



Теорія і методика професійної освіти

УДК 616.3-036.22:613.2

DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.20437285>

МЕТОДИКА МОНІТОРИНГУ ПОШИРЕНOSTІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА ЇХ НУТРИЦІОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ

Паска Марія Зіновіївна

доктор ветеринарних наук, професор, Львівський державний університет

фізичної культури імені Івана Боберського,

<https://orcid.org/0000-0002-9208-1092>

Графська Орислава Іванівна

доктор економічних наук, професор, Львівський державний університет

фізичної культури імені Івана Боберського,

<https://orcid.org/0000-0002-8134-3771>

Графський Володимир Васильович

лікар, судинний хірург, м. Львів, Україна,

<https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Прийнято: 05.03.2026 | Опубліковано: 30.03.2026

Анотація. Стаття присвячена концептуалізації методики моніторингу поширеності захворювань органів травлення в інтеграції з нутриціологічною корекцією як двома взаємопов'язаними компонентами системи громадського здоров'я. Розмежовано поняття «моніторинг», «епідеміологічний нагляд», «скринінг», «реєстр», а також «поширеність» і «захворюваність», що часто стираються у вітчизняному науковому дискурсі. Запропоновано трирівневу архітектуру моніторингу (популяційну, інституційну та клініко-індивідуальну), обґрунтовано необхідність гібридної моделі, що інтегрує рутинну реєстрину



інформацію первинної ланки з періодичними популяційними обстеженнями за Римськими критеріями IV та біобанковими даними. Проаналізовано глобальну та національну епідеміологічну картину 2020–2025 років за основними нозологіями (ГЕРХ, СПК, MASLD, запальні хвороби кишечника, целиакія, ранній колоректальний рак) з особливим акцентом на вплив повномасштабної війни на структуру звертань, харчову поведінку та доступність діагностики. Систематизовано аліментарні детермінанти патогенезу хвороб шлунково-кишкового тракту у п'ять кластерів: макронутрієнтний дисбаланс, ультраперероблені продукти, мікронутрієнтні дефіцити, індивідуальні непереносимості, стрес-індукована дисрегуляція осі мозок–кишечник. Розкрито доказові протоколи нутриціологічної корекції (низько-FODMAP, медитеранська та DASH моделі, ESPEN-настанови при запальних хворобах кишечника, ESPGHAN-протокол при целиакії), окреслено лінію розмежування доказової нутриціології та комерційно мотивованих інтервенцій. Запропоновано модель інтеграції моніторингу та нутриціологічного супроводу як трикомпонентного циклу «епіднагляд → стратифікація ризику → нутриціологічний супровід» із роллю сімейного лікаря як ключової першої ланки. Сформульовано авторську позицію щодо мінімально необхідної архітектури національної системи моніторингу хвороб органів травлення в Україні у вікно повоєнного відновлення та європейської інтеграції.

Ключові слова: моніторинг хвороб органів травлення; нутриціологічна корекція; епідеміологічний нагляд; функціональні гастроінтестинальні розлади; FODMAP; MASLD; запальні хвороби кишечника; харчова безпека України.



METHODOLOGY FOR MONITORING THE PREVALENCE OF DIGESTIVE SYSTEM DISEASES AND THEIR NUTRITIONAL CORRECTION

Mariia Z. Paska

Doctor of Veterinary Sciences, Professor, Ivan Bobersky Lviv State University of
Physical Culture,

<https://orcid.org/0000-0002-9208-1092>

Oryslava I. Hrafka

Doctor of Economic Sciences, Professor, Ivan Bobersky Lviv State University of
Physical Culture,

<https://orcid.org/0000-0002-8134-3771>

Volodymyr V. Hrafskyi

Medical Doctor, Vascular Surgeon, Lviv, Ukraine,

<https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Annotation. The article conceptualises the methodology for monitoring the prevalence of digestive diseases in integration with nutritional correction as two interconnected components of the public health system. The concepts of "monitoring", "epidemiological surveillance", "screening", and "registry", as well as "prevalence" and "incidence" (frequently conflated in the national scholarly discourse) are differentiated. A three-tier architecture of monitoring is proposed (population, institutional, and clinical-individual levels), and the necessity of a hybrid model integrating routine registry data from the primary care level with periodic population surveys based on Rome IV criteria and biobank data is substantiated. The global and national epidemiological picture for 2020–2025 is analysed for the principal nosological categories (GERD, IBS, MASLD, inflammatory bowel disease, coeliac disease, early-onset colorectal cancer), with particular focus on the impact of the full-scale war on the structure of patient referrals, dietary behaviour, and access to



diagnostic services. Five clusters of alimentary determinants in the pathogenesis of gastrointestinal disorders are systematised: macronutrient imbalance, ultra-processed foods, micronutrient deficiencies, individual food intolerances, and stress-induced dysregulation of the brain-gut axis. Evidence-based nutritional correction protocols are examined (low-FODMAP, Mediterranean and DASH models, ESPEN guidelines for inflammatory bowel disease, ESPGHAN protocol for coeliac disease), and the demarcation line between evidence-based nutritional science and commercially motivated interventions is outlined. A model of integrating monitoring and nutritional support as a three-component cycle ("surveillance → risk stratification → nutritional support") is proposed, with the role of the family physician as a key first-line link. The author's position on the minimally necessary architecture of the national digestive disease monitoring system in Ukraine in the window of post-war recovery and European integration is formulated.

Keywords: digestive disease monitoring; nutritional correction; epidemiological surveillance; functional gastrointestinal disorders; FODMAP; MASLD; inflammatory bowel disease; food security in Ukraine.

Постановка проблеми

Громадське здоров'я постіндустріальної доби формується на перетині двох масштабних процесів, які складно осмислити окремо один від одного: епідеміологічного переходу, що змістив тягар хвороб з інфекційних на хронічні неінфекційні стани, та харчового переходу, який кардинально перевизначив макро- і мікронутрієнтний профіль раціону мільйонів людей. На перетині цих процесів опинилися захворювання органів травлення, які формально посідають восьму чи дев'яту позицію в структурі смертності, проте за параметром поширеності утримують одне з провідних місць, акумулюючи близько 38 % усіх превалентних випадків серед класів МКХ. Якщо припустити, що тривала статистична недооцінка цього класу пов'язана саме з його ефективною летальністю, то стає зрозумілим, чому національні системи реагування дотепер недостатньо інвестують у методику моніторингу та нутриціологічну службу,



прицільно орієнтовану на цю групу патологій. Система охорони здоров'я не може адекватно відповідати на ці виклики без двох сполучених інструментів: методики моніторингу, що дає кількісне знання про масштаб проблеми, і нутриціологічної корекції, що пропонує доказово обґрунтований модифікований раціон як терапевтичне та профілактичне втручання. Видається обґрунтованим розглядати ці два інструменти як конструктивно ізоморфні, адже обидва вимагають стандартизованих критеріїв, валідованих індикаторів, інституційного носія та механізму зворотного зв'язку, без якого ані епіднадгляд, ані дієтотерапія не утворюють керованого циклу.

Українська ситуація має додаткову складність, котра в межах звичної європейської методології не вловлюється і не описується. Повномасштабне вторгнення 2022 року внесло істотні викривлення у статистичну картину хвороб травлення: дані з тимчасово окупованих територій та районів активних бойових дій або відсутні, або фрагментарні; внутрішньо переміщені особи частково випадають з територіальних реєстрів; харчова небезпека деформує дієтичні детермінанти захворюваності та доступ до спеціалізованої допомоги. Реальна поширеність функціональних і кислотозалежних розладів в Україні, ймовірно, зростає, тоді як зареєстровані звертання можуть демонструвати протилежну динаміку через перевантаження системи травмами та військовою медициною. Це дає підстави стверджувати, що Україна нині перебуває у стані подвійної кризи моніторингу: кризи покриття (даних) і кризи інтерпретації (методології), причому жодну з них не вдасться розв'язати простим калькуванням довоєнних практик. За таких обставин переосмислення національної методики моніторингу та її інтеграції з нутриціологічним супроводом набуває не просто академічного, а інституційно-стратегічного характеру.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Глобальну картину тягаря хвороб органів травлення детально опрацював систематичний аналіз Y. Wang та співавторів за матеріалами Global Burden of Disease 1990–2019 років, опублікований у журналі *Gastroenterology* [1]. Автори



встановили, що клас захворювань спричинив 8 мільйонів смертей та 277 мільйонів втрачених DALY на рік і акумулює близько 38 % усіх превалентних випадків серед класів МКХ. На загальному тлі окремі нозології демонструють тривожну динаміку: за результатами вікового-періодного-когортного аналізу Y. Liu та співавторів у *Frontiers in Public Health* [2] глобальна поширеність ГЕРХ у 2021 році сягнула 825,6 мільйона випадків з прогнозованим зростанням до 2035 року, причому найбільший приріст спостерігається у віковій групі 15–49 років. Н. Sung та співавтори в *The Lancet Oncology* [3] зафіксували, що у 27 з 50 досліджених країн стандартизована за віком захворюваність на колоректальний рак до 50 років зростає, причому в 14 країнах це відбувається на тлі стабілізації серед старших вікових груп, що вказує на когортний ефект. Тягар запальних хвороб кишечника серед підлітків і молодих дорослих за період 1990–2021 років збільшився з 246 873 до 320 607 DALY за рік, з найбільшим приростом у країнах середнього SDI [4].

Епідеміологію функціональних розладів шлунково-кишкового тракту фундаментально опрацював проєкт Rome Foundation Global Epidemiology Study; його результати А. Sperber та співавтори оприлюднили в журналі *Gastroenterology* [5]. Дослідження охопило 73 076 респондентів у 33 країнах та зафіксувало поширеність хоча б одного функціонального розладу на рівні 40,3 % за інтернет-вибіркою і 20,7 % за домогосподарською вибіркою. Регіональні особливості функціональних розладів за Римськими критеріями IV проаналізували Е. Scarpato та співавтори у *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [6]: автори представили окремий зріз для середземноморських країн з гендерно- і віково-стратифікованою презентацією синдрому подразненого кишечника та функціональної диспепсії.

Український контекст репрезентує робота Ю. М. Степанова, І. Ю. Скирди та О. П. Петішко в журналі *Гастроентерологія* [7], де констатовано частку класу XI у 9,8 % загальної структури поширеності з регіональним діапазоном від менш ніж 12 тис. до понад 22 тис. випадків на 100 тис. населення. Воєнні детермінанти



харчового статусу українців ґрунтовно проаналізували В. Burlingame, Н. Wang, А. Drewnowski та співавтори у *Scientific Reports* [8]: близько 80 % українців у репрезентативному опитуванні 2022–2023 років повідомили про той чи інший рівень харчової небезпеки, що неминуче деформує дієтичні детермінанти захворюваності.

Аліментарні детермінанти патогенезу хвороб ШКТ комплексно концептуалізував огляд К. Whelan, А. Bancil, J. Lindsay та В. Chassaing у *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* [9]. Автори систематизували докази впливу ультрапереробних продуктів і харчових добавок на здоров'я кишечника, документуючи зниження мікробного різноманіття та підвищення кишкової проникності. Близькі за тематикою результати отримали G. Marasco та співавтори в журналі *Nutrients* [10]: вони детально розкрили механізми негативного впливу ультрапереробних продуктів на мікробіом і слизовий бар'єр через зменшення популяцій *Faecalibacterium prausnitzii* та *Akkermansia muciniphila*. Концептуальне розуміння осі мозок–кишечник суттєво поглибила оглядова публікація S. Leigh та співавторів у *The Journal of Physiology* [11]: автори показали, як гострий і хронічний стрес змінює моторику, секрецію та мікробний пейзаж кишечника. Зв'язок мікробіому з посттравматичним стресовим розладом тематизували R. Voigt та С. Lowry у редакційній статті *Frontiers in Neuroscience* [12]; вони представили докази специфічного мікробного підпису, що корелює з тяжкістю функціональних симптомів.

Нутриціологічну корекцію функціональних розладів рамково опрацював мережевий мета-аналіз С. Black, Н. Staudacher та А. Ford у журналі *Gut* [13]: дослідники продемонстрували перевагу низько-FODMAP дієти над модифікованими рекомендаціями Британської дієтологічної асоціації за параметром нормалізації стільця (RR 0,79; 95 % ДІ 0,68–0,93). Ефективність протоколу повторно підтвердило клінічне випробування CARIBS, яке S. Nybacka та співавтори оприлюднили в *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* [14]: низько-FODMAP режим показав ефективність на рівні фармакотерапевтичних

опцій. Свіжіший систематичний огляд та мета-аналіз Z. Khan, S. A. Muhammad, M. S. Amin та A. Gul у журналі *Cureus* [15] підтверджує стабільність терапевтичного ефекту з акцентом на обов'язкову фазу реінтродукції. Доказову базу ад'ювантного застосування пробіотиків критично переглянули V. Goodoory та співавтори у *Gastroenterology* [16]: оновлений мета-аналіз 82 рандомізованих контрольованих випробувань виявив доведену користь лише для окремих штамів і комбінацій з низькою або дуже низькою якістю доказів за GRADE, що вимагає штамоспецифічного підходу. Раніший огляд A. Ford та співавторів в *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [17] заклав методологічну рамку для оцінки пре-, про- та синбіотиків при синдромі подразненого кишечника, окресливши обмеження більшості ранніх досліджень.

Принципову номенклатурну трансформацію метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки зафіксували багатотовариські Delphi-консенсусні положення M. Rinella, J. Lazarus, V. Ratziu та співавторів у *Journal of Hepatology* [18], а оновлені діагностичні критерії та етіопатогенетичне переосмислення розкрили M. Rinella та S. Sookoian в *Journal of Lipid Research* [19]. Систематичний огляд та мета-аналіз A. Jamil, T. Chivese, U. Elshaikh та M. Sendall у *BMC Public Health* [20] підтвердив прикладну ефективність медитеранської дієти при MASLD у педіатричних когортах: автори встановили статистично значуще зниження активності печінкових трансаміназ. Європейські клінічні настанови EASL–EASD–EASO, опубліковані в *Journal of Hepatology* [21], рекомендують зниження маси тіла щонайменше на 3–5 % для регресу стеатозу і понад 10 % для регресу стеатогепатиту, що методологічно зміщує акцент із нозологічної дієти на комплексну метаболічну корекцію.

Нутриціологічний супровід запальних хвороб кишечника систематично опрацювали настанови ESPEN, які S. Bischoff, P. Bager, J. Escher та співавтори оприлюднили в *Clinical Nutrition* [22]: документ містить 71 рекомендацію, з яких ключова стосується визнання первинної ентеральної терапії стандартним полімерним складом методом вибору при індукції ремісії хвороби Крона у дітей.



Стандарт довгострокового ведення пацієнтів із целиакією встановив позиційний документ ESPGHAN, який S. Husby, S. Koletzko, I. Korponay-Szabó та співавтори представили в *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [23]: автори перенесли акцент із суто діагностичного на структуроване довгострокове спостереження з контролем нутритивного статусу, мінеральної щільності кістки та психосоціальної адаптації.

Інституційний рівень узагальнень формують матеріали Центру громадського здоров'я МОЗ України [24], що систематизують дані Глобального тягача хвороб 2019 року в національній проєкції, та аналітичні видання International Food Policy Research Institute [25], які моніторять вплив війни на продовольчу безпеку. Інституційні джерела утворюють аналітичний контур, що доповнює суто наукову літературу та надає основу для управлінських рішень.

Формулювання цілей статті

Мета статті полягає в концептуалізації методики моніторингу поширеності захворювань органів травлення у її органічному взаємозв'язку з нутриціологічною корекцією. Завдання дослідження охоплюють: розмежування понятійного апарату; обґрунтування трирівневої архітектури моніторингу; аналіз глобальної та національної епідеміологічної картини 2020–2025 років; систематизацію аліментарних детермінант патогенезу хвороб ШКТ; узагальнення доказових протоколів нутриціологічної корекції; формулювання моделі інтеграції моніторингу та нутриціологічного супроводу в систему громадського здоров'я; визначення мінімально необхідної архітектури національної системи моніторингу хвороб органів травлення в Україні у контексті повоєнного відновлення та європейської інтеграції.

Виклад основного матеріалу

Понятійний апарат теми потребує чітких розмежувань, що часто стираються в українському науковому дискурсі і саме через це створюють методологічні непорозуміння на стику епідеміології, дієтології та громадського здоров'я. Моніторинг означає систематичне регулярне відстеження кількісних



показників здоров'я з аналітичною та управлінською метою; епідеміологічний нагляд (surveillance) є вужчим поняттям, що передбачає інституціоналізоване збирання, інтерпретацію та поширення даних для прийняття рішень у режимі реального часу; скринінг описує активне виявлення безсимптомних випадків у визначеній популяції; реєстр становить структуровану базу індивідуальних випадків з повним клінічним профілем, призначену для довгострокового спостереження. Аналогічної точності потребують епідеміологічні дескриптори: поширеність окреслює частку хворих у популяції на певний момент чи період, тоді як захворюваність вимірює кількість нових випадків за одиницю часу, причому обидва параметри в гастроентерології поводяться різноспрямовано, що загострює потребу в їх ретельному розмежуванні. Нутриціологічна корекція виступає рамковим поняттям, що охоплює дієтотерапію (структуроване використання харчових режимів з лікувальною метою), нутрицевтичну підтримку (введення біоактивних речовин для модуляції фізіологічних функцій) та нутриційну реабілітацію (відновлення нутритивного статусу після гострих і хронічних станів). Нозологічні рамки залишаються в межах класу XI МКХ-10 (K00–K93) з очікуваним переходом до МКХ-11, де функціональні розлади дістали оновлене позиціонування під рубрикою «disorders of gut-brain interaction» за Римськими критеріями IV [5], а нозологічну переідентифікацію зазнала і неалкогольна жирова хвороба печінки, замінена 2023 року терміном MASLD [18; 19].

Визначивши категоріальний апарат, доцільно перейти до архітектури моніторингу, котра структурно формується на трьох рівнях: популяційному, інституційному та клініко-індивідуальному. Якщо припустити, що кожен рівень має не тільки власну методологію, а й власне джерело систематичної похибки, то стає очевидною необхідність їх інтегрованого розгляду. На популяційному рівні домінують крос-секційні дослідження та повторювані опитування з валідованими інструментами, серед яких найвпливовішим залишається Rome Foundation Global Epidemiology Study [5]. Когортні та випадок-контроль



дослідження зберігають значення методу вибору для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між дієтою та патогенезом, а реєстрові дані забезпечують довгострокове відстеження рідкісних станів і оцінку виходів лікування. На інституційному рівні в Україні моніторинг спирається на форми галузевої статистичної звітності МОЗ (форма № 12 фіксує захворюваність дорослого населення, форма № 20 описує діяльність лікувально-профілактичних закладів), які реєструють переважно звертання та зареєстровані діагнози і дають радше індикатор доступності допомоги, ніж справжньої поширеності патології. Глобальний стандарт задає методологія Global Burden of Disease Інституту вимірювання й оцінювання здоров'я, що оперує сукупними показниками DALY, YLD та YLL [1]. Інтеграція адміністративних, клінічних і самозвітних даних залишається методологічно складною, оскільки пасивний епіднагляд систематично занижує тягар функціональних розладів, тоді як цифрові інструменти (електронна система охорони здоров'я eHealth, food frequency questionnaires в електронній формі, mHealth-додатки для трекінгу симптомів і харчування) здатні частково компенсувати розрив, проте водночас породжують нові питання валідації та захисту персональних медичних даних. Концептуально оптимальною виглядає гібридна модель, у якій рутинна реєстрова інформація з первинної ланки інтегрується з періодичними популяційними обстеженнями за Римськими критеріями та з біобанковими даними, що дозволяє верифікувати клінічні діагнози проти симптом-орієнтованих self-report.

Описана трирівнева конструкція погано вловлюється лінійним текстом і потребує візуальної моделі, в якій вертикальна вісь представляла б рівні агрегації даних, горизонтальна – методи збирання, а двоспрямовані стрілки відображали б потоки інформації між рівнями (рис. 1).



Рис. 1. Тривірнева архітектура моніторингу поширеності захворювань органів травлення (див. окремий файл рисунків)

Джерело: розроблено авторами

Описана архітектура набуває конкретного епідеміологічного наповнення у світлі даних 2020–2025 років, які підтверджують загальносвітову тенденцію до незмінності або помірного зростання стандартизованих за віком показників поширеності хвороб травлення на тлі повільного зниження смертності завдяки терапевтичним досягненням, передусім у гепатології та онкології. Глобальна поширеність GERX у 2021 році сягнула 825,6 млн випадків з прогнозованим зростанням до 2035 року, причому найбільший приріст спостерігається у віковій групі 15–49 років, що змістило кислотозалежні хвороби з категорії вікових у категорію молодого працездатного населення [2]. Паралельно тривога



епідеміологів дедалі більше зосереджується довкола раннього колоректального раку: у 27 з 50 досліджених країн стандартизована за віком захворюваність CRC до 50 років зростає на тлі стабілізації серед старших вікових груп, що вказує на когортний ефект [3]. Тягар запальних хвороб кишечника серед підлітків та молодих дорослих за період 1990–2021 років збільшився з 246 873 до 320 607 DALY за рік [4]. Для України офіційні дані Центру громадського здоров'я констатують, що смертність від хвороб травлення посідає третю позицію серед п'яти основних причин смерті, а абсолютна втрата років життя через цю групу патологій перевищує мільйон і є однією з найвищих у Європі [24]. Допандемічні дані фіксували частку класу XI у 9,8 % загальної структури поширеності з регіональним діапазоном від менш ніж 12 тис. до понад 22 тис. випадків на 100 тис. населення [7]. Повномасштабне вторгнення 2022 року внесло істотні викривлення у цю картину: близько 80 % українців у репрезентативному опитуванні 2022–2023 років повідомили про той чи інший рівень харчової небезпеки, що деформує дієтичні детермінанти захворюваності та доступ до спеціалізованої допомоги [8; 25]. Звідси постає аналітичний парадокс, який заслуговує окремої концептуалізації: реальна поширеність функціональних і кислотозалежних розладів в Україні, ймовірно, зростає, тоді як зареєстровані звертання можуть демонструвати протилежну динаміку через перевантаження системи травмами та військовою медициною, і саме на цьому розриві між фактичним тягарем і його статистичним відображенням потрібно мислити майбутній національний моніторинг.

Епідеміологічну картину обґрунтовує патогенез, який пояснює сучасна нутриціологія разом із дослідженнями мікробіому та осі мозок–кишечник. Аліментарні детермінанти хвороб шлунково-кишкового тракту групуються в кілька кластерів, кожен з яких має самостійну доказову лінію та власну логіку взаємодії з іншими. Перший кластер становить макронутрієнтний дисбаланс із надлишком насичених жирів, рафінованих вуглеводів, тваринного білка та хронічним дефіцитом харчових волокон, який поступово розрегулює



моторику, секрецію та мікробний пейзаж кишечника. Другий кластер охоплює споживання ультрапереробних продуктів (UPF за класифікацією NOVA), що асоціюється зі зниженням мікробного різноманіття, зменшенням популяцій *Faecalibacterium prausnitzii* та *Akkermansia muciniphila*, підвищенням кишкової проникності й хронічним низькоінтенсивним запаленням [9; 10]. Третій кластер становлять мікронутрієнтні дефіцити (залізо, кобаламін, фолат, вітамін D, цинк, селен), які водночас виступають наслідком хвороб всмоктування та чинниками їхнього патогенезу, утворюючи замкнене коло. Четвертий кластер охоплює індивідуальні непереносимості та чутливості (FODMAP-чутливість, лактазна недостатність, нецеліакальна глютенна чутливість), що формально не є хворобами, але зумовлюють значну частку симптоматики функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника. П'ятий, концептуально найскладніший, кластер охоплює стрес-індуковану дисрегуляцію осі мозок–кишечник, актуальність якої для України різко зросла в умовах війни: гострий і хронічний стрес змінюють кишкову моторику, проникність бар'єру та склад мікробіому [11], причому посттравматичний стресовий розлад асоціюється зі специфічним мікробним підписом, що корелює з тяжкістю функціональних симптомів [12]. Видається обґрунтованим розглядати ці п'ять кластерів не як паралельні впливи, а як ієрархічно інтегровану систему, у якій ультраперероблений раціон і дефіцит волокон створюють базальний субстрат дисбіозу, мікронутрієнтні дефіцити підсилюють вразливість слизового бар'єру, індивідуальні чутливості визначають конкретну симптоматичну презентацію, а психосоціальний стрес виступає тригером і модулятором, що перетворює субклінічну вразливість на маніфестовану нозологію.

Якщо патогенетичні кластери справді функціонують у такій ієрархії, то наступний крок логічно полягає у з'ясуванні, які саме нутриціологічні протоколи маємо проти кожного з них, і саме на цьому етапі виклад переходить до доказових втручань. Протоколи нутриціологічної корекції структуруються за нозологічним принципом, проте обмін доказами між нозологіями стає дедалі



активнішим. Для синдрому подразненого кишечника центральне місце посідає дієта з низьким вмістом FODMAP, розроблена в Університеті Монаша та інтегрована в настанови NICE: мережевий мета-аналіз у *Gut* продемонстрував її перевагу над модифікованими рекомендаціями Британської дієтологічної асоціації [13], а наступні дослідження, зокрема CARIBS 2024 року, підтвердили ефективність на рівні фармакотерапевтичних опцій [14]. Свіжіший огляд Z. Khan та співавторів зафіксував обмеження тривалості рестриктивної фази 4–6 тижнями з обов'язковим етапом реінтродукції [15], оскільки тривале обмеження ферментованих субстратів збіднює мікробіом і потенційно знижує продукцію коротколанцюгових жирних кислот. Ад'ювантне застосування пре-, про- та синбіотиків при СПК залишається доказово обмеженим: оновлений мета-аналіз 82 РКВ у *Gastroenterology* виявив доведену користь лише для окремих штамів і комбінацій з низькою або дуже низькою якістю доказів за GRADE [16], а методологічне підґрунтя такої критичної переоцінки заклала ще раніша робота A. Ford та співавторів [17]. У контексті MASLD рамковими залишаються медитеранська та DASH моделі: систематичний огляд та мета-аналіз 2024 року в *BMC Public Health* показав статистично значуще зниження активності печінкових трансаміназ при медитеранському раціоні в педіатричних когортах із MASLD [20]. Європейські клінічні настанови EASL–EASD–EASO 2024 року рекомендують зниження маси тіла щонайменше на 3–5 % для регресу стеатозу і понад 10 % для регресу стеатогепатиту та фіброзу, що методологічно зміщує акцент із нозологічної дієти на комплексну метаболічну корекцію [21]. У запальних хворобах кишечника ESPEN-настанови 2023 року фіксують 71 рекомендацію, з яких ключовою є визнання первинної ентєральної терапії стандартним полімерним складом методом вибору при індукції ремісії хвороби Крона у дітей, тоді як для виразкового коліту дієта не виконує первинної терапевтичної ролі, а спрямована на корекцію дефіцитів та підтримку маси тіла [22]. ESPGHAN-настанови 2022 року щодо ведення дітей з целиакією перенесли акцент із суто діагностичного на структуроване довгострокове спостереження з



контролем не лише серології, але й нутритивного статусу, мінеральної щільності кістки та психосоціальної адаптації [23]. Окремо постає питання регіональної варіативності функціональних розладів: для країн середземноморського ареалу, що мають подібні харчові патерни, важливі дані щодо віково- та гендерно-стратифікованої поширеності СПК і функціональної диспепсії представлені у [6]. Не виключено, що персоналізована нутриціологія, яка інтегрує генотипування (PNPLA3 при MASLD, HLA-DQ2/DQ8 при целіакії) та мікробіомний аналіз, протягом найближчого десятиліття витіснить значну частину уніфікованих протоколів, тоді як комерційні нутрицевтики без рандомізованих контрольованих випробувань (від детокс-програм до численних рослинних екстрактів) лишаються поза доказовим простором, і саме на цьому полі проходить найважливіша лінія розмежування між клінічною нутриціологією та маркетинговою імітацією.

Описана методологічна та клінічна архітектура потребує інституційного носія, який забезпечив би циркуляцію знання між епіднаглядом і клінічним втручанням, інакше доказова база залишатиметься фрагментованою між дослідницькими групами і не дійде до пацієнта в систематичний спосіб. Інтеграцію моніторингу та нутриціологічного супроводу в систему громадського здоров'я найпродуктивніше моделює трикомпонентний цикл «епіднагляд → стратифікація ризику → нутриціологічний супровід». На вході цикл живиться даними реєстрового моніторингу та періодичних популяційних опитувань; центральний компонент становить алгоритмізована стратифікація, що визначає рівень втручання (популяційно-профілактичний, цільовий профілактичний, клінічний терапевтичний); на виході формується персоналізований нутриціологічний супровід з вимірюваними кінцевими точками. Сімейний лікар стає ключовою першою ланкою, оскільки переважна частка функціональних розладів ШКТ та ранніх стадій MASLD може і має бути виявлена та керована саме на первинному рівні, з консультативним залученням гастроентеролога й клінічного дієтолога лише за наявності тривожних симптомів або резистентності



до базової терапії. Європейський досвід EU4Health (2021–2027) та Joint Action on Nutrition and Physical Activity демонструє інтеграцію моніторингу хвороб травлення в ширші стратегії боротьби з неінфекційними захворюваннями, а позиція ВООЗ Європейського регіону наголошує на нерозривності фіскальних (податок на цукрові напої, маркування ультрапереробних продуктів), регуляторних (обмеження реклами, шкільне харчування) та клінічних інтервенцій. Україна після надання статусу кандидата на членство в ЄС увійшла у фазу адаптації європейських клінічних настанов через накази МОЗ; реформа НСЗУ створила тарифні інструменти для оплати послуг первинної ланки за капітаційним принципом, що теоретично уможливлює інтеграцію базових нутриціологічних консультацій у пакети медичних гарантій, проте операціоналізація цього потенціалу залишається фрагментарною.

Сам трикомпонентний цикл доцільно унаочнити як замкнену кільцеву структуру з трьома основними фазами та системою зворотних зв'язків (рис. 2).

Інтеграційна модель залишається теоретичною без чіткого окреслення викликів методики моніторингу та перспектив нутриціологічної корекції в Україні, які концентруються довкола кількох системних дефіцитів і виявляють певну закономірність. У країні відсутній національний реєстр функціональних розладів ШКТ та запальних хвороб кишечника, а наявна звітність МОЗ за формами № 12 і № 20 фіксує переважно органічну патологію та звертання, що систематично занижує тягар функціональних і психосоматичних станів. Валідація self-reported даних у воєнних умовах ускладнюється переміщеннями, переходом між закладами та цифровою нерівністю, що актуалізує потребу в комбінованих методах збирання даних з елементами активного епіднагляду. Нутриціологічна служба в Україні фрагментарна: професія клінічного дієтолога юридично визнана, але кількість фахівців недостатня, а первинна ланка переважно не має штатних дієтологів. Доказова база для українських харчових продуктів і традиційних дієтичних патернів обмежена, що ускладнює адаптацію

медитеранського протоколу та FODMAP-таблиць до національного кошика споживання.

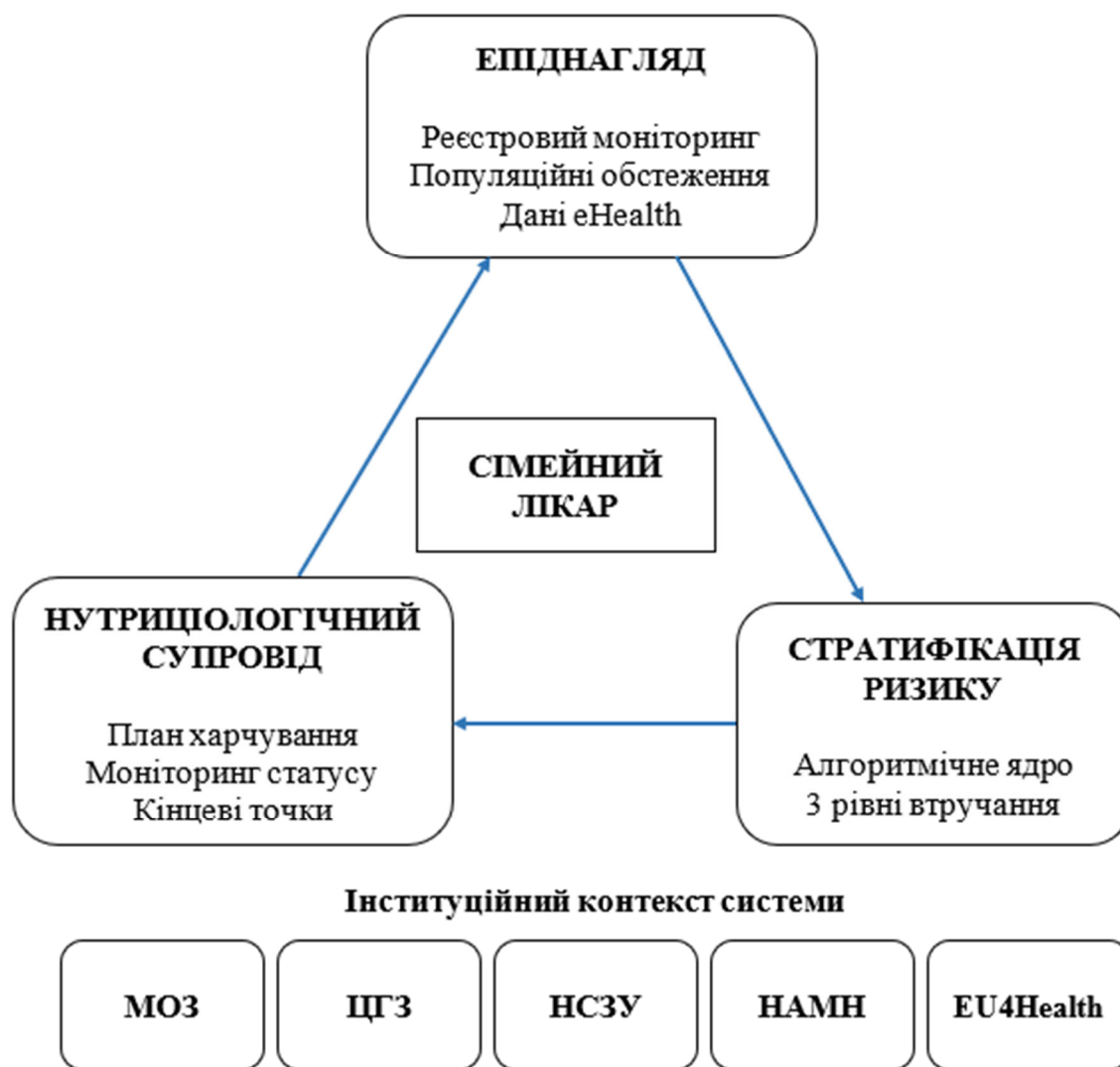


Рис. 2. Інтеграційний цикл «епіднагляд → стратифікація ризику → нутриціологічний супровід» (див. окремий файл рисунків)

Джерело: розроблено автором

Перспективним напрямом виступає застосування штучного інтелекту для аналізу великих епідеміологічних масивів (інтеграція даних eHealth, лабораторних інформаційних систем, mHealth-додатків та зображень ендоскопії) за умови розв'язання правових питань захисту персональних медичних даних відповідно до GDPR та українського законодавства про захист персональних даних.



Авторська позиція щодо мінімально необхідної архітектури національного моніторингу хвороб органів травлення передбачає чотири взаємопов'язані компоненти: модульний національний реєстр з підмодулями для запальних хвороб кишечника, MASLD, целіакії та функціональних розладів; п'ятирічний цикл репрезентативних популяційних опитувань за валідованими інструментами Rome IV та Mediterranean Diet Adherence Screener; інтеграцію eHealth-системи з лабораторними платформами та DICOM-сховищами зображень; встановлення міжвідомчого моніторингового комітету між МОЗ, ЦГЗ, НАМН та НСЗУ з прозорим публічним мандатом.

Висновки

Дві лінії проведеного аналізу (епідеміологічна і нутриціологічна) у сучасному громадському здоров'ї нероздільні методологічно і структурно. Без точного, регулярного і верифікованого моніторингу будь-яка нутриціологічна стратегія залишається сліпою, неспроможною визначити цільові групи, оцінити ефективність і скоригувати ресурс; без обґрунтованої нутриціологічної корекції епіднагляд деградує до спостереження без втручання, фіксуючи зростання тягаря без управлінської відповіді. Українському контексту, де воєнні умови, харчова небезпека, переміщення населення та трансформація системи охорони здоров'я накладаються одне на одного, потрібна модель моніторингу, що поєднує гнучкість (швидке адаптування до зміни територіальної доступності), надійність (валідовані міжнародні інструменти) і чутливість до стрес-залежного компонента патогенезу.

Серед нутриціологічних протоколів пріоритет адаптації до української практики має медитеранський патерн при MASLD з регіональною модифікацією через включення локально доступних джерел омега-3 жирних кислот і ферментованих молочних продуктів; протокол низького FODMAP для синдрому подразненого кишечника з обов'язковим супроводом сертифікованого дієтолога та структурованою фазою реінтродукції; ESPEN-стандарти при запальних хворобах кишечника із системою активного скринінгу мікронутрієнтів



дефіцитів; ESPGHAN-протокол ведення целиакії з акцентом на психосоціальну адаптацію і моніторинг кісткової мінералізації.

Лінія розмежування між доказовою нутриціологією та комерційно мотивованими інтервенціями проходить через критерій рандомізованих контрольованих випробувань зі стандартизованими кінцевими точками, штамоспецифічну ідентифікацію пробіотиків, прозоре розкриття конфлікту інтересів та публічну реєстрацію протоколів. Усе, що цим критеріям не відповідає, належить класифікувати як експериментальне або непідтверджене, незалежно від популярності бренду чи харизми спікера.

Інституційні реформи, без яких український вектор не отримає масштабного розвитку, охоплюють законодавче закріплення статусу клінічного дієтолога з обов'язковим включенням до мультидисциплінарної команди гастроентерологічних відділень; інтеграцію базової нутриціологічної консультації у пакет первинної допомоги НСЗУ; створення мережі регіональних центрів MASLD та запальних хвороб кишечника; систематичну адаптацію європейських клінічних настанов із трирічним циклом перегляду; формування інфраструктури безпеки даних, яка дозволила б реальну інтеграцію у проєкти EU4Health після завершення процесу європейської інтеграції.

Концептуальна теза, до якої веде увесь виклад, формулюється так: моніторинг і нутриціологічна корекція мають бути не адміністративною функцією та клінічною практикою, а двома режимами одного інтегрованого циклу громадського здоров'я, у якому дані живлять рішення, а рішення повертають у систему нові дані. Лише за цією логікою Україна може перейти від реактивної моделі реєстрації тягаря до проактивної моделі його зменшення, що особливо критично у вікно повоєнного відновлення, коли структура захворюваності, харчової поведінки і психоемоційного навантаження буде кардинально перевизначена.



Список використаних джерел

1. Wang Y., Huang Y., Chase R. C. et al. Global Burden of Digestive Diseases: A Systematic Analysis of the Global Burden of Diseases Study, 1990 to 2019. *Gastroenterology*. 2023. Vol. 165, No. 3. P. 773–783.e15. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.05.049>
2. Liu Y., Zhu J., Hu Z. et al. Global, regional, and national burden of gastroesophageal reflux disease (1990–2021): age-period-cohort analysis and Bayesian projections. *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 13. Art. 1518268. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1518268>
3. Sung H., Siegel R. L., Laversanne M. et al. Colorectal cancer incidence trends in younger versus older adults: an analysis of population-based cancer registry data. *The Lancet Oncology*. 2025. Vol. 26, No. 1. P. 51–63. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00600-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00600-4)
4. Wang R., Li Z., Liu S., Zhang D. Analysis of global burden of inflammatory bowel disease among adolescents and young adults from 1990 to 2021 and projections to 2040. *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 13. Art. 1466213. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1466213>
5. Sperber A. D., Bangdiwala S. I., Drossman D. A. et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021. Vol. 160, No. 1. P. 99–114.e3. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
6. Scarpato E., Kolacek S., Jojkic-Pavkov D. et al. Functional Gastrointestinal Disorders in Mediterranean Countries According to Rome IV Criteria. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022. Vol. 74, No. 4. P. 491–496. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.00000000000003358>
7. Степанов Ю. М., Скирда І. Ю., Петішко О. П. Хвороби органів травлення – актуальна проблема клінічної медицини. *Гастроентерологія*. 2019. № 1. С. 1–6. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4798/>



8. Burlingame B. A., Wang H., Drewnowski A. et al. The food security of residents and refugees of Ukraine after the Russian invasion. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15. Art. 14821. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-99285-1>
9. Whelan K., Bancil A. S., Lindsay J. O., Chassaing B. Ultra-processed foods and food additives in gut health and disease. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2024. Vol. 21, No. 6. P. 406–427. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41575-024-00893-5>
10. Marasco G., Cremon C., Barbaro M. R. et al. The Detrimental Impact of Ultra-Processed Foods on the Human Gut Microbiome and Gut Barrier. *Nutrients*. 2025. Vol. 17, No. 5. Art. 859. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu17050859>
11. Leigh S. J., Uhlig F., Wilmes L. et al. The impact of acute and chronic stress on gastrointestinal physiology and function: a microbiota–gut–brain axis perspective. *The Journal of Physiology*. 2023. Vol. 601, No. 20. P. 4491–4538. DOI: <https://doi.org/10.1113/JP281951>
12. Voigt R. M., Lowry C. A. Editorial: The microbiome-gut-brain axis and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Neuroscience*. 2025. Vol. 19. Art. 1592604. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2025.1592604>
13. Black C. J., Staudacher H. M., Ford A. C. Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2022. Vol. 71, No. 6. P. 1117–1126. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325214>
14. Nybacka S., Törnblom H., Josefsson A. et al. A low FODMAP diet plus traditional dietary advice versus a low-carbohydrate diet versus pharmacological treatment in irritable bowel syndrome (CARIBS): a single-centre, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2024. Vol. 9, No. 6. P. 507–520. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00045-1)
15. Khan Z., Muhammad S. A., Amin M. S., Gul A. The Efficacy of the Low-FODMAP Diet in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2025. Vol. 17, No. 1. e77053. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.77053>



16. Goodoory V. C., Khasawneh M., Black C. J. et al. Efficacy of Probiotics in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2023. Vol. 165, No. 5. P. 1206–1218. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.07.018>
17. Ford A. C., Harris L. A., Lacy B. E. et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2018. Vol. 48, No. 10. P. 1044–1060. DOI: <https://doi.org/10.1111/apt.15001>
18. Rinella M. E., Lazarus J. V., Ratziu V. et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Journal of Hepatology*. 2023. Vol. 79, No. 6. P. 1542–1556. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>
19. Rinella M. E., Sookoian S. From NAFLD to MASLD: updated naming and diagnosis criteria for fatty liver disease. *Journal of Lipid Research*. 2024. Vol. 65, No. 1. Art. 100485. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jlr.2023.100485>
20. Jamil A., Chivese T., Elshaikh U., Sendall M. Efficacy of the Mediterranean diet in treating metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024. Vol. 24. Art. 2701. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19378-w>
21. European Association for the Study of the Liver, European Association for the Study of Diabetes, European Association for the Study of Obesity. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *Journal of Hepatology*. 2024. Vol. 81, No. 3. P. 492–542. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.04.031>
22. Bischoff S. C., Bager P., Escher J. et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*. 2023. Vol. 42, No. 3. P. 352–379. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.004>
23. Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabó I. R. et al. ESPGHAN Position Paper on Management and Follow-up of Children and Adolescents With Celiac Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022. Vol. 75, No. 3. P. 369–386. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.00000000000003540>



24. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Тягар хвороб органів травлення: висновки з дослідження Глобального тягара хвороб у 2019 році. Київ, 2022. URL: <https://phc.org.ua/news/tyagar-khvorob-organiv-travlennya-visnovki-z-doslidzhennya-globalnogo-tyagarya-khvorob-u-2019>
25. Glauber J., Laborde D. The war in Ukraine continues to undermine the food security of millions. *IFPRI Blog*. International Food Policy Research Institute. Washington, 2024. URL: <https://www.ifpri.org/blog/war-ukraine-continues-undermine-food-security-millions/>