

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

2023

Вступ

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Хронічний панкреатит» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно Методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28 вересня 2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Хронічний панкреатит», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Ознайомитися з текстом клінічної настанови «Хронічний панкреатит» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним панкреатитом (ХП). Основними завданнями при розробці протоколу було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів з ХП, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Окремі етапи надання медичної допомоги пацієнтам з ХП здійснюються відповідно до положень медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, при припиненні вживання тютюнових виробів, при цукровому діабеті тощо.

Робочу групу з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за темою «Хронічний панкреатит», до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей, створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 145).

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

ЕГДС	–	езофагогастродуоденоскопія
ЕКГ	–	електрокардіографія
ЕНПЗ	–	екзокринна недостатність підшлункової залози
ЕРХПГ	–	ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія
ЖКХ	–	жовчно-кам'яна хвороба
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ПП	–	інгібітор протонної помпи
ІХС	–	ішемічна хвороба серця
КТ	–	комп'ютерна томографія
КМП	–	клінічний маршрут пацієнта
МРТ	–	магніто-резонансна томографія
МРХПГ	–	магніто-резонансна холангіопанкреатографія
НПЗП	–	нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби
ПЗ	–	підшлункова залоза
ХП	–	хронічний панкреатит
УЗД	–	ультразвукове дослідження
УКПМД	–	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ШКТ	–	шлунково-кишковий тракт
НbA1c	–	глікозильований гемоглобін

Форма № 025/о форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Хронічний панкреатит.

1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: К 86.0 (Хронічний алкогольний панкреатит), К 86.1 (Інший хронічний панкреатит).

1.3. Користувачі: лікарі загальної практики–сімейні лікарі, лікарі терапевти, лікарі-гастроентерологи.

1.4. Мета протоколу: визначення комплексу заходів з профілактики, своєчасного виявлення, діагностики та лікування хронічного панкреатиту пацієнтам старше 18 років.

1.5. Дата складання протоколу: 2023 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2028 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Машкевич Олександра Григорівна	директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Харченко Наталія Вячеславівна	завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Бондаренко Ольга Олександрівна	професор кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
Губергриц Наталія Борисівна	провідний гастроентеролог товариства з обмеженою відповідальністю «МЕДИЧНА КОМПАНІЯ ІНТО-САНА» (за згодою);
Лопух Ігор Ярославович	доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Хомяк Ігор Васильович	головний науковий співробітник ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім.О.О. Шалімова» НАМН України;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний
----------------------------	--

центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Шилкіна Олена
Олександрівна заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти

Ткач Сергій
Михайлович головний науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України, професор, д.м.н.;

Ротар Олександр
Васильович професор кафедри загальної хірургії медичного факультету №3 Буковинського державного медичного університету, професор, д.м.н.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Частота захворювання у європейських країнах коливається від 5 до 10 випадків на 100 000 населення. При медіані виживаності 20 років розрахункова поширеність захворювання становить 120 випадків. Дані щодо поширеності захворювання в Україні відсутні.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

ХП - це захворювання підшлункової залози (ПЗ), при якому рецидивуюче запалення призводить до заміщення паренхіми ПЗ фіброзною сполучною тканиною. Ця фіброзна перебудова ПЗ є причиною прогресуючої екзокринної і ендокринної недостатності ПЗ. Діагноз встановлюється за допомогою методів візуалізації високої точності, які дозволяють виявити такі ознаки: підвищена щільність паренхіми, атрофія залози, кальцифікація, псевдокісти та нерівномірний просвіт головної протоки ПЗ (ГППЗ) і її бічних гілок. Діагноз повинен ґрунтуватися на результатах методів візуалізації, які проводяться пацієнтам з клінічними симптомами, що вказують на захворювання ПЗ. До ускладнень ХП відносять стриктури протоки ПЗ та/або жовчних проток, псевдокісти, панкреолітіаз, стеноз дванадцятипалої кишки (ДПК), мальабсорбцію, судинні ускладнення і рецидивуючий або постійний біль

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

Профілактика

Положення протоколу

Первинна профілактика ХП передбачає: уникнення факторів, які провокують виникнення ХП (куріння, надмірне вживання алкоголю); збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникання переїдання; виявлення та лікування метаболічних порушень, що є факторами ризику виникнення ХП (ожиріння, гіпертригліцеридемія); своєчасну (ранню) діагностику жовчнокам'яної хвороби, хронічного холециститу з наявністю в жовчному міхурі біліарного сладжу.

Обґрунтування

Ризик ХП зростає експоненціально (пропорційно швидкості збільшення самого ризику - чим більше значення має ризик, тим швидше він зростає), а конкретний вид споживаного алкоголю не має значення. Кількість і тривалість споживання алкоголю, необхідні для розвитку ХП, поки однозначно не встановлено. Деякі дані говорять про вживання алкоголю на рівні не менше 80 г/добу (в перерахунку на чистий етанол) протягом як мінімум шести років. Куріння є незалежним фактором ризику ХП. Оскільки куріння призводить до прогресування ХП, всім пацієнтам слід рекомендувати кинути палити.. Крім того, існують дані стосовно виникнення ХП у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Жовчнокам'яна хвороба є причиною більш, ніж половини

випадків ХП в Україні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ХП.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надавати інформацію пацієнтам щодо необхідності уникати впливу факторів ризику розвитку ХП, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем відповідно до додатку 1 до цього УКПМД.

Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності ХП, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області, наведених у пункті 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Попередній діагноз ХП має бути підтверджений лікарем гастроентерологом.

Обґрунтування

Діагноз хронічного запалення ПЗ встановлюється і підтверджується на основі наявних симптомів, результатів візуалізації з метою визначення структури ПЗ (ультразвукове дослідження (УЗД), тестів екзокринної (копроскопія, фекальний еластазний тест) та ендокринної (рівень глюкози крові, глікований гемоглобін) функції ПЗ.

УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура. необхідне для діагностики панкреатиту та диференціальної діагностики із жовчнокам'яною хворобою, яка також проявляється абдомінальним болем та може спровокувати розвиток біліарного панкреатиту. Важливо зауважити, що УЗД є скринінговим методом і виявляє тільки такі суттєві зміни ПЗ, як кальцинати протоків, кальцифікати паренхіми, великі кістозні утворення. При відсутності таких змін діагноз ХП не виключається. За наявності дифузних змін ПЗ діагноз ХП не вважається підтвердженим, потрібні додаткові методи візуалізації на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги: КТ, МРТ, МРХПГ, а в складних випадках ендоУЗД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Детальний збір скарг та анамнестичних даних включає оцінку наявності специфічного больового синдрому; симптомів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (в тому числі оцінка за опитувальником РЕІ, наведеному у додатку 2 до цього УКПМД); симптомів внутрішньосекреторної недостатності ПЗ.

Фізикальне обстеження включає огляд з метою виявлення ознак ХП відповідно до критеріїв, наведених у пункті 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Лабораторні методи обстеження включають: визначення рівня глюкози крові, амілази крові та сечі, глікованого гемоглобіну, виконання копроскопії, направлення на фекальний еластазний тест.

Інструментальні методи обстеження включають: направлення пацієнта на УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура; ЕКГ.

Скерувати пацієнта на консультацію до:

хірурга – за наявності тривожних симптомів: лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром, немотивована втрата ваги, при підозрі на гострий панкреатит, за наявності ускладнень – негайно. а також за наявності виявлення при УЗД кальцинатів та/або кальцифікатів ПЗ, кістозних утворень ПЗ, підозрі на пухлину, розширення панкреатичної протоки конкрементів жовчного міхура;

гастроентеролога для підтвердження або уточнення діагнозу ХП;

ендокринолога – за наявності симптомів цукрового діабету.

Лікування

Положення протоколу

Лікування ХП призначається лікарем гастроентерологом, водночас, лікар загальної практики-сімейний лікар може призначити заходи з корекції способу життя згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я (відмова від вживання алкоголю та тютюну дотримання режиму харчування, праці та відпочинку) та симптоматичне лікування.

Обґрунтування

Доведено, що вживання алкоголю та тютюну є значущими чинниками хронічного запалення ПЗ, а продовження їх вживання пов'язане зумовлює негативний прогноз. Перш, ніж почати лікування болю, пов'язаного з ХП, необхідно виключити інші можливі супутні причини. Знеболювальні лікарські засоби мають застосовуватись в ефективних дозах з відповідними інтервалами з урахуванням протипоказань. Показане інвазивне лікування болю у пацієнтів з ХП при неефективності медикаментозного лікування (на етапі спеціалізованої медичної допомоги).

Пероральна ензимотерапія показана пацієнтам із симптомами зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. Лікарські форми препаратів – мінімікросфери або мікросфери з ентеророзчинним покриттям продемонстрували більшу ефективність при лікуванні екзокринної недостатності підшлункової залози.

Підтримка адекватного раціону, виправлення дефіциту поживних мікроелементів, застосування ферментів ПЗ і лікування болю показали позитивний вплив на стан пацієнтів з ХП.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надати рекомендації щодо корекції способу життя, режиму харчування відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД, а також режиму праці та відпочинку.

Надання медичної допомоги щодо симптоматичного знеболення, стосовно відмови від вживання алкоголю та тютюну здійснюється згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

За наявності симптомів недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ призначити препарати панкреатину відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД.

За наявності цукрового діабету специфічне лікування призначає ендокринолог.

Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнт з ХП перебуває на обліку у лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій фахівців та призначає за необхідності симптоматичне лікування.

Обґрунтування

Метою моніторингу пацієнта з ХП є раннє виявлення ендокринної і екзокринної недостатності ПЗ та ускладнень. Оскільки екзокринна та ендокринна недостатність часто формується у пацієнтів з хронічним запаленням ПЗ за 8-20 років після виявлення хвороби, періодичне визначення рівня глюкози крові натщесерце, HbA1c (хоча б 1 раз на рік при вихідних нормальних показниках, а при вихідному підвищенні частіше - за необхідності, але хоча б 1 раз на три місяці), результатів фекального еластазного тесту (при вихідних нормальних показниках 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні - 1 раз на рік) є важливими заходами спостереження.

Пацієнти зі зміною типу болю, втратою маси тіла і/або жовтяницею повинні бути обстежені на рак підшлункової залози.

У пацієнтів з пептичною виразкою ДПК з ускладненнями і пептичною виразкою шлунка повинна бути проведена контрольна ендоскопія. В таких випадках терапевтичний контроль представляє собою поєднання уреазного тесту і гістологічне дослідження біопсії з антрума і тіла шлунка.

Дослідження показали, що модифікація способу життя, повна відмова від вживання алкоголю та тютюну, підвищення фізичної активності сприяють покращенню виживаності.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану спостереження, що наведений у пункті 3.2 розділу III цього УКПМД.

Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень повної відмови від вживання алкоголю та тютюну на основі інформації, наведеної у додатку 1 до цього УКПМД.

3.2. Спеціалізована медична допомога

Профілактика

Положення протоколу

Профілактика ХП передбачає: уникнення факторів, які провокують виникнення ХП (куріння, надмірне вживання алкоголю); збалансоване харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання; виявлення та

лікування захворювань жовчовивідної системи, особливо жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), гіпертригліцеридемії.

Обґрунтування

Ризик ХП зростає експоненціально (пропорційно швидкості збільшення самого ризику - чим більше значення має ризик, тим швидше він зростає), а конкретний вид споживаного алкоголю не має значення. Кількість і тривалість споживання алкоголю, необхідні для розвитку ХП, поки однозначно не встановлено. Деякі дані говорять про вживання алкоголю на рівні не менше 80 г/добу (в перерахунку на чистий етанол) протягом як мінімум шести років.

Куріння є незалежним фактором ризику ХП. Оскільки куріння призводить до прогресування ХП, всім пацієнтам слід рекомендувати кинути палити.. Крім того, існують дані стосовно виникнення ХП у хворих з ожирінням, при вживанні їжі з великим вмістом жиру та недостатнім вживанням харчових волокон, переїданні. Жовчнокам'яна хвороба є причиною більш, ніж половини випадків ХП в Україні. Корекція способу життя є обов'язковою складовою лікування та профілактики подальшого розвитку ХП.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надавати інформацію пацієнтам щодо необхідності уникати впливу факторів ризику розвитку ХП, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем відповідно до додатку 1 до цього УКПМД.

Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовані на встановлення діагнозу ХП, диференційну діагностику з іншими захворюваннями, оцінку ризику тяжких ускладнень ХП.

Обґрунтування

Діагноз хронічного запалення ПЗ встановлюється і підтверджується на основі симптомів, наявних у пацієнта, тестів екзокринної та ендокринної функції ПЗ, оцінки трофологічного статусу (фекальний еластазний тест та/або тригліцеридний дихальний тест; антропометричні показники - індекс маси тіла, вимірювання окружності плеча на рівні його середини, товщини складки шкіри над трицепсом і сили стиснення рукою; показники нутритивного статусу - преальбумін, ретинол-зв'язуючий білок, 25-ОН холекальциферол (вітамін D) і мінерали/мікроелементи (включаючи сироваткове залізо, цинк і магній)), оцінки за допомогою методів візуалізації морфологічних змін ПЗ, які зазвичай є помітними на пізній стадії, але важко виявляються на ранніх стадіях. КТ, МРТ (МРХПГ), ендоУЗД є кращими методами візуалізації для діагностики ХП.

Значне зменшення рівня фекальної еластази є підставою підозрювати наявність екзокринної недостатності ПЗ. Зниження антропометричних показників та показників трофологічного статусу підтверджують наявність зовнішньосекреторної недостатності ПЗ.

Критеріями для встановлення діагнозу цукрового діабету є рівень глюкози крові натще ≥ 126 мг/дл і / або HbA1c $\geq 6,5$ %.

У разі сполучення ХП з іншими автоімунними захворюваннями (наприклад, з автоімунним гепатитом, первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним холангітом, атоімунним тиреоїдитом та ін.) необхідно виключити автоімунний панкреатит (визначити рівень IgG4 крові).

Необхідні дії

Обов'язкові:

Детальний збір скарг та анамнестичних даних включає оцінку наявності специфічного больового синдрому; симптомів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (в тому числі оцінка за опитувальником PEI); симптомів внутрішньосекреторної недостатності ПЗ.

Фізикальне обстеження включає огляд з метою виявлення ознак ХП відповідно до критеріїв, наведених у пункті 4.1 розділу IV цього УКПМД.

Лабораторні методи обстеження включають: біохімічний аналіз крові із визначенням рівня амілази, панкреатичної ізоамілази, ліпази, глюкози (якщо не був зроблений при наданні первинної медичної допомоги), глікозильованого гемоглобіну та з оцінкою трофологічного статусу (преальбумін, ретинол-зв'язуючий білок, 25-ОН холекальциферол (вітамін D) і мінерали/мікроелементи (включаючи сироваткове залізо, цинк і магній); аналіз сечі із визначенням рівня амілази; копроскопію; визначення фекальної еластази-1 та/або тригліцеридний дихальний тест.

У разі підозри на гіпертригліцеридемічний панкреатит призначити аналіз крові із визначенням ліпідогамми.

Інструментальні методи обстеження включають: УЗД органів черевної порожнини та жовчного міхура (якщо не було зроблено при наданні первинної медичної допомоги), КТ, за необхідності МРТ (МРХПГ), в складних випадках ендоскопію; ЕГДС з оглядом ретробульбарного відділу 12-палої кишки; оцінку щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії; ЕКГ.

Скерувати пацієнта на консультацію до фахівців: хірурга за наявності тривожних симптомів (лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром), немотивована втрата ваги; при підозрі на гострий панкреатит, наявності ускладнень, а також за наявності виявлення при УЗД кальцинатів та/або кальцифікатів ПЗ, кістозних утворень ПЗ, підозрі на пухлину, розширення панкреатичної протоки конкрементів жовчного міхура; онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення; ендокринолога за наявності симптомів цукрового діабету.

Бажані:

Визначення генних мутацій в PRSS1, CFTR, і SPINK1 CTRC пацієнтам з ХП невідомої етіології та сімейним анамнезом ХП.

У разі поєднання ХП з іншими автоімунними захворюваннями (наприклад, з автоімунним гепатитом, первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним холангітом, атоімунним тиреоїдитом та ін.) необхідно виключити автоімунний панкреатит (визначити рівень IgG4 крові).

Лікування

Положення протоколу

Лікування ХП передбачає оптимальне поєднання медикаментозних і немедикаментозних засобів. Лікування при загостренні ХП, ускладненому перебігу, за необхідності хірургічного втручання лікування здійснюється в умовах стаціонару, подальше спостереження проводиться амбулаторно.

Обґрунтування

Доведено, що вживання алкоголю та тютюну є значущими чинниками хронічного запалення ПЗ, а продовження їх вживання пов'язане з негативним прогнозом. Перш, ніж почати лікування, пов'язаного з ХП, необхідно виключити інші можливі супутні причини. Знеболювальні лікарські засоби мають застосовуватись в ефективних дозах з відповідними інтервалами з моніторингом ниркової, дихальної та печінкової функції. Показане інвазивне лікування болю (ендоскопічне, хірургічне) у пацієнтів з ХП при неефективності медикаментозного лікування.

Пероральна ензимотерапія показана пацієнтам з ознаками зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (клінічними, лабораторними, функціональними). Лікарські форми препаратів – мінімікросфери або мікросфери з ентеророзчинним покриттям продемонстрували більшу ефективність при лікуванні екзокринної недостатності підшлункової залози. Інгібування секреції кислоти інгібіторами протонної помпи покращує ефективність ензимотерапії ентеророзчинними мінімікросферами у пацієнтів, які недостатньо відповіли на монотерапію ферментами.

Підтримка адекватного раціону, виправлення дефіциту поживних мікроелементів, застосування ферментів підшлункової залози і лікування болю показали позитивний вплив на стан хворих з хронічним панкреатитом.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надати рекомендації щодо корекції способу життя, режиму харчування відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД, а також режиму праці та відпочинку.

Надання медичної допомоги щодо симптоматичного знеболення, стосовно відмови від вживання алкоголю та тютюну здійснюється згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

За наявності симптомів недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ призначити препарати панкреатину відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД.

Хірургічне/ендоскопічне лікування призначається при неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень, наведених у пункті 4.2 розділу IV цього УКПМД.

За необхідності корекції вітамінної недостатності призначити лікарські засоби, які містять вітаміни відповідно до пункту 4.2 розділу IV цього УКПМД.

За наявності цукрового діабету специфічне лікування призначає ендокринолог.

Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти з ХП мають проходити періодичні огляди з метою раннього виявлення ендокринної і екзокринної недостатності, загострень та ускладнень захворювання.

Обґрунтування

Оскільки екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ часто формується у пацієнтів з хронічним запаленням ПЗ за 8-20 років після виявлення хвороби, щорічне визначення рівня глюкози крові натщесерце, HbA1c (хоча б 1 раз на рік при вихідних нормальних показниках, а при вихідному підвищенні частіше - за необхідності, але хоча б 1 раз на три місяці), результатів фекального еластазного тесту (при вихідних нормальних показниках 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні - 1 раз на рік).

Слід регулярно проводити оцінку щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії (призначати кожному хворому при діагностиці хронічного панкреатиту, а якщо виявлено зниження щільності, то повторюємо денсиметрію один раз в 2 роки).

Пацієнти зі зміною типу болю, втратою маси тіла і/або жовтяницею повинні бути обстежені на рак підшлункової залози.

Дослідження показали, що модифікація способу життя, повна відмова від вживання алкоголю та тютюну, підвищення фізичної активності сприяє покращенню виживаності.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) результатів планових обстежень.

Планові огляди пацієнта з ХП проводяться 2 рази на рік або на вимогу та передбачають наступні заходи.

Збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів.

Визначання рівня глюкози крові та глікованого гемоглобіну: при вихідних нормальних показниках - 1 раз на рік, а при вихідному підвищенні - 1 раз на три місяці.

Фекальний еластазний тест: при вихідних нормальних показниках - 1 раз на три роки, а при вихідному зниженні - 1 раз на рік.

Оцінка щільності кісткової тканини методом подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії, якщо при встановленні діагнозу виявлено зниження щільності, - один раз на 2 роки.

УЗД ПЗ, за необхідності КТ та/або МРТ (МРХПГ), ендоУЗД.

Пацієнтам зі спадковим ХП призначається КТ для скринінгу раку ПЗ – щорічно. Скринінг повинен початися у віці 45 років або за 15 років до наймолодшого віку, в якому випадок раку ПЗ зафіксовано в цій родині.

Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

При планових візитах під час спостереження надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень повної відмови від вживання алкоголю та тютюну.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Діагностика та диференційна діагностика ХП

Критерії діагностики ХП

№ з/п	Критерій	Характеристика	Метод визначення
1.	Біль	Локалізується у верхній частині живота частіше в середині та/або в лівому підребер'ї, іноді в правому підребер'ї. Біль посилюється через 15-25 хвилин після прийому їжі, особливо жирної, гострої, прийому алкоголю. Біль віддає у поперек – тільки в ліву половину або в обидві половини поперек. Біль зменшується при прикладанні холоду на ліве підребер'я, при голодуванні.	Опитування
		Болісність в проекції ПЗ при пальпації	Фізикальне обстеження
2.	Зміни паренхіми та протоків ПЗ	Наявність атрофії паренхіми, осередків запалення, кальцифікатів, аномалії протоків ПЗ, розширення протоків, ущільнення їх стінок, наявність кальцинатів у протоках, зміни ехогенності та неоднорідність паренхіми, ущільнення паренхіми.	УЗД КТ МРТ/МРХПГ Ендоскопічне УЗД ЕРХПГ
3.	Ознаки зовнішньо-секреторної недостатності ПЗ	Випорожнення з ознаками мальдигестії – кашкоподібне випорожнення 2-3 рази на добу, «велике панкреатичне випорожнення» (об'ємне, смердюче, сіруватого кольору з блискучою поверхнею – жирне), лієнтерея (макроскопічно видимі залишки неперетравленої їжі в калі), зниження показників функціональних тестів (фекальний еластазний тест та/або тригліцеридний дихальний тест; антропометричних показників - індекс маси тіла, вимірювання окружності плеча на рівні його	Опитування (в тому числі за опитувальником РЕІ) антропометрія, біохімічні та функціональні дослідження

№ з/п	Критерій	Характеристика	Метод визначення
		середини, товщини складки шкіри над трицепсом і сили стиснення рукою; показників нутритивного статусу - преальбумін, ретинол-зв'язуючий білок, 25-ОН холекальциферол (вітамін D) і мінерали/мікроелементи (включаючи сироваткове залізо, цинк і магній)	
		Нудота, блювання, що не приносить полегшення, метеоризм, відрижка тощо	Опитування
		Втрата маси тіла, прояви гіповітамінозу (особливо А, D, Е, К)	Опитування, фізикальне обстеження
4.	Ознаки ендокринної недостатності ПЗ	Спрага, полідипсія (підвищене споживання води), поліурія (збільшення діурезу), втрата маси тіла	Опитування
		Гіперглікемія: рівень глюкози крові натще ≥ 126 мг/дл і / або HbA1c $\geq 6,5$ %.	Лабораторне дослідження

Диференційна діагностика

Диференційна діагностика ХП проводиться з метою довести наявність даного захворювання, виключити інші захворювання, які можуть супроводжуватися подібними скаргами, а саме:

Захворювання шлунково-кишкового тракту:

- гострий панкреатит;
- гострий холецистит;
- обструкція протоків жовчного міхура/каміння;
- гострий апендицит;
- дивертикулярний абсцес;
- парез шлунка;
- обструкція кишечника;
- синдром подразненого кишечника;
- мальабсорбція іншої етіології;
- хвороба Крона;
- пептична виразка;
- неспецифічний виразковий коліт;
- пухлини ПЗ.

Захворювання серцево-судинної системи:

- ІХС, особливо абдомінальна форма інфаркту міокарду;

- гостра ішемія або інфаркт тонкого кишечника;
- запалення аневризми черевної аорти;
- тромбоз мезентеріальних судин.

Захворювання статеві системи:

- гострий сальпінгіт (запалення маткових труб);
- позаматкова вагітність;
- ендометріоз;
- кіста яєчника;
- рак яєчника;

Інші чинники:

- грудна радикулопатія;
- сечокам'яна хвороба.

4.2. Лікування ХП

Немедикаментозне лікування

Повна відмова від вживання алкоголю, паління.

Харчування при захворюваннях ПЗ за своїм кількісним і якісним складом та енергетичною цінністю повинно відповідати фізіологічним потребам людини. Дієтотерапія повинна проводитись залежно від характеру та стадії захворювання, ступеню порушень метаболічних процесів, наявності супутньої патології.

Дієта при ХП повинна містити оптимальну кількість білку (80-100 г/добу, з них тваринних – 45-50 г/добу), помірно обмежуються жири (до \approx 60 г/добу, з них рослинних – 25-30 г/добу; жир розподіляється рівномірно на 3-4 основних прийоми їжі). За наявності цукрового діабету вуглеводи, що легко засвоюються, мають бути виключені з харчування.

Необхідна відмова від продуктів та страв, що стимулюють шлункову та панкреатичну секрецію (гострі, копчені, смажені, свіжоспечені, солодкі страви, шоколад, какао, кава, прянощі, бульйон, груба клітковина).

Важливим є вид кулінарної обробки (необхідно відварювання, запікання), дотримання ритму прийому їжі (4-6 разів на добу), зменшення кількості солі (до 6-8 г/добу), достатня кількість рідини (1-1,5 літри на добу). Температура страв 15-60°C. Енергетична цінність раціону – 2000-2500 ккал/добу.

Додатково рекомендується призначення лікарських препаратів омега-3 жирних кислот, лецитину, жиророзчинних вітамінів після їжі в комбінації з препаратами ферментів.

Медикаментозне лікування

Симптоматичне лікування болю здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

Для усунення болю можуть також призначатися спазмолітики, особливо за наявності супутньої біліарної патології.

За наявності симптомів недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ призначаються поліферментні препарати (панкреатин) по 40000–50000 ОД ліпази на основний прийом їжі та 20000–25000 ОД ліпази на неосновний прийом їжі.

Оцінка замісної ферментної терапії проводиться за динамікою клінічних симптомів мальдигестії (про ефективність свідчать зникнення стеатореї, зменшення або зникнення метеоризму, стабілізація або збільшення маси тіла) та покращення нутритивного статусу пацієнтів.

При недостатній ефективності замісної ферментної терапії слід подвоїти або потроїти дозу ферментного препарату або додати до лікування інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день.

Для корекції вітамінної недостатності призначаються вітаміни (монопрепарати та комбіновані): менадін/фітоменадін, ретинол, ергокальциферол, токоферол, полівітамінні комплекси, які містять зазначені вітаміни.

При лікуванні загострень та ускладнень ХП в умовах стаціонару з метою детоксикації призначається інфузійна терапія

При необхідності лікування бактеріальних ускладнень ХП призначаються антибактеріальні лікарські засоби відповідно до чинних галузевих стандартів медичної допомоги з раціонального застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів та периопераційної антибіотикопрофілактики.

При вторинному панкреатиті, що розвинувся внаслідок інших захворювань органів травлення, лікування основного захворювання призначається згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Хірургічне/ендоскопічне лікування

Розглядається при неефективності медикаментозного лікування та за наявності ускладнень.

Показання до ендоскопічного лікування:

- тубулярний стеноз дистальної частини загальної жовчної протоки;
- біль, який асоціюється з розширенням головної панкреатичної протоки;
- папілостеноз;
- стриктури препапілярного відділу;
- одиничні конкременти головної панкреатичної протоки;
- нориці ПЗ, що виходять з дистальних відділів головної панкреатичної протоки;
- кісти і псевдокісти ПЗ.

Показання до оперативного втручання:

- кальциноз ПЗ і камені проток з вираженим больовим синдромом;
- обструктивний ХП – при неможливості ендоскопічної декомпресії;
- механічна жовтяниця за рахунок стиснення загальної жовчної протоки;

- дуоденальна непрохідність;
- підпечінкова портальна гіпертензія;
- кісти більше 6 см в діаметрі або нориця ПЗ, що не виліковуються консервативно, ендоскопічно протягом 3-6 місяців;
- вторинний ХП, пов'язаний з ЖКХ, дуоденальною непрохідністю, абдомінальним ішемічним синдромом;
- неефективність консервативної терапії, стійкого больового синдрому;
- наявність злоякісного новоутворення;
- бактеріально-гнійні ускладнення при неефективності малоінвазивних втручань та медикаментозного лікування;
- парапапілярні дивертикули.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження даного Уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: <http://www.drlz.com.ua/ibp/>

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики - сімейний лікар, медичні сестри.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Інгібітори протонної помпи.
2. Поліферментні препарати: панкреатин.

5.2. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси Лікарі: гастроентеролог, лаборант, лікар з ультразвукової діагностики, радіолог, ендоскопіст; за необхідності хірург, онколог, ендокринолог, дієтолог, медичні сестри.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Вітаміни: ергокальциферол, менадїон, ретинол, токоферол, фітоменадїон, комбіновані вітамінні препарати.
2. Інгібітори протонної помпи.
3. Поліферментні препарати: панкреатин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з ХП.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з ХП

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит».

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%

2024 рік та подальший період – 100%

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями ЗОЗ, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/ КМП з ХП.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічний панкреатит», 2023 рік.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 листопада 1997 року № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Хронічний панкреатит»
(пункт 3.1 розділу III)

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Що таке підшлункова залоза?

Підшлункова залоза (ПЗ) — життєво важливий орган. Вона знаходиться позаду шлунка на задній стінці черевної порожнини, на рівні нижніх грудних і верхніх поперекових хребців.

Які функції виконує підшлункова залоза?

ПЗ виконує дві основні функції: продукція травних ферментів для забезпечення процесу травлення; продукція гормонів (інсуліну) для забезпечення нормального обміну глюкози.

Що таке хронічний панкреатит?

ХП — це тривале уповільнене запалення тканини ПЗ. Періодично під впливом вживання алкоголю, жирної, гострої їжі запалення може посилюватися із подальшим розвитком загострень ХП. Через тривалий запальний процес відбувається зменшення кількості клітин, які виробляють травні ферменти, що призводить до зниження продукції ферментів ПЗ і порушення травлення. Через деякий час (зазвичай через кілька років) запалення зачіпає і острівці Лангерганса ПЗ, які виробляють інсулін, тому зменшується продукція інсуліну, і розвивається цукровий діабет.

Які причини можуть викликати хронічний панкреатит?

Зловживання алкоголем (найчастіша причина ХП); куріння, захворювання жовчних шляхів (особливо жовчнокам'яна хвороба); спадкові панкреатити; звуження або закупорка проток ПЗ (наприклад, рубцеве звуження проток після травм ПЗ; камені ПЗ); автоімунний панкреатит; гіпертригліцеридемія (підвищення рівня тригліцеридів крові); гіперпаратиреоїдизм (підвищення функції паращитовидних залоз); ідіопатичний ХП (причина невідома).

Якими симптомами проявляється хронічний панкреатит?

Основними симптомами захворювання є біль у животі і порушення травлення.

Біль у верхній частині живота частіше локалізується в її середині та/або в лівому підребер'ї, однак може турбувати біль і в правому підребер'ї. Біль посилюється через 15–25 хвилин після прийому їжі, особливо жирної, гострої, прийому алкоголю. Біль віддає у поперек – тільки в ліву половину або в обидві половини поперек. Біль зменшується при прикладанні холоду на ліве підребер'я, при голодуванні. Біль може супроводжуватися нудотою, блюванням, здуттям живота, відрижкою, печією, порушеннями випорожнення.

Порушення травлення пов'язано із зменшенням надходження травних ферментів ПЗ. Випорожнення кишечника стають рясним, жирним, з кашоподібною, мазеподібною консистенцією. Частота збільшується до 3 і більше разів на добу. Тому що прийнята їжа не всмоктується в необхідному обсязі, хворий худне. Внаслідок порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К), розвиваються гіповітамінози.

При тривалому перебігу захворювання, коли страждають ендокринні клітини ПЗ, може розвинути **цукровий діабет**. У цьому випадку може з'явитись спрага, сухість у роті і сухість шкіри, збільшення кількості сечі.

Як поставити діагноз хронічного панкреатиту?

Діагноз ХП ставить тільки лікар. Для цього він аналізує клінічні прояви, історію захворювання, результати об'єктивного дослідження, призначає необхідні діагностичні заходи.

Які основні напрямки лікування хронічного панкреатиту?

Насамперед, необхідна повна відмова від вживання алкоголю, тютюну.

Дієта передбачає частий прийом їжі, невеликими порціями, зі зниженням вмісту жиру (голодування протягом 2–3 днів може зменшити вираженість болю). Дієта при ХП повинна містити оптимальну кількість білку (80-100 г/добу, з них тваринних – 45-50 г/добу), помірно обмежуються жири (до \approx 60 г/добу, з них рослинних – 25-30 г/добу; жир розподіляється рівномірно на 3-4 основних прийоми їжі). За наявності цукрового діабету вуглеводи, що легко засвоюються, виключаються з харчування.

Необхідна відмова від продуктів та страв, що стимулюють шлункову та панкреатичну секрецію (гострі, копчені, смажені, свіжоспечені, солодкі страви, шоколад, какао, кава, прянощі, бульйон, груба клітковина).

Важливим є вид кулінарної обробки (необхідно відварювання, запікання), дотримання ритму прийому їжі (4-6 разів на добу), зменшення кількості солі (до 6-8 г/добу), достатня кількість рідини (1-1,5 літри на добу). Температура страв 15-60°C. Енергетична цінність раціону – 2000-2500 ккал/добу.

Лікарські засоби призначає тільки лікар!

Для симптоматичного лікування болю призначаються анальгетики. Якщо власна ПЗ не може виробляти достатню кількість травних ферментів, призначається замісна терапія ферментними препаратами. При розвитку цукрового діабету відповідне лікування призначить ендокринолог. Якщо консервативне лікування є недостатньо ефективним, зберігається виражений больовий синдром або існує перешкода відтоку соку ПЗ, звуження її проток, розвиток інших ускладнень ХП, призначається ендоскопічне або хірургічне лікування.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Чи показане санаторно-курортне лікування при хронічному панкреатиті?

Це лікування показане, але тільки в періоді стійкої ремісії і не раніше, ніж через 6 місяців після закінчення загострення ХП. Вибір курорту визначає лікар.

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Хронічний панкреатит»
(пункт 3.1 розділу III)

Опитувальник PEI-Q для визначення екзокринної недостатності підшлункової залози

Підрахунок балів за опитувальним листом PEI-Q [тільки для проведення опитування]

- Кожному пункту присвоюється бал від 0 до 4 на підставі відповіді, обраної пацієнтом.
- Бальна оцінка за кожним розділом і загальна бальна оцінка обчислюються як середнє значення (див. наведену нижче таблицю).
- *Загальну бальну оцінку симптомів (середнє значення)* можна обчислювати для всіх респондентів з метою виявлення відомостей, що допомагають лікарям установити діагноз ЕНПЗ, тоді як обчислення *загальної підсумкової бальної оцінки (середнього значення)* має проводитися лише для респондентів, в яких діагностовано ЕНПЗ.
- Бальні оцінки за кожним розділом (доменом) обчислюються лише в тому разі, якщо пацієнт надав відповіді на понад 50 % запитань розділу (тобто на щонайменше чотири запитання в розділі «Абдомінальні симптоми», на щонайменше три запитання в розділі «Симптоми з боку дефекації» та на щонайменше три запитання в розділі «Вплив»).
- Загальні бальні оцінки обчислюються лише в тому разі, якщо для того чи іншого пацієнта визначено бальні оцінки для двох або трьох розділів.
- Якщо не вистачає більшої кількості відповідей або розділів, то обчислення бальної оцінки для розділу або загальної бальної оцінки не проводиться й такі бальні оцінки вважаються відсутніми.
- Є підстави вважати, що *загальна бальна оцінка симптомів (середнє значення)* на рівні **0,60** або вище вказує на наявність у пацієнта діагнозу ЕНПЗ, якщо в нього не діагностовано іншого шлунково-кишкового захворювання, як-от синдрому подразненого кишечника з діареєю.
- Є також підстави вважати, що *загальна бальна оцінка симптомів (середнє значення)* на рівні **1,8** або вище вказує на **тяжку** або погано контрольовану ЕНПЗ, бальні оцінки на рівні **1,4-1,8** вказують на **помірні** симптоми ЕНПЗ, а бальні оцінки на рівні **0,60-1,4** — на **незначні** або **легкі** симптоми ЕНПЗ.

ПІДРАХУНОК БАЛІВ

ДОМЕН (СЕРЕДНЄ ЗНАЧЕННЯ)	ФОРМУЛА	У ЦЬОМУ СТОВПЧИКУ ЗАПИШІТЬ КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ, НАБРАНУ ПАЦІЄНТОМ
Абдомінальні симптоми (A)	$A = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 1—7}}{7}$	A =
Симптоми з боку дефекації (B)	$B = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 8—13}}{6}$	B =
Загальна бальна оцінка симптомів	$\frac{(\text{Бальна оцінка абдомінальних симптомів (A)} + \text{бальна оцінка симптомів з боку дефекації (B)})}{2}$	(A+B)/2 =
Вплив (C)	$C = \frac{\text{Сума бальних оцінок за пунктами 14—18}}{5}$	C =
Загальна підсумкова бальна оцінка (тільки пацієнти з ЕНПЗ)	$\frac{(\text{Бальна оцінка за доменом абдомінальних симптомів (A)} + \text{бальна оцінка за доменом симптомів з боку дефекації (B)} + \text{бальна оцінка за доменом впливу (C)})}{3}$	(A+B+C)/3 =

Цей опитувальник містить запитання щодо проблем, які можуть виникати, якщо у Вашому організмі виробляється недостатня кількість ферментів, потрібних для перетравлення їжі, яку Ви споживаєте.

ПІБ _____

Дата _____

АБДОМІНАЛЬНІ СИМПТОМИ		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПЕВНОЮ МІРОЮ	ТАК, ВІДЧУТНО	ТАК, СИЛЬНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
1.	Протягом останніх 7 днів чи був у Вас біль у животі?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
2.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви важкість у животі (відчували, що у Вас напружений і набитий живіт)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
3.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалось у Вас бурчання в животі?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
4.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалось у Вас виділення газів?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
5.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас дуже неприємний запах після виділення газів?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
6.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас нудота (але без блювання)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
7.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас відсутність апетиту?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>
Сума балів за абдомінальними симптомами:							<input type="text"/>
Середній бал за доменом абдомінальних симптомів (A):							<input type="text"/>

СИМПТОМИ З БОКУ ДЕФЕКАЦІЇ		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПЕВНОЮ МІРОЮ	ТАК, ВІДЧУТНО	ТАК, СИЛЬНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
8.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігалася у Вас діарея (рідкі випорожнення) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
9.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви потребу негайно піти в туалет, щоб випорожнитися (сходити «по-великому») ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
10.	Протягом останніх 7 днів чи мали Ваші випорожнення світліший або помаранчевий колір ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
11.	Протягом останніх 7 днів чи спостерігався у Вас дуже неприємний запах під час випорожнення?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
12.	Протягом останніх 7 днів чи помічали Ви сліди жиру або олії у Ваших випорожненнях або на туалетному папері?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПОМІРНО	ТАК, ВІДЧУТНО	ТАК, НАДЗВИЧАЙНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
13.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви потребу знаходитися ближче до туалету через проблеми з ферментами ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Сума балів за симптомами з боку дефекації:							<input type="checkbox"/>
Середній бал за доменом симптомів із боку дефекації (B):							<input type="checkbox"/>
Середнє значення загальної бальної оцінки симптомів ((A+B)/2):							<input type="checkbox"/>

Заповнюється лише в разі наявності діагнозу екзокринної недостатності підшлункової залози (ЕНПЗ)

ВПЛИВ		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗРІДКА	ТАК, ІНОДІ	ТАК, БІЛЬШІСТЬ ЧАСУ	ТАК, УВЕСЬ ЧАС	БАЛЬНА ОЦІНКА
14.	Протягом останніх 7 днів чи доводилося Вам уникати жирної їжі ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
15.	Протягом останніх 7 днів чи впливали наявні у Вас проблеми з ферментами на Вашу здатність зосереджувати увагу ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗЛЕГКА	ТАК, ПОМІРНО	ТАК, ВІДЧУТНО	ТАК, НАДЗВИЧАЙНО	БАЛЬНА ОЦІНКА
16.	Протягом останніх 7 днів чи почувалися Ви ніяково, йдучи в туалет , через проблеми з ферментами ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
17.	Протягом останніх 7 днів чи відчували Ви схвильованість, стурбованість або стрес через проблеми з ферментами ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
		НІ, АНІТРОХИ	ТАК, ЗРІДКА	ТАК, ІНОДІ	ТАК, БІЛЬШІСТЬ ЧАСУ	ТАК, УВЕСЬ ЧАС	БАЛЬНА ОЦІНКА
18.	Протягом останніх 7 днів чи впливали наявні у Вас проблеми з ферментами на Вашу соціальну активність ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Сума балів за доменом впливу:							<input type="checkbox"/>
Середній бал за доменом впливу (C):							<input type="checkbox"/>
СЕРЕДНЄ ЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПІДСУМКОВОЇ БАЛЬНОЇ ОЦІНКИ (ПАЦІЄНТИ З ЕНПЗ) ((A+B+C)/3):							<input type="checkbox"/>