

ной возбудимости и на 17,3 % состояния тревожности по шкале HADS.

При анализе системных показателей регуляции гомеостаза под влиянием 6-месячного лечения Карвелисом, определялся достоверный рост общего уровня биоэнергетики, показателей состояния резервов сосудистой регуляции и оперативного контроля вегетососудистой регуляции. Эти изменения согласовывались с уровнем активности вазомоторного центра регуляции сосудистого тонуса, показатели которого достоверно уменьшались.

V.V. Batushkin, D.S. Podyacha, L.O. Nesterenko

VEGETATIVE AND CEREBRAL EFFECTS OF CARVELIS® COMPONENTS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Keywords: arterial hypertension, autonomic dysregulation, dysfunction of cerebral and subcortical structures of blood pressure regulation, Carvelis treatment.

Among 36% patients, the syndrome of arterial hypertension is determined by a combination of psychoemotional disorders with autonomic dysfunction. The aim of the research was to study the features of psychoemotional disorders and autonomic homeostasis of 78 middle-aged hypertensive patients and their correction by the use of Carvelis in complex antihypertensive therapy. The main group consisted of 40 patients with hypertension. They were prescribed a herbal complex – Carvelis with standard antihypertensive treatment. Dose of Carvelis was

30 drops 3 times a day. The second group was a control group, which included 38 hypertensive patients, who received only antihypertensive therapy. At the first visit all patients had certain disorders of cerebral and subcortical structures, associated with signs of autonomic dysfunction, deterioration of emotional state and significant psychological stress. The hypertensive treatment with Carvelis allowed to achieve a decrease in blood pressure in 6 months. Systolic blood pressure decreased by 12.8 mm Hg., diastolic – by 12.3 mm Hg. Whereas

the decrease of blood pressure in the control group was smaller (5.0 mm Hg. and 5.3 mm Hg, respectively) and insignificant. The antihypertensive effect of Carvelis treatment was realized due to effect of its components – hawthorn, valerian, lemon balm, motherwort, which can reduce the activity of the sympathetic chain of vegetative nervous system. Values of SDNN and RMSSD increased significantly by 54.2% and 55.7% respectively, and reached physiological limits.

The positive dynamics of the integrated indicators of autonomic balance and fractal index in these patients showed a more complete restoration of autonomic interactions at the vascular effects of homeostasis. The use of Carvelis demonstrated the harmonization of emotional state and reduction of the level of psychological stress, which was characterized by decreasing of the index of emotional excitability on 24.5% and anxiety on 17.3% (scale HADS). The analysis of systemic parameters of homeostasis regulation showed that 6-month treatment with Carvelis significant increased the level of bioenergy, condition of vascular regulations reserves and operative control of vegetative vascular regulation. These changes were conformed with in the activity of the vasomotor center of vascular regulation.

Конфлікт інтересів немає.

Внесок авторів:

Батушкін Валерій Володимирович – 50 % концепція і дизайн дослідження, збір матеріалу, статистична обробка даних, написання тексту, редагування.

Поддяча Дарина Сергіївна – 30 % збір матеріалу, статистична обробка даних, написання тексту.

Нестеренко Лілія Олегівна – 20 % збір матеріалу, статистична обробка даних, написання тексту.

Електронна адреса для листування з авторами:

batushkin@ukr.net (Батушкін Валерій Володимирович).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-1-28

УДК: 616.37-002-07-085:616.36-002

МОЖЛИВОСТІ БІОРЕГУЛЯЦІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

- **Л. С. Бабінець, д. мед. н., проф., зав. каф. перв. мед.-сан. допом. та заг. практ.-сімейн. мед.**
- **О. Р. Шайген, аспір. каф. перв. мед.-сан. допом. та заг. практ.-сімейн. мед.**

■ **Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України**

Вступ. В Україні рівень захворюваності патологією підшлункової залози (ПЗ) у 2002 р. склав 149,8, а поширеність – 2400-2760 на 100 тис. дорослих і підлітків. З 1997 р. показники зросли відповідно на 49,9 % і 71,3 %. Первинна інвалідизація досягає 15 %. Захворювання ПЗ у 10,9 %

випадків стають причиною інвалідизації хворих з патологією органів травлення. Протягом 5 років помирають 6,3 % хворих на ХП, 10 років – 30,0 %, протягом 20 років – близько 50,0 % хворих на ХП [1].

Хвороби ПЗ і, зокрема, хронічний рецидив-

ний панкреатит, поширені в клініці внутрішніх хвороб, однак діагностика і лікування їх все ще приносять чимало труднощів. В останні роки відзначається ріст даної патології, особливо в осіб працездатного віку, що пов'язують не тільки із збільшенням зловживання алкоголем, порушенням харчування, хронічним стресом і несприятливими екологічними факторами, але із покращанням діагностики ураження ПЗ [2].

Одним з найважливіших відкриттів останніх років є встановлення факту реплікації HBV і HCV у тканинах лімфатичного і нелімфатичного походження. Це сприяло розумінню патогенезу багатосистемності ураження, яке спостерігається при даних інфекціях, що дозволяє розглядати вірусний гепатит не як хворобу печінки, а як інфекційне захворювання, або системну (генералізовану) інфекцію [3].

Особливе значення має розвиток панкреатиту на тлі вірусної інфекції В і С. Патогенез ураження ПЗ, так само як і печінки, складається із реплікації вірусів у цих органах, гетерогенності генотипів і мутації геномів вірусів, прямого цитопатичного ефекту (для HCV), імунопатологічних змін у печінці і ПЗ, спільних імунологічних порушень. Так, антигени HBV і ДНК HBV в інтегративній і реплікаційній формах виявляються в ацинарних, протокових, ендокринних клітинах ПЗ, а HBsAg – і в панкреатичному секреті. У 1998 р. низкою дослідників була виявлена РНК HCV в тканинах ПЗ у 3 із 8 померлих внаслідок різних клінічних варіантів HCV-інфекції [4].

Хронічна HCV-інфекція – це захворювання, яке крім печінки як основної мішені, вражає низку інших органів та систем. На сьогоднішній день понад 30 різних патологій асоційовані з хронічною HCV-інфекцією.

Загалом, поява позапечінкових проявів HCV-інфекції непередбачувана, тобто не залежить від стадії захворювання печінки [5, 6].

Той факт, що тяжкість позапечінкових проявів не обов'язково корелює з тяжкістю захворювання печінки, має велике клінічне значення, оскільки навіть у випадках малоактивного хронічного гепатиту може виникнути значне порушення загального стану здоров'я та якості життя [5, 6].

Позапечінкові прояви в будь-якій формі можуть виникати приблизно у 74,0 % пацієнтів із хронічною HCV-інфекцією і задовго передувати проявам хвороби печінки різноманітними неспецифічними порушеннями стану здоров'я, вклю-

чаючи нездужання, втому, нудоту, втрату ваги та біль у опорно-руховому апараті [5, 6].

Встановлено, що позапечінкові прояви інфекції хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС) навіть в умовах посттрансплантації не менш важливі, ніж ті, що спостерігаються за відсутності трансплантації печінки. Підвищений ризик метаболічних порушень, особливо цукрового діабету, морфологічним субстратом якого є підшлункова залоза, ускладнюється в умовах після трансплантації. Хоча хронічна HCV-інфекція збільшує ризик лімфопроліферативних розладів, вона також може поглибитись із підвищеним ризиком лімфопроліферативних розладів внаслідок інших причин, зокрема післятрансплантаційного ураження вірусом Епштейна-Барра. В умовах посттрансплантації печінки особливо чітким стає розуміння і вирішення наявних порушень якості життя, пов'язаних із ХВГС [7].

Можливим, на думку науковців, є взаємозв'язок між ХВГС і раком ПЗ. Встановленим є той факт, що пацієнти з діагнозом гострого гепатиту С часто страждають також на гострий панкреатит. Окрім того, рівень ферментів ПЗ у сироватці збільшується з прогресуванням захворювання печінки у пацієнтів з діагнозом ХВГС [8].

Як вже зазначалось, одним із значних досягнень клінічної медицини останніх років є встановлення факту реплікації HCV у тканинах лімфатичного і нелімфатичного походження, що патогенетично довело багатосистемність ураження при ХВГС [3]. Взаємозв'язок між HCV-інфекцією та імунологічними захворюваннями був офіційно продемонстрований епідеміологічними, клінічними, імунологічними та патологічними даними, а також результатами терапевтичних досліджень. Неодноразово повідомлялося про інші позапечінкові ураження вірусу гепатиту С, включаючи серцево-судинну (тобто інсульт, ішемічну хворобу серця), ниркову, метаболічну та центральну нервову системи. Окрім ризику розвитку печінкових ускладнень, тобто цирозу і раку печінки, у пацієнтів із HCV-інфекцією підвищена загроза захворюваності та смертності, пов'язаних із позапечінковими проявами. Хронічну HCV-інфекцію слід розглядати як системне захворювання, при якому позапечінкові наслідки збільшують вагу її патологічного навантаження [5].

Недостатність розробки питань первинної та вторинної профілактики ХП, що перебігає на тлі ХВГС, потребує глибшого вивчення механізму

його розвитку та встановлення клініко-патогенетичних особливостей, що має враховуватись при розробці нових підходів до профілактики, лікування та реабілітації [9-11]. Одним з таких підходів до комплексного лікування ХП на тлі ХВГС є включення препаратів біорегуляційної терапії, що й мотивувало до проведення даного дослідження.

Мета – дослідити параметри функціонального та структурного стану підшлункової залози при хронічному панкреатиті на тлі хронічного вірусного гепатиту С, а також їхню динаміку під впливом комплексної терапії із включенням біорегуляційних препаратів (БРП).

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 106 хворих на ХП поза загостренням у поєднанні із ХВГС у фазі ремісії та без нього. До основної групи дослідження увійшло 72 хворих ХП у фазі нестійкої ремісії із супутнім ХВГС у латентній стадії. У групу порівняння увійшло 34 хворих ХП у фазі нестійкої ремісії без супутнього ХВГС (для оцінки впливу ВГС на перебіг ХП). До контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб, співставлені за віком і статтю з групами дослідження. Досліджувані групи були зіставними за віком, статтю, тривалістю ХП. Серед пацієнтів було 51 (48 %) чоловіків та 55 (52 %) жінок. Вік пацієнтів коливався від 28 до 84 років. Середній вік становив $(56 \pm 10,16)$ років. Встановлення діагнозу та лікування ХП проводили за уніфікованим клінічним протоколом (наказ МОЗ 10.09.2014 № 638). Підтвердження діагнозу хронічного ВГС проводили за уніфікованим клінічним протоколом (Наказ МОЗ 18.07.2016 № 729).

Критерії включення у групу ХП із супутнім ХВГС: хворі на ХП у фазі нестійкої ремісії в поєднанні із ХВГС у латентній стадії. Критерії включення в групу ХП: хворі на ХП у фазі нестійкої ремісії.

Критерії виключення: інші гострі та хронічні інфекційні захворювання, загострення або декомпенсація будь-яких хронічних захворювань, у тому числі органів шлунково-кишкового тракту, гострий інфаркт міокарда впродовж останніх 3-х місяців, операційне втручання впродовж останніх 4 тижнів, постійний прийом системних глюкокортикостероїдів, онкологічні захворювання, вагітність, відмова від участі в дослідженні.

У дослідженні не було виявлено пацієнтів, які знаходились на обліку в наркодиспансері, тому

для оцінки впливу алкогольного фактора на виникнення ХП використовували анкету CAGE. Результат опитування: жінки – $(1,81 \pm 0,04)$ бали показують відсутність потягу до алкоголю; чоловіки: $(2,20 \pm 0,06)$ бали вказують на наявність прихованого потягу до алкоголю.

Екзокринну функцію ПЗ визначали за рівнем фекальної еластази-1 (за допомогою імуноферментного аналізу) та бальною оцінкою копрограми (одна патологічна ознака оцінювалась в 1 бал). Оцінку структурного стану ПЗ проводили за допомогою УЗД (критерії візуалізації Кембриджської класифікації при ХП) та методу еластографії хвилі зсуву (ЕХЗ). Усім хворим проводили одночасно УЗД у В-режимі та ЕХЗ натще.

У дослідженні пацієнтів із ХП та супутнім ВГС розділили на дві групи за програмами корекції. Слід зазначити, що пацієнти контингенту дослідження методикою етіологічної противірусної терапії щодо НСВ-інфекції з різних причин проліковані не були (відмова від противірусного лікування через алергічний анамнез, особисте несприйняття, фінансову неспроможність та ін.).

І група (36 хворих) отримувала тільки загальноприйняте лікування (ЗЛ): спазмолітики і/або прокінетики, ферментні препарати, інгібітори протонної помпи, гепатопротектори у режимі «за потреби». ІІ група (36 хворих), окрім ЗЛ, отримувала додатково БРП Момордика композитум по 1 ампл. в/м 3 рази на тиждень впродовж одного місяця) і Хепель по 1 таб. сублінгвально 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі або через 1 год. після їжі впродовж одного місяця. Ефективність лікування оцінювали за динамікою лабораторних та інструментальних показників до і після курсу лікування.

При вирішенні завдання було взято до уваги якості БРП, а саме: характеризуються високою ефективністю, комплексним характером лікувальної дії; використовуються з метою лікування, реабілітації та профілактики різних захворювань; мають досить швидку лікувальну дію; підвищують ефективність стандартної терапії при спільному застосуванні з іншими препаратами; не викликають побічних і токсичних ефектів, алергічних реакцій (винятки можуть бути у дуже рідкісних випадках); не мають протипоказань і вікових обмежень; усувають побічні ефекти, що розвиваються після прийому інших препаратів; не викликають звикання при тривалому застосуванні.

Таблиця 1

Показники екскреторної функції ПЗ пацієнтів із ХП у залежності від наявності ХВГС

Показники екскреторної функції ПЗ	Група контролю (n=30)	ХП (n=34)	ХП+ХВГС (n=72)
Фекальна еластаза-1, мкг/г	283,34 ± 20,62	186,14±4,12*	110,88±5,72**
Копрограма, бали	0,03 ± 0,03	3,1±0,04*	5,2±0,06**

Примітка * – вірогідна відмінність показників групи пацієнтів із ХП стосовно групи контролю ($p < 0,05$)

** – вірогідна відмінність показників групи пацієнтів із ХП стосовно таких при поєднанні із ХВГС ($p < 0,05$)

Статистичний аналіз проводили у персональному комп'ютері в програмі Microsoft Exel 2016 (Microsoft Windows 10).

Результати дослідження та їх обговорення.

У табл. 1 подано показники екскреторної функції ПЗ у групах пацієнтів із ізольованим ХП і таким на тлі ХВГС.

Поглиблення екскреторної недостатності ПЗ було встановлено у групі хворих на ХП+ХВГС: показник фекальної еластази-1 статистично значно нижчий порівняно з групою хворих на ізольований ХП, що свідчить про ферментативну недостатність середнього ступеня тяжкості ($p < 0,05$). У групі хворих на ізольований ХП встановили екскреторну недостатність ПЗ переважно легкого ступеня тяжкості. Також було виявлено достовірне погіршення показників копрограми у групі хворих ХП+ХВГС у порівнянні із групою хворих на ізольований ХП ($p < 0,05$).

Отримані дані дозволили констатувати більш глибоке структурне порушення ПЗ за даними УЗД та ЕХЗ у хворих із супутнім ХВГС стосовно та-

ких при ізольованому ХП, що довело негативний вплив латентної НСВ-інфекції на ПЗ (табл. 2)

Ці дані доказово засвідчили ускладнювальний вплив ХВГС у латентній стадії на функціональний і структурний стан ПЗ при ХП.

На наступному етапі дослідження проаналізували динаміку параметрів функціонального (табл. 3) і структурного (табл. 4) стану ПЗ під впливом різних схем лікування комплексного лікування.

Після лікування спостерігали покращання структури ПЗ та печінки, про що свідчило зниження показників жорсткості ЕХЗ та УЗД. Бальний показник УЗД ПЗ у I-й групі знизився на 28,6 %, а в II-й групі – на 57,1 %; показник ЕХЗ ПЗ відповідно на 4,8 % і 26,1 %, а ЕХЗ печінки – відповідно на 15,3 % і 30,7 %. Також відзначили покращання результатів копрограми та підвищення рівня фекальної еластази-1: у I-й групі – на 23,8 %, а у II-й групі – на 52,7 %. Таким чином, позитивну динаміку спостерігали в обох групах, але у пацієнтів I групи після лікування вона була менш значимою, ніж у II групі, де додатково па-

Таблиця 2

Показники УЗД та ЕХЗ ПЗ пацієнтів із ХП у залежності від наявності ХВГС

Показник УЗД, ЕХЗ	Група контролю (n=30)	ХП (n=34)	ХП+ХВГС (n=72)
УЗД ПЗ (бали)	0,5±0,5	2,4±0,4*	3,5±0,2**
ЕХЗПЗ (кПа)	4,62 ± 0,18	6,46 ± 0,18*	7,06 ± 0,09**
ЕХЗ печінки (кПа)	4,76 ± 0,32	6,75 ± 0,12*	7,50 ± 0,15**

Примітка * – вірогідна відмінність показників групи пацієнтів із ХП стосовно групи контролю ($p < 0,05$)

** – вірогідна відмінність показників групи пацієнтів із ХП стосовно таких при поєднанні із ХВГС ($p < 0,05$)

Таблиця 3

Показники екскреторної функції ПЗ хворих ХП+ХВГС у групах порівняння за комплексами лікування

Показник екскреторної функції ПЗ	Група порівняння		
	ХП+ХВГС (n=72)	I група (ЗЛ) (n=36)	II група (ЗЛ+ БРП) (n=36)
	До лікування	Після лікування	Після лікування
Фекальна еластаза-1, мкг/г	110,88±5,72	137,33±3,58*	169,42±3,18**
Копрограма, бали	5,2±0,06	2,8±0,04*	1,5±0,05**

Примітка: * – вірогідна відмінність показників I групи стосовно до лікування ($p < 0,05$);

** – вірогідна відмінність показників II групи стосовно ЗЛ ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Показники УЗД ПЗ, ЕХЗ ПЗ та печінки хворих ХП+ХВГС у групах порівняння за комплексами лікування

Показник УЗД, ЕХЗ	Група порівняння		
	ХП+ХВГС (n=72)	I група (ЗЛ) (n=36)	II група (ЗЛ+ БРП) (n=36)
	До лікування	Після лікування	Після лікування
УЗД ПЗ (бали)	3,5±0,2	2,5±0,2*	1,5±0,2**
ЕХЗ ПЗ (кПа)	7,06 ± 0,09	6,72 ± 0,13*	5,22 ± 0,12**
ЕХЗ печінки (кПа)	7,50 ± 0,15	6,35 ± 0,14*	5,20 ± 0,16**

Примітка * – вірогідна відмінність показників I групи стосовно до лікування ($p < 0,05$);

** – вірогідна відмінність показників II групи стосовно ЗЛ ($p < 0,05$)

цієнта з ХП на тлі ХВГС отримували комплексну БРТ ($p < 0,05$).

Це довело статистично значиму вищу ефективність лікування з використанням комплексного біорегуляційного коректора зовнішньо- секреторної недостатності ПЗ (*Momordica Compositum* по 1 ампулі 2,2 мл внутрішньом'язово 3 рази на тиждень № 10) і комплексного біорегуляційного гепатотропного препарату (Нереел по 1 таб. сублінгвально 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі або через 1 год. після їжі впродовж одного місяця).

Висновки

1. Супутній ХВГС у латентній стадії погіршував структурний і функціональний стан ПЗ при ХП, а також структурний стан печінки за даними ЕХЗ ($p < 0,05$).

2. Застосування комплексної біорегуляційної терапії додатково до загальноприйнятого лікування ХП на тлі латентного ХВГС сприяло статистично значимому підвищенню його ефективності стосовно загальноприйнятого лікування: рівень фекальної еластази-1 зріс на 52,7 % ($p < 0,05$) стосовно 23,8 %, показник жорсткості ПЗ знизився на 26,1 % проти 4,8 % ($p < 0,05$), показник жорсткості печінки знизився на 30,7 % проти 15,3 % ($p < 0,05$)).

У перспективі подальших досліджень буде досліджено дієвість різних програм комплексної терапії на клінічний перебіг хронічного панкреатиту у коморбідності з хронічним вірусним гепатитом С.

Литература

1. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. проф. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко. Довідник лікаря «Гастроентеролог». – 4-те вид., перероб. і доповн. – К.: ООО «Доктор-Медіа», 2012. 296 с.
2. Пасишвили Л.М., Заздравнов А.А. Роль вирусной инфекции в поражении поджелудочной железы у больных ишемической болезнью сердца. *Врачебная практика*. 2001. №4, С. 43-45.
3. Решетиллов Ю.И., Токаренко А.И., Дмитриева С.Н., та ін. Инфекции и их место среди других причин возникновения панкреатита. *Сучасна гастроентерол.* 2002. №2(8), С. 24-29.
4. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М. Сочетанные заболевания печени и поджелудочной железы: этиопатогенетические варианты и принципы лечения. *Сучасна гастроентерол.* 2002. №2(8), С. 33-37.
5. Patrice Casoub, Cloe Comarmond, Fanny Domont et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection. *Therap. Advan. in Infect. Dis.* 2016. Vol.3(1), P. 3-14. DOI:10.1177/2049936115585942.
6. Lucija Virović Jukić, Dominik Kralj. Extrahepatic manifestations of hepatitis C virus infection. *Intech Open*. 2017. DOI: 10.5772/intechopen.70728.
7. Robert J. Wong, Sammy Saab, Aijaz Ahmed. Extrahepatic manifestations of hepatitis C virus after liver transplantation. *Clin. in Liver Dis.* 2017. Vol. 21, Is. 3, P. 595-606. DOI:https://doi.org/10.1016/j.cld.2017.03.013.
8. El-Serag H., Engels E. A., Landgren O. et al. Risk of Hepatobiliary and Pancreatic Cancers Following Hepatitis C Virus Infection. *Hepatology*. 2009. № 49(1). P. 116–123. DOI: [10.1002/hep.22606]
9. Liliya S. Babinets, Olena R. Shaihen, Halyna O. I. Homynetal. Specific aspects of clinical course in case of combination of chronic pancreatitis and concomitant viral hepatitis C. *Wiadomości Lekarskie*. 2019. Vol. LXXII, 4.
10. Бабінець Л.С., Шайген О.Р., Хомин Г.О. Клініко-патогенетичні аспекти хронічного панкреатиту в поєднанні з вірусним гепатитом С в амбулаторній практиці. *Гастроентерол.* 2018. Т. 52, № 2, С. 88-92.
11. Бабінець Л.С., Шайген О.Р., Хомин Г.О. Якість життя хворих на хронічний панкреатит у поєднанні із вірусним гепатитом С. *Здобутки клініч. та експеримент. мед.* 2018. № 1, С. 38-43.

Надійшла до редакції 17.02.2021 р.

Прийнято до друку 26.02.21 р.

Л.С. Бабінець, О.Р. Шайген

МОЖЛИВОСТІ БІОРЕГУЛЯЦІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У КОМОРИДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

Ключові слова: хронічний панкреатит, хронічний вірусний гепатит С, біорегуляційні препарати, Момордика композитум, Хепель, функціональний і структурний стан підшлункової залози.

Актуальність. Недостатність розробки питань первинної та вторинної профілактики хронічного панкреатиту (ХП), що перебігає на тлі хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС), потребує глибшого вивчення механізму його розвитку та встановлення клініко-патогенетичних особливостей, що має враховуватись при розробці нових підходів до профілактики, лікування та реабілітації. Одним з таких підходів до комплексного лікування ХП на тлі ХВГС є включення препаратів біорегуляційної терапії, що й мотивувало до проведення даного дослідження.

Мета – дослідити параметри функціонального та структурного стану підшлункової залози при хронічному панкреатиті на тлі хронічного вірусного гепатиту С, а також їхню динаміку під впливом комплексної терапії із включенням біорегуляційних препаратів (БРП).

Матеріали та методи. Обстежено 106 хворих на ХП поза загостренням у поєднанні із ХВГС у фазі ремісії та без нього. До основної групи дослідження увійшло 72 хворих ХП у фазі нестійкої ремісії із супутнім ХВГС у латентній стадії. Пацієнтів із ХП та супутнім ХВГС розділили на дві групи за програмами корекції. Слід зазначити, що пацієнти контингенту дослідження методикою етіологічної противірусної терапії щодо НСВ-інфекції з різних причин проліковані не були (відмова від противірусного лікування через алергічний анамнез, особисте несприйняття, фінансову неспроможність та ін.).

I група (36 хворих) отримувала тільки загальноприйняте лікування (ЗЛ).

II група (36 хворих), окрім ЗЛ, отримувала додатково БРП Момордика композитум по 1 ампл. в/м 3 рази на тиждень впродовж одного місяця) і Хепель по 1 табл. сублінгвально 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі або через 1 год. після їжі впродовж одного місяця.

Результати. Після лікування спостерігали покращання структури ПЗ та печінки, про що свідчило зниження показників жорсткості ЕХЗ та УЗД. Бальний показник УЗД ПЗ у I-й групі знизився на 28,6 %, а в II-й групі – на 57,1 %; показник ЕХЗ ПЗ відповідно на 4,8 % і 26,1 %, а ЕХЗ печінки – відповідно на 15,3 % і 30,7 %. Також відзначили покращання результатів копрограми та підвищення рівня фекальної еластази-1: у I-й групі – на 23,8 %, а у II-й групі – на 52,7 %.

Обговорення. Позитивну динаміку спостерігали в обох групах, але у пацієнтів I групи після лікування вона була менш значимою, ніж у II групі, де додатково пацієнта з ХП на тлі ХВГС отримували комплексну БРТ ($p < 0,05$). Це довело статистично значиму вищу ефективність лікування з використанням комплексного біорегуляційного коректора зовнішньо-секреторної недостатності ПЗ (Момордика Композитум) і комплексного біорегуляційного гепатотропного препарату (Нереел) впродовж одного місяця.

Висновки

1. Супутній ХВГС у латентній стадії погіршував струк-

турний і функціональний стан ПЗ при ХП, а також структурний стан печінки за даними ЕХЗ ($p < 0,05$);

2. Застосування комплексної біорегуляційної терапії додатково до загальноприйнятого лікування ХП на тлі латентного ХВГС сприяло статистично значимому підвищенню його ефективності стосовно загальноприйнятого лікування: рівень фекальної еластази-1 зріс на 52,7 % ($p < 0,05$) стосовно 23,8 %, показник жорсткості ПЗ знизився на 26,1 % проти 4,8 % ($p < 0,05$), показник жорсткості печінки знизився на 30,7% проти 15,3 % ($p < 0,05$).

Л.С. Бабінець, Е.Р. Шайген

ВОЗМОЖНОСТИ БИОРЕГУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В КОМОРИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Ключевые слова: хронический панкреатит, хронический вирусный гепатит С, биорегуляционные препараты, Момордика композитум, Хепель, функциональное и структурное состояние поджелудочной железы

Актуальность. Недостаточность разработки вопросов первичной и вторичной профилактики хронического панкреатита (ХП), протекающего на фоне хронического вирусного гепатита С (ХВГС), требует более глубокого изучения механизма его развития и установления клинико-патогенетических особенностей, что должно учитываться при разработке новых подходов к профилактике, лечению и реабилитации. Одним из таких подходов к комплексному лечению ХП на фоне ХВГС является включение препаратов биорегуляционной терапии, что и мотивировало проведение данного исследования.

Цель – исследовать параметры функционального и структурного состояния поджелудочной железы при хроническом панкреатите на фоне хронического вирусного гепатита С, а также их динамику под влиянием комплексной терапии с включением биорегуляционных препаратов (БРП).

Материалы и методы. Обследовано 106 больных ХП вне обострения в сочетании с ХВГС в фазе ремиссии и без него. В основную группу исследования вошли 72 больных ХП в фазе нестойкой ремиссии с сопутствующим ХВГС в латентной стадии. Пациентов с ХП и сопутствующим ХВГС разделили на две группы по программам коррекции. Следует отметить, что пациенты контингента исследования методикой этиологической противовирусной терапии НСВ-инфекции по разным причинам пролечены не были (отказ от противовирусного лечения из-за аллергического анамнеза, личного неприятия, финансовой несостоятельности и др.).

I группа (36 больных) получала только общепринятое лечение (ОЛ).

II группа (36 больных), кроме ОЛ, получала дополнительно БРП Момордика композитум по 1 ампл. в/м 3 раза в неделю в течение одного месяца) и Хепель по 1 табл. сублингвально 3 раза в день за 15-20 мин. до еды или через 1 час. после еды в течение одного месяца.

Результаты. После лечения наблюдали улучшение структуры ПЖ и печени, о чем свидетельствовало снижение показателей жесткости эхоэластографии и УЗИ. Бальный показатель УЗИ ПЖ в I-й группе снизился на 28,6 %, а во II-й группе – на 57,1%; показатель эхоэластографии ПЖ соответственно на 4,8 % и 26,1%, а эхоэластографии печени – соответственно на 15,3 % и 30,7 %. Также от метили улуч-

шение результатов копрограммы и уровня фекальной эластазы-1: в I группе – на 23,8 %, а во II группе – на 52,7 %.

Обсуждение. Положительную динамику наблюдали в обеих группах, но у пациентов I группы после лечения она была менее значимой, чем во II группе, где дополнительно пациенты с ХП на фоне ХВГС получали комплексную БРП ($p < 0,05$). Это доказало статистически значимую высокую эффективность лечения с использованием комплексного биорегуляционного корректора внешнесекреторной недостаточности ПЖ (*Momordica Compositum*) и комплексного биорегуляционного гепатотропного препарата (Hepel) в течение одного месяца.

Выводы:

1. Сопутствующий ХВГС в латентной стадии ухудшал структурное и функциональное состояние ПЖ при ХП, а также структурное состояние печени по данным эхоэластографии ($p < 0,05$);

2. Применение комплексной биорегуляционной терапии дополнительно к общепринятому лечению ХП на фоне латентного ХВГС способствовало статистически значимому повышению его эффективности относительно общепринятого лечения: уровень фекальной эластазы-1 вырос на 52,7% ($p < 0,05$) относительно 23,8%, показатель жесткости ПО снизился на 26,1% против 4,8% ($p < 0,05$), показатель жесткости печени снизился на 30,7% по сравнению с 15,3% ($p < 0,05$).

L.S. Babinets, O.R. Schaygen

POSSIBILITIES OF BIORREGULATION IN COMPLEX THERAPY OF CHRONIC PANCREATITIS IN COMORBIDITY WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

Key words: chronic pancreatitis, chronic viral hepatitis C, bioregulatory drugs, *Momordica compositum*, Hepel, functional and structural state of the pancreas.

Topicality. Insufficient development of primary and secondary prevention of chronic pancreatitis (CP), which occurs on the background of chronic viral hepatitis C (CVHC), requires a deeper study of the mechanism of its development and the establishment of clinical and pathogenetic features, which should be taken into account rehabilitation. One of such approaches to complex treatment of CP on the background of CVHC is the inclusion of drugs of bioregulatory therapy, which motivated the study.

The aim is to investigate the parameters of the functional and structural state of the pancreas in chronic pancreatitis on the background of chronic viral hepatitis C, as well as their dynamics under the influence of complex therapy with the inclusion of bioregulatory drugs (BRD).

Materials and methods. 106 patients with CP without exacerbation in combination with CVHC in the remission phase and without it were examined. The main group of the study included 72 patients with CP in the phase of unstable remission

with concomitant CVHC in the latent stage. Patients with CP and concomitant CVHC were divided into two groups according to correction programs. It should be noted that patients in the study contingent of etiological antiviral therapy for CVHC infection for various reasons were not treated (refusal of antiviral treatment due to allergic history, personal intolerance, financial insolvency, etc.).

Group I (36 patients) received only conventional treatment (CT). Group II (36 patients), in addition to CT, received additional BRD *Momordica compositum* for 1 amp. in / m 3 times a week for one month) and Hepel 1 tab. sublingually 3 times a day for 15-20 minutes before meals or after 1 hour after meals for one month.

Results. After treatment an improvement in the structure of the pancreas and liver was observed, as evidenced by a decrease in the severity of Echoelastography and ultrasound. The score of ultrasound soft ware in the first group decreased by 28.6 %, and in the second group – decreased by 57.1 %; the rate of Echoelastography of the pancreas by 4.8% and 26.1 %, respectively, and the Echoelastography of the liver – by 15.3 % and 30.7 %, respectively. They also noted an improvement in the results of the coprogram and an increase in the level of fecal elastase-1: in the first group – by 23.8 %, and in the second group – by 52.7 %.

Discussion. Positive dynamics was observed in both groups, but in patients of group I after treatment it was less significant than in group II, where additionally a patient with CP on the background of CVHC received complex BRD ($p < 0.05$). This proved a statistically significant higher efficacy of treatment using a complex bioregulatory corrector of exocrine insufficiency (*Momordica Compositum*) and a complex bioregulatory hepatotropic drug (Hepel) for one month.

Conclusions:

1. Concomitant CVHC in the latent stage worsened the structural and functional state of the pancreas in CP, as well as the structural state of the liver according to EHR ($p < 0,05$);

2. The use of complex bioregulatory therapy in addition to the conventional treatment of CP on the background of latent CVHC contributed to a statistically significant increase in its effectiveness in relation to conventional treatment: the level of fecal elastase-1 increased by 52.7% ($p < 0.05$) compared to 23.8 %, pancreatic rigidity decreased by 26.1 % vs. 4.8 % ($p < 0.05$), liver rigidity decreased by 30.7 % vs. 15.3 % ($p < 0.05$).

Конфлікт інтересів немає.

Внесок авторів:

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

Шайген Р.С. – набір клінічного матеріалу, аналіз літератури, написання статті, анотації.

Електронна адреса для листування з авторами:

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

