

Патогенетичні засади лікування хронічного панкреатиту: можливість інтеграції академічної та біорегуляційної терапії

Хронічний панкреатит (ХП) залишається однією з актуальних проблем у практиці лікаря первинної ланки. Стандартні протокольні схеми лікування, хоч і допомагають зменшити симптоми, часто не мають достатньої ефективності, щоб запобігти прогресуванню захворювання. В останні роки лікарі відзначають зростання недоліків стандартних протокольних підходів до лікування ХП, у тому числі необхідність в усе більшій кількості медикаментів, а також підвищенні доз препаратів, щоб забезпечити задовільний контроль над захворюванням. У зв'язку з цим актуальним є пошук альтернативних методів терапії ХП, які б були більш ефективними та менш обтяжливими для пацієнтів. У рамках медичного конгресу Medicine. Life. Future «Пацієнт в центрі уваги міждисциплінарної команди: взаємодія рівнів медичної допомоги» професор кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, віцепрезидент ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області», член правління ГО «Українська асоціація сімейної медицини» (м. Тернопіль), доктор медичних наук Лідія Степанівна Бабінець представила доповідь, в якій акцентувала увагу на можливості інтеграції академічної та біорегуляційної терапії.



Л.С. Бабінець

Одним із потенційних шляхів поліпшення лікування ХП є застосування біорегуляційної терапії, яка ґрунтується на патогенетичних механізмах розвитку ХП та спрямована на відновлення порушеної саморегуляції в організмі. Біорегуляційний підхід включає в себе застосування фармакотерапії на основі натуральних компонентів, спрямованої на зменшення запалення, покращення метаболізму, репарацію тканин та відновлення функції підшлункової залози (ПЗ). ХП визначається як хронічне (тривалістю більше 6 місяців) запальне пошкодження ПЗ з деструкцією екзокринної паренхіми, фіброзом, а на пізніх стадіях – деструкцією ендокринної паренхіми. У поліклінічній практиці лікарі мають справу з хворими на ХП, у клінічній картині яких домінує не тільки біль, а й стеаторея та інші ознаки зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) ПЗ, вторинного цукрового діабету (ЦД), трофологічні розлади, які часто є наслідком неправильного менеджменту пацієнтів.

Проблема ХП в Україні та світі є надзвичайно актуальною. Згідно із сучасними даними, за останні 30 років число хворих на ХП збільшилося вдвічі, первинна інвалідизація пацієнтів працездатного віку сягнула 15%, смертність – 20%. У розвинених країнах Європи ХП значно «помолодшав»: середній вік пацієнта із цим захворюванням знизився з 50 до 39 років, а також на 30% збільшилася кількість жінок серед хворих на ХП. У 2014 р., за даними ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», поширеність ХП в Україні становила 873,8 тис. випадків (2,5 тис. випадків на 100 тис. населення), а захворюваність – 76 тис. нових випадків (215,8 випадків на 100 тис. населення; Ю.М. Степанов, 2017).

В останні роки також відзначається той факт, що, крім алкогольного ураження ПЗ, «на передній план виходять» й інші чинники. Доведено, що майже у 40% хворих виникає екзокринна недостатність ПЗ, а в 50% – ЦД, зокрема ЦД 2 типу (Н.В. Харченко, 2020; Т.М. Христич, 2018). В Україні також стрімко зростає кількість хворих на ЦД, яка перевищує відмітку 2 млн осіб, з урахуванням латентного ЦД і прихованої інсулінорезистентності, яка, за оцінками, становить до 5 млн осіб. Експерти ВООЗ також наголошують, що у світі прогнозується приріст кількості людей, що будуть хворіти на ЦД, до 300 млн (В.І. Паньків, 2019; Б.М. Маньковський, 2020).

Важливим недоліком лікувального процесу пацієнтів із ХП є відсутність чіткої протокольної стандартизованої терапії хворих, особливо на етапі амбулаторного відновного лікування (Г.Д. Фадеєнко, 2020). ХП є поліетіологічним захворюванням, яке часто перебігає у коморбідності з іншою хронічною патологією. Поєднаний перебіг ХП та інших захворювань часто стає причиною формування і поглиблення вегетативної дисфункції, ендотоксикозу, трофологічних порушень, дисбіозу товстої кишки, імунodefіциту, остеопорозу, що ще більше ускладнює перебіг захворювання. Основні клінічні прояви при ХП включають: больовий, диспептичний синдроми, синдром ЗСНПЗ, ентеропанкреатичний, алергічний, а також синдром ендокринних порушень.

Базисною особливістю органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема і ПЗ, є значна залежність від нервової регуляції, особливо від балансування та розбалансування автономної нервової системи (АНС). Другою особливістю ПЗ є залежність також від активного контакту із зовнішнім середовищем «масивного» біоценозу кишечника, який часто порушений у пацієнтів із ХП (ентеро-панкреатичний синдром), що і спричиняє імунodefіцит. Мінливість і здатність до пристосування під впливом

факторів агресивного середовища хоча і визначається як негативна риса, але з іншого боку є захисним механізмом.

Вегетативна дисфункція відіграє важливу роль у патогенезі захворювань ШКТ, у тому числі і ХП. Так, зміни АНС визначаються як зміни на рівні центральної ланки вегетативної регуляції, що мають полісистемний характер, тобто порушення у роботі одного органу або системи призводять до порушення адаптаційних механізмів у цілому. Висновок про функціональний стан АНС при ХП можемо зробити, оцінивши стан вегетативної регуляції серцево-судинної системи, зокрема, за допомогою параметрів варіабельності серцевого ритму (ВСР). Стреси будь-якого походження, тривожні розлади призводять до вегетативної дисрегуляції, розвитку психовегетативного синдрому і, як наслідок, до порушення гомеостазу. У випадку ХП захворювання виникає при неспроможності АНС, нейроендокринної та імунної систем, епітеліального бар'єру нормально функціонувати при дії стресорів. Відповідно, застосування стреслімітуючих методів терапії, до яких відноситься біорегуляційна медицина, є перспективною у плані профілактики та корекції стресових пошкоджень при ХП.

Комплексні біорегуляційні препарати (КБП) практично не викликають алергічні реакції у порівнянні з синтетичними ліками, діють прицільно, ефективно та м'яко, тому їх можна застосовувати протягом тривалого часу, що підвищує прихильність до лікування і робить КБП важливою складовою корекції вегетативних і психоемоційних порушень в осіб із ХП.

Важливо зазначити, що стандартна протокольна терапія, на жаль, недостатньо ефективна, оскільки вона переважно симптоматична, із супутніми побічними явищами та поганою переносимістю, тоді як етіотропна та біорегуляційна складова лікування відсутня. Крім того, менеджмент пацієнтів може також ускладнюватися за рахунок індивідуальних факторів, включаючи вік пацієнта, наявність коморбідної патології, вагітність та лактацію. Враховуючи ці фактори, актуальним є пошук нових альтернативних варіантів лікування ХП, які б демонстрували ефективність, гарну переносимість, відсутність побічних ефектів, а також можливість застосування в особливих групах пацієнтів. У такому випадку доцільним є інтеграція академічної та біорегуляційної терапії. Остання за своєю суттю є антиоксидантною, відновлювальною авторегуляцією, що активує розрешення запалення фармакотерапією малих доз.

Так, інтеграція біорегуляційного підходу до стандартної терапії ХП може покращити результати лікування пацієнтів із ХП у первинній медичній практиці.

Для визначення переваг біорегуляційного підходу при ХП було проведено дослідження, в якому оцінювалася динаміка параметрів ВСР та стану імунної системи у пацієнтів із ХП із вегетативною дисфункцією. Було проаналізовано параметри ВСР та імунного статусу 69 пацієнтів із ХП до і після амбулаторного лікування. Пацієнтів було розподілено на 2 групи: перша (n=23) отримувала загальноприйняте лікування (ЗПЛ) за протоколом МОЗ України (наказ № 638 від 10.09.2014); друга (n=46) – ЗПЛ, підсилене курсом КБП. Групи порівняння були співставними за статеву, вікову і соціальною ознаками. Чоловіків серед обстеженої когорти було 48% (n=33), жінок – 52% (n=36). Середній вік становив (46,0±4,4) роки. Середня тривалість захворювання становила (9,1±3,8) років. Критеріями виключення з дослідження були гострі хвороби та загострення хронічних захворювань, гематологічні, онкологічні,

психічні захворювання, відмова від участі в дослідженні. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Перша група отримувала ЗПЛ протягом одного місяця, що включало:

- амбулаторний режим і нормалізацію способу життя;
- рекомендації щодо харчування згідно з наказом МОЗ України № 931 від 29.10.2013;
- ферментний препарат чистого панкреатину в адекватній дозі (25-40 Од ліпази) під час їжі при ЗСН ПЗ;
- інгібітор протонної помпи, спазмолітик та/або прокінетик за потребою.

Друга група отримувала ЗПЛ, підсилене комплексом біорегуляційної терапії, за наступною схемою:

- Момордика композитум по 1 ампулі 2,2 мл внутрішньом'язово (в/м) 2 рази на тиждень № 10;
- Траумель С по 1 ампулі 2,2 мл в/м через день № 10;
- Ньорексан по 1 таблетці 3 рази на добу курсом 1 місяць.

Згідно з отриманими даними, додаткове приєднання КБП сприяло більш значимій регуляції ВСР: зниженню симпатикотонії, покращенню відповіді організму на ортостаз, зниженню показника активності регуляторних систем до помірного рівня, достовірному зростанню амплітуди моди та індексу напруження, загальної потужності спектру, компенсаторного зростання варіаційного розкиду, підвищенню функціональних резервів за спектральними показниками.

Важливо зазначити, що біорегуляційна медицина ґрунтується на патогенетичних механізмах розвитку ХП та спрямована на відновлення порушеної саморегуляції в організмі. В даному випадку біорегуляційний підхід включав застосування трьох КБП: Момордика композитум, Траумель С та Ньорексан, дія яких спрямована на зменшення запалення, покращення метаболізму, репарацію тканин і відновлення функції ПЗ.

КБП Момордика композитум – органотропний препарат, який має сприятливий вплив на запалення та інтоксикацію, поліпшує метаболізм і репарацію тканин ПЗ, а також відновлює її екскреторну функцію. Важливою перевагою є відсутність алергічних реакцій, побічних ефектів і вікових обмежень у застосуванні цього препарату (О.Я. Бабак, 2003).

Траумель С та Ньорексан визначаються як системні препарати, оскільки чинять вплив на весь організм. Траумель С – універсальний препарат, що забезпечує регуляцію та розрешення запального процесу, коригує імунodefіцит і нормалізує мікроциркуляцію (G.St. Laurent, 2018). КБП Ньорексан чинить нейропротекторну дію, зокрема нормалізує роботу ЦНС при дисфункції останньої, а також знижує рівень стресу і вегетативної дисфункції (D. Gothel, 2011; Н.Н. Reckeweg, 2014).

Таким чином, біорегуляційна терапія легко інтегрується у стандартну протокольну схему лікування ХП, ефективно доповнюючи її. Це дозволяє не лише створити чіткий алгоритм патогенетичного лікування захворювання, а й сприяє комплексному відновленню саморегуляції та функції організму, включаючи поліпшення метаболізму, регулювання імунної системи та запобігання фармакологічному навантаженню на організм.

Підготувала Анна Сочнева

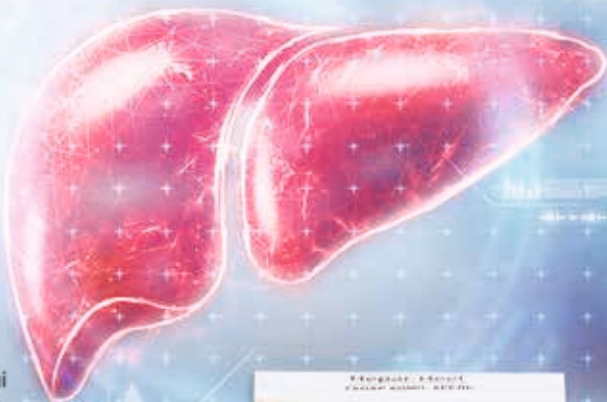


ГЕПАР КОМП. ХЕЕЛЬ

Лікарський засіб

Дія:

- Гепатопротекторна
- Жовчогінна
- Регенеруюча
- Метаболічна
- Антиоксидантна
- Відновлює дезінтоксикаційну функцію печінки



Показання:

- У комплексному лікуванні дискінезії жовчовивідних шляхів, гострих та хронічних захворювань печінки та жовчовивідних шляхів
- Порушення діяльності печінки при різних соматичних захворюваннях, а також внаслідок довготривалої дії різних токсичних факторів



Інформація про лікарський засіб призначена для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Повну інформацію про лікарський засіб із повною мережею зв'язаних побічних реакцій можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

ГЕПАР КОМП. ХЕЕЛЬ, розчин для ін'єкцій. РП. МДЗ України № UA/01553/01/01 від 20.09.2019 р. Склад: речовини: 2,2 мг ретинолу ацетату, Асидум албумі кельвітаріум D10 - 22 мг, Асидум фумарікум D10 - 22 мг, Асидум малікум D10 - 22 мг, Асидум малікум моногідрату D6 - 32 мг, Асидум фумарікум D6 - 22 мг, Асета ацети D6 - 22 мг, Салікум саліцилатум Нобельтамі D08 - 32 мг, Селенікум магі D6 - 22 мг, Сіністола сублікум D4 - 32 мг, Сіністола D10 - 32 мг, Сіністолабітанулі D4 - 22 мг, Сіністола кельвітарі D6 - 22 мг, Діуретикум сали D10 - 22 мг, Непарікум D8 - 22 мг, Ніацінум D10 - 22 мг, Ізопропорікум сіалікум D4 - 32 мг, Ніацінум діетилтамаксолу D10 - 22 мг, Партікум сали D10 - 32 мг, Сілікум малікум D3 - 22 мг, Талікум D13 - 22 мг, Тамаксолу офіціналі D4 - 22 мг, Тіурікум сали D10 - 22 мг, Урсікум албум D4 - 22 мг, Урсікум кельвітарі D10 - 22 мг; допоміжні речовини: негратує розчин, вода дистильована, **Побічні реакції**. У інструкції вказані побічні реакції лікарського засобу.

Виробник: Ізраїльська Фармацевтична Компанія «ХЕЕЛЬ» / Biologicals International Ltd. Спрінг-філд, Ізраїль.

Місця затверджені: Зареєстрований в Україні за номером ДІА/01553/01/01 від 20.09.2019 р.