

The authors show the dynamics of peptic ulcer morbidity among military personnel during peacetime and during the operation of the United Forces operation. The results of medication provision of military personnel with HP-associated duodenal ulcer with traditional and isomeric forms of proton pump inhibitors and colloidal bismuth subcitrate preparation (all domestically produced drugs), which were used in triple and bismuth-containing anti-Helicobacter therapy, were analyzed.

Was done the analysis of results of own researches on pharmacoeconomically substantiated medical supply of servicemen at *H. pylori*-associated peptic ulcer of duodenum with medicines for triple and bismuth-containing antihelicobacter therapy, to make it more economically beneficial for Armed Forces of Ukraine.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Участь авторів:

Шматенко О. П. ^{1,3}

Осьодло В. В. ^{2,3,4}

¹ ідея, дизайн дослідження, корекція статті;

² набір клінічного матеріалу,

³ участь в написанні статті;

⁴ аналіз літератури, висновки, анотації.

Електронна адреса для спілкування з авторами:

E-mail: vitaliy.osyodlo@gmail.com (В. В. Осьодло).



DOI:10.33617/2522-9680-2020-4-10

УДК 616.37-002-06:616.379-008.64-085.327:553.7

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПИТНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД І АКУПРЕСУРИ У КОМПЛЕКСНІЙ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

- Л. С. Бабінець, д. мед. н., проф., зав. каф. перв. мед.-сан. доп. та заг. практ.-сімейн. мед.
Г. М. Сасик, аспір. каф. перв. мед.-сан. доп. та заг. практ.-сімейн. мед.

- Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ

Клінічна ситуація, коли у пацієнтів з хронічним панкреатитом (ХП), крім екскреторної функції підшлункової залози (ПЗ), страждає також й інкреторна функція, і формується цукровий діабет 2 типу (ЦД2), набуває великої поширеності і є серйозним викликом у плані ефективного лікування таких хворих і реабілітації з метою відновлення втрачених функцій [2, 12]. В Україні за останні три десятиліття захворюваність на ХП зросла більш ніж удвічі, причому епідеміологічні показники щодо ХП в 3-4 рази гірші, ніж в Європі [5]. За даними НДІ гастроентерології НАМН України, в Україні налічується близько одного млн. хворих на ХП [2, 9]. Не зважаючи на достатню кількість досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, дотепер залишаються невиясненими питання діагностики, лікування та реабілітації хворих на ХП із супутнім ЦД2, який сам по собі являє глобальну проблему людства [2, 3]. В Україні відбувається зростання кількості хворих на ЦД, яка перевищує відмітку двох млн. осіб [1]. У світі ЦД2 набув статусу пандемії, адже, за оцінками експертів, вже в 2014 р. у світі на ЦД2 страждали 422

млн. дорослих порівняно із 108 млн. у 1980 р. [3, 10, 12]. Тому як ЦД2, так і ХП з їхніми наслідками стають причиною значних економічних втрат для пацієнтів та їх сімей, а також для систем охорони здоров'я і національних економік [2]. Клінічний перебіг коморбідності ХП і ЦД2 і якість життя (ЯЖ) таких пацієнтів становлять надзвичайно актуальну проблему медичної науки і практики [4].

Сучасні стандарти лікування ХП включають переважно препарати, які спрямовані на ліквідацію больового синдрому і корекцію проявів екскреторної недостатності ПЗ і практично не впливають на особливості функціонального стану ПЗ і нервової системи, які часто визначають клінічний перебіг хвороб і прогноз життя і працездатності [5, 9]. Додаткове застосування лікарських засобів для впливу на вегетативну регуляцію і для зменшення негативної дії психоемоційного перевантаження часто є неможливим, що потребує включення до лікування і реабілітації немедикаментозних методів, більш біологічно адаптованих до потреб організму [5, 10].

Саме тому ми вважали актуальним включити до комплексного лікування коморбідних пацієн-

тів з ХП і ЦД2 курс прийому адеметіоніну, питних мінеральних вод східницького родовища і процедури акупресури.

У попередніх дослідженнях нами було доведено дієвість адеметіоніну щодо корекції клінічних і патогенетичних патологічних порушень запального, інтоксикаційного і трофологічного характеру при коморбідному перебігу ХП і ЦД2 [2].

Питні мінеральні води (ПМВ) застосовуються з лікувальною метою здавна [6]. На думку дослідників, речовини, що входять до складу ПМВ підсилюють мінеральний обмін, всмоктування води з кишечника, а також сприяють продукції антибактеріальних і біологічно активних компонентів. Вони є похідними нафти або торфу на 80-90% представлені гумінами бітумами, рідше зустрічаються нафтенові кислоти феноли [10]. Органічні речовини, як правило, містяться в поверхневих, холодних, маломінералізованих водах типу «Нафтуся» [6]. Вони сприяють розвитку у воді мікроорганізмів, що виробляють антибактеріальні, гормоноподібні біологічно активні речовини. Детоксикаційна і пре/пробіотична дія ПМВ, а також обґрунтування запропонованого комплексу лікування ПМВ при ХП у коморбідності з ЦД2 потребують поглибленого вивчення [2, 10].

Викликає значний інтерес також застосування у комплексній реабілітації таких хворих курсів акупресури. Акупресура – один з методів рефлексотерапії (РТ), що відрізняється від акупунктури своїм неінвазивним характером (масажування біологічно активної точки замість вколювання), що значно посилює прихильність пацієнтів до даного методу [5].

Згідно з даними ВООЗ, майже 70 хвороб успішно лікуються за допомогою РТ і ще приблизно 200 – поєднанням голкотерапії та фітотерапії [8]. Серед багатьох ефектів РТ особливо важливими є знеболення, ліквідація спазму м'язів, покращання тканинного кровообігу, послаблення впливу надмірних емоцій та психічної депресії, посилення імунних реакцій та опірності організму до інфекції [11]. Виражена стреслімітуюча дія РТ дає можливість застосування її як ефективного засобу профілактики негативних наслідків дії стресу [8]. Антистресові ефекти методу пов'язані із впливом на систему профілактики стресорних ушкоджень, яка включає ГАМК-ергічну систему мозку, систему β -ендорфіну, антиоксидантну систему, систему ацетилхоліну. Включення цих систем в умових стресу чи під впливом РТ призводить до

поступового гальмування симпато-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, внаслідок чого знижуються енергозатрати організму [11]. Такі ефекти РТ дозволяють впливати на патогенез як ХП, так і ЦД2. Відомі також протибольовий ефект РТ, покращання мікроциркуляції органів, протиалергічний та інші впливи. Проте, багато фізіологічних впливів РТ, зокрема акупресури, на людський організм залишаються невивченими [8]. Отже, вищезазначені механізми дії акупресури і ПМВ потребують вивчення, а наукового обґрунтування – доцільності їх застосування в комплексному лікуванні хворих із ХП і ЦД2 для покращання клінічного перебігу і якості життя пацієнтів.

Мета роботи – дослідити ефективність комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит із супутнім цукровим діабетом із включенням до неї адеметіоніну, курсу лікування питними мінеральними водами східницького родовища і курсу акупресури за розробленою схемою за впливом на параметри клінічного перебігу і якості життя за опитувальником GSRS.

Матеріали та методи дослідження.

Обстежили 82 пацієнта з ХП і супутнім ЦД2, яких спостерігали в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя і на курсовому санаторному лікуванні на курорті «Східниця». Середній вік пацієнтів становив $(52,28 \pm 0,80)$ років; середня тривалість захворювання – $(11,23 \pm 0,41)$ років. Пацієнтів розподілили на три групи за програмами лікування: 1 група (ПЛ+АМ – 27 хворих) – отримувала протокольне лікування (ПЛ- фермент) панкреатин в адекватній дозі (25-40 тис. ОД), інгібітор протонної помпи (пантопразол по 40 мг), спазмолітик (мебеверин) та/або прокінетик (мотиліум), метформін по 1000 мг двічі на день) і адеметіонін (сублінгвальні таблетки Агепта по 400 мг) по одній таблетці 2 рази на добу за 30-60 хв. до прийому їжі, утримуючи під язиком не менше 15-20 хв. до повного розчинення курсом тривалістю один місяць; 2 група (ПЛ+АМ+ПМВ – 30 пацієнтів) – окрім ПЛ і адеметіоніну, отримували ПМВ за описаною нижче методикою. Слабомінералізовану ПМВ «Нафтуся» (джерело № 18), яка підсилює виділення підшлункового соку з активацією в ньому панкреатичних ферментів і нормалізує лужно-кислу рівновагу при ЦД2, призначали в обмеженому дозуванні по 100-150 мл на прийом, підігрітою до 37-40 °С,

три рази на добу за 60 хв. до їди. При супутній артеріальній гіпертензії «Нафтусю» призначали з обережністю, краще ПМВ джерела №10 (вона дещо слабша, діє більш ніжно) в аналогічному режимі. При наявності супутніх проблем з нирками (наявність піску у нирках) додатково призначали також ПМВ джерела №1 за 30 хв. після їди по 150 (пізніше 200) мл. Через 60 хв. після їди додатково призначали середньомінералізовану ПМВ джерела 2С (содова) з високим вмістом гідрокарбонатів, що гальмують секрецію ПЗ, по 150 (пізніше 200) мл. Цей курс під контролем лікаря застосовували протягом 14 днів з оцінкою стану пацієнтів до початку і після закінчення лікування.

3 група (25 пацієнтів) (ПЛ+АМ+ПМВ+АП) – додатково до ПЛ+АМ+ПМВ отримали курс акупресури (АП) за розробленою авторами схемою на основі рекомендацій київської (Є.Л. Мачерет та ін.) і пекінської шкіл РТ (Конг Лін) із 11 сеансів: 1 сеанс – G4, E36 – гальмування; 2 – V41 – гальмування; 3 – V43, V17 – збудження; 4 – АТ мозку та ПЗ – гальмування; 5 – с – V28, Z13 – гальмування; 6 – V26 – гальмування; 7 – Rp6, V36, АТ мозку, залоз внутрішньої секреції – збудження; 8 – E3, V20 – гальмування; 9 – V41, E33 – гальмування; 10 – V17, АТ мозку – гальмування; 11 – G11, E36 – гальмування. Як і для попередніх груп пацієнтів, було рекомендовано дотримання ними збалансованого харчування, нормалізації маси тіла, уникання переїдання, виключення із вжитку алкоголю та тютюнопаління.

Діагноз ХП верифікували на підставі протоколу № 638 від 10.09.2014 р., а ЦД – згідно із протоколом № 1118 від 21.12.2012 р. [5, 9]. Клінічний перебіг хворих з ХП і ЦД визначали посиндромно кількісно у % пацієнтів із наявним симптомом/синдромом від загальної кількості пацієнтів у групі дослідження.

Для оцінки симптомів ХП і ЯЖ використовували адаптовану версію спеціального опитувальника GSRS (Gastro intestinal Symptom Rating Scale), перекладену з англійської Міжнародним центром оцінки ЯЖ у 1998 р. Опитувальник GSRS – 15 запитань, які характеризують інтенсивність абдомінального больового синдрому, рефлюкс-синдрому, закреп, діареї, диспепсичного синдрому за шкалою від 1 до 7 балів. Більш високий бал відповідає більшій вираженості клінічних симптомів [4].

Статистику опрацювали за допомогою «Microsoft Excel» і «Statistica-6.0». Визначали середні арифме-

тичні величини (М) з середньою квадратичною похибкою (m). Перевірка гіпотез про достовірність різниці двох середніх (p) виконувалася за допомогою U-критерія Манна-Уїтні. Результати вважали достовірними при рівні їх статистичної значимості $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці наведено отримані результати впливу трьох лікувальних програм на деякі клінічні симптоми і синдроми пацієнтів з поєднаним перебігом ХП і ЦД2. Було виявлено позитивну динаміку клінічних симптомів/синдромів в усіх групах пацієнтів, проте лікувальний ефект у 2-й групі був вагомим від такого у групі ПЛ+АМ. Результати лікування у 3-й групі за більшістю показників були більш значимими, ніж у 2-й групі.

За динамікою больового абдомінального синдрому ефективність лікування у 1-3 групах становила відповідно 81,5 %, 90,0 % і 96,0 %, що засвідчило високу результативність застосування ПМВ і особливо ПМВ із АП. Динаміка ефективності щодо диспепсичного синдрому у 1-3 групах була відповідно 77,8 %, 77,3 % і 92,0 %, що довело найвищий рівень ефективності комплексу з включенням ПМВ і ПА, тоді як включення ПМВ не посилювало ефективності щодо диспепсії стосовно такої ПЛ+АМ. Результативність лікувальних комплексів щодо закреп становила відповідно 40,8 %, 42,3 % і 52,0 %, довівши більш значиму ефективність комплексу із додатковим включенням ПМВ і особливо ПМВ із АП. Дієвість щодо елімінації проносу дорівнювала відповідно 26,6 %, 39,0 % і 52,0 %, довівши доцільність застосування запропонованих методик. Високими були показники ефективності запропонованих програм при астено-невротичному синдромі: 81,5 %, 80,0 % і 96,0 %.

І якщо рівні дієвості 1 і 2 програм були співставними, то включення АП значно посилювало ефективність лікування. Аналогічну різницю динамік отримали щодо анемії (44,5 %, 43,3 % і 56,0 %) і гіповітамінозів (74,1 %, 70,0 % і 84,0 %).

Важливо зазначити, що використання ПМВ, хоч і не дало значного посилення ефекту щодо впливу на астенізацію ЦНС, анемію і гіповітамінози, однак достовірно не дало погіршення цих симптомів, значно посиливши ефект щодо корекції проносів, закрепів і больового синдрому. Доцільність застосування запропонованих програм було доведено також щодо елімінації порушення

апетиту (33,4 %, 43,3 % і 52,0 %), алергічного синдрому (25,9 %, 33,3 % і 40,0 %) і полідипсії (48,2 %, 50,0 % і 56,0 %). Високою виявилась ефективність даних програм щодо корекції вегетативних порушень (66,7 %, 73,3 % і 88,0 %). Таким чином, аналіз динаміки впливу лікувальних програм на елімінацію найбільш вагомих клінічних симптомів/синдромів у пацієнтів з коморбідністю ХП і ЦД2 довів достовірно вищу ефективність комплексу із додатковим включенням курсу прийому адеметіоніну з одночасним курсом ПМВ, а також включенням до даного комплексу курсу акупре-

сури за запропонованою схемою до протокольної терапії, яка також була ефективною ($p < 0,05$).

Наступним етапом дослідження запропонованих комплексів лікування з додатковим включенням адеметіоніну і немедикаментозних методик (ПМВ і АП) було вивчення ефективності їх на стан ЯЖ пацієнтів з поєднаним перебігом ХП і ЦД2 за шкалою GSRS.

Аналіз динаміки параметрів ЯЖ за шкалами спеціалізованого гастроентерологічного опитувальника під впливом ПЛ+АМ, ПЛ+АМ+ПМВ і ПЛ+АМ+ПМВ+АП встановив статистично зна-

Таблиця

Порівняльний аналіз динаміки клінічної симптоматики у групах дослідження пацієнтів з ХП із ЦД2 під впливом різних лікувальних програм

Клінічний симптом/синдром		Група порівняння (кількість хворих (абс., %))		
		1 група (ПЛ+АМ) (n=27)	2 група (ПЛ+АМ+ПМВ) (n=30)	3 група (ПЛ+АМ+ПМВ+АП) (n=25)
Больовий абдомінальний синдром	1	27 (100,0)	30 (100,0)	25 (100,0)
	2	6 (18,5)*	3 (10,0)	1 (4,0)
Диспепсичний Синдром	1	25 (92,6)	27 (90,0)	25 (100,0)
	2	4 (14,8)	5 (16,7)	2 (8,0)
Пронос	1	12 (44,4)	14 (45,7)	14 (56,0)
	2	4 (14,8)	2 (6,7)	1 (4,0)
Закреп	1	14 (51,9)	16 (53,3)	13 (52,0)
	2	3 (11,1)	2 (6,7)	0
Астено-невротичний синдром	1	26 (96,3)	29 (96,7)	25 (100,0)
	2	4 (14,8)	5 (16,7)	1 (4,0)
Анемічний Синдром	1	14 (51,9)	15 (50,0)	14 (56,0)
	2	2 (7,4)	2 (6,7)	0
Гіповітамінози	1	25 (92,6)	26 (86,7)	23 (92,0)
	2	5 (18,5)	5 (16,7)	2 (8,0)
Зміни апетиту	1	14 (51,9)	16 (53,3)	13 (52,0)
	2	5 (18,5)	3 (10,0)	0
Алергічний Синдром	1	10 (37,0)	12 (40,0)	10 (40,0)
	2	3 (11,1)	2 (6,7)	0
Полідипсія	1	14 (51,9)	15 (50,0)	14 (56,0)
	2	1 (3,7)	0	0
Вегетативні ознаки	1	22 (81,5)	25 (83,3)	23 (92,0)
	2	4 (14,8)	3 (10,0)	1 (4,0)

Примітка:

1) 1 – показники до лікування; 2 – показники після лікування;

2) * – клінічний прояв у пацієнтів з ХП із ЦД2 після лікування вважали наявним за відсутності значимої позитивної динаміки.

чимі ($p < 0,05$) зміни у цих групах стосовно таких до лікування за усіма параметрами на відміну від групи ПЛ, де статистично значимими виявилися зміни лише за трьома шкалами (абдомінальний біль, гастральний рефлюкс і диспепсія).

Було доведено статистично значиму більшу ефективність лікування із додатковим включенням ПМВ, а особливо ПМВ у комбінації з АП стосовно такої у групі ПЛ+АМ за динамікою параметрів шкал даного опитувальника: абдомінальний біль знизився у 1-3 групах відповідно на 32,9 %, 80,8 % і 107,8 %, гастральний рефлюкс – на 34,7 %, 64,6 % і 101,9 % ($p < 0,05$), діареї – на 23,9 %, 56,0 % і 87,7 % ($p < 0,001$), закрепи – на 20,6 %, 43,1 % і 68,8 % ($p < 0,05$), диспепсії – на 32,4 %, 60,7 % і 80,9 % ($p < 0,01$). Все наведене вище дозволило довести більш статистично значиму ефективність комплексної терапії із додатковим включенням курсів ПМВ східницького родовища, а також комбінації ПМВ і акупресури стосовно протокової терапії з адеметіоніном за шкалами ЯЖ міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS.

Висновки

1. Включення курсу акупресури за запропонованою методикою дозволило покращити результати лікування комплексом із використанням питних мінеральних вод і адеметіоніну на 6,0 % за елімінацією болю, на 5,7 % – диспепсичного синдрому, на 9,7 % – закрепи, на 13,0 % – проносу, на 16,0 % – астено-невротичного синдрому, на 12,7 % – анемії і 10,0 % – гіповітамінозів, тоді як включення східницьких

мінеральних вод статистично достовірно покращило лише результати лікування абдомінального болю – на 8,5 % і проносу – на 12,4 % ($p < 0,001$).

2. Доцільність застосування запропонованих програм було доведено також щодо елімінації порушення апетиту (33,4 %, 43,3 % і 52,0 %), алергічного синдрому (25,9 %, 33,3 % і 40,0 %) і полідипсії (48,2 %, 50,0 % і 56,0 %). Високою виявилась ефективність даних програм щодо корекції вегетативних порушень (66,7 %, 73,3 % і 88,0 %).

3. За шкалами міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS абдомінальний біль знизився у 1-3 групах відповідно на 32,9 %, 80,8 % і 107,8 %, гастральний рефлюкс – на 34,7 %, 64,6 % і 101,9 % ($p < 0,05$), діареї – на 23,9 %, 56,0 % і 87,7 % ($p < 0,001$), закрепи – на 20,6 %, 43,1 % і 68,8 % ($p < 0,05$), диспепсії – на 32,4 %, 60,7 % і 80,9 % ($p < 0,01$), що дозволило довести більш статистично значиму ефективність комплексної терапії із додатковим включенням курсів ПМВ східницького родовища, а також комбінації ПМВ і акупресури стосовно протокової терапії з адеметіоніном, що дозволяє рекомендувати ці лікувальні програми до впровадження у клінічну практику.

У перспективі подальших досліджень плануємо проаналізувати дієвість включення рефлексотерапії до комплексної реабілітації пацієнтів із коморбідним перебігом хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2 типу за впливом на ознаки трофологічного статусу.

Література

1. Бабінець Л.С. Цукровий діабет 2 типу: положення європейських протоколів щодо лікування і співпраці з пацієнтом у первинній медичній практиці / Укр. терапевт. журн. – № 3, 2020. – С. 46-51.
2. Бабінець Л.С., Сасик Г.М. Оптимізація корекції ентеропанкреатичного синдрому у комплексній реабілітації пацієнтів з хронічним панкреатитом у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу / Укр. терапевт. журн. – №2, 2020. – С. 37-42.
3. Глобальний доклад по діабету. World Health Organization, 2016; режим доступу www.who.int/diabetes/global-report.
4. Гриб В. А. Якість життя хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений поліневропатією / Укр. вісн. психоневрол. – 2013. – Т. 21, вип. 3. – С. 13-19.
5. Губеріш Н.Б., Т.М. Христин. Клическая панкреатология / – Донецк: ООО «Лебедь», 2013. – С. 236.
6. Іван Шимонько. Трускавець і Східниця. Курорти передгір'я Карпат. – Дрогобич: видавець Святослав Сурма, 2009. – 260 с.
7. Лувсан Гаваа Традиционные и современные аспекты восточной медицины – М.: «Московские учебники и картолинография», 2000. – 400 с.
8. Мачерет Е. Л., А. О. Коркушко. Основы электро- и акупунктуры. – Київ: «Здоров'я», 1993. – 390 с.
9. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю.М. Мостового. – 19-те вид. доп. і перероб. – Вінниця, 2019. – 1011 с.
10. Фролков В.К., Бобровицький І.П., Балакин С.А., Данилов О. И. Энтеро-инсулярная ось, метаболический синдром и минеральные воды. / Матер. Всероссийского форума «Здравница 2010», М., 2010. – С. 161-162.
11. Черных В. Ф., Здыбский В. И., Климович Л. В. Акупунктура и гомеосиниатрия в клинической практике : Пособие для врачей – Х.: Золотые страницы, 2012. – 102 с.
12. Schrader H., Menge B.A., Zeidler C., P.R. Ritteandoth. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis. // Diabetologia 2019. – P. 43-47.

Надійшла до редакції 22 жовтня 2020 р.

Прийнято до друку 25 листопада 2020 р.

Л. С. Бабінець, Г. М. Сасик

ЭФЕКТИВНІСТЬ ПИТНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД І АКУПРЕСУРИ У КОМПЛЕКСНІЙ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Ключові слова: хронічний панкреатит, цукровий діабет 2 типу, коморбідність, адеметионін, питні мінеральні води Східницького родовища, акупресура

Актуальність. Додаткове застосування лікарських засобів для корекції багаточисленних клінічних симптомів хронічного панкреатиту (ХП) і коморбідного цукрового діабету 2 типу (ЦД2) часто є неможливим, що потребує включення до лікування і реабілітації таких пацієнтів немедикаментозних методів, більш біологічно адаптованих до потреб організму.

Мета дослідження – дослідити ефективність комплексного лікування хворих на хронічний панкреатит із супутнім цукровим діабетом із включенням до нього адеметионіну, курсу лікування питними мінеральними водами (ПМВ) Східницького родовища і курсу акупресури (АП) за розробленою схемою за впливом на параметри клінічного перебігу і якості життя за опитувальником GSRS.

Матеріали і методи. Обстежили 82 пацієнта з ХП і ЦД2, яких поділили на 3 групи за різними лікувальними комплексами: 1 група – протокольне лікування з включенням сублінгвального адеметионіну, 2 група – з додатковим включенням курсу питних мінеральних вод Східницького родовища, 3 група – із застосуванням акупресури.

Результати та їх обговорення. Включення курсу акупресури за запропонованою методикою дозволило покращити результати лікування комплексом із використанням питних мінеральних вод і адеметионіну на 6,0 % за елімінацією болю, на 5,7 % – диспепсичного синдрому, на 9,7 % – закрепи, на 13,0 % – проносу, на 16,0 % – астено-невротичного синдрому, на 12,7 % – анемії і 10,0 % – гіповітамінозів, у той час, як включення Східницьких мінеральних вод статистично достовірно покращило лише результати лікування абдомінального болю – на 8,5 % і проносу – на 12,4 % ($p < 0,001$).

Висновок. За шкалами міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS абдомінальний біль знизився у 1-3 групах відповідно на 32,9 %, 80,8 % і 107,8 %, гастральний рефлюкс – на 34,7 %, 64,6 % і 101,9 % ($p < 0,05$), діареї – на 23,9 %, 56,0 % і 87,7 % ($p < 0,001$), закрепи – на 20,6 %, 43,1 % і 68,8 % ($p < 0,05$), диспепсії – на 32,4 %, 60,7 % і 80,9 % ($p < 0,01$), що дозволило довести більш статистично значиму ефективність комплексної терапії із додатковим включенням курсів ПМВ Східницького родовища, а також комбінації ПМВ і акупресури стосовно протокольної терапії з адеметионіном, а це дозволяє рекомендувати ці лікувальні програми до впровадження у клінічну практику.

Л. С. Бабінець, Г. М. Сасик

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД И АКУПРЕССУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Ключевые слова: хронический панкреатит, сахарный

диабет 2 типа, коморбидность, адеметионин, питьевые минеральные воды Сходницкого месторождения, акупресура.

Актуальность. Дополнительное применение лекарственных средств для коррекции многочисленных клинических симптомов хронического панкреатита (ХП) и коморбидного сахарного диабета 2 типа (СД2) часто невозможно, что требует включения в лечение и реабилитацию таких пациентов немедикаментозных методов, более биологически адаптированных к потребностям организма.

Цель исследования – исследовать эффективность комплексного лечения больных хроническим панкреатитом с сопутствующим сахарным диабетом с включением в него адеметионина, курса лечения питьевыми минеральными водами (ПМВ) Сходницкого месторождения и курса акупресуры (АП) по разработанной схеме по влиянию на параметры клинического течения и качества жизни по опроснику GSRS.

Материал и методы. Обследовали 82 пациента с ХП и СД2, которых разделили на 3 группы по разным лечебным комплексам: 1 группа – протокольное лечение с включением сублингвального адеметионина, 2 группа – с дополнительным включением курса питьевых минеральных вод Сходницкого месторождения, 3 группа – с применением акупресуры.

Результаты и обсуждение. Включение курса акупресуры по предложенной методике позволило улучшить результаты лечения комплексом с использованием питьевых минеральных вод и адеметионина на 6,0 % по элиминации боли, на 5,7 % – диспепсического синдрома, на 9,7 % – запора, на 13,0 % – поноса, на 16,0 % – астено-невротического синдрома, на 12,7 % – анемии и 10,0 % – гиповитаминозов, в то время как включение Сходницких минеральных вод статистически достоверно улучшило только результаты лечения абдоминальной боли – на 8,5 % и поноса – на 12,4 % ($p < 0,001$).

Выводы. По шкалам международного опросника гастроэнтерологического больного GSRS боль в животе снизилась в 1-3 группах соответственно на 32,9 %, 80,8 % и 107,8 %, гастральный рефлюкс – на 34,7 %, 64,6 % и 101,9 % ($p < 0,05$), диарея – на 23,9 %, 56,0 % и 87,7 % ($p < 0,001$), запор – на 20,6 %, 43,1 % и 68,8 % ($p < 0,05$), диспепсия – на 32,4 %, 60,7 % и 80,9 % ($p < 0,01$), что позволило доказать более статистически значимую эффективность комплексной терапии с дополнительным включением курсов ПМВ Сходницкого месторождения, а также комбинации ПМВ и акупресуры относительно протокольной терапии с адеметионином, что позволяет рекомендовать эти лечебные программы к внедрению в клиническую практику.

L. S. Babinets, G. M. Sasyk

EFFICACY OF DRINKING MINERAL WATERS AND ACUPRESSURE IN CLINICAL COURSE COMPLEX CORRECTION OF THE COMORBIDITY OF CHRONIC PANCREATITIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Keywords: chronic pancreatitis, type 2 diabetes mellitus, comorbidity, ademethionine, drinking mineral waters of Skhidnytsia deposit, acupressure.

Topicality. Additional use of drugs to correct the many clinical symptoms of chronic pancreatitis (CP) and comorbid diabetes mellitus type 2 (DM2) is of ten impossible, which requires the inclusion in the treatment and rehabilitation of such patients non-drug methods more biologically adapted to the

needs of the body.

The aim of the study was to investigate the effectiveness of comprehensive treatment of patients with chronic pancreatitis with concomitant diabetes mellitus with the inclusion of ademethionine, a course of treatment with drinking mineral waters (DMV) of Skhidnytsia deposit and a course of acupressure (AP) according to the GSRS questionnaire.

Material and methods. We examined 82 patients with CP and diabetes mellitus, who were divided into 3 groups according to different treatment complexes: 1 group – protocol treatment with sublingual ademethionine, 2 group – with additional inclusion of a course of drinking mineral waters of Skhidnytsia deposit, 3 group – with acupressure.

Results and discussion. The inclusion of a course of acupressure according to the proposed method allowed to improve the results of treatment with a complex using drinking mineral water and ademethionine by 6.0 % for pain relief, 5.7 % – dyspeptic syndrome, 9.7 % – constipation, 13.0 % – diarrhea, 16.0 % – astheno-neurotic syndrome, 12.7 % – anemia and 10.0 % – hypovitaminosis, while the inclusion of Skhidnytsia mineral waters statistically significantly improved only the results of treatment of abdominal pain – by 8.5 % and diarrhea – by 12.4 % ($p < 0.001$).

Conclusion. According to the scales of the international

questionnaire of gastroenterological patient GSRS, abdominal pain decreased in 1-3 groups by 32.9 %, 80.8 % and 107.8 %, respectively, gastric reflux – by 34.7 %, 64.6 % and 101.9 % ($p < 0.05$), diarrhea – by 23.9 %, 56.0 % and 87.7 % ($p < 0.001$), constipation – by 20.6 %, 43.1 % and 68.8 % ($p < 0.05$), dyspepsia – by 32.4 %, 60.7 % and 80.9 % ($p < 0.01$), which allowed to prove a more statistically significant effectiveness of complex therapy with the additional inclusion of courses of DMV Skhidnytsia deposit, as well as combinations of DMV and acupressure in relation to protocol therapy with ademethionine, and this allows to recommend these treatment programs for implementation in clinical practice.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок авторів:

Л. С. Бабінець – ідея, дизайн дослідження, корекція статті, висновки;

Г. М. Сасик – набір клінічного матеріалу, аналіз літератури, участь в написанні статті, анотації.

Електронна адреса для листування з авторами:

lilyababinets@gmail.com (Бабінець Л. С.).



DOI:10.33617/2522-9680-2020-4-16
УДК 616.72-002.77-08-053.6

КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ

■ А. Л. Лоскутов, к. мед. н., асист. каф. фармак., клін. фармак. та клін. фармац.

■ Державний заклад «Луганський державний медичний університет» м. Рубіжне Луганської обл.

Вступ

Серед численних форм патології суглобів найбільш поширеною є **остеоартроз (ОА)**, який може істотно знижувати якість життя людини і досить швидко призводити до її повної інвалідизації, що є не тільки медичною, а й соціально-економічною проблемою.

За останні роки проводився ряд досліджень, спрямованих на уточнення ролі *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в розвитку захворювань печінки і жовчовивідних шляхів. Встановлено, що у 13,5 % обстежених, у яких був виявлений *H. pylori*, відзначалося підвищення вмісту у крові тригліцеридів, аспарта та міотрансферази, загального холестерину, лептину, С-реактивного білка та низки прозапальних цитокінів, що свідчило про

наявність дисфункції печінки [8, 14, 17, 18]. Ці зміни зберігалися у пацієнтів і через два роки після початку спостережень, а у частини з цих хворих діагностовано стеатоз печінки і зміни, що є характерними для неалкогольної жирової дистрофії печінки [13, 17, 18].

Патогенез ОА досить складний і пов'язаний з порушенням обмінних процесів у хрящовій тканині з переважанням катаболізму над анаболізмом. Однак, серед механізмів розвитку ОА традиційно обговорюється запальний аспект патогенезу цього захворювання [3, 4, 12], невід'ємним компонентом якого є активація перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) з розвитком оксидативного стресу [10, 15]. Ці процеси призводять до порушення метаболізму сполучної тканини, викликаючи і