Statistica 5.0 [11]. Параметричні критерії t-Ст'юдента й F-Фішера для зв'язаних і незв'язаних виборок використовували при порівнянні їх після перевірки на однорідність дисперсій за критерієм Бартлетта. Розбіжність середніх значень, що порівнювали, і силу взаємозв'язку між варіацією показників оцінювали за величиною коефіцієнта вибіркової кореляції Пірсона [11], відмінність якого від нульового значення вважали значущою при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку лікування переважна кількість хворих обох груп спостереження пред'являла скарги на прояви больового абдомінального синдрому різної інтенсивності та диспепсичного синдрому у 100% випадків. Наявність стеатореї відмічали 72,73% пацієнтів I групи та 76,92% пацієнтів II групи спостереження. Прояви трофологічної недостатності відмічено у 81,82% пацієнтів I групи та у 84,61% обстежених II групи, що підтверджувалось наявністю анемічного синдрому та схуднення у 50,00 та 59,09% хворих I групи та у 53,85 і 48,72% обстежених II групи.

Проведене лікування сприяло позитивній динаміці, що була значно виражена у хворих на ХП після доповнення ЗЛК пробіотичним вітамінно-мінеральним комплексом (дані у табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка клінічних проявів хронічного панкреатиту у пацієнтів середнього віку під впливом різних комплексів лікування

Клінічний прояв	Групи порівняння			
	I група, n=22 (%)		II група, n=39 (%)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Больовий с-м	21 (95,45)	8 (36,36)*	39 (100,0)	7 (17,95) *
Диспептичний с-м	20 (90,91)	6 (27,27)	37 (94,87)	3 (7,69)
Стеаторея	16 (72,73)	7 (31,82)	30 (76,92)	5 (12,82)
Полінутрієнтна недостатність	18 (81,82)	12 (54,55)	33 (84,61)	9 (23,08)
Схуднення	13 (59,09)	9 (40,91)	19 (48,72)	6 (15,38)

Анемічний с-м	11 (50,00)	10 (45,45)	21 (53,85)	4 (10,26)
Астенічний с-м	17 (77,27)	11 (50,00)	29 (74,36)	12 (30,77)
Артралгічний с-м	9 (40,91)	7 (31,82)	18 (46,15)	6 (15,38)
Алергічний с-м	14 (63,63)	5 (22,73)	23 (58,97)	8 (20,51)

Примітка: * – клінічний прояв у хворих середнього віку на ХП після лікування вважали наявним за відсутності значимої позитивної динаміки.

У табл. 2 наведено динаміку показників анемічного синдрому у хворих на ХП, як одного із вагомих проявів нутрієнтної недостатності. Аналіз отриманих результатів показав суттєве відхилення за всіма показниками на початку лікування у пацієнтів обох груп ($p > 0,001$) у порівнянні із групою здорових.

Таблиця 2

Динаміка показників анемії у пацієнтів середнього віку на ХП під впливом різних комплексів лікування, (M±m)

Показик, одиниця виміру	Групи порівняння				
	Контроль (n=25)	I група, n=22 (%)		II група, n=39 (%)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Загальний білок, г/л	78,21±0,53	68,30±0,33 p1>0,001	69,79±0,42 p2>0,05	67,51±0,64 p1>0,001	73,18±0,54 p2>0,001 p3>0,001
Еритроцити, 10 ¹² /л	4,32±0,10	3,53±0,08 p1>0,001	3,68±0,10 p2>0,05	3,47±0,13 p1>0,001	3,93±0,07 p2>0,003 p3>0,05
Гемоглобін, г/л	139,46±1,53	109,31±1,65 p1>0,001	112,42±1,34 p2>0,05	108,13±1,57 p1>0,001	114,76±1,64 p2>0,05 p3>0,05
Колірний показник	1,03±0,05	0,76±0,02 p1>0,001	0,80±0,01 p2>0,05	0,75±0,01 p1>0,001	0,85±0,03 p2>0,05 p3>0,05
Залізо крові, мкмоль/л	22,48±0,47	14,91±0,63 p1>0,001	15,57±0,41 p2>0,05	14,23±0,36 p1>0,001	17,49±0,52 p2>0,001 p3>0,05
Насиченість трансферину залізом,%	35,43±2,04	21,96±1,75 p1>0,001	24,48±1,87 p2>0,05	20,51±1,32 p1>0,001	26,32±1,12 p2>0,003 p3>0,05
Трансферин, мг/дл	317,41±9,64	516,27±3,62 p1>0,001	488,35±4,13 p2>0,001	512,21±5,37 p1>0,001	451,54±3,87 p2>0,001 p3>0,001

Феритин, нг/мл	118,45±5,32	90,77±2,45 p1>0,001	96,53±2,61 p2>0,05	91,23±3,44 p1>0,001	98,61±3,53 p2>0,05 p3>0,05
-------------------	-------------	------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------

- Примітки:*
1. p1 – відмінність таких показників відносно групи контролю;
 2. p2 – відмінність таких показників відносно своєї групи до лікування;
 3. p3 – відмінність таких показників відносно групи ЗЛК

Проведене лікування сприяло статистично значимому зменшенню анемічного синдрому під впливом різних груп корекції, а саме: підвищення рівня загального білка на 2,18% в I групі та на 8,39% в II групі; зниження трансферину на 5,41% та на 11,85% (в I та II групах відповідно), $p>0,05$. Під впливом лише ЗЛК у пацієнтів на ХП спостерігалось підвищення рівня гемоглобіну, еритроцитів, кольорового показника та заліза сироватки крові на 2,84; 4,25; 5,26 та 4,42% відповідно, однак ці дані не були статистично достовірними. Доповнення лікувального комплексу препаратом Біон-3 сприяло вірогідному покращенню таких показників на 6,13; 13,25; 13,33 та 22,91% відповідно ($p>0,05$).

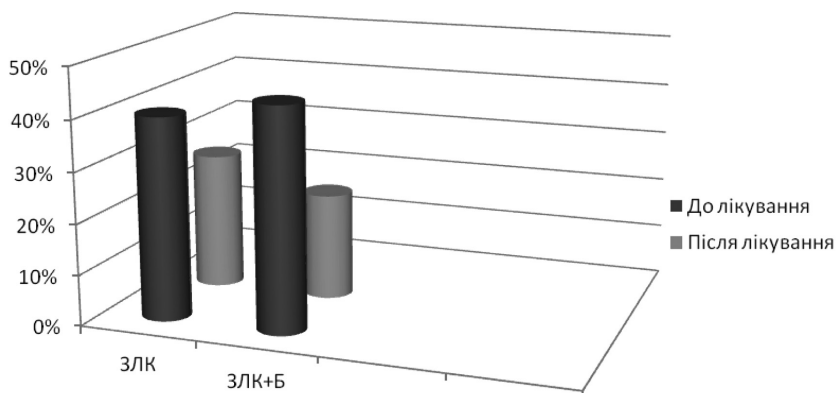


Рис.1 Кількісна динаміка пацієнтів із ХП середнього віку із наявністю ЗСН ПЗ під впливом різних лікувальних комплексів

Слід відмітити, що лікувальні комплекси сприяли підвищенню насиченості трансферину залізом на 11,47% в I групі ($p<0,05$) і на 22,33% в II групі ($p>0,003$). Проведене лікування сприяло підвищенню рівня феритину в крові в I групі на 6,35% і в II групі на 8,09% ($p<0,05$), що засвідчило дієвість препарату Біон 3 у комплексній корекції анемії та білкового вісцерального пулу.

Серед обстежених пацієнтів прояви ЗСН ПЗ середнього та легкого ступеня відмічено у 9 (40,91%) пацієнтів I групи та у 17 (43,59%) пацієнтів II гру-

пи спостереження. Проведене лікування сприяло покращенню екскреторної функції ПЗ у 3 (13,64%) пацієнтів I групи та у 9 (23,07%) обстежених II групи ($p < 0,05$).

Таким чином, доповнення ЗЛК препаратом Біон-3 сприяло покращенню клінічного стану пацієнтів на ХП за результатами суб'єктивного та об'єктивного обстеження. Крім того, отримані результати свідчать, що використання пробіотичного вітамінно-мінерального комплексу володіє статистично значимим коригувальним впливом на анемічний синдром і має помірний терапевтичний ефект щодо покращення зовнішньосекреторної функції ПЗ.

ВИСНОВКИ

1. Додаткове включення до загальноприйнятого лікувального комплексу пробіотичного вітамінно-мінерального комплексу (Біон-3) сприяло вірогідному покращенню параметрів анемічного синдрому у пацієнтів із ХП середнього віку, а також вищій дієвості щодо корекції екскреторної функції ПЗ за рівнем фекальної α -еластази – констатували нормалізацію функції ПЗ у лише 3 (13,64%) пацієнтів I групи і у 9 (23,07%) пацієнтів II групи ($p < 0,05$).

2. Під впливом лікування із застосуванням препарату Біон-3 відбулось підвищення рівня сироваткового заліза на 22,91%, загального білку на 8,39%, та зменшення рівню трансферину на 11,85% ($p > 0,001$). Після включення до ЗЛК Біону-3 рівень еритроцитів, насиченості трансферину залізом збільшився на 13,25 та на 28,33% ($p > 0,003$), а гемоглобіну та кольорового показнику – на 6,13 і на 13,33% відповідно ($p > 0,05$).

3. Комплексне лікування із включенням Біону-3 володіє помірним впливом на екскреторну функцію підшлункової залози, що дало змогу зменшити кількість пацієнтів із помірним ступенем ЗСН ПЗ на 20,52%. Це довело доцільність використання пробіотичного вітамінно-мінерального комплексу (Біон-3) у комплексному лікуванні хворих на ХП середнього віку для профілактики прогресування зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози у даної категорії пацієнтів.

У перспективі подальших досліджень плануємо запропонувати і обґрунтувати комплексні програми лікування пацієнтів із ХП різних вікових груп.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С. Прооксидантно-антиоксидантний дисбаланс і гіповітамінози при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози: клініко-патогенетичні ознаки, коморбідні стани, можливості реабілітації : монографія / Л. С. Бабінець, І. М. Галабіцька. – Тернопіль: Осадца Ю.В., 2018. – 176 с. (Монографія ISBN 978-617-7516-76-6).
2. Бабінець Л. С., Квасніцька О. С. Роль про- та антиоксидантного статусу і тютюнопаління у формуванні трофологічних розладів при хронічному панкреатиті поєднанні з ХОЗЛ // Вестн. клубу панкреатологов. – 2012 – №4. – С. 6–7.
3. Бабінець Л. С., Шевченко Н. О. Актуальність вікового аспекта клінічного перебігу і ведення хворих на хронічний панкреатит / Л. С. Бабінець, Н. О. Шевченко // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2017. – №4 (32). – С. 5–11.
4. Бабінець Л. С., Шевченко Н. О. Вікові особливості формування мінеральної трофологічної недостатності при хронічному панкреатиті / Л. С. Бабінець, Н. О. Шевченко // Здоров'я України. – №1(55). – 2020. – К. С. 2–3.
5. Бабінець Л. С., Шевченко Н. О. Дослідження трофологічної недостатності у хворих на хронічний панкреатит у віковому аспекті / Л.С. Бабінець, Н.О. Шевченко // Гастроентерологія. – Т. 52. – №1, Дніпро. – 2018. – С. 28–31.
6. Биологический возраст как показатель эффективности при метаболической геропротекции / Мещанинов В. Н., Гаврилов И. В., Сергеева Т. В., Варлашов Е. М., Щербаков Д. Л., Леонтьев С. Л. // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2019. – №3–4. С. 73–75.
7. Гриневич В. Б. Проблема хронического панкреатита с позиции терапевта и хирурга / В. Б. Гриневич, Н. А. Майстренко [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2012. – Т. 12, №2. – С. 35–53.
8. Губергриц Н. Б. Практическая панкреатология / Н. Б. Губергриц. – Донецк: Изд. ДГМУ им. М. Горького, 2008. – 322 с.
9. Зион О., Генин О. Ингибирование передачи сигналов трансформирующего фактора роста бета галофугиноном как средство профилактики фиброза поджелудочной железы / Зион О, Генин О, Кавада Н., Йошизато К., Роффе С., Наглер А., Иованна Дж. Л., Халеви О., Пайнс М. // Поджелудочная железа. 2009 Май; 38 (4): 427-35. DOI: 10.1097 / MPA. 0b013e3181967670. PMID: 19188864.)
10. Кишкун А. А. Клиническая лабораторная диагностика: [учеб. пособ.] / А. А. Кишкун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
11. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. К.: Морион, 2001. – 408 с.

12. Насонова Т. И. Старение мозга: возможности нейрогеропротекторной терапии / Т. И. Насонова, И. В. Сазонов // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2014. – №5 (67). – С. 79–83.
13. Патент №145205 Україна, МПК А 61 К 31/00; А 61 Р 3/00; А 61 Р 19/02 (2006.01). Спосіб лікування хворих на первинний остеоартроз в поєднанні із хронічним панкреатитом / Бабінець Л.С., Галабіцька І.М., Шевченко Н.О.; заявник та власник Державний Вищий Навчальний Заклад «Тернопільський Державний Медичний Університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». – №и 202004064; заявл.06.0.2020; опубл.25.11.2020. Промислова власність. Бюл. №22.
14. Самгина Т. А. Роль совместного влияния полиморфизма rs1799930 гена NAT2-590 G>A и употребления алкоголя в развитии острого панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(6):40-44. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-6-40-44>.
15. Старение организма и возрастная динамика биомаркеров геродиagnoстики человека/ Гаврилов И. В., Мещанинов В. Н., Щербаков Д. Л., Вержбицкая Т. Ю., Манакова Н. С., Черепанова Н. М., Варлашов Е. М., Решетников Е. Д. // *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2020, Т 17, №4. – С. 272–284.
16. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при хронічному панкреатиті, згідно із Наказом МОЗ України №638 від 10.09.2014 р.
17. Юки-Ярвинен Х. Неалкогольная жировая болезнь печени как причина и следствие метаболического синдрома. *Ланцет Диабет Эндокринология*. 2014; 2 : С. 901–910.
18. Babinets L. S., Melnyc N. A., Shevchenko N. O. Optimization of the complex therapy of chronic pancreatitis with metabolic syndrome / [Babinets L. S., Melnyc N. A., Shevchenko N. O. et al.] // *Likarski Widomosti*. 2018 / tom LXXI, №2, cz.1. – P. 337–340.
19. Babinets L. S. Shevchenko N. O. Research of lipid exchange diffusion of medium-age patients with chronic pancreatitis with diabetes mellitus / [L. S. Babinets, N. O. Shevchenko and all.] // *Journal of Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences*.-2017.-№11.-Vol.7.-309-318.([dx.doi.org/10.5281/zenodo.1136094](https://doi.org/10.5281/zenodo.1136094)).
20. Effect of the administration schedule on the therapeutic efficacy of oral pancreatic enzyme supplements in patients with exocrine pancreatic insufficiency: a randomized, three-way crossover study / J.E. Dominguez-Munoz, J. Iglesias-Garcia, M. Iglesias-Rey [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005. – Vol. 21, №8. – P. 993–1000.]

21. High prevalence of low-trauma fracture in chronic pancreatitis / A. S. Trignor, B. U. Wu, T. L. Whitlock [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 105, №12. – P. 2680–2686.
22. Lohr J. M. *Exocrine pancreatic insufficiency.* – 1st ed. – Bremen: UNIMED, 2017. – 71 p.
23. Mullady D. K., Yadav D., Amann S. T. et al. Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilization in chronic pancreatitis: a prospective cohort study // *Gut.* 2011. Vol. 60. №1. P. 77–84.
24. Syed A., Babich O., Thakkar P. Defining pancreatitis as a risk factor for pancreatic cancer: the role, incidence and timeline of development. *Pancreas.* 2019. Vol. 48, №8. P. 1098–1101.
25. The prevalence of small intestinal bacterial overgrowth in non-surgical patients with chronic pancreatitis and pancreatic exocrine insufficiency (PEI) / H. M. Ni Chonchubhair, Y. Bashir, M. Dobson [et al.] // *Pancreatology.* – 2018. – Vol. 18, №4. – P. 379–385.

Наукове видання

За редакції професора Лілії Бабінець

НАУКОВІ ІННОВАЦІЇ – В ПРАКТИКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Пам'яті Президента УАСМ професора Лариси Матюхи

Науково-методичний посібник

ВИПУСК 5

Підп. до друку 23.01.2024 р.
Формат 70x100/16. Друк цифровий. Папір офсетний. Гарнітура PetersburgС.
Умовн. друк. арк. 75,72. Наклад 300 прим.

Видавництво «Магнолія 2006»
м. Львів-53, 79053, Україна, тел.: +38 (050) 370-19-57

e-mail: magnol06@ukr.net
<https://magnolia.lviv.ua>

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції:
серія ДК № 6784 від 30.05.2019 року,
видане Державним комітетом інформаційної політики,
телебачення та радіомовлення України.

Надруковано у друкарні видавця Марченко Т. В.

