

- for symptoms of menopause. *American Family Physician journal*, 94 (11), 884-889.
3. Taylor, M. (2015). Complementary and alternative approaches to menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, 44 (3), 619-48.
4. Thompson, E. A. (2002). Homeopathy and the menopause. *JBr Menopause Soc.*, 8(4), 151-4.
5. Tonob, D., & Melby, M. K. (2017). Broadening our perspectives on complementary and alternative medicine for menopause: A narrative review. *Maturitas*, 99, 79-85.

Павловская М.А.

ДИНАМИКА СОСТАВЛЯЮЩИХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Резюме. Немедикаментозные методы лечения физической природы широко применяются и доказали свою эффективность в предупреждении возникновения симптомов климактерического синдрома, в то время как вопросы терапии климактерических расстройств антигомотоксикологичными препаратами раскрыто лишь в единичных научных разработках. В исследовании было включено 414 женщины в возрасте от 45 до 55 лет, которые были разделены на 4 группы: 1 группу (контроль) составили женщины перименопаузального возраста без соматической патологии; 2 группу - женщины с сахарным диабетом II типа; 3 группу - больные с гипотиреозом) и 4 группу - пациентки с гипертонической болезнью (ГБ). С целью установления эффективности физиотерапевтических методов в комплексе с антигомотоксикологичными препаратами больных разделены на 3 группы. Отдельно исследовали динамику нейро-вегетативных, метаболических и психоэмоциональных составляющих климактерического синдрома у пациенток контрольных групп, получавших базовую терапию, базовую терапию, лазеротерапию и контрастные ванны; базовую терапию и антигомотоксикологични препараты. В ходе лечения климактерического синдрома с применением базовой терапии было выявлено уменьшение проявлений метаболического составляющей у пациенток с гипертонической болезнью на 10,6%. Применение физиотерапевтических методов позволило уменьшить нейро-вегетативную составляющую у пациенток второй, третьей и четвертой групп на 10,7%, 13,4% и 10,2% соответственно. У больных, которые на фоне базовой терапии применяли антигомотоксикологичные препараты было обнаружено уменьшение количества жалоб на психоэмоциональную составляющую во всех исследуемых группах.

Ключевые слова: климактерический синдром, антигомотоксикологични препараты, базовая терапия, физиотерапевтические методы.

Pavlovska M.O.

DYNAMICS OF COMPOSITIONAL CLIMATIC SYNDROME ASSOCIATED WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY AFTER THE APPLICATION OF COMPLEX TREATMENT

Summary. Non-medicated methods of treatment of physical nature are widely used and proved their effectiveness in preventing the occurrence of symptoms of climacteric syndrome, while the issue of therapy of climacteric disorders with antihomotoxic drugs is disclosed only in a few scientific developments. The study included 414 women aged 45 to 55 years old, who were divided into 4 groups: 1st group (control) were women of the perimenopausal age without somatic pathology; group 2nd - women with type II diabetes mellitus; group 3rd - patients with hypothyroidism) and 4th group - patients with hypertension (GC). In order to establish the effectiveness of physiotherapeutic methods in combination with antihomotoxic drugs, patients are divided into 3 groups. The control group (CG) of women received only baseline therapy according to the National Consensus on the management of patients in the climacteric population (hereinafter - baseline therapy). Group 2 included patients who received physiotherapy at the background of basic therapy. Group 3 consisted of women who, besides basic therapy, prescribed antihomotoxic medicines Climact-Hel, Mulimen. Separately, the dynamics of neuro-vegetative, metabolic and psycho-emotional components of climacteric syndrome in patients from control groups receiving basic therapy was studied; basic therapy, laser therapy and contrast baths; basic therapy and antihomotoxicologic drugs. In the course of treatment of climacteric syndrome with the use of basic therapy, reduction of manifestations of the metabolic component in patients with hypertension was detected by 10.6%. The use of physiotherapeutic methods allowed to reduce the neuro-vegetative component in patients of the second, third and fourth groups by 10.7%, 13.4%, and 10.2% respectively. In patients with climacteric syndrome, which was used against antihomotoxicological drugs in the baseline therapy, there was a decrease in the number of complaints on the psychoemotional component of the climacteric syndrome in patients with type 2 diabetes, hypothyroidism and hypertension in 10.9%, 10.4%, and 10.5% respectively.

Key words: climacteric syndrome, antihomotoxicological preparations, basic therapy, physiotherapeutic methods.

Рецензент - д.мед.н. проф. Черкасов В.Г.

Стаття надійшла до редакції 19.05.2017р.

Павловська Марина Олександрівна - клінічний ординатор кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; marynatrnk@gmail.com

© Новоселецький В.О.

УДК: 616.72-002:616.728.3-055.2(477.44)

Новоселецький В.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОЧІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Резюме. Проведено повне клініко-лабораторне обстеження 104 пацієнток з ОА колінних суглобів, з метою дослідження клінічних особливостей ОА у жіночій популяції Вінницької області. Встановлено, що вік хворих на ОА коливався від 30 до 82

років і в середньому становив $57,60 \pm 11,69$. У 46% обстежених хворих на ОА тривалість захворювання була від 5 до 10 рр., та майже 90% обстежених мали надлишкову масу тіла. Виявлені особливості клінічного перебігу ОА в жіночій популяції Вінницької області вказують на необхідність покращення як діагностично-лікувальної тактики, так і санітарно-просвітницької роботи.

Ключові слова: остеоартроз, жінка, індекс маси тіла, рентгенологічна стадія, порушення функції суглобів, клінічна форма, тривалість захворювання.

Вступ

Актуальність остеоартрозу (ОА) в цілому, та ОА колінних суглобів, зокрема, визначається значною втратою працездатності та досить часто необхідністю хірургічного втручання на пізніх етапах розвитку захворювання з формуванням контрактур та анкілозів.

За даними Центру медстатистики МОЗ України за 2016 рік, поширеність ОА в українській популяції дорослого населення (18 років і старше) становить 2165,1 на 100 тис., з них ОА встановлено вперше у 99085 осіб (захворюваність становить 283,3 на 100 тис.). Серед населення України працездатного віку ОА зареєстровано у 212846 осіб, що становить 866,5 на 100 тис. Серед жіночого населення України зареєстровано всього 507832 випадків або 2648,2 на 100 тис., з них вперше ОА у 2016 р. встановлено у 62107,0 (323,9 на 100 тис.). У Вінницькій області поширеність ОА становить 25891,0 (3611,5 на 100 тис.), що дещо вище середнього показника по Україні. Крім того, випадків ОА, що встановлені вперше в 2016 р., було 2404,0 (335,3 на 100 тис.) [1].

Метою дослідження було дослідити клінічні особливості ОА у жіночій популяції Вінницької області.

Матеріали та методи

Проведено клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 104 жінок, хворих на ОА колінних суглобів, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова з 2012 по 2015 рік. Діагностика ОА здійснювалась згідно наказу МОЗ України № 676 від 12.10.2006 року "Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з остеоартрозом". Верифікація діагнозу проводилась на основі клінічних, лабораторних та інструментальних даних. Тематична карта обстеження хворого на ОА схвалена комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова. Пацієнтів було проінформовано про мету та завдання дослідження.

Критеріями включення у дослідження були жінки віком 30 років і старше зі встановленим діагнозом ОА колінних суглобів, тривалістю захворювання не менше 6 міс. та наявністю рентгенологічного підтвердження згідно J.H.Kelgren & J.S.Lawrence (1957) [2]. Крім того, необхідною умовою включення було підписання інформованої згоди стосовно участі у дослідженні.

Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували як співвідношення маси тіла хворого (кг) до квадрата його росту (м). Оцінювали ІМТ за класифікацією ВООЗ (1997).

До дослідження не включались хворі з поєднанням ОА з іншими ревматичними захворюваннями, супутні-

ми захворюваннями внутрішніх органів в стадії декомпенсації, алкогольною та наркотичною залежністю, онкологічними захворюваннями та жінки в період вагітності та лактації.

Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою програм STATISTICA версії 6.0. компанії StatSoft, Inc (США), програми SPSS Statistics версії 13.0. компанії SPSS Inc. та "Microsoft Excel 2010". Значення для кількісних величин були представлені у вигляді середнього арифметичного, стандартного відхилення. Значення для відносних величин представлені у вигляді відсоткового співвідношення і стандартної помилки частки. Для оцінки відмінностей між середніми значеннями кількісних ознак двох незалежних вибірок використовували критерій Стьюдента. Більш, ніж дві незалежні групи порівнювали за кількісною ознакою за допомогою рангового аналізу варіацій Краскела-Уолліса. Аналіз відмінності частот у двох і більше незалежних групах здійснювали за допомогою точного критерію Фішера. Статистично достовірними вважали результати при ймовірності помилки $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Клініко-демографічна характеристика хворих на ОА колінних суглобів, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова наведена в таблиці 1.

Так, вік обстежених хворих на ОА коливався від 30 до 82 років і в середньому становив $57,60 \pm 11,69$. Значна кількість обстежених хворих, а саме 32% мали тривалість захворювання від 6 до 10 років, близько 51% - ?5 та майже 17% хворих були з тривалістю захворювання більше 10 років (рис. 1).

У дослідження не було включено хворих з моноостеоартрозом, при цьому олігоостеоартроз (олігоОА) був виявлений у 70 (67,31%) жінок, і у 34 (32,69%) - поліостеоартроз (поліОА). При олігоОА середня тривалість захворювання становила $6,59 \pm 4,33$, а при поліОА - $7,69 \pm 5,43$ років, втім різниця не є достовірною ($p=0,26$). Варто зазначити, що при детальному аналізі, достовірних відмінностей і щодо тривалості захворювання в розрізі клінічної форми, в обстежуваних хворих, виявлено не було (табл. 2).

Серед обстежених нами хворих переважали особи з II рентгенологічною стадією, а саме, 58 жінок (55,77%). При вивченні відмінностей у тривалості ОА в розрізі рентгенологічної стадії достовірності не виявлено, а відмінності були на рівні тенденції (табл. 3).

Таблиця 1. Клініко-демографічна характеристика хворих з ОА.

Характеристика	Параметри	Кількість хворих (n)	% (M±m _p)
Стать	жінки	104	100
Вік (роки)	25-44	13	12,5±3,25
	45-60	46	44,23±4,87
	61-75	39	37,5±4,75
	> 75	6	5,77±2,29
Тривалість захворювання (роки)	≤5	53	50,96±4,90
	6-10	33	31,73±4,56
	>10	18	17,31±3,71
Клінічна форма	моноостеоартроз	0	0
	олігоостеоартроз	70	67,31±4,60
	поліостеоартроз	34	32,69±4,60
Рентгенологічна стадія	I	23	22,12±4,07
	II	58	55,76±4,87
	III	23	22,12±4,07
	IV	0	0
ПФС	I	24	23,08±4,13
	II	77	74,04±4,30
	III	3	2,88±1,64
ІМТ (кг/м ²)	18,5-24,9	10	9,62±2,89
	25-29,9	33	31,73±4,56
	30-34,9	34	32,69±4,60
	35-39,9	19	18,27±3,79
	>40	8	7,69±2,61

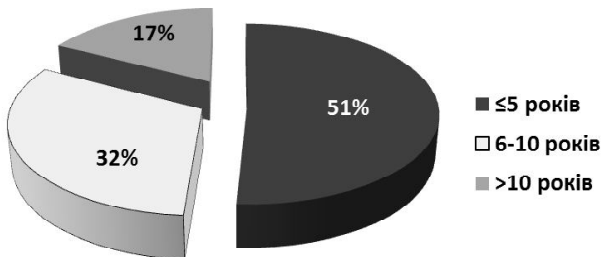


Рис. 1. Розподіл хворих з ОА згідно тривалості захворювання в роках (n=104).

Таблиця 2. Тривалість захворювання в розрізі клінічних форм ОА.

Тривалість ОА	Клінічна форма, n (%)		p*
	олігоОА	поліОА	
≤5 років	41 (58,57)	12 (35,29)	0,085
6-10 років	19 (27,14)	14 (41,18)	
>10 років	10 (14,29)	8 (23,53)	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

Однак, виявлена тенденція дала підстави для більш детального аналізу, і дійсно, у хворих на ОА з I рентгенологічною стадією середня тривалість захворювання становила 5,28±2,99 років, при II - 7,11±5,20 та при III

Таблиця 3. Тривалість ОА в розрізі рентгенологічної стадії захворювання.

Тривалість ОА	Рентгенологічна стадія, n (%)			p*
	I	II	III	
≤5 років	13 (56,52)	30 (51,72)	10 (43,48)	0,074
6-10 років	10 (43,48)	16 (27,59)	7 (30,43)	
>10 років	0 (0)	12 (20,69)	6 (26,09)	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

Таблиця 4. ІМТ у хворих на ОА залежно від рентгенологічної стадії.

ІМТ (кг/м ²)	Рентгенологічна стадія, n (%)			p*
	I	II	III	
18,5-24,9	1 (4,35)	4 (6,9)	5 (21,74)	0,26
25-29,9	8 (34,78)	20 (34,48)	5 (21,74)	
30-34,9	7 (30,43)	21 (32,2)	6 (26,09)	
35-39,9	5 (21,74)	11 (18,97)	3 (13,04)	
>40	2 (8,70)	2 (3,45)	4 (17,39)	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

Таблиця 5. ІМТ в розрізі ступеню порушення функції суглобів.

ІМТ (кг/м ²)	ПФС, n			p*
	I	II	III	
18,5-24,9	1	8	1	0,44
25-29,9	10	23	0	
30-34,9	7	26	1	
35-39,9	4	15	0	
>40	2	5	1	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

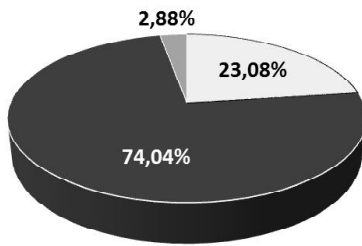
- 8,20±4,52, відповідно. Згідно рангового тесту Крускала-Валліса показник достовірності становить p=0,097, що підтверджує лише тенденцію до рентгенологічного прогресування ОА з часом. В той же час, нами встановлена достовірна відмінність, щодо тривалості ОА, між I та III рентгенологічними стадіями (p=0,013), що відображає загальновідомі закономірності перебігу ОА.

Характеристика обстежених хворих за ІМТ виявила, що лише 10 пацієнтів, що становить 9,6%, мали нормальну масу тіла, у більшій ж частині спостерігалась надмірна маса або ожиріння того чи іншого ступеню. Так, у групі жінок з ОА (n=104) ІМТ в середньому становив 31,63±5,69 кг/м².

При співставленні ІМТ в розрізі клінічної форми достовірних відмінностей не виявлено. У хворих олігоОА (n=70) середній ІМТ становив 31,60±5,41 кг/м² та при поліОА (n=34) - 31,70±6,30 кг/м² (p=0,93).

При порівнянні ІМТ в розрізі рентгенологічної стадії також достовірних відмінностей виявлено не було (p=0,26) (табл. 4). Так, у хворих I рентгенологічною стадією середнє значення ІМТ було 32,07±5,55 кг/м², II - 31,57±4,58 кг/м² та III - 31,34±8,13 кг/м².

Не було виявлено достовірних відмінностей між ІМТ в розрізі порушення функції суглобів (ПФС) (табл.



□ ПФС I ■ ПФС II ■ ПФС III

Рис. 2. Розподіл хворих з ОА за ПФС суглобів (n=104).

Таблиця 6. Порушення функції суглобів в розрізі рентгенологічної стадії ОА.

Показник	Рентгенологічна стадія, n (%)			p*
	I	II	III	
I ПФС	17	7	0	<0,001
II ПФС	6	51	20	
III ПФС	0	0	3	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

Таблиця 7. Порушення функції суглобів в розрізі клінічної форми ОА.

Показник	Клінічна форма, n		p*
	олігоОА	поліОА	
I ПФС	17	7	0,06
II ПФС	53	24	
III ПФС	0	3	

Примітки:* - точний критерій Фішера.

5), не дивлячись на те, що спостерігається деяке збільшення ІМТ при прогресуванні ПФС (при I ступені ПФС ІМТ в середньому становив $31,89 \pm 5,25$ кг/м², а при III - $35,15 \pm 12,98$ кг/м², відповідно).

Вищезазначені дані, а саме, відсутність достовірних відмінностей ІМТ в розрізі важкості ОА за рентге-

нологічною стадією та ПФС, є підтвердженням складного патогенетичного механізму в розвитку ОА, де роль підвищеної маси тіла має значення лише на рівні факторів ризику, і спонукає до пошуку ключових патогенетичних ланок ОА.

Загалом, розподіл наших хворих згідно ПФС зображений на рис. 2.

При цьому, достовірна відмінність ($p < 0,001$) виявлена за ПФС в розрізі рентгенологічної стадії ОА. Так, у хворих з I рентгенологічною стадією майже 74% пацієнтів мали ПФС I ступеню, і не спостерігалось жодного з ПФС III ступеню. І навпаки - ні одного пацієнта з ПФС I не було при III рентгенологічній стадії, що є цілком логічним (табл. 6).

Крім того, аналіз ПФС в розрізі клінічної форми ОА також виявив тенденцію (табл. 7).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед обстежених хворих домінують пацієнти працездатного віку (середній вік обстежених становив $57,60 \pm 11,69$ років) з тривалістю захворювання до 10 років і II та III рентгенологічною стадією, що вказує на ранній початок та швидке прогресування захворювання.

2. У 90% обстежених хворих на ОА реєструється надлишок маси тіла та ожиріння від I до III ступеня що засвідчує важливу роль цього чинника в розвитку ОА та необхідність проведення належних заходів, спрямованих на боротьбу з ожирінням як лікувально-профілактичного засобу при ОА.

Виявлені тенденції та достовірні відмінності в обстеженій нами когорті пацієнтів з ОА, з однієї сторони, відображають характерні риси притаманні даній патології, а з іншої - дають підстави до наукового пошуку ймовірних патогенетичних механізмів розвитку та прогресування даного захворювання та розробки заходів боротьби з ОА.

Список посилань

1. ДЗ "Центр медстатистики МОЗ України" 2016. 2. Kellgren, J. H., & Lawrence, J. S. (1957). Arthrosis. *An. of the Rheumatic Dis.*, 16 (4), 494-502. doi:10.1136/ard.16.4.494

Новоселецький В.О.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме. Проведено полное клинико-лабораторное обследование 104 пациенток с ОА коленных суставов, с целью исследования клинических особенностей ОА в женской популяции Винницкой области. Установлено, что возраст больных ОА колебался от 30 до 82 лет и в среднем составлял $57,60 \pm 11,69$. У 46% обследованных больных ОА продолжительность заболевания составила от 5 до 10 лет, и почти 90% имели избыточную массу тела. Выявлены особенности клинического течения ОА в женской популяции Винницкой области указывают на необходимость улучшения как лечебно-диагностической тактики, так и санитарно-просветительской работы.

Ключевые слова: остеоартроз, женщина, индекс массы тела, рентгенологическая стадия, нарушение функции суставов, клиническая форма, длительность заболевания.

Novoseletskyi V.O.

CLINICAL FEATURES OF OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE IN THE FEMALE POPULATION OF VINNYTSA REGION

Summary. We conducted a comprehensive clinical and laboratory survey of 104 female patients with OA of knee joints to explore the clinical profile of OA in the female population of the Vinnytsia region. It was established that the age of patients with OA ranged from 30 to 82 years with the average figure of 57.60 ± 11.69 . 46% of the OA patients had a history of disease ranging from 5 to 10 years, and almost 90% of them had excessive body weight. The revealed profile of OA clinical course in female population of the Vinnytsia

region suggested a need for improvement of both diagnostic and therapeutic approach, and health outreach in the above population.
Key words: osteoarthritis, woman, body mass index, radiological stage, joint disorder, clinical form, disease history.

Рецензент - д.мед.н., проф. Осовська Н.Ю.

Стаття надійшла до редакції 31.06.2017 р.

Новоселецький Валерій Олександрович - асистент кафедри внутрішньої медицини №1, ВНМУ ім. М.І. Пирогова; valerii.novoseletskyi@gmail.com; +38(0432)570572

© Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Ляховченко Н.А., Паньків К.М., Білик О.М.

УДК: 616.37-002.2

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Ляховченко Н.А., Паньків К.М., Білик О.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Резюме. На даний час метаболічний синдром розглядається як фактор розвитку хронічного панкреатиту, а цукровий діабет другого типу, поряд з інсулінорезистентністю, абдомінально-вісцеральним ожирінням, гіпер- та дисліпідемією, артеріальною гіпертензією та активацією неспецифічного генералізованого запалення вважаються проявами метаболічного синдрому. В статті наведені результати оцінки ефективності комплексного лікування хворих на хронічний панкреатит із метаболічним синдромом. Результати проведеного дослідження свідчать про ефективність поєднаного застосування замісної ферментної терапії та препаратів α -ліпоєвої кислоти за рахунок позитивного впливу на показники адипоцитокінового статусу, вуглеводний, ліпідний обмін і показники функціонального стану підшлункової залози.

Ключові слова: хронічний панкреатит, метаболічний синдром, цукровий діабет, лікування.

Вступ

Проблема хронічних запальних захворювань шлунково-кишкового тракту, незважаючи на значні успіхи у її вивченні, постійно привертає увагу дослідників внаслідок значного підвищення захворюваності, збільшення випадків зтяжених, рецидивних і ускладнених форм.

Одне з провідних місць належить хронічному панкреатиту (ХП). Захворюваність на ХП у світі становить 1,6-23 випадків на 100,000 населення та продовжує зростати із року в рік. Частота виявлення ХП за даними аутопсії складає від 0,01 до 5,4% (в середньому 0,3-0,4%) [2, 3].

В Україні рівень захворюваності на патологію підшлункової залози (ПЗ) за останні 20 років виріс на 49,9%. Поширеність ХП коливається від 0,4 до 5%, а первинна інвалідизація населення досягає 15% [1]. Наведені показники захворюваності на ХП в 3-4 рази гірші, ніж в Європі [4].

На даний час метаболічний синдром розглядається як фактор розвитку хронічного панкреатиту, а цукровий діабет другого типу (ЦД-2 тип), поряд з інсулінорезистентністю, абдомінально-вісцеральним ожирінням, гіпер- та дисліпідемією, артеріальною гіпертензією та активацією неспецифічного генералізованого запалення вважаються проявами метаболічного синдрому [5].

Мета - оцінити ефективність комплексного лікування хворих на хронічний панкреатит із метаболічним синдромом.

Матеріали та методи

Перспективне дослідження включало 62 пацієнти із верифікованим діагнозом ХП у поєднанні з ЦД-2 типу.

Діагноз ХП встановлювали на підставі скарг, анам-

незу, результатів клініко-лабораторних та інструментальних досліджень згідно з наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005р., який був оновлений наказом №638 від 10.09.2014р. В основі класифікації хворих на ХП використовувалась Міжнародна класифікація хвороб та причин смерті 10-го перегляду (К 86.1 Хронічний панкреатит). Дизайн обстежень передбачав клініко-лабораторні, біохімічні дослідження крові, імуноферментне дослідження калу, УЗД та КТ ПЗ.

Відповідно до мети роботи пацієнти були розподілені на дві групи.

В першу групу ввійшли 20 пацієнтів із ХП, ЦД-2 типу та нормальною масою тіла (НМТ). Жінок у групі було 14 (70%), чоловіків - 6 (30%). Середній вік пацієнтів складав $55,25 \pm 1,34$ роки. Анамнез хронічного панкреатиту складав $5,45 \pm 0,74$ роки, ЦД-2 типу - $7,85 \pm 0,92$ роки.

В другу групу ввійшли 42 пацієнти із ХП, ЦД-2 типу та підвищеною масою тіла (ПМТ). Жінок у групі було 26 (62%), чоловіків - 16 (38%). Середній вік пацієнтів складав $58,4 \pm 1,4$ роки. Анамнез хронічного панкреатиту складав $6,3 \pm 0,55$ роки, ЦД-2 типу - $11,12 \pm 0,91$ роки.

При показниках індексу маси тіла $18,5-24,9$ кг/м² масу тіла розцінювали як нормальну, при показниках $\geq 25,0$ кг/м² - як підвищену.

Лікування ХП здійснювалось за клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на ХП, затвердженим наказом МОЗ України від 13.06.2005 р. №271, який був оновлений наказом №638 від 10.09.2014р. Згідно цих наказів хворим на ХП рекомендували дієтичні заходи (обмеження споживання жирів до 50-70 г/добу та дробовому прийому їжі), за-