

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

(методичні рекомендації)

Київ - 2005

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

**Директор департаменту
організації та розвитку медичної
допомоги населенню МОЗ України**



_____ **В.Д. ПАРІЙ**

_____ **2005 р.**

**АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ
ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

(МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ)

Київ - 2005

**Установа-розробник: Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького МОЗ України.**

Укладачі:

**д. мед. н., професор Губергриц Н.Б.
аспірант Колкіна В.Я.**

Контактні телефони:

**(062) 312-79-71
(0622) 95-11-22**

Рецензент:

Головний гастроентеролог МОЗ України, д. мед. н., професор Ткач С.М.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПЗ — підшлункова залоза,

ХП — хронічний панкреатит,

АЛТ — аланінтрансаміаза,

АСТ — аспарагінтрансаміаза.

ЗМІСТ

Вступ	6
1. Актуальність проблеми хронічного панкреатиту	8
2. Сучасні підходи до реабілітації хворих хронічним панкреатитом	9
2.1. Перебіг та наслідки хронічного панкреатиту	9
2.2. Реабілітація хворих після перенесеного загострення хронічного панкреатиту	12
2.3. Можливості антигомотоксичної терапії в лікуванні та реабілітації хворих ХП	20
3. Ефективність антигомотоксичної терапії при поєднанні алкогольного пошкодження ПЗ та печінки	24
Практичні рекомендації та перспективи	28
Висновки	29
Перелік рекомендованої літератури	30

ВСТУП

Захворювання органів травлення є достатньо поширеною патологією, яка має тенденцію до зросту. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, її питома вага склала 9,3% від усіх захворювань, що були зареєстровані в Україні. За період з 1997 р. по 2002 р. рівень розповсюдженості захворювань органів травлення зріс в цілому по Україні на 24,7%, а рівень захворюваності — на 8,7%. Серед захворювань органів травлення значне місце займає патологія підшлункової залози (ПЗ).

Захворюваність хронічним панкреатитом (ХП) в Європі складає 4–8 випадків на 100 тисяч населення за рік, а розповсюдженість захворювання — 25 випадків на 100 тисяч населення. У Німеччині більше 20 тисяч, а в Росії — більш ніж 60 тисяч хворих на ХП. За останні 30 років в світі відмічено двократний зріст кількості хворих на гострий та хронічний панкреатит, а первинна інвалідизація хворих сягає 15%.

За даними Інституту гастроентерології АМН України, рівень розповсюдженості захворювань ПЗ зріс в Україні з 1997р. до 2002р. на 71,3%. Підвищення рівня встановлено в усіх адміністративних територіях. Показник захворюваності патологією ПЗ зріс в Україні, за той же період, на 49,9% з 99,9 до 149,8 на 100 тисяч дорослих та підлітків. Хворі ХП складають 25% з осіб, що звертаються до гастроентерологічних кабінетів поліклінік України, а в спеціалізованих гастроентерологічних стаціонарах нашої країни ці хворі займають 9–12% ліжок. У розподілі первинної інвалідизації дорослого населення України за окремими захворюваннями, 62,6% складають хвороби печінки, жовчного міхура та ПЗ, причому, серед цих захворювань 10,9% складає патологія ПЗ. Хвороби печінки та ПЗ є причиною найбільш тяжкої інвалідності серед пацієнтів гастроентерологічних диспансерів та стаціонарів — інваліди I групи складають 10,9%, II групи — 44,1%.

Серед хворих ХП у 30% випадків розвиваються ранні ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразкуванням гастродуоденальної зони, тромбоз в системі портальної вени, стеноз холедоха або дванадцятипалої кишки (ДПК) та ін.), летальність складає 5,1%. При подальшому розвитку ХП, особливо при неефективному лікуванні, прогресує функціональна недостатність ПЗ, розвивається абдомінальний ішемічний синдром. Взагалі ж, тяжкі ускладнення, що призводять до втрати працездатності і навіть до смерті хворих при ХП є достатньо частими (табл. 1). За даними інших авторів, у впродовж 10 років вмирає 30%, а у впродовж 20 років — більше 50% хворих ХП.

Дані зведеної світової статистики свідчать, що до 5% хворих ХП мають високу вірогідність розвитку раку ПЗ, а у пацієнтів із спадковим панкреатитом ризик зростає у десятки разів.

У запропонованих методичних рекомендаціях **вперше в Україні викладено концепцію** нового підходу до патогенетичної терапії хронічного панкреатиту з використанням антигомотоксичних препаратів "Момордика компози-тум", "Хепель" та "Лімфоміозот".

Методичні рекомендації розраховані на спеціалістів гастроентерологів, терапевтів, лікарів загальної практики та сімейної медицини, які цікавляться

методами нетрадиційної терапії, гомеопатією та гомотоксикологією, можуть бути використані в навчальних програмах лікарів-курсантів та інтернів циклів тематичного удосконалення, при проведенні елективних курсів з гомеопатії, первинної спеціалізації та передатестаційної підготовки.

1. Актуальність проблеми хронічного панкреатиту

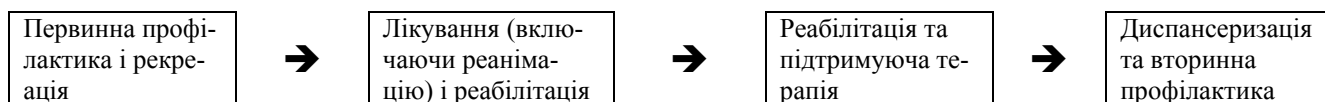
Незважаючи на актуальність проблеми ХП як у медичному, так і в соціальному відношенні, а також високу вірогідність розвитку ускладнень, прогресуючої функціональної недостатності ПЗ, можливість трансформації ХП у рак ПЗ, високі показники летальності та інвалідизації хворих, питання реабілітації та спостереження за пацієнтами після закінчення стаціонарного лікування (у стадіях початку ремісії та стійкої ремісії) практично не розроблені. У цей же час, саме спостереження та лікування на амбулаторному етапі є важливою ланкою раннього виявлення початку загострення, розвитку ускладнень ХП. Крім того, саме планове лікування у періоді реабілітації дозволяє продовжити період ремісії, загальмувати прогресування цілого ряду захворювань органів травлення, у тому числі ХП.

Таблиця 1. Ускладнення, асоційовані захворювання та пов'язана з ними летальність при ХП (за L. Gullo et al.)

Ускладнення ХП та асоційовані з ним захворювання	Розповсюдженість, %
Панкреатичні псевдокісти	25–30%
Стеноз загальної жовчної протоки	40–50%
Рак ПЗ	1–3%
Екстрапанкреатичний рак	10–15%
Тромбоз селезінкової вени	2–5%
Псевдоаневризми	2–3%
Дуоденальний стеноз	4–5%
Панкреатичні нориці	2–3%
Панкреатичний абсцес	2–3%
Алкогольна хвороба печінки	25–40%
Кардіоваскулярні захворювання	20–30%
Летальність	20–35%

Під реабілітацією розуміють систему медичних, соціально-економічних, гуманістичних та ряд інших заходів, які спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих та інвалідів до суспільства та до суспільно корисної праці. В єдиній системі лікувально-профілактичних заходів реабілітація займає проміжне положення, продовжуючи лікування та передуючи диспансеризацію та вторинну профілактику (мал. 1). Нерідко реабілітаційні заходи самі є заходами вторинної профілактики, в тому числі при ХП (див. нижче). В тлумаченні понять «лікування» та «реабілітація» є складні переплетення, які заважають ідентифікації, оскільки лікувальні та реабілітаційні заходи нерідко проводяться одному й тому ж хворому одночасно. Однак між

лікуванням та реабілітацією є певні відмінності. Так, лікувальні заходи, перш за все спрямовані на причину та сутність хвороби, а також на усунення основного субстрату патологічного процесу. Реабілітацією досягається в основному відновлення соматичних функцій, психічного статусу та працездатності, для того щоб хворий зайняв відповідне місце у суспільстві.



Малюнок 1. Система лікувально-профілактичних заходів (по Барановському А.Ю.)

2. Сучасні підходи до реабілітації хворих хронічним панкреатитом

2.1. Перебіг та наслідки ХП

ХП за перебігом ділиться на легку, середню та тяжку форми. При легкому перебігу ХП рецидиви розвиваються не частіше 2 разів на рік, легко купуються упродовж 3–14 днів, можливі ремісії тривалістю 1 рік і більше. Проявами ХП середнього ступеня важкості є рецидиви 3–5 разів на рік, тривалі ремісії відсутні. ХП з важким перебігом має рецидиви більше 5 разів на рік, для того щоб купувати їх потрібно більше місяця. Іноді рецидиви повністю не купуються, відбувається тільки періодичне послаблення або посилення постійного больового синдрому. У таких випадках перебіг визначають як безперервно рецидивуючий.

Біль, екзокринна та ендокринна недостатність ПЗ — три ведучих прояви ХП. Ці прояви та ускладнення захворювання визначають прогноз ХП.

ХП протікає без болю у незначній кількості осіб, приблизно 5,8–20%. Основні симптоми ХП у цих пацієнтів обумовлені екзокринною та ендокринною панкреатичною недостатністю. Для більшості пацієнтів біль є домінуючим симптомом, причиною зниження якості життя.

Р. G. Lankish відмічає, що приступи болю у пацієнтів з ХП мають з часом тенденцію до зменшення, але 53% хворих відчувають їх більше 10 років. R. Ammann et al. спостерігали зменшення болю з розвитком та зростанням екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ.

Лишається невирішеним питання щодо збільшення або зменшення виразності болю із наростанням кальцифікації ПЗ. R. Ammann et al. вважають, що біль зменшується, але P. Malfertheiner вказує на те що біль лишається інтенсивним незважаючи на наявність кальцифікатів у ПЗ.

Однією з головних причин, які провокують розвиток та прогресування ХП, є зловживання алкоголем. У зв'язку з цим одним з принципових заходів, як лікувальних, так й реабілітаційних, є відмова від вживання алкоголю. З одного боку, відмова від алкоголю сприяє зникненню або значному зменшенню болю у 50–75% випадків ХП, забезпечує покращення відповіді на анагетики. З іншого боку, алкоголь має анагезуючі властивості, викликає ейфорію, у зв'язку з чим деякі хворі ХП визначають для себе «аналгезуючу» дозу, прийом якої зменшує інтенсивність болю та викликає ейфорію. Однак, безумовно, вживання алкоголю, який є етіологічним фактором ХП, сприяє прогресуванню захворювання, тому відмова від алкоголю має бути повною та довічною.

А.И. Хазанов с соавт. за динамікою розвитку больового синдрому виділяє такі етапи розвитку ХП:

1. Початковий етап (1–5 років). Основним проявом є біль.
2. Розгорнута клініка (5–10 років). Основні прояви — біль, легка або помірна зовнішньо- та внутрішньосекреторна недостатність ПЗ.
3. Згасання патологічного процесу та/або розвиток ускладнень (цей етап починається через 7–10 років від початку хвороби). Причому, зменшення проявів захворювання відбувається за рахунок лікування та/або адаптації хворих до ХП (дієта, алкогольна абстиненція) у 2/3 випадків, у іншій 1/3 хворих розвиваються ускладнення.

Екзокринна недостатність. ХП за ступенем екзокринної недостатності ПЗ розділяється на панкреатити з легкою, середньою та тяжкою недостатністю (за результатами секретин-панкреозимінового тесту та вмісту жиру в калі — по P.G. Lankisch et al.):

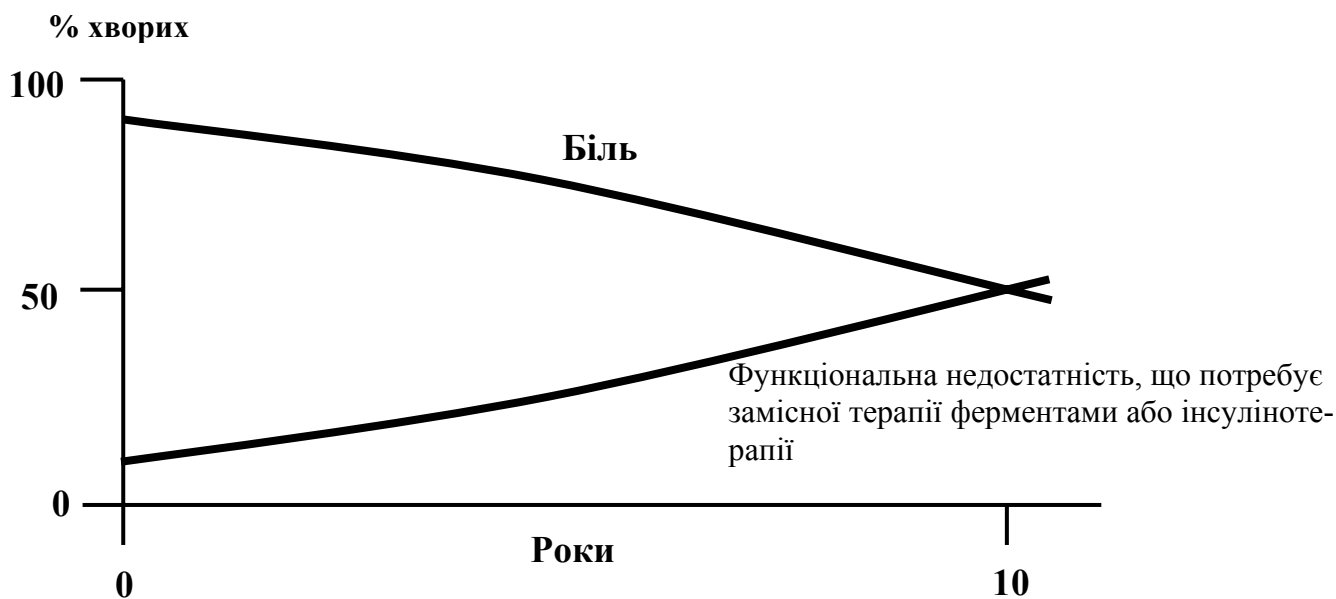
1. Легка — продукція ферментів знижена, продукція бікарбонатів та вміст жиру у калі в нормі.
2. Помірна — продукція ферментів та бікарбонатів знижена, вміст жиру в калі в нормі.
3. Тяжка — знижена продукція ферментів та бікарбонатів, вміст жиру в калі збільшений.

Найбільш визнаною є точка зору P.G. Lankisch щодо динаміки функціональної недостатності та больового синдрому при ХП (мал. 2).

Ендокринна недостатність. ХП — захворювання, яке уражає як секреторний, так й інкреторний відділи ПЗ. Порушення ендокринної та екзокринної функцій органу при ХП тісно зв'язані.

Існує зв'язок між тривалістю протікання ХП та вірогідністю розвитку цукрового діабету, причому цей зв'язок краще простежується в хворих похилого віку. При протіканні ХП впродовж 10 років більша частина пацієнтів мають ендокринну недостатність ПЗ, оскільки захворювання призводить до деструкції, атрофії острівців Лангерганса. Припускають, що при ХП обов'язково існує дисфункція β -клітин острівців Лангерганса, яка клінічно виявляється порушенням толерантності до глюкози з можливим подальшим розвитком цукрового діабету.

Якість життя. У порівнянні із значенням 3 головних симптомів ХП, інші симптоми менше впливають на якість життя хворих ХП. Такі симптоми як діарея, втрата ваги, рідше згадуються у цьому відношенні. Більше половини пацієнтів, навіть впродовж тривалого періоду спостереження мають нормальну або навіть підвищену масу тіла. Більше половини пацієнтів з ХП не скаржаться на значну діарею; W. Creutzfeldt та B.N. Andersen відмічають, що основною причиною діареї є та ж сама екзокринна панкреатична недостатність.



Малюнок 2. Природний перебіг ХП. (за P.G. Lankisch et al.).

Недостатньо уваги приділяється соціально-економічній сфері життя пацієнта, якості життя. J. Gastard et al. відмічають, що кожний другий пацієнт чоловічої статі продовжує, як завжди, ходити на роботу, незважаючи на біль або функціональну недостатність ПЗ. Кожний третій пацієнт з ХП не в змозі виконувати повсякденну роботу.

T. Pedersen et al. впродовж 5-річного спостереження встановили, що 40% хворих з тяжким панкреатитом продовжують працювати, інші або тимчасово відсутні у зв'язку з симптомами захворювання, або повністю не працюють.

У деяких дослідженнях показується, що кількість пацієнтів з ХП, які не працюють, складає 3–15%, а тих, які були змушені піти з робочих місць — 3–25% (період спостереження — 11 років). Приводом майже половини звільнень є захворювання ХП.

Прогноз. Прогноз наслідків ХП не залежить від того, яке лікування було проведено хворому – консервативне або хірургічне. За даними Махова В.М, рівень смертності у 3,6 разів вищий при ХП, ніж без нього. 10-річна виживаємість дорівнює 70%, 20-річна — 45% (для порівняння при відсутності ХП — 93% та 65% відповідно).

Фактори ризику смерті при ХП. Середній або вищий за середній вік (вище 40 років) є одним з факторів ризику смерті при ХП. Смертність у середньому віці та вищому за середній у 2,3 та 6,0 разів більша, ніж у пацієнтів, діагноз яким було встановлено до 40 років. Зловживання алкоголем збільшує ризик смерті при ХП у 1,6 разів, паління — у 1,4 рази. Не менш важливим фактором, що призводить до летального наслідку, є супутній цироз печінки (у більший частині випадків — алкогольний), який збільшує ризик смерті у 2,5 рази.

2.2. Реабілітація хворих після перенесеного загострення ХП

Загальноприйнята тактика. При вираженому загостренні ХП показано лікування у спеціалізованих гастроентерологічних стаціонарах, де можливо використання усього комплексу сучасних методів: медикаментозного, дієтичного, фізіотерапевтичного та інших. Комплекс реабілітаційних заходів представлено

у табл. 2.

Оберігаючий режим, що полягає у фізичному та психологічному спокої, є основою для ефективного впливу усіх інших факторів не тільки амбулаторного лікування, але й постстаціонарної реабілітації. Це особливо важливо при больовій формі захворювання, яким би не був ступень активності патологічного процесу. У цій категорії пацієнтів постійній та тим більше сильний біль сприяє виникненню дратівливості, психічної нестійкості, швидкої зміни настрою.

У період посилення болю постільний режим є важливим лікувальним фактором. У горизонтальному положенні хворого кровообіг ПЗ покращується, створюються сприятливі умови для гарного відтоку панкреатичного секрету, зменшується ступінь спазму сфінктера Одді. Переважно постільного режиму слід дотримуватись на протязі усього часу збереження болю у животі та виражених розладів травлення.

Таблиця 2. Основні напрямки реабілітації хворих ХП (за *L. Gullo et al* з доповненнями *Н.Б. Губергриц*).

Напрямки:
Припинення вживання алкоголю та паління
Обмеження фізичної активності, дотримання дієтичних рекомендацій, особливо у хворих зі стеатореєю та цукровим діабетом
Виявлення причини ХП та, за можливістю, її усунення
Здійснення контролю за станом зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції ПЗ, компенсація недостатності
Антигомотоксична терапія
Фітотерапія
Санаторно-курортне лікування
Диспансерне спостереження: огляди гастроентеролога (панкреатолога) кожні 6–12 місяців

Розширення рухової активності здійснюється поступово за рахунок підвищення навантажень за допомогою лікувальної фізкультури. Принцип індивідуалізації періоду розширення фізичних навантажень має проводитись плавно, особливо у хворих старших вікових груп, коли ХП протікає на фоні супутніх захворювань.

Особлива увага у комплексі лікувальних заходів повинна приділятися дієті. Завданням лікувального харчування є максимально щадити ПЗ шляхом виключення з раціону продуктів, які збуджують її секреторну діяльність та стимулюють створення кислоти у шлунку. Хворі ХП погано переносять жирну їжу, яка посилює біль та діарею. Нерідко спостерігається непереносність цукру та молока. Погано сприймаються навіть невеликі кількості алкоголю, жарені та копчені продукти, гострі страви, міцна кава. Принцип здійснення лікувального харчування при ХП на етапі постстаціонарної реабілітації після загострення полягає у наступному: розширений варіант дієти №5п призначається на строк не менш 2–3 місяців після виписки хворого із стаціонару, а потім, при відсутності болю та виражених розладів травлення, хворих слід перевести на дієтичне хар-

чування у відповідності до столу №15.

У пацієнтів, перебіг захворювання у яких призвів до функціональної недостатності ПЗ, що виявляється діареєю, лієнтерезою, схудненням та порушенням обмінних процесів, слід рекомендувати на довгий час обмеження жирів, жареного, гострого, копченого, клітковини, легкозасвоюваних вуглеводів.

Застосовують внутрішньо пляшкові мінеральні води по 100 мл 2–3 рази на день за 30–90 хв. до їжі у залежності від характеру шлункової секреції, що може значно покращити ефективність як реабілітації, так і профілактики рецидивів при даному захворюванні. Найбільш ефективні хлоридно-гідрокарбонатно-сульфатно-натрієво-кальцієві води малої та середньої мінералізації (Боржомі, Слов'янська, Поляна Купель, Поляна Квасова, Свалява, Лужанська та ін.).

Дієтичні рекомендації хворим ХП у фазі ремісії представлено у табл. 3.

Таблиця 3. Дієтичні рекомендації хворим ХП.

<i>Рекомендуються</i>	<i>Продукти</i>	<i>Виключаються</i>
Учорашній пшеничний хліб, пшеничні сухарі, малосолодке галетне печиво	ХЛІБ ТА ХЛІБОБУЛОЧНІ ВИРОБИ	Свіжий хліб, житній хліб, здобне тісто, смажені і свіжі печені пиріжки, млинці, вареники, піца, пісочне солодке печиво
Гречана, геркулесова, вівсяна, манна, рисова каші, протерті, напів'язкі, зварені на воді або наполовину із молоком низької жирності, суфле, пудинги, запіканки	КРУП'ЯНІ ТА МАКАРОННІ ВИРОБИ	Пшоно, перлова, ячмінна, кукурудзяна крупи, розсіпчасті каші, макаронні вироби, бобові
Нежирне нежирне м'ясо: яловичина, кролик, курка, телятина протерті або рубані; у вареному чи паровому виді (котлети, кнелі, бефстроганов з вареного м'яса)	М'ЯСО	Жирні сорти м'яса: баранина, свинина, гусак, качка, печінка, нирки, мозки; смажене, тушковане, копчене м'ясо, ковбаси, консерви
Нежирна відварена, у виді суфле, кнелей, котлет, шматком — судак, тріска, окунь, щука, срібlistий хек	РИБА	Жирна, смажена, тушкована, копчена, запечена, солена, консервована; ікра, морепродукти
Овочеві, вегетаріанські, слизувати з круп (вівсяної, перлової, рисової, манної), суп-крем з вивареного нежирного м'яса, вегетаріанські борщі, протерті супи з картоплею, морквою	СУПИ	Супи на м'ясному й рибному бульйоні, відвари грибів, холодник, молочні супи, щі, невегетаріанський й зелений борщ, буряковник
Фруктово-ягідні підливи несолодкі або напівсолодкі	СОУСИ ТА ПРЯНОЩІ	Томатні підливи й соуси, піджарки, гострі соуси, прянощі
Омлет білковий паровий з 1–2 яєць на день, ½ жовтка на день у стравах	ЯЙЦЯ	Круті, смажені
Нежирне молоко у стравах, сир некислий свіжо-приготовлений, парові пудинги; свіжий кефір й незбиране молоко в обмеженій кількості при гарній переносності, нежирний негострий сир, нежирні йогурти	МОЛОКО ТА МОЛОЧНІ ПРОДУКТИ	Молочні продукти високої жирності, кумис, солодкі, вершки, морозиво, сметана, майонез, жирний і кислий сир, жирний й солоний сир
Вершкова олія несолена рослинна рафінована олія у готових стравах в обмеженій кількості	ЖИРИ	Маргарин, курячий, гусячий, баранячий, свинячий жир, сало
Картопля, морква, кабачки, кольорова капуста у виді пюре і парових пудингів, у вареному, протертому або печеному виді	ОВОЧІ	Білокачанна капуста, баклажани, ріпа, редька, редис, бруква, шпинат, щавель, часник, цибуля, бобові, перець, у т.ч. солодкий, огірки, помідори, гриби
На десерт: яблука некислих сортів печені, банани, полуниця, чорниця, чорна смородина в обмеженій кількості, протерті компоти, киселі, мус, желе на ксиліті або сорбіті	ФРУКТИ ТА ЯГОДИ	Цитрусові, гранати, кислі яблука, виноград, фініки, інжир
Мед в обмеженій кількості, зефір, пастила на ксиліті або сорбіті	СОЛОДОЩІ	Кекси, кондитерські вироби, шоколад, варення, морозиво

<i>Рекомендуються</i>	<i>Продукти</i>	<i>Виключаються</i>
Слабкий чай, малосолодкий з ксилітом або сорбітом; соки: банановий, полуничний, моркв'яний — у невеликій кількості Мінеральні води: Боржомі, Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалява — через 1,5–2 години після їжі; Слов'янівська, Єсентуки №4 й №20, Лужанська — за 1 годину до їжі. Мінеральні води застосовуються по 1/2–2/3 склянки, кімнатної температури, без газу	НАПОЇ	Алкогольні напої, міцний чай, кава, соки: апельсиновий, грейпфрутовий, яблучний, виноградний, гранатовий, абрикосовий, мультивітамін

Одним з найважливіших напрямків реабілітації при ХП є виявлення, якщо можливо, вирішальних факторів. Проведення етіотропних заходів частіше можливо при вторинних панкреатитах і звичайно складається в оперативному усуненні причини захворювання. До таких втручань можна віднести традиційну чи лапароскопічну холецистектомію при ЖКХ, оперативне усунення холедохолітіазу, папілостенозу, гастродуоденальних виразок (лікування виразкової хвороби, безумовно, варто починати із консервативного, яке є ефективним у більшій частині випадків). Крім того, хірургічні втручання є етіотропними при панкреатитах, що розвилися внаслідок дуоденостазу (наприклад, при дуоденостазі після резекції шлунка за Більрот II декомпресію дванадцятипалої кишки забезпечують шляхом реконструкції шлунково-кишкового співустя за Ру або редуоденізації). При панкреатитах, пов'язаних із парафатеральними дивертикулами, проводять їхнє видалення, резекцію шлунка з гастроєюноанастомозом за Ру або оперативне вимикання дванадцятипалої кишки з процесу травлення із збереженням шлунка. Етіотропним стосовно панкреатиту є також оперативне лікування гіперпаратиреозу.

При наявності дисфункції сфінктера Одді слід проводити корекцію його тонууса спазмолітиками (при спазмі сфінктера) або прокінетиками (при недостатності сфінктера). Препаратом вибору при дисфункції сфінктера Одді є "Дуспаталін", тому що препарат ліквідує спазм, але не викликає гіпотонію, селективно впливає на біліарний тракт та кишечник, не має загального спазмолітичного ефекту, не викликає побічних дій, у тому числі атропіноподібних, його дія є пролонгованою.

При неефективності медикаментозної корекції тонууса сфінктера Одді застосовують ендоскопічні, хірургічні методи (папілосфінктеротомія, балонна дилатація вірсунгової протоки, її стентування, вилучення конкрементів, поздовжня панкреатоеюностомія та ін.).

Особливу увагу слід приділяти відновленню функціонального стану ПЗ.

В даний час існує цілий ряд способів компенсації функціональної недостатності ПЗ після перенесеної атаки ХП.

1. Призначення ферментних препаратів.

- Замісна терапія при стійкій, важкій та помірній панкреатичній недостатності — постійний прийом ферментних препаратів.
- Відновлення зовнішньосекреторної функції ПЗ після перенесеної атаки — прийом ферментних препаратів впродовж обмеженого проміжку часу.
- Прийом за вимогою — епізодичний.

Однак, якщо при важкій, помірній зовнішньосекреторній недостатності

ПЗ постійний прийом ферментних препаратів є суворою необхідністю, при інших двох показаннях до призначення ферментних препаратів може бути запропонована альтернатива — антигомотоксична терапія. Адже ферментні препарати призводять до звикання, формування «розпеченої», «ледачої» ПЗ. Обґрунтуванню антигомотоксичної терапії в реабілітації хворих ХП присвячені підрозд. 2.3 та 2.4.

2. Стимуляція зовнішньої секреції ПЗ (ксантіни, препарати кальцію, холецистокінін-октапептид, депо-секретін та ін.). Цей вид реабілітації утруднений тим, що ефективні стимулятори (препарати секретину, холецистокініну) відсутні на фармацевтичному ринку України. Крім того, у хворих обструктивним панкреатитом стимуляція секреції при наявності механічної перешкоди відтоку секрету може сприяти різкому посиленню болю і, навпроти, прогресуванню захворювання.

3. Санаторно-курортне лікування, фізіолікування та ін. Ці методи реабілітації реальні для виконання, але, на жаль, недостатньо ефективні.

Хворі зазвичай мають потребу в помірній антисекреторній терапії, особливо при порушенні дієти та посиленні болю, — зазвичай достатньо антацидів ("Маалокс"), рідше є необхідним прийом H₂-блокаторів гістамінових рецепторів, селективного M-холінолітику (пірензепину) або препаратів беладони ("Белластезин" та ін.), рідше в ремісії призначають інгібітори протонної помпи. Прийом антибактеріальних засобів не є показаним, крім випадків дисбіозу кишечника, що часто супроводжує ХП.

У ремісії необхідне лікування порушень ліпідного обміну, що можуть спровокувати нове загострення ХП. З цією метою призначають "Есенціале Н", "Берлітрон", ліпоеву кислоту, "Метіонін" та ін.

Для стимуляції відновлення клітинних мембран та збереження рівноваги між переокисним окислюванням ліпідів та антиоксидантним захистом до комплексу відновлюваного лікування включають цитопротектори ("Есенціале Н") та антиоксиданти. Як останні застосовують токоферол, аскорбінову кислоту, "Метіонін", "Унітіол" у загальноприйнятих дозах.

Як імуномодулятори показані препарати на основі прополісу ("Прополін" та ін.), "Імунофан", "Ербісол" та ін. "Ербісол" є особливо показаним при наявності в хворого реактивного гепатиту, ерозивно-виразкових уражень гастро-дуоденальної зони.

При мальдигестії показані вітаміни. Особливо важливим є вітамін Е, що є могутнім антиоксидантом. Літнім хворим у комплекс відновлюваної терапії слід включати препарати, що поліпшують мікроциркуляцію у ПЗ ("Трентал" та ін.).

У фазу стійкої ремісії хворим призначають фізіотерапевтичні методи лікування: УВЧ та індуктотерапію у слабкотепловій дозі, ультразвук на проекцію ПЗ. Ефективними є вуглекислі, радонові, перлисті ванни. У період стійкої ремісії хворим доцільно призначити санаторно-курортне лікування (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказькі мінеральні води та ін.).

Як фітотерапію можливо призначати не тільки готові фітопрепарати, але й відвари, настої лікарських трав, ванни з настоями.

Застосовують вітамінні (плоди шипшини коричневої, плоди і листи чорної смородини, плоди горобини звичайної, плоди і листи брусниці), протизапальні, спазмолітичні (квітки кмину піщаного, трава звіробою звичайного, квітки ромашки аптечної, трава материнки звичайної, трава сердечнику), знижуючи вміст цукру (стулки квасолі звичайної, листи чорниці звичайної, солома вівсяна різана, насіння льону посівного, корені лопуха великого), вітрогонні (плоди анісу звичайного, кореневища з коренями валеріани лікарської, трава материнки звичайної, квітки календули лікарської, плоди кропу городнього, плоди фенхеля звичайного, супліддя хмелю звичайного), седативні (кореневища з коренями валеріани лікарської, супліддя хмелю звичайного, квітки липи серцеподібної, квітки ромашки аптечної), фітозбори.

При зниженій шлунковій секреції, зовнішньосекреторній недостатності ПЗ призначають такий збір: трава деревію, квітки календули, листи м'яти перцевої, трава сухоцвіту болотного.

Ванни з настоями лікарських трав оказують седативну, загальнозміцнювальну дію на організм, що опосередковується місцевим впливом активних інгредієнтів лікарських рослин і впливом на весь організм летучих фітоорганічних речовин.

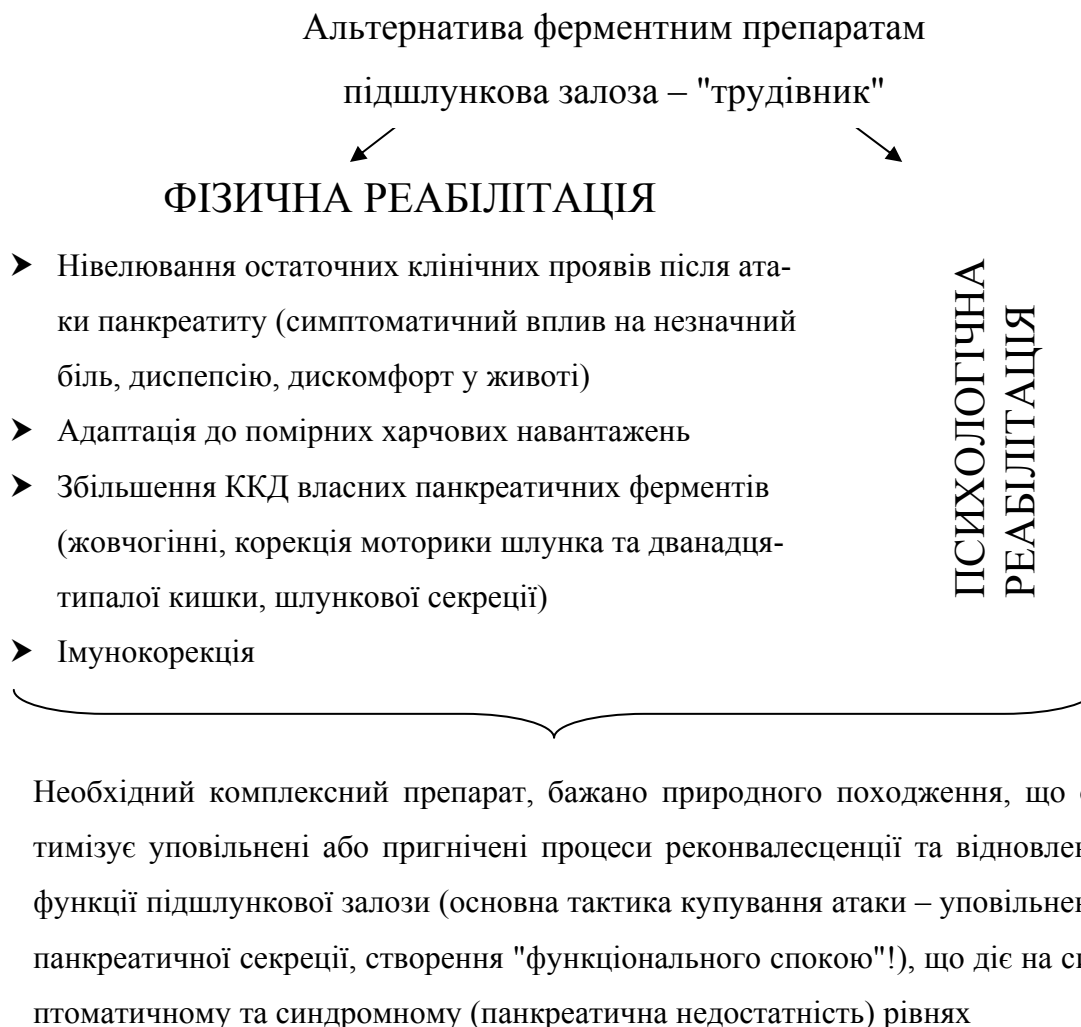
Тривалість реабілітаційного лікування хворих ХП є індивідуальною для кожного хворого. Реабілітація продовжується доти, поки не наступить повна ремісія, іноді вона продовжується протягом багатьох місяців. Хворі повинні знаходитись під диспансерно-динамічним спостереженням дільничного терапевта або гастроентеролога з регулярними оглядами не рідше одного разу на 6–12 місяців.

Саме в попередженні загострень та прогресування ХП (вторинна профілактика захворювання) укладено весь зміст спільної роботи лікаря і хворого, яка спрямована на поліпшення прогнозу захворювання, збереження працездатності пацієнта, продовження його життя. У процесі диспансерного спостереження лікар оцінює характер перебігу захворювання, уточнює і вносить корективи (при необхідності) у програму амбулаторного лікування та профілактики, дає додаткові рекомендації щодо дотримання режиму трудової діяльності та відпочинку, вирішує безліч інших питань. Зрозуміло, що заплановані зустрічі хворого й лікаря не виключають позачергових відвідувань (при необхідності) пацієнтом поліклініки чи гастроентерологічного центру. Більш того, перші ознаки погіршення самопочуття, поява нових симптомів захворювання чи посилення наявної симптоматики повинні послужити хворому приводом до негайного звертання до лікаря. Тільки за цих умов грамотні рекомендації і призначення лікаря зможуть запобігти загостренню ХП чи вчасно (на ранньому етапі) перервати його.

Принципову схему останнього варіанта підходу до реабілітації хворих після перенесеної атаки ХП відображено на мал. 3.

Необхідним є комплексний препарат, бажано природного походження, який оптимізує уповільнені або подавлені процеси реконвалесценції і відновлення функції ПЗ (адже основною тактикою при купуванні панкреатичної атаки є, навпаки, — гальмування панкреатичної секреції, створення «функціонально-

го спокою»!), що діє на симптоматичному і синдромному (панкреатична недостатність) рівнях, компоненти якого забезпечують виконання всіх ланок реабілітації, відзначених на мал. 3, не за рахунок заміщення функції ПЗ, а за рахунок відновлення (хоча б часткового) її структури та функції.



Малюнок 3. Принципова схема «ідеального» підходу до реабілітації хворих ХП після перенесеної атаки захворювання.

2.3. Можливості антигомотоксичної терапії в лікуванні та реабілітації хворих ХП

Антигомотоксична терапія та антигомотоксичні препарати мають цілий ряд переваг, що є підставою для їхнього застосування в гастроентерологічній практиці.

Переваги застосування антигомотоксичних препаратів:

✓ містять потенційовані (сверхмалі дози) речовин, що виключає навіть потенційний ембріотоксичний, тератогенний та інші негативні впливи на ембріон та плід,

- ✓ не викликають алергійних реакцій і побічних дій, які властиві звичайним медикаментам;
- ✓ практично не мають протипоказань та вікових обмежень (за рідкісним винятком);
- ✓ попереджають розвиток та пригнічують динаміку супутніх захворювань;
- ✓ оказують досить швидку клінічну дію;
- ✓ особливо ефективні при хронічних захворюваннях та захворюваннях що мляво протікають;
- ✓ випускаються у виді звичних лікарських форм (розчинів для ін'єкцій, таблеток, крапель, мазей, супозиторіїв, спрею);
- ✓ мають оптимальне співвідношення ціна/якість.

Переваги антигомотоксичної терапії:

- ✓ відповідність концепції гомотоксикології і сучасних наукових уявлень про патогенез багатьох патологічних станів, що дозволяє органічно включати антигомотоксичні препарати до системи існуючих методів лікування;
- ✓ механізми дії антигомотоксичних препаратів (регуляція, ініціація, детоксикація) вигідно відрізняються від дії традиційних алопатичних засобів;
- ✓ чіткий алгоритм складання схем терапії антигомотоксичними препаратами, що базується на аналізі фаз гомотоксикозу та закономірностях прогресивної та регресивної вікаріації, дозволяє лікарю грамотно призначити лікування у відведений йому часовий регламент;
- ✓ цілісний підхід при лікуванні пацієнта реалізує на практиці принцип «лікувати не хворобу, а хворого»;
- ✓ призначення антигомотоксичних препаратів здійснюється за клінічними показниками і робить не обов'язковим детальне вивчення гомеопатії;
- ✓ добре поєднується з іншими методами лікування;
- ✓ не викликає перевантаження органів детоксикації і екскреції (лімфи, нирок, печінки та ін.);
- ✓ не вимагає додаткових енерговитрат від організму;
- ✓ дозволяє уникнути лікарської поліпрагмазії.

У реабілітаційному лікуванні ХП препаратом вибору є "Момордика композитум" (виробник – фірма Biologische Heilmittel Heel Gmb, Німеччина). Складові компоненти "Момордика композитум": *Momordica balsamina*, *Jodum*, *Podophyllum peltatum*, *Mercurius solubilis Hahnemanni*, *Ceanothus americanus*, *Carbo vegetabilis*, *Lycopodium clavatum*, *Lachesis*, *Mandragora e radice siccato*, *Argentum nitricum*, *Veratrum album*.

Показання до призначення препарату: гострий, підгострий та хронічний панкреатит, панкреатопатія. Препарат нормалізує функції підшлункової залози, оказує знеболюючу, протизапальну, спазмолітичну, ферментостабілізуючу, антиоксидантну, седативну, в'язучу дію.

Сінергічна дія компонентів "Момордика композитум", таких як, наприклад, *Podophyllum peltatum* і *Ceanothus americanus* з *Momordica balsamina* дозволяє усунути больові прояви з боку печінки, тонкого кишечника, що супрово-

джують запалення ПЗ.

Ефективність "Момордика композитум" була доведена експериментально. Зокрема, Янковська Б. із соавт. довели ефективний вплив препарату "Момордика композитум" на перебіг гострого експериментального запалення ПЗ у пацієнтів, викликаного церулеїном. Автори показали, що препарат "Момордика композитум" істотно зменшує клінічні прояви гострого панкреатиту, а також надає значний терапевтичний вплив на досліджувані лабораторні показники гострого експериментального запалення ПЗ, викликаного церулеїном, та медіаторів запалення що їм активуються, а також на набряк ПЗ.

Ефект впливу препарату на протікання гострого експериментального запалення ПЗ є складним і не до кінця вивченим. З одного боку, вірогідно настає гальмування травних ферментів, що беруть участь у гострому запаленні ПЗ, (у тому числі трипсину, хімотрипсину, ліпази та в-амілази). З іншого боку, "Момордика композитум" істотно зменшує генерування вільних радикалів, що утворюються в надлишковій кількості при гострому запаленні ПЗ (як при цукровому діабеті). Результати досліджень, які було отримано після застосування "Момордика композитум", вказують на значну антиоксидантну дію препарату. Однак, оцінка антиоксидантної дії препарату "Момордика композитум" вимагає подальшого вивчення.

Нами були проведені клінічні дослідження про ефективність антигомотоксичних засобів "Момордика композитум" та "Лімфоміозот" у лікуванні та реабілітації хворих ХП. Препарат "Момордика композитум" призначали по 2,2 мл внутрішньом'язово 1 раз у 3 дні №10 у поєднанні з препаратом "Лімфоміозот" по 15 крапель тричі на день протягом місяця (антигомотоксичні засоби приєднували через 8–9 днів після надходження в клініку, тобто після зменшення клінічних проявів захворювання, після виписки ці хворі одержували тільки "Момордика композитум" + "Лімфоміозот").

У ході дослідження оцінювали клінічні прояви (інтенсивність болю, явища диспепсії), динаміку альфа-амілази, панкреатичної ізоамілази, дебіти уроамілази, показники ліпази, фекальної панкреатичної еластази-1, результати копроскопії, прямого (зондового) дослідження внутрішньосекреторної функції ПЗ, динаміку даних ультразвукової гістографії паренхіми ПЗ.

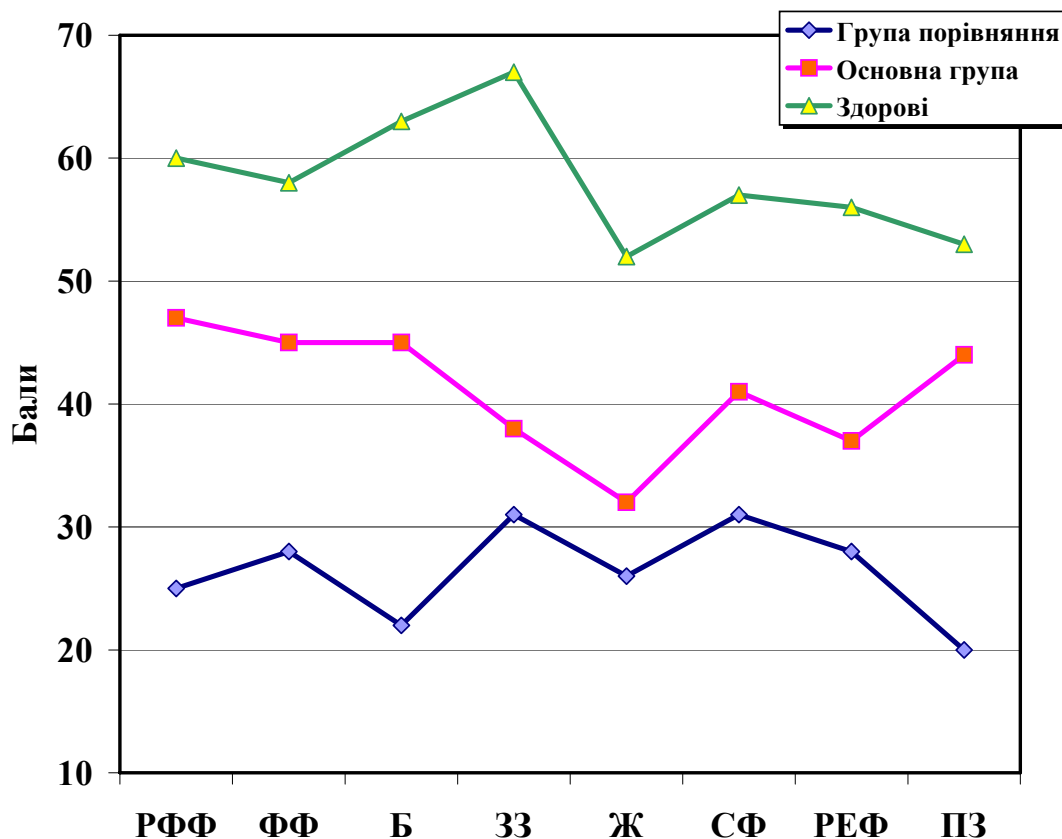
Отримані нами дані свідчать про те, що, переваги відносно клінічного поліпшення і його стійкості належали варіанту реабілітації з використанням антигомотоксичних засобів, у порівнянні з варіантом реабілітації з використанням ферментних препаратів.

Крім функціональних та структурних показників ПЗ ми також вивчили показники якості життя (мал. 4) та психосоматичний статус (табл. 4) хворих ХП наприкінці реабілітаційного періоду.

З даних, представлених на мал. 4 видно, що в хворих ХП, які одержували "Момордика композитум", особливо виразними були переваги таких характеристик якості життя, як рольове фізичне функціонування, фізичне функціонування, виразність болю, а також психологічне здоров'я (у порівнянні з хворими, що одержували ферментні препарати). Причому, по всіх перерахованих вище характеристиках якість життя хворих основної групи до кінця періоду реабілі-

тації наближалася до здорових.

Основні характеристики психосоматичного статусу хворих ХП основної групи після реабілітації були кращими, ніж у хворих групи порівняння, хоча достовірні відмінності між групами стосувалися тільки рівня настрою.



Фізичне здоров'я: РФФ — шкала рольового фізичного функціонування; ФФ — шкала фізичного функціонування; Б — шкала болю; ЗЗ — шкала загального здоров'я.

Психологічне здоров'я: Ж — шкала життєздатності; СФ — шкала соціального функціонування; РЕФ — шкала рольового емоційного функціонування; ПЗ — шкала психологічного здоров'я

Малюнок 4. Показники якості життя хворих ХП через місяць реабілітаційного лікування (опитувальник SF-36).

Таблиця 4. Психосоматичний статус хворих ХП через місяць після амбулаторного спостереження (опитувальник САН, бали).

Показник	Основна група	Група порівняння	Ідеальний показник
Самопочуття	52±6	43±5	70
Активність	54±8	45±7	70
Настрій	57±5	40±6	70

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють зробити висновок про те, що включення комбінації антигомотоксичних препаратів "Момордика композитум" і "Лімфоміозот" у реабілітаційні заходи в хворих ХП після купування атаки сприяють:

- зменшенню виразності клінічних проявів, прискоренню їхнього зникнення і більш стійкому результату;
- скороченню термінів нормалізації показників панкреатичних ферментів у крові і сечі;
- поліпшенню функціонального стану ПЗ (у хворих з легкою і помірною панкреатичною недостатністю);
- прискоренню позитивної динаміки даних ультразвукового дослідження ПЗ;
- поліпшенню якості життя.

3. Ефективність антигомотоксичної терапії при поєднанні алкогольного пошкодження ПЗ та печінки

Зловживання алкоголем, як вже вказувалось вище, є головним етіологічним фактором ХП. Так, хронічний алкогольний панкреатит складає 75–90% усіх випадків ХП. У той же час, алкогольне пошкодження печінки складає 44% випадків усіх хронічних дифузних захворювань цього органа. Вищевикладене стало причиною виділення в МКХ-10 окремих нозологічних форм: хронічного алкогольного панкреатиту (шифр Д086.0) та алкогольної хвороби печінки (шифр К70). Поєднані алкогольні захворювання печінки та ПЗ погіршують перебіг одне одного. Отже, наявність у пацієнта з алкогольним ХП супутнього алкогольного цирозу печінки збільшує ризик смерті в 2,5 рази. Алкогольний ХП нерідко протікає латентно, тому в клініці хворим алкогольною хворобою печінки діагноз супутнього панкреатиту ставлять рідко.

Значна частота поєднаних алкогольних захворювань печінки і ПЗ зв'язана як із спільністю етіології, так й цілого ряду патогенетичних механізмів. Зокрема, загальними ланками патогенезу є: активація перекісного окислювання ліпідів, синтезу прозапальних цитокинів, жирова дистрофія обох органів, стимуляція етанолом процесів фіброзування та ін. Важливо, що етанол викликає спазм сфінктера Одді, що, у свою чергу, провокує розвиток панкреатиту і функціональних, а потім і запальних захворювань жовчних шляхів. Можливо, цим пояснюється часте сполучення алкогольного ХП, алкогольної хвороби печінки із дисфункцією жовчного міхура, сфінктера Одді, з холециститом, у тому числі калькульозним, з холангітом.

Таким чином, патогенез поєднаних алкогольних захворювань печінки та ПЗ є багатокомпонентним. Лікування та реабілітація такої патології не розроблені повною мірою (не вирішено частину проблеми поєднаних алкогольних захворювань печінки та ПЗ) і вимагає призначення цілого ряду препаратів. У той же час, медикаментозне навантаження, поліпрагмазія може погіршити перебіг захворювання печінки, можливий розвиток і лікарського панкреатиту. З усього вищевикладеного логічно витікає необхідність вибору природних (природного походження) лікувальних засобів для лікування та реабілітації, фітопрепаратів,

що мають комбінований склад та різноспрямовану лікувальну дію. У зв'язку з цим нашу увагу, так само як і при виборі засобу для реабілітації хворих ізольованим ХП, було звернено на антигомотоксичні засоби фірми Heel (Німеччина) і, зокрема, на препарати "Момордика композитум" та "Хепель". У розділі 2.3 ми проаналізували компоненти препарату "Момордика композитум". Звернемо тепер більш пильну увагу на препарат "Хепель". Його компоненти: China, Chelidonium majus, Carduus marianus, Nux moschata, Phosphorus, Veratrum album, Colocynthis, Licopodium clavatum.

Показання до застосування препарату: холестаза, дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит, холангіт, жовчнокам'яна хвороба, хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний ентерит, коліт, метеоризм, гіперхолестеринемія, алергії, астено-невротичний синдром та захворювання, при яких необхідно покращити дезінтоксикаційну функцію печінки.

Комбінація компонентів препарату "Хепель" оказує протизапальну, спазмолітичну, жовчогінну, гепатопротекторну, дезінтоксикаційну, вітрогонну дію, сприяє ліквідації застійних явищ у системі воротної вени.

Ефективність "Хепель" доведена клінічно при зазначених вище захворюваннях і станах.

Ми вивчили ефективність комбінації препаратів "Момордика композитум" і "Хепель" у лікуванні та реабілітації хворих із поєднаними алкогольними захворюваннями печінки і ПЗ — хронічним алкогольним гепатитом з мінімальною або помірною біохімічною активністю в поєднанні з алкогольним ХП.

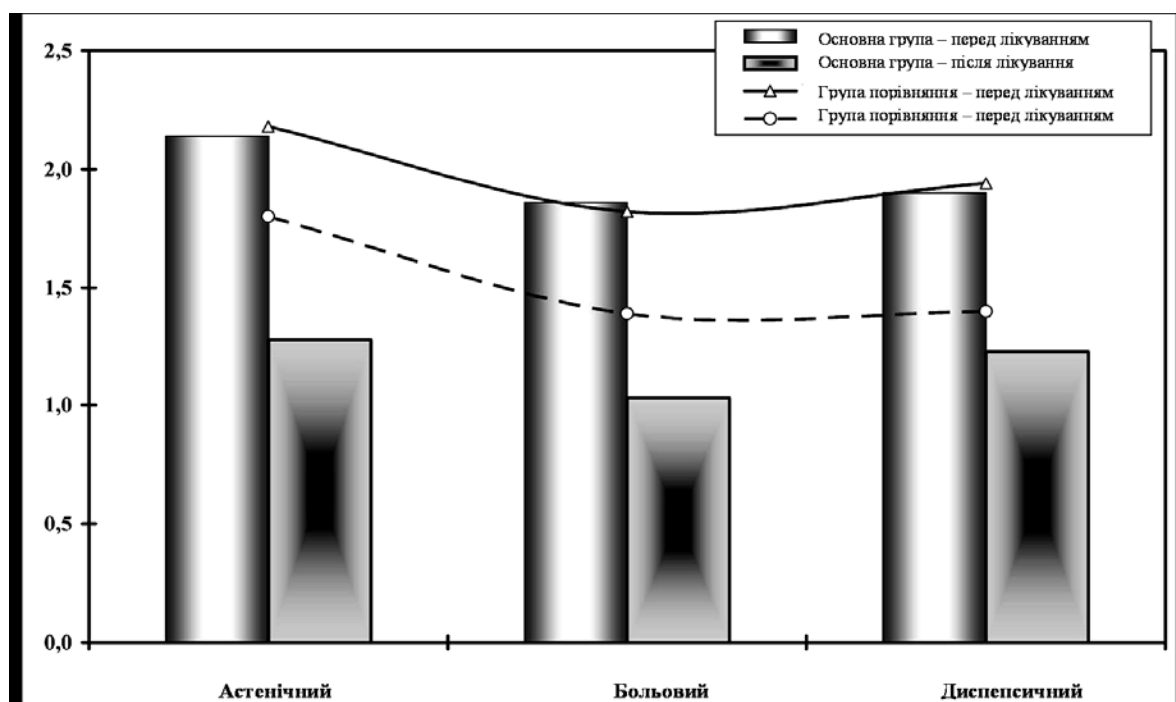
Були отримані наступні результати. Астенічний синдром, больовий синдром та диспепсичні явища більш чітко зменшувались в процесі лікування в хворих основної групи (які одержували окрім традиційної терапії "Момордика композитум" 2,2 мл в/м 1 раз у 3 дні №10 та "Хепель" по 1 табл. тричі на день за 15–20 хв до їжі або через 1 годину після їжі протягом місяця; антигомотоксичну терапію приєднували через 9–10 днів після надходження хворого в клініку, вона продовжувалась ще 3 тижні в процесі амбулаторного спостереження).

Динаміку клінічних проявів у процесі лікування в хворих обох груп представлено на мал. 5.

Динаміка всіх біохімічних показників, що відображають перебіг хронічного гепатиту, у процесі лікування була достовірною в хворих основної групи (табл. 5). При порівняльному аналізі результатів лікування в хворих обох груп виявилось, що маркери цитолізу гепатоцитів (АЛТ, АСТ) та маркери холестазу були вірогідно нижче в пацієнтів, які одержували антигомотоксичні препарати.

Важливим нам представляється той факт, що показник ГГТП, що відображує наявність і виразність токсичного (зокрема, алкогольного) ураження печінки, більш чітко знижувався в процесі лікування з включенням антигомотоксичних препаратів (табл. 5). Це вказує на поліпшення дезінтоксикаційної функції печінки під впливом комбінації "Хепель" і "Момордика композитум".

Переваги основного варіанта терапії охоплювали і синтетичну функцію печінки, про що ми судили за рівнем сироваткового альбуміну. (табл.5).



Малюнок 5. Динаміка клінічних синдромів у процесі різних варіантів лікування хворих

Таблиця 5. Результати дослідження функціонального стану печінки хворих поєднаними алкогольними захворюваннями печінки та ПЗ під впливом реабілітаційного лікування антигомотоксичними засобами.

Показники	Основна група, n=30		Група порівняння, n=30		Здорові, n=30
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
АЛТ, Ед/л	66,4±3,7	40,2±2,6*	65,6±3,9	50,1±4,2 ^{*/*}	26,5±2,1
АСТ, Ед/л	55,2±2,9	33,0±3,4*	53,8±4,0	45,3±3,9 ^{*/*}	21,4±2,3
ГГТП, Ед/л	93,8±4,9	58,5±3,0*	94,5±6,0	70,5±4,9 ^{*/*}	40,5±3,6
Лужна фосфатаза, Ед/л	405,1±9,3	307,3±12,4 [*]	402,1±15,3	352,7±11,2 ^{*/**}	187,8±9,2
Білірубін загальний, мкмоль/л	34,8±2,9	19,1±2,0*	34,3±2,8	25,0±1,6 ^{*/*}	16,4±2,0
Білірубін прямий, мкмоль/л	7,2±0,8	3,3±0,6*	7,3±1,1	5,5±0,8 ^{**}	2,8±0,4
Альбуміни, г/л	38,3±1,9	47,2±1,3*	39,6±3,0	42,4±1,5 ^{**}	49,3±2,0

Примітки: * — зміна показників в процесі лікування вірогідна ($p < 0,05$);
 ** — показники розрізняються вірогідно ($p < 0,05$) між хворими двох груп.

Про вплив терапії на виразність феномена «відхилення» панкреатичних ферментів у кров судять за показниками активності ліпази крові, панкреатичної ізоамілази крові і сечі до й після лікування. Отже, останні два показники істотно знижувались тільки в хворих основної групи, тоді як у пацієнтів групи порі-

вняння тенденція до зменшення активності ізофермента в крові і сечі була недостовірною. Причому, після лікування показник в обох біологічних рідинах ставав нижчим у пацієнтів, які одержували антигомотоксичні засоби, чим при лікуванні тільки традиційними препаратами.

Антигомотоксичні засоби сприяли оптимізації зовнішньосекреторної функції ПЗ. Після лікування дебіт-година ліпази в дуоденальному вмісті за результатами прямого (зондового) дослідження була значно вище в хворих основної групи, чим у пацієнтів групи порівняння.

У процесі лікування поліпшувалися показники ультразвукової гістографії ПЗ. Крім того, у 33,3% випадків у хворих основної групи в процесі лікування зменшувалися розміри печінки (від вихідного збільшення), тоді як у групі порівняння така динаміка визначалася рідше — у 23,3% випадків.

Практичні рекомендації та перспективи

1. До лікування хворих ХП з 8–9 дня загострення захворювання і далі після закінчення загострення (у періоді реабілітації) доцільно включати комбінацію антигомотоксичних препаратів "Момордика композитум" та "Лімфоміозот". "Момордика композитум" варто призначати по 2,2 мл в/м 1 раз у 3 дні №12–14, "Лімфоміозот" — по 15 крапель тричі на день впродовж 5–6 тижнів.
2. У хворих ХП з легкою, а у ряді випадків і з помірною зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ у періоді реабілітації слід перед ухваленням рішення про постійний прийом ферментних препаратів призначити насамперед комбінацію антигомотоксичних препаратів "Момордика композитум" та "Лімфоміозот". Лише у випадку неефективності цієї терапії можливий перехід на постійний або «за вимогою» прийом ферментних препаратів. У хворих ХП з важкою та у більшості хворих з помірною панкреатичною недостатністю необхідна постійна замісна терапія.
3. Хворим з поєднаними алкогольними захворюваннями печінки та ПЗ, починаючи з 9–10 дня загострення, доцільно включати в комплексну терапію комбінацію "Момордика композитум" по 2,2 мл в/м 1 раз у 3 дні №10 та "Хепель" по 1 табл. 3 р/д протягом місяця.

Перспективи застосування антигомотоксичних препаратів у гастроентерології дуже широкі. У нашій клініці в даний час проводяться дослідження ефективності антигомотоксичної терапії в лікуванні та реабілітації хворих постгастрорезекційними синдромами (хронічний гастрит оперованого шлунка, демпінг-синдром, постгастрорезекційний ХП), холестерозом жовчного міхура в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом.

При постгастрорезекційних синдромах ми застосовуємо наступну комбінацію: "Нукс воміка-Гомакорд" по 10 крапель 3 р/д (попередньо препарат розводиться в 5–10 мл кип'яченої води, приймається за 15 хв. до їжі або через годину після їжі) протягом 6 тижнів + "Траумель С" по 1 табл. 3 р/д сублінгвально (до повного розсмоктування) 6 тижнів + "Мукоза композитум" 2,2 мл в/м 2 р/тиж перші 2 тижні, а потім 1 р/тиж ще 4 тижні.

При холестерозі жовчного міхура на тлі неалкогольного стеатогепатиту призначається наступна антигомотоксична терапія: "Хепель" по 1 табл. 3 р/д за 15–20 хв. до їжі або через 1 годину після їжі сублінгвально + "Лімфоміозот"

по 10 крапель 3 р/д сублінгвально або попередньо розчинивши в 5–10 мл кип'яченої води за 30 хв. до їжі або через 1 годину після їжі + "Гепар композитум" 2,2 мл в/м 2 р/тиж. Таке лікування продовжується 6–7 тижнів.

ВИСНОВКИ

Отримані дані дали нам підставу зробити наступні висновки. Включення комбінації антигомтоксичних препаратів "Хепель" і "Момордика композитум" у комплексну терапію хворих поєднаними алкогольними захворюваннями печінки та ПЗ є доцільним. Ці препарати підвищують ефективність лікування, тому що за результатами наших досліджень та даними літератури:

- ✓ сприяють зменшенню астеничного, больового та диспепсичного синдромів;
- ✓ знижують біохімічні прояви цитолізу гепатоцитів, холестазу;
- ✓ поліпшують дезінтоксикаційну та белковосинтетичну функції печінки;
- ✓ зменшують феномен «відхилення» ферментів у кров;
- ✓ оптимізують зовнішньосекреторну функцію ПЗ;
- ✓ знижують частоту структурних змін ПЗ за даними сонографії та поліпшують показники ультразвукової гістографії ПЗ;
- ✓ сприяють зменшенню виразності гепатомегалії;
- ✓ поліпшують самопочуття та настрої хворих.

Перелік рекомендованої літератури

1. Барановский Ю.А. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача. — СПб : Фолиант, 2001. — 416 с.
2. Болезни печени и жёлчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: М-Вести, 2002. — 416 с.
3. Влияние Momordica Compositum на протекание экспериментального воспаления у крыс / Б. Янковска, Э. Ковальчук, Я. Нидворок, Я. Янковски // Биол. терапия. — 2003. — № 2. — С. 51–53.
4. Губергриц Н.Б., Христинич Т.Н. Клиническая панкреатология. — Донецк : Лебедь, 2000. — 416 с.
5. Губергриц Н.Б., Колкина В.Я. Новые возможности реабилитации больных хроническим панкреатитом // Биол. терапия. — 2003. — № 1. — С. 4–9.
6. Губергриц Н.Б. Современная классификация хронического панкреатита. Критерии установления диагноза // Заболевания поджелудочной железы. — К., 2003. — С.37–50.
7. Губергриц Н.Б., Колкина В.Я. Эффективность антигомтоксической терапии при сочетании алкогольных заболеваний печени и поджелудочной железы // Сучасна гастроентерологія. — 2004. — № 1. — С. 34–39.
8. Данилов М.В. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 2. — С. 75–80.
9. Иванов Ю.В. Лечение пациентов, перенесших панкреонекроз, в реабилитационном периоде // Мед. помощь. — 1999. — № 5. — С. 18–20.

10. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Епідеміологія інвалідності внаслідок хвороб органів травлення в Україні // Гастроентерологія. — Дніпропетровськ, 2004. — Вип. 35. — С. 21–27.
11. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.—2002.—№3.—С.25–34.
12. Клинико-патогенетическая оценка информативности и современные возможности оптимизации ультразвуковой диагностики хронического рецидивирующего панкреатита / Н.Б. Губергриц, В.В. Беляев, Н.Е. Барина и др. // Мед. визуализация.—2002.—№1.—С.48–58.
13. Кокуева О.В. Лечение хронического панкреатита // Клин. медицина. — 1999. — № 8. — С. 41–46.
14. Комплексные антигомотоксические препараты : Метод. рекомендации / Neel. —Киев, 2004. — 280 с.
15. Лекарственные препараты из продуктов пчеловодства / А.И. Тихонов, Т.Г. Ярных, С.А. Тихонова, М.Ф. Пасечник. — Харьков : Факт, 1998. — 31 с.
16. Маевская М.В. Алкогольная болезнь печени // Consilium medicum.—2001.—№6.—С.256–260.
17. Махов В.М. Хронический алкогольный панкреатит: имеются ли основания для выделения его в отдельную рубрику? // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — Т. 10, № 5. — С. 76–79.
18. Некоторые данные об эффективности работы врачей-гастроэнтерологов в городских поликлиниках / З.Н. Шмигель, Ю.А. Филиппов, Л.Н. Петречук, И.Ю. Скирда // Гастроентерологія. — Дніпропетровськ, 1999. — Вип. 28. — С.37–40.
19. Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Біякова О.В. Застосування комплексних антигомотоксичних препаратів при захворюваннях гепатобіліарної системи // Биол. тер.—2003.—№1.—С.30–33.
20. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.—СПб: ЭЛБИ, 1999.—140 с.
21. Охлобыстин А.В. Расстройства моторики жёлчевыводящих путей в клинической практике//Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.—2002.—№3.—С.17–23.
22. Охлобыстин А.В. Современная тактика лечения хронического панкреатита // Consilium med. — 2002. — № 6. — С. 292–295.
23. Передерий В.Г., Ткач С.М. Болезни поджелудочной железы. — К. : Укр. фитосоциол. центр, 2001. — 240 с.
24. Садоков В.М. Клиническое течение алкогольного панкреатита // Тер. арх.—2003.—Т.75, №2.—С.45–48.
25. Сакович М.Н. Диагностика и лечение хронических болезней поджелудочной железы. — Минск : Беларусь, 1999. — 172 с.
26. Тельнова О.И., Конопкина Л.И., Тельнов В.Л. Состояние заболеваемости болезнями органов пищеварения в г. Днепропетровске в 1998 году // Гастроентерологія. — Дніпропетровськ, 1999. — Вип. 28. — С. 30–33.
27. Терапия заболеваний желудочно-кишечного тракта с применением антигомотоксических препаратов : Метод. рекомендации / Neel. — Киев, 2004. — 120 с.

28. Філіппов Ю.О., Шмігель В.М. Стан показників здоров'я населення адміністративних територій України та діяльності гастроентерологічної служби // Соціально-гігієнічні аспекти захворювання органів травлення. — Дніпропетровськ, 2003. — Вип. 34. — С. 3–12.
29. Харченко Н.В., Харченко В.В. Применение антигомотоксических препаратов в лечении больных хроническими гепатитами // Биол. тер.— 2003.— № 2.— С. 17–20.
30. Хронический панкреатит, его течение и исходы / А.И. Хазанов, А.П. Васильев, В.Н. Спесивцев и др. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1999. — № 4. — С. 24–30.
31. Хронический постнекротический панкреатит / Под ред. В.С. Савельева — М., 1999.— 27 с.

