

Л.С. Бабінець, д.м.н., професор кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

Хронічний панкреатит: діагностика і лікування, алгоритми динамічного спостереження лікарем загальної практики— сімейної медицини на засадах доказової медицини

Актуальність та епідеміологія

Питання діагностики та якісного динамічного спостереження за хворими на хронічний панкреатит (ХП) на амбулаторному етапі є надзвичайно актуальними у практиці сімейного лікаря як інтегратора терапевтичних, хірургічних та інших навичок і знань, що потребують подальшої розробки й оптимізації. Це зумовлено частотою ХП від соціально-економічного рівня країни: найвищі показники захворюваності спостерігаються як у бідних країнах, що пов'язують із недостатнім харчуванням населення, так і у високо-розвинених — у зв'язку з підвищеним вживанням жирів тваринного походження й алкоголю. Частота ХП серед інших захворювань органів травлення становить 6-9% і має тенденцію до зростання. Хворі на хронічний рецидивуючий панкреатит (ХРП) становлять 25% усіх пацієнтів, які звертаються до гастроентерологічних кабінетів поліклінік в Україні, у спеціалізованих стаціонарах такі пацієнти займають 9-12% ліжок. Серед хворих на ХРП у 30% випадків розвиваються ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразок гастродуоденальної зони, тромбоз у системі портальної вени, стеноз холедоха чи дванадцятипалої кишки — ДПК тощо), летальність становить 5,1%. Із розвитком ХРП, особливо у разі неефективного лікування, прогресує функціональна недостатність підшлункової залози (ПЗ). Двадцятирічний анамнез підвищує ризик розвитку раку ПЗ у 5 разів. У результаті протягом 10 років помирають 30%, а протягом 20 років — понад 50% хворих на ХРП.

Методичні рекомендації пропонуються для застосування в роботі лікарів загальної практики—сімейної медицини, дільничних терапевтів, хірургів, гастроентерологів та інших вузьких спеціалістів амбулаторно-поліклінічних закладів, задіяних у процесі диспансерного нагляду за хворими на ХП. Ці методичні рекомендації в Україні видаються вперше.

Діагностика на амбулаторному етапі

Хронічний панкреатит — поняття, яке характеризує хронічне (тривалістю понад 6 місяців) запальне пошкодження ПЗ з деструкцією екзокринної паренхіми, фіброзом і на пізніх стадіях — деструкцією ендокринної паренхіми. ХП має фазово-прогресуючий перебіг з періодичними нападами гострого панкреатиту, що характеризується вираженим больовим синдромом. Пізніше у клінічній картині домінує не стільки біль, скільки стеаторея, розвивається цукровий діабет (ЦД).

Згідно з МКХ-10 виділяють ХП алкогольної етіології (шифр К.86.0) й інші хронічні панкреатити (шифр К.86.1): хронічний рецидивуючий (ХРП), інфекційний, спадковий, ідіопатичний, аутоімунний. Виділяють первинний і вторинний (реактивний) ХП. При первинному ХП процес завжди первинно локалізується в ПЗ, вторинний розвивається на тлі інших захворювань ШКТ або інших органів і систем.

Панкреатит розглядають як єдине захворювання, що має дві фази перебігу: гострий панкреатит, загострення ХРП (гіперферментна фаза), який на пізній стадії поступово трансформується у гіпоферментну фазу.

Основні клінічні симптоми й синдроми

- Больовий синдром: виразкоподібний — за типом лівобічної ниркової коліки;

синдром «правого підбер'я» із жовтяницею; дисмоторний — у поєднанні з відчуттям важкості після вживання їжі та блюванням; розповсюджений — без чіткої локалізації.

- Диспепсичний синдром.
- Синдром зовнішньосекреторної недостатності ПЗ — проявляється мальдигестією, поліфекалією, ліентереєю, стеатореєю, схудненням, гіповітамінозами, анемією, порушенням статевої функції, гіпотонією.
- Ентеропанкреатичний синдром — відмічають дисбактеріоз, вторинний ентерит.
- Алергічний синдром — виявляється у вигляді медикаментозної та харчової кропив'янки, екземи, риносинусопатії.
- Синдром ендокринних порушень — спостерігаються явища гіперінсулінізму з клінікою гіпоглікемічних станів або панкреатогенний ЦД.
- Синдром запальної та ферментативної інтоксикації — характерний тільки для гіперферментативних ХП і проявляється відсутністю апетиту, слабкістю, гіпотонією, тахікардією, лейкоцитозом, прискоренням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).
- Парез кишки.
- Тромбогеморагічний синдром — розвивається при гіперферментативних панкреатитах за вираженого відхилення рівня ферментів у крові.
- Синдром стиснення сусідніх із ПЗ органів — проявляється жовтяницею, дуодено-стазом, частковою механічною кишковою непрохідністю, спленомегалією, підпечінковою портальною гіпертензією.

Больовий і диспепсичний синдроми визначають тільки на підставі скарг хворих, інші підтверджуються об'єктивними та лабораторно-інструментальними даними.

Лабораторна діагностика

У разі ХП основною метою лабораторних методів дослідження функцій ПЗ є підтвердження загострення хвороби, виявлення порушень функцій ПЗ і диференційна діагностика з новоутвореннями (табл. 1).

У діагностиці порушень функцій органів травлення значну роль відіграє копрологічне дослідження, яке дає змогу оцінити моторну й секреторну функції тонкої й товстої кишки, діяльність печінки й ДПК. Наводимо ознаки недостатності функції ПЗ:

- консистенція випорожнень мазеподібна;
- колір сірий;
- запах сморідний;
- реакція рН 6-8;
- стеркобілін присутній;
- білірубін (-);
- залишки білкової їжі — наявність перетравлених м'язових волокон — креаторея;
- залишки вуглеводної їжі — наявність перетравленої клітковини, внутрішньоклітинного крохмалю;
- залишки жирної їжі — наявність великої кількості нейтральних жирів за відсутності мил і жирних кислот — стеаторея.

За наявністю або відсутністю йодофільної та патологічної флори можна судити про явища дисбіозу, за елементами відновлення (слиз, епітелій, форменні елементи крові) — про явища ентероколіту.

Інструментальна діагностика

1. Оглядова рентгенографія черевної порожнини — кальцифікати в зоні проекції ПЗ. Контрастування барієвою сумішшю шлунка — «розгортання» кільця ДПК, симптоми Фростберга, «лаштунків», рефлюкс барію в ампулу фатерова соска.

2. ЕГДС — виразки, ерозії гастродуоденальної зони, папіліт. Симптом «манної крупи».

3. Сонографія — зміни у протоках і паренхімі залози, які підсумовуються для визначення ступеня важкості проявів панкреатиту: одна-дві ознаки свідчать про легкий

ступінь, три-п'ять ознак — середній, більше п'яти ознак — важкий.

Критерії патологічних змін протоки ПЗ при ХП: розширення вірсунгової протоки більше ніж на 3 мм (як ознака протокової гіпертензії); звивистий хід протоки; внутрішньопротокової ехогенні утворення з акустичними тінями й без них (камені, кальцинати стінки, білкові преципітати); гіперехогенна (фіброзно змінена) стінка протоки; розширення її бокових гілок (перидуктальний фіброз паренхіми).

Критерії патологічних змін паренхіми ПЗ: негомогенна ехоструктура паренхіми залози; зони зниженої ехогенності з дрібними (1-3 мм) включеннями (запальний тканинний набряк); гіперехогенні включення з акустичними тінями (кальцифікація залози); лінійні тяжисті включення (фіброз) різної форми й довжини; нерівний бутристий гіперехогенний контур залози (фіброз й атрофія залози); анехогенні порожнини розмірами понад 5 мм (наявність псевдокіст).

У разі легкого перебігу ХП рецидиви трапляються не частіше 2 разів на рік, легко усуваються упродовж 3-14 днів, можливі ремісії тривалістю рік і більше.

ХП середньої важкості проявляється рецидивами 2-3 рази на рік з мінімальною дисфункцією ПЗ (відновлення функціонального стану протягом 48-72 год), ускладнень і тривалих ремісій немає.

У разі важкого перебігу ХП рецидиви трапляються більше 3 разів на рік, для їх усунення необхідно більше місяця, розвиваються ускладнення. Іноді рецидиви повністю не усуваються, відбувається лише періодичне послаблення й посилення постійного больового синдрому. У таких випадках перебіг визначають як безперервно рецидивуючий.

Ранні ускладнення: шок, гостра ниркова й печінкова недостатність, плевропульмональні



Л.С. Бабінець

ускладнення (лівобічний плеврит, ателектаз нижньої частки), енцефалопатія, гіпокальціємія, ДВЗ-синдром, динамічна кишкова непрохідність, панкреатогенний гепатит, нефрити.

Пізнє ускладнення: механічна жовтяниця, портальна гіпертензія, ерозивний езофагіт, синдром Меллорі-Вейса, хронічна дуоденальна непрохідність, псевдокісти ПЗ, хронічний паранкреатит, панкреатогенний асцит, гіпоглікемічні кризи, гіперглікемія, абдомінальний шемічний синдром, утворення пігментного каміння у холедосі, рак ПЗ.

Зразки формулювання діагнозу:

1. ХРП у фазі загострення, перебіг середньої важкості, з помірно вираженою зовнішньосекреторною недостатністю.

2. Хронічний алкогольний панкреатит у фазі загострення, важкий перебіг, з вираженою зовнішньосекреторною й інкреторною недостатністю. Вторинний ЦД середнього ступеня важкості, субкомпенсований.

Продовження на стор. 62.

Таблиця 1. Диференційна діагностика

Діагностична цінність	Лабораторні тести	Зміни показників		
		Рак	Гіперплазія ПЗ	Кіста ПЗ
Підтвердження загострення захворювання	Загальний аналіз крові	Помірний лейкоцитоз, зсув формули «вліво», прискорення ШОЕ, нерідко анемія, при алергічному синдромі — еозиніфілія		
	Дослідження амілази крові й сечі, ліпази крові Визначення рівня білірубину, АСТ, АЛТ, ЛФ у сироватці крові	Підвищені у 2-3 рази Нерідко підвищені		
Дослідження екзокринної функції ПЗ	Дослідження активності амілази й ліпази у крові й сечі до і після використання стимуляторів секреції ПЗ (після внутрішньовенного введення секретину, холецистокініну) Визначення перетравлювальної здатності секрету ПЗ за копрологічним дослідженням. Протягом 3 днів до його проведення хворому призначають дієту Шмітта (105 г білка, 135 г жиру, 180 г вуглеводів) Дослідження секрету ПЗ	При патології ПЗ активність ферментів підвищується більше ніж у 2 рази і через 2 год до вихідного рівня не повертається Підвищений вміст нейтрального жиру в калі й мил при малозміненому вмісті жирних кислот. Креаторея Зниження активності ферментів панкреатичного соку		
	Глюкозотолерантний тест	Підвищена толерантність (гіпоглікемія натще), сплоснений пік глюкози у крові		
Діагностичні тести раку й ендокринних пухлин ПЗ	У загальному аналізі крові Анемія Прискорена ШОЕ У копрограмі Креаторея Стеаторея Біохімія крові АЛТ, АСТ ЛФ, білірубін Амілаза Онкомаркери, карциномембрональний антиген	часто	немає	рідко
		часто	рідко	рідко
		рідко може бути	часто	немає
		часто підвищені	норма	рідко підвищені
	часто підвищені	можуть бути підвищені	рідко підвищені	
	можуть бути підвищені	можуть бути підвищені	рідко підвищені	
	часто підвищені	немає	немає	

Л.С. Бабінець, д.м.н., професор кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

Хронічний панкреатит: діагностика і лікування, алгоритми динамічного спостереження лікарем загальної практики—сімейної медицини на засадах доказової медицини

Продовження. Початок на стор. 61.

3. Хронічний ідіопатичний панкреатит у фазі загострення, важкий перебіг, механічна жовтяниця.

Лікування в амбулаторних умовах

В амбулаторних умовах проводять лікування пацієнтів з незначними проявами загострення ХП (нерізко виражений больовий синдром, не більше ніж двократне збільшення активності сироваткової амлази), без ускладнень хвороби, а також тими варіантами ХП, за яких у клінічній картині переважають ознаки недостатності зовнішньо- і/або внутрішньосекреторної функції ПЗ.

Етіологічна і патогенетична терапія

Виключають алкоголь і ліки, які пошкоджують ПЗ; проводять лікування хронічного холециститу, виразкової хвороби, дуоденіту, харчової алергії, дисліпідемій, гіперпаратиреозу й інших захворювань, з якими може бути пов'язаний розвиток ХП.

Основне завдання консервативного лікування — зменшення проявів функціональної недостатності ПЗ, урахувавши особливості функції ПЗ у конкретного хворого за результатами зондового дослідження й копрограми. Критерії ефективності дози ферментного препарату такі: припинення схуднення, збільшення маси тіла, зникнення стеатореї, зменшення диспепсичних явищ (метеоризму), нормалізація випорожнень, покращення апетиту.

Рекомендації ВООЗ щодо усунення больового синдрому при ХРП

1-й етап — заборона вживання алкоголю, ферментна замісна терапія в ранні терміни, дієта.

2-й етап — спазмолітики, анальгетики (саліцилати), кодеїн + парацетамол, похідні фенотіазину (трифлупромидин або прометацин) + трициклічний антидепресант іміпрамін.

3-й етап — анальгетики центральної дії, їх поєднання із психотропними засобами.

Для зняття больового синдрому застосовують літичні суміші, ненаркотичні (процидол), наркотичні анальгетики (крім морфіну), психотропні засоби, новокаїн, антигістамінні препарати, тіосульфат натрію 10 мл 30% внутрішньовенно протягом 10-12 днів. Внутрішньом'язово нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП), холод на ділянку ПЗ, блокада сонячного сплетіння.

Базисна терапія ХП (в умовах амбулаторного етапу виконуються I-II сходинки) — корекція моторики.

I сходинка: базис + піренцепін + H₂-блокатор + ферментний препарат.

II сходинка: базис + піренцепін + ферментний препарат + блокатор протонної помпи + амінокапронова кислота.

III сходинка: базис + атропін (бутилскополамін) + блокатор протонної помпи + природний інгібітор.

IV сходинка: III сходинка + 5-фторурацил або рибонуклеаза, або соматостатин, або гемосорбція, або променева терапія, або їх поєднання.

На I-II сходинках препарати можна призначати перорально, а на III-IV сходинках — тільки парентерально.

За наявності у хворого функціонального синдрому подразненої ПЗ лікування проводять на I сходинці, рідко — на II. Якщо спостерігається феномен відхилення рівня ферментів у крові, терапію необхідно починати з II сходинки; у разі вираженого больового синдрому, інтоксикації, парезу кишки, зниження артеріального тиску й інших ознак важкого перебігу панкреатиту

та за умови безперервно рецидивуючого ХРП лікування починають з III сходинки. Терапію на IV сходинці проводять тільки у хірургічному стаціонарі.

Лікувальне харчування

В амбулаторних умовах використовують два варіанти дієти 5п.

Дієта 5п (I варіант) показана при ХП у фазі загострення. Метою є механічне й хімічне шадіння органів травлення, усунення больового синдрому, зменшення активності ПЗ.

Калорійність і хімічний склад: 1500-1800 ккал, білки — 80 г, жири — 40-60 г, вуглеводи — 200 г.

Характеристика їжі: варена у протертому вигляді, з обмеженням основних нутрієнтів.

Дієту 5п (I) призначають після 1-2 годинних днів.

Режим харчування дробний, через кожні 3 год, тривалість 5-6 днів, потім — дієта 5п (II).

Дієта 5п (II варіант) показана при ХП у фазі нестійкої ремісії й ремісії. Метою є механічне й хімічне шадіння органів травлення, усунення больового синдрому, зменшення активності ПЗ.

Калорійність і хімічний склад: 2500-2800 ккал, білки — 130-140 г (нежирні сорти сиру, твердого сиру, м'яса, риби), жири — 70 г, вуглеводи — 350 г.

Характеристика їжі: варена у протертому вигляді, тушкована, з обмеженням жирів, цукру, з виключенням продуктів, що стимулюють секрецію (бульйони, відвар капусти й ін.).

Режим харчування — невеликими порціями 5-6 разів на добу.

У разі задовільної перетравлювальної здатності й відсутності діареї можна вживати сирі овочі (капусту, моркву, салат тощо) Забороняються: алкоголь, жирна, гостра їжа, консерви, газовані напої, кислі сорти яблук і кислі фруктні соки.

Алгоритми диференційованого підходу до диспансерного спостереження за хворими на ХП лікарем загальної практики — сімейної медицини

Призначення лікувального комплексу і схема диспансерного спостереження за хворими на ХП залежить не тільки від клінічної картини й перебігу самого захворювання, а й від супутньої патології, яка впливає на стан пацієнта і часто визначає особливості формування ХП. Наведемо деякі дані проведеного нами аналізу етіотропних чинників ХП і супутньої патології у 204 хворих на ХП.

Найвищий рейтинг впливу на виникнення ХП у нашому дослідженні має біліарний чинник. Захворювання жовчних шляхів, за даними більшості панкреатологів, майже у 50% випадків панкреатитів є етіотропними. Наше дослідження корелює з даними світової літератури — такий зв'язок виявлено у 52,94% випадків: 46 хворих на ХП страждають на некалькульозний холецистит, 42 — калькульозний холецистит, 20 пацієнтів відмічають наявність дискінезій жовчного міхура. Необхідно також зауважити, що перенесена холецистектомія (29 пацієнтів, що становить 14,22%) не завжди зменшує, а часом навіть збільшує ризик виникнення панкреатиту. У 18 хворих (8,82%) саме виконання холецистектомії спровокувало маніфестацію панкреатиту, можливо, вже наявного до оперативного втручання. Причиною панкреатиту в таких випадках може бути післяопераційне рубцеве стенозування кінцевого відрізка загальної жовчної протоки. Також побутує думка про виникнення як холелітазу, так і панкреатиту на тлі

єдиних етіологічних факторів, наприклад при гастродуоденальній патології, дуоденостазі тощо, коли ліквідація вторинного патологічного процесу в жовчних шляхах ще не усуває причини ураження ПЗ.

У 116 (56,86%) хворих із 204 обстежених ХП виник за наявності хронічного гастродуоденіту, у 21 (10,29%) — виразкової хвороби з локалізацією виразок на задній поверхні шлунка й у ДПК, коли з великою вірогідністю можна думати про наявність дуоденостазу, як органічного, так і функціонального (розмежування цих форм дуоденостазу часто є неможливим). Троє пацієнтів серед досліджуваних мали в анамнезі резекцію шлунка за Більоту II чи гастроентеростомію, у чотирьох ендоскопічно встановлено наявність дивертикулів навколососочкової зони ДПК. Ці випадки можна трактувати як дуоденостаз органічного генезу. У 19 пацієнтів (9,31%) було попередньо діагностовано хронічні гастрити й виразки з локалізацією у шлунку, тому їх можна оцінити як випадки хронічного панкреатиту з наявністю етіологічного гастрогенного фактора.

Важливою проблемою панкреатології є співвідношення між гострим і хронічним панкреатитом. В останні роки найбільше спеціалістів не розглядають ці поняття як окремі нозологічні форми. За даними багатьох дослідників, безпосередній перехід гострого панкреатиту у хронічну фазу відбувається в 10% випадків. У нашому дослідженні анамнестично зв'язок виникнення ХП із появою гострого простежується у 14 пацієнтів із 204 (6,86%).

Найпоширенішою причиною ХП вважають зловживання алкоголем, що призводить до так званого алкогольного панкреатиту. Згідно з даними різних авторів алкогольний фактор наявний у 75-85% випадків панкреатиту. Наше дослідження показало, що в анамнезі 131 пацієнта (64,22%) відмічено факт вживання алкогольних напоїв, однак це не можна трактувати як зловживання. Небезпечними для печінки й ПЗ вважають дози, які перевищують 80-160 мл етанолу на добу, дуже небезпечними — понад 160 мл. У нашому дослідженні виявлено 35 таких пацієнтів (17,16% досліджуваного контингенту). І лише трьох хворих (1,47%) офіційно визнано алкоголіками, і вони перебувають на обліку в наркодиспансері. Такий низький відсоток алкогольного чинника в нашому дослідженні можна пояснити відсутністю об'єктивно визначеного критерію зловживання, фактором замовчування пацієнтами цього чинника, а також значним переважанням жінок серед аналізованого контингенту.

Трави ПЗ, за даними літератури, є частотою причиною виникнення панкреатиту. Серед обстежених нами пацієнтів вплив фактора можливого травматичного пошкодження ПЗ можна запідозрити з незначною частотою вірогідності у 34 (16,67%) хворих (у 3 пацієнтів після гастректомії й гастроентеростомії, у 29 — після холецистектомії, в 1 — після спленектомії з приводу кісти селезінки, в 1 — після проникаючого ножового ураження органів черевної порожнини), причому 33 з них — ятрогенні.

В останні роки в літературі дедалі частіше з'являються повідомлення про можливе інфекційне походження ХП. Ми проаналізували клініко-анамнестичні дані, які прямим і непрямим чином можуть свідчити про наявність інфекційного агента у виникненні панкреатиту в обстежених пацієнтів. Так, факт захворювання на гострий вірусний гепатит в анамнезі відмічають 23 (11,25%) пацієнти. Десять (4,90%) хворих мають в анамнезі паразитарні захворювання (7 випадків аскаридозу, 2 — лямбліозу, 1 — трихоцефаліозу). На супутню бронхіально-легеневу патологію страждають 20 пацієнтів з панкреатитом (12,75%), 5 з них перенесли легеневий туберкульоз (2,45%). Супутній пієлонефрит відмічено у 10 (4,90%) пацієнтів з панкреатитом. У 29 (14,22%) обстежених хворих в анамнезі є дані про часті випадки ГРВІ, ГРЗ, перенесені дитячі інфекційні хвороби (епідемічний паротит, краснуха, скарлатина, вітрянка тощо), герпетичні висипання й ін. Таким чином, ми навели спектр супутньої патології, яка передувала виникненню ХП,

що дає змогу запідозрити етіотропну роль інфекційного фактора. 74 (36,28%) пацієнти з ХП мали в анамнезі хронічний персистуючий гепатит (крім зазначених вище випадків вірусного гепатиту), у генезі якого теж цілком вірогідний вплив інфекційного фактора, однак його не визначали, а також можливий вплив аліментарного і ятрогенного медикаментозного чинників. Інфекції викликають сенсibiliзацію тканин ПЗ, утворення антитіл, вторинні імунodefіцити (Ю.І. Решетилів і співавт., 2002). На підставі цих даних у переважній більшості хворих на ХП можна запідозрити наявність інфекції, яка зумовила виникнення ХП.

Про вплив ішемічного фактора в генезі ХП можна думати у 71 пацієнта (34,80%) з аналізованого контингенту: 39 (19,12%) протягом тривалого часу страждають на гіпертонічну хворобу або симптоматичну гіпертензію, 30 (14,71%) — на ішемічну хворобу серця (ІХС), 2 пацієнти мають колагенові захворювання. Наявність алергічного чинника в анамнезі виявлено у 16 (8,33%) хворих — це пацієнти з медикаментозною алергією, алергічними ринітами, atopічним варіантом бронхіальної астми тощо.

Таким чином, серед проаналізованих чинників найбільший вплив на виникнення ХП, за даними нашого дослідження, мають біліарний, інфекційний, імунний, ішемічний, алкогольний, хронічна дуоденальна непрохідність. Однак ці чинники часто поєднуються, що викликає хронічне ураження ПЗ. Тому й підхід до лікування хворих на ХП має бути комплексним, поліетіологічним, а алгоритми динамічного спостереження за пацієнтами з ХП — диференційованими й індивідуалізованими. Наведимо рекомендовані алгоритми диспансерного спостереження за хворими на ХП найбільш актуальних і поширених, на наш погляд, груп пацієнтів залежно від супутньої патології.

Для реалізації принципу диференційованого підходу до лікування і профілактики ХП ми пішли шляхом об'єднання хворих у групи залежно від супутніх захворювань, які істотно впливають на патогенез і перебіг ХП, що необхідно враховувати, визначаючи мінімальні обов'язкові комплекси діагностичних заходів і програми лікувальної корекції та реабілітації.

У таблиці 2 наведено основні найбільш поширені й актуальні комбінації патологій інших органів і систем з ХП, які зустрічаються у практиці сімейного лікаря під час динамічного спостереження за пацієнтами.

Висновки

1. Динамічне спостереження за хворими на ХП мають здійснювати сімейні лікарі або дільничні терапевти за допомогою вузьких спеціалістів (хірургів, ендокринологів тощо за вимогою) за диференційованими алгоритмами залежно від супутньої патології.

2. Організацію й виконання динамічного спостереження за хворими на ХП на амбулаторному етапі необхідно проводити згідно з положеннями Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-12 «Основні законодавства України про охорону здоров'я», постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, затвердженого наказом МОЗ від 11.09.2000 р. № 214, наказу МОЗ України № 770 від 30.05.1986 р. «Про порядок проведення диспансеризації населення», наказу МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення».

3. Використання запропонованих схем диспансерного спостереження на практиці дало змогу зменшити кількість днів тимчасової втрати працездатності хворих на ХП (на прикладі 204 диспансерних хворих на ХП на базі поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні № 2) на 3,6 дня на одного хворого протягом року, виявити 139 випадків наявності вторинного остеодіфіциту в досліджуваних хворих і призначити необхідні програми корекції.



Таблиця 2. Алгоритми диференційованого підходу до диспансерного спостереження за хворими на ХП лікарем загальної практики-сімейної медицини

Група хворих на ХП за супутніми нозологіями	Кратність спостережень лікарями різних спеціалізацій	Необхідні діагностичні дослідження	Комплекс лікувально-оздоровчих заходів (фаза ремісії й нестійкої ремісії)
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ	Сімейний лікар – 1-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Хірург – за показаннями	Загальний аналіз крові й сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові), діастаза сечі, копрограма 1-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, ЕГДС, УЗД – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - цитопротектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної й інкреторної функції ПЗ (ЦД)	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Хірург, кардіолог, нефролог, невропатолог, окуліст – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові, цукор крові, глікемічний профіль), діастаза сечі, копрологічне дослідження калу 1-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, ЕГДС, УЗД – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 9 Медикаментозна терапія: - корекція вуглеводного обміну (цукрознижувальні препарати, за потреби – інсулінотерапія) - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - цитопротектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ + виразкова хвороба	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Хірург – не менше 2 разів на рік (вирішення питання щодо доцільності хірургічних методів лікування, особливо у разі ускладненого перебігу виразкової хвороби або резистентності до лікування) Онколог – 1 раз на рік (при атрофічних процесах у шлунку, підозрі на малігнізацію виразки)	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові), діастаза сечі й реакція на приховану кров, копрограма 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, рентгенографія ШКТ, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, рН-метрія або фракційне шлункове зондування – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - протирецивдивні курси антибактеріальної антихелікобактерної терапії - антациди - стимулятори шлункової секреції при гіпоацидних станах - цитопротектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - репаранти - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ + захворювання гепатобілярної зони	Сімейний лікар – 1-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Хірург – не менше 1 разу на рік (вирішення питання щодо доцільності застосування хірургічних методів лікування, особливо при калькульозному холециститі) Інші спеціалісти – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові, білірубін, печінкові проби, лужна фосфатаза й ін.), діастаза сечі, реакція на приховану кров, копрограма 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, рентгенографія ШКТ, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, дуоденальне фракційне зондування – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - стимулятори шлункової секреції при гіпоацидних станах - гепатопротектори - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - холеретики і/або холекінетики за вимогою - препарати для лікування дисбіозу кишки та інші згідно із станом хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація

Продовження таблиці 2.

Група хворих на ХП за супутніми нозологіями	Кратність спостережень лікарями різних спеціалізацій	Необхідні діагностичні дослідження	Комплекс лікувально-оздоровчих заходів (фаза ремісії й нестійкої ремісії)
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ у хворих після операцій на органах гепатобілярної й гастро-дуоденальної зон	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Хірург – не менше 2 разів на рік Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Інші спеціалісти – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові), діастаза сечі й реакція на приховану кров 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, рентгенографія ШКТ, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, рН-метрія або фракційне шлункове зондування – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - стимулятори шлункової секреції при гіпоацидних станах - гепатопротектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ + серцево-судинні захворювання (особливо ІХС, артеріальна гіпертензія – АГ)	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Кардіолог, невропатолог, окуліст – 1 раз на рік Хірург та інші спеціалісти – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ліпідограма, коагулограма при ІХС, ферменти крові), діастаза сечі, копрограма 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, ЕКГ, ЕхоКГ – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - контроль АТ при АГ (базисна терапія: бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ, сечогінні препарати, антагоністи рецепторів ангіотензину II) - при ІХС (антиагреганти, нітрати, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ та ін.) - статини - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - цитопротектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ + обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Пульмонолог – 1 раз на рік Хірург та інші спеціалісти – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ліпідограма, ферменти крові), аналіз харкотиння, діастаза сечі, копрограма 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, ЕКГ, ЕхоКГ, спірометрія, пікфлоуметрія – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - базисна терапія ХОЗЛ: бронхолітики, НПЗП, інгаляційні кортикостероїди, у разі загострення інфекції – антибактеріальна терапія - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - протектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація
ХП із порушенням екскреторної функції ПЗ + захворювання опорно-рухового апарату (остеоартроз, остеопозит, ревматоїдний артрит тощо)	Сімейний лікар – 2-4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу Ендокринолог – у разі порушення толерантності до глюкози Ревматолог і/або травматолог – 1 раз на рік Фізіотерапевт – 1 раз на рік Хірург та інші спеціалісти – за показаннями	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (у т.ч. ферменти крові, ревмопроби), діастаза сечі, копрограма 2-4 рази на рік; оглядова рентгенографія черевної порожнини, ЕГДС із прицільною біопсією, УЗД, ЕКГ, рентгенографія уражених суглобів – не рідше 1 разу на рік; інші – за показаннями (у т.ч. денситометрія хребта)	Режим амбулаторний Дієта 5п Медикаментозна терапія: - базисна терапія при захворюваннях суглобів: хондропротектори і протизапальні засоби – при остеоартрози; хворобомодифікуючі препарати, НПЗП, кортикостероїди при ревматоїдному артриті; остеотропні препарати при остеопозиті (антирезорбенти, препарати кальцію, стимулятори остеогенезу й ін.) - холінолітики - ферментні препарати (за вимогою) - антациди - протектори - препарати для покращення мікроциркуляції - вітаміни - антиоксиданти - адаптогени - препарати для лікування дисбіозу кишки й інші залежно від стану хворого Немедикаментозні методи: - санаторно-курортне лікування - лікувальна фізкультура, масаж, мінеральні води - фізіотерапія - рефлексотерапія - фітотерапія - гомеопатія У разі загострення процесу – госпіталізація