



Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, І. М. Галабіцька,
Т. В. Дацко, Ю. І. Бутницький, В. А. Дацко
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Відновлення слизової оболонки шлунка при хронічному ерозивному *Helicobacter pylori*-асоційованому гастриті

Мета — дослідити ефективність використання препарату провітаміну B₅ і вітаміну U в комплексній терапії хворих на хронічний ерозивний гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*, у поєднанні з ескреторною недостатністю підшлункової залози за морфологічними параметрами.

Матеріали та методи. Обстежено 28 пацієнтів із *H. pylori*-асоційованим хронічним гастритом у поєднанні з ескреторною недостатністю підшлункової залози, які перебували на диспансерному обліку та під спостереженням сімейного лікаря в Тернопільському міському комунальному закладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги». Хворих розподілили на дві групи: основну (n=16) та контрольну (n=12). Усі хворі отримували впродовж 10 днів терапію пантопрозолем («Контролок», «Нольпаза», «Пантасан» або ін.) в дозі 40 мг двічі на добу, амоксициліном у дозі 1000 мг (або метронідазол у дозі 500 мг) двічі на добу, кларитроміцином у дозі 500 мг двічі на добу, пацієнти основної групи — додатково комплекс провітаміну B₅ і вітаміну U («Доктовіт») по 2 таблетки на добу після їди протягом 2 міс. Усім хворим на початку дослідження і через 2 міс після початку лікування виконували езогастроуденоскопію, уреазний тест на *H. pylori* та біопсію з 5 місць з проведенням гістологічного дослідження.

Результати. Сумарна динаміка поліпшення морфологічного стану слизової оболонки шлунка в основній групі хворих становила 0,9 бала проти 1,6 бала в контрольній групі (відповідно 17 і 32%; p < 0,05), що свідчить про ефективність і доцільність використання вітамінного комплексу в лікуванні та реабілітації хворих на хронічний гастрит у поєднанні з ескреторною недостатністю підшлункової залози.

Висновки. У комплексному лікуванні хворих на хронічний гастрит у поєднанні з ескреторною недостатністю підшлункової залози доцільно застосовувати комплекс провітаміну B₅ і вітаміну U.

Ключові слова: ескреторна недостатність підшлункової залози, слизова оболонка шлунка, морфологічні зміни, вітамінний комплекс.

Одним з найважливіших питань ефективного ведення хворих на *Helicobacter*-асоційовані захворювання (хронічний гастрит (ХГ), зокрема атрофічний, асоційований з *H. pylori*, автоімунний атрофічний хронічний гастрит, функціональна диспепсія, гастропатія, спричинена нестероїдними протизапальними препаратами тощо) є профілактика раку шлунка. З високою частотою при захворюваннях, асоційованих з *H. pylori*, трапляється ескреторна недостатність підшлункової залози (ЕНПЗ), що по-

гіршує перебіг захворювань та знижує якість життя хворих [1–3].

Мета дослідження — дослідити ефективність використання комбінації провітаміну B₅ і вітаміну U у комплексній терапії хворих на хронічний ерозивний гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*, у поєднанні з ескреторною недостатністю підшлункової залози за морфологічними параметрами.

Матеріали та методи

Обстежено 28 пацієнтів (16 чоловіків і 12 жінок, середній вік — (48,6 ± 5,9) року) із *H. pylori*-асоційованим ХГ у поєднанні з ЕНПЗ, які перебували на диспансерному обліку та під спостере-

женням сімейного лікаря в Тернопільському міському комунальному закладі «Центр первинної медико-санітарної допомоги».

Верифікацію діагнозу проводили відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (за загальноприйнятою в Україні класифікацією, згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворих на хронічний гастрит», затвердженим додатком до наказу № 271 МОЗ України від 13.06.2005 р. Ступінь ЕНПЗ установлювали за рівнем фекальної еластази-1, який визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів Bioserv Elastase-1-Elisa.

Критерії залучення пацієнтів у дослідження: установлений діагноз *H. pylori*-асоційованого ХГ і ЕНПЗ (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду). Усі обстежені підписали інформовану згоду на участь у дослідженні згідно з протоколом, затвердженим етичним комітетом ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Критерії виключення: декомпенсація серцево-легеневих захворювань, гострий інфаркт міокарда, порушення серцевого ритму, перенесене гостре оперативне втручання протягом останнього місяця, цукровий діабет I та II типу, хронічний гепатит, хронічний панкреатит, використання системних глюкокортикостероїдів, хронічна ниркова недостатність III–V стадії, патологія щитоподібної залози, вагітність, різке виснаження, схильність до кровотеч, злоякісні новоутворення (підозра щодо них), хвороби крові та кровотворних органів, інфекційні та паразитарні захворювання, психічні та поведінкові розлади, вроджені аномалії та хромосомні порушення, нестабільна ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба II–III стадії, відмова від участі в дослідженні.

Хворих, порівнянних за клінічними критеріями, тяжкістю перебігу ХГ, ЕНПЗ та отримуваним лікуванням розподілили на дві групи.

Контрольна група (n = 12). Схеми лікування на 10 днів: пантопрозол («Контролок», «Нольпаза», «Пантасан» або ін.) в дозі 40 мг двічі на добу, амоксицилін у дозі 1000 мг (або метронідазол у дозі 500 мг) двічі на добу, кларитроміцин у дозі 500 мг двічі на добу.

Основна група (n = 16) додатково отримувала комплекс провітаміну B₅ і вітаміну U («Доктовіт») по 2 таблетки на добу після їди протягом 2 міс.

Обов'язковими компонентами лікувальних комплексів були амбулаторний режим і нормо-

трофне харчування за типом дієти 5, показаної при всіх захворюваннях шлунково-кишкового тракту у фазі терапевтичного загострення, нестійкої ремісії та ремісії. Метою такого харчування є механічне та хімічне щадіння органів травлення, зняття больового синдрому, зменшення активності підшлункової залози. Калорійність і хімічний склад: 2500–2800 ккал, білки – 130–140 г (нежирні сорти сиру, твердого сиру, м'яса, риби), жири – 70 г, вуглеводи – 350 г. Режим харчування – невеликими порціями 5–6 разів на добу. Характеристика їжі: варена в протертому вигляді, тушкована, з обмеженням жирів, цукру, виключенням продуктів із сильною сокогінною дією (бульйони, відвар капусти тощо).

Усім хворим на ХГ проводили стандартизоване клініко-лабораторне обстеження. На початку дослідження і через 2 міс після початку лікування виконували езогастроуденоскопію (ЕГДС), уреазний тест на *H. pylori* та біопсію з 5 місць з проведенням гістологічного дослідження.

Результати та обговорення

Аналіз рівня фекальної еластази-1 виявив наявність ЕНПЗ в обох групах дослідження – відповідно ($162,47 \pm 5,48$) і ($159,68 \pm 4,93$) мкг/г порівняно з контрольною групою ($213 \pm 6,29$) мкг/г).

Морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки (СО) шлунка до і після лікування у групах порівняння показало статистично значущу ефективність запропонованого комплексу лікування з використанням вітамінного комплексу щодо впливу на патологічні ознаки *H. pylori*-асоційованого ХГ (таблиця): лімфогістіоцитарну інфільтрацію строми СО від дрібновогнищевої до дифузної із формуванням фолікулоподібних структур; атрофію залоз СО від мінімальних морфологічних ознак атрофії до відсутності залоз у полі зору, вкритому інфільтратом, іноді – до тотальної інфільтрації; у деяких агресивних випадках – гостру лейкоцитарну інфільтрацію (ознака агресивного гострого гастриту); наявність дисплазії епітелію від невеликої кількості змінених залоз до дрібновогнищевої та значної дисплазії; вогнищеву гіперплазію залоз; наявність поверхневих і глибоких ерозій епітелію СО.

Виявлено такі ознаки гістологічного поліпшення після курсу лікування із застосуванням вітамінного комплексу (див. таблицю):

1) суттєве зменшення лімфогістіоцитарної інфільтрації СО (на 1,31 бала в основній групі порівняно з 0,34 бала у контрольній);

2) відновлення структури залоз, які не зазнали атрофії (1,21 і 0,39 бала відповідно);

Таблиця. Динаміка морфологічних параметрів стану слизової оболонки шлунка під впливом різних лікувальних програм

Показник	Контрольна група (n = 10)		Основна група (n = 15)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Лімфогістіоцитарна інфільтрація СО, бали	2,42 ± 0,08	2,09 ± 0,07*	2,33 ± 0,07#	1,06 ± 0,07**
Атрофія залоз, бали	1,59 ± 0,05	1,21 ± 0,02*	1,80 ± 0,07#	0,67 ± 0,02**
Гостра лейкоцитарна інфільтрація, бали	1,02 ± 0,04	0,21 ± 0,03*	0,85 ± 0,05#	0,14 ± 0,04**
Дисплазія епітелію СО, бали	1,29 ± 0,07	1,32 ± 0,05*	1,48 ± 0,02#	0,39 ± 0,06**
Ерозії епітелію СО, бали	0,90 ± 0,03	0,36 ± 0,04*	0,73 ± 0,05#	0,11 ± 0,05**
Вогнищева гіперплазія залоз, бали	0,80 ± 0,03	0,29 ± 0,04*	0,72 ± 0,04#	0,04 ± 0,06**
Загальна кількість наявних патологічних ознак СО	5,40 ± 0,07	4,50 ± 0,07*	5,07 ± 0,09#	3,37 ± 0,08**

Примітка. * різниця щодо значення показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

Різниця щодо контрольної групи у відповідний термін статистично значуща ($p < 0,05$).

3) посилення вогнищевої гіперплазії (проліферації) залозистого епітелію як ознаки морфологічного відновлення епітелію (0,69 і 0,52 бала);

4) зменшення ознак дисплазії епітелію в основній групі хворих становило 1,09 бала порівняно з повною відсутністю позитивної динаміки дисплазії епітелію в контрольній групі.

Сумарна динаміка поліпшення морфологічного стану СО шлунка в контрольній групі хворих становила 0,9 порівняно з 1,6 бала в основній групі ($p < 0,05$), вважаючи за один бал кожен наявну патологічну морфологічну ознаку, виявлену

під час дослідження (див. таблицю). Таким чином, морфологічне поліпшення контрольній групі відбулось на 17 %, а в основній групі — на 32 % ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність і доцільність використання вітамінного комплексу в лікуванні та реабілітації хворих на ХГ у поєднанні з ЕНПЗ.

Наводимо приклад динаміки морфологічного стану хворого Й. під впливом стандартного загальноприйнятого лікування (рис. 1, 2).

Для підтвердження висновків за результатами морфологічного дослідження наводимо

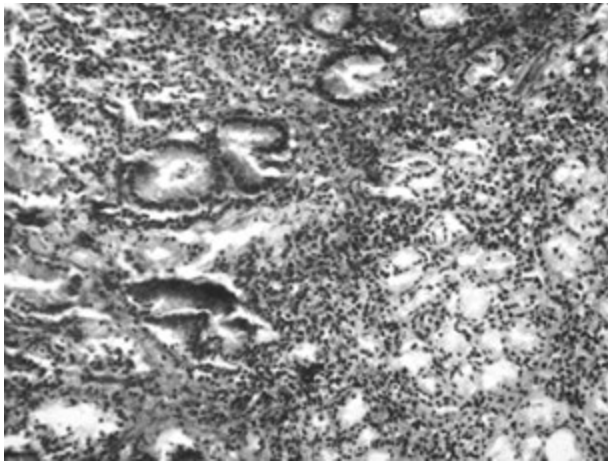


Рис. 1. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого Й. до лікування (контрольна група). Виражена дифузна лімфогістіоцитарна інфільтрація стромы слизової оболонки, дистрофічно-некротичні зміни, поверхневі ерозії, помірна атрофія залоз, часткове розширення їх просвітів, скупчення лімфоцитів з формуванням дрібних лімфоїдоподібних структур. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

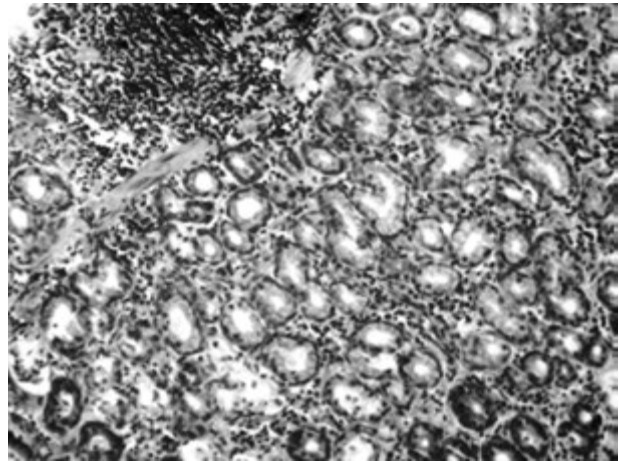


Рис. 2. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого Й. після загальноприйнятого лікування (контрольна група). Виражена лімфогістіоцитарна інфільтрація стромы слизової оболонки, просвіти залоз залишалися розширеними, секреторна активність — підвищеною, помірні вогнищеві дистрофічні зміни епітеліоцитів, дрібновогнищеві скупчення лімфоцитів. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

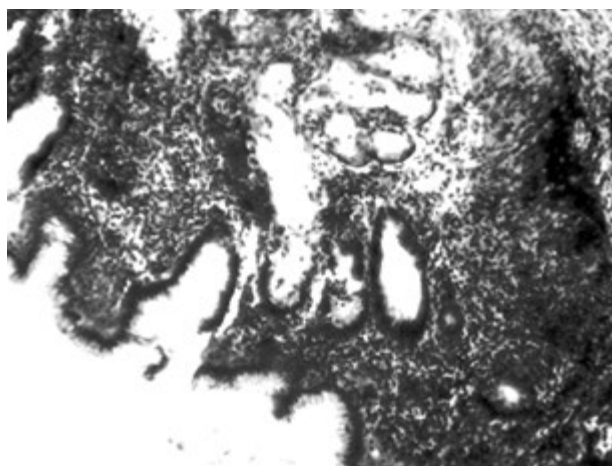


Рис. 3. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого Г. до лікування (основна група). Виражена атрофія залоз, виражена дифузна лімфогістіоцитарна інфільтрація стромы слизової оболонки, просвіти залоз розширені, підвищена секреторна активність епітеліоцитів, дрібновогнищеве скупчення лімфоцитів із формуванням фолікулоподібних структур. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

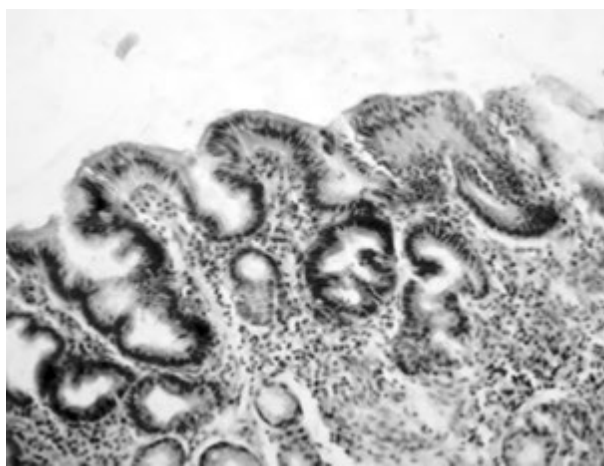


Рис. 4. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого Г. після лікування (основна група). Різде зменшення запальної інфільтрації, зокрема лімфогістіоцитарної інфільтрації, відновлення та посилення проліферативної активності переважно поверхневого епітелію. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

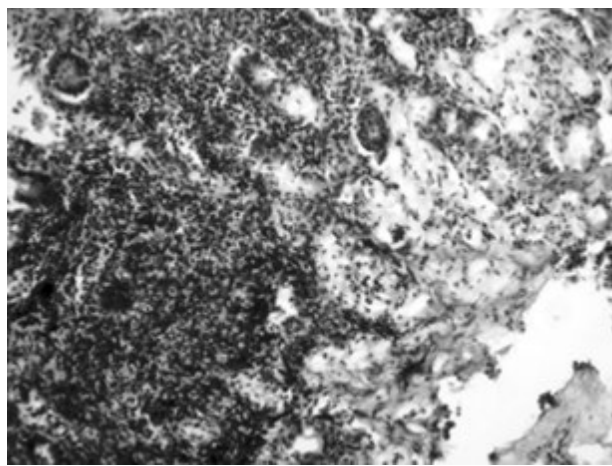


Рис. 5. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого К. до лікування (основна група). Виражена атрофія залоз, дифузна лімфогістіоцитарна інфільтрація стромы слизової оболонки, вогнищеві дистрофічно-некротичні зміни епітелію. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

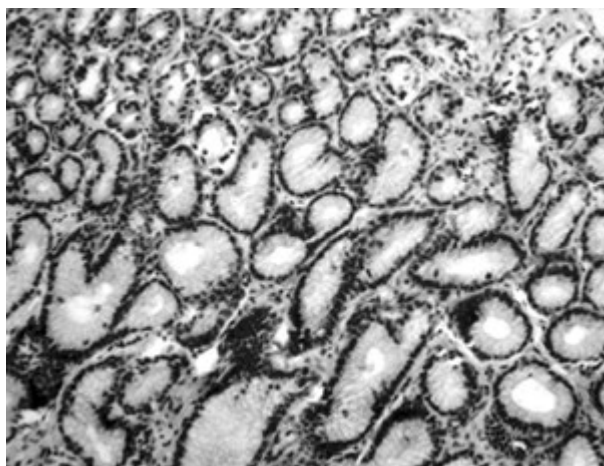


Рис. 6. Структура поверхні слизової оболонки шлунка хворого К. після лікування (основна група). Різде зменшення лімфогістіоцитарної інфільтрації стромы, відновлення та посилення проліферативної активності переважно залозистого епітелію, вогнищеві гіперплазія залоз та практично незмінений поверхневий епітелій. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$

прикладі гістологічної картини до та після лікування (рис. 3–6).

Таким чином, суттєве зменшення лімфогістіоцитарної інфільтрації СО, відновлення структури залоз, які не зазнали атрофії, посилення вогнищеві гіперплазії (проліферації) залозистого епітелію як ознаки морфологічного відновлення епітелію, зменшення ознак дисплазії епітелію на відміну від

повної відсутності позитивної динаміки дисплазії епітелію в групі хворих, які отримували стандартне лікування ХГ, є чіткими і достовірними ознаками ефективності використання вітамінного препарату в комплексній терапії ХГ, асоційованого з *H. pylori*, які засвідчують доцільність використання препарату для відновлення СО шлунка, що є основою для ефективної канцеропrevenції.

Висновки

Сумарна динаміка поліпшення морфологічного стану слизової оболонки шлунка в основній групі хворих становила 0,9 порівняно з 1,6 бала в контрольній групі (відповідно 17 і 32 %, $p < 0,05$), що свідчить про ефективність використання вітамінного комплексу в лікуванні та реабілітації хворих на хронічний гастрит у поєднанні з екскреторною недостатністю підшлункової залози.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування тексту — Л. Б., І. Б.; збір матеріалу — Т. Д., Ю. Б., В. Д.; обробка матеріалу — Л. Б., І. Б., І. Г.; статистичне опрацювання даних — І. Г.; написання тексту — Л. Б., І. Г.

У комплексному лікуванні хворих на хронічний гастрит у поєднанні з екскреторною недостатністю підшлункової залози доцільно застосувати вітамінний комплекс («Доктовіт»).

Перспективи подальших досліджень. Плануємо проаналізувати результати ефективності запропонованих програм корекції параметрів тропологічного статусу із використанням вітамінних комплексів.

Список літератури

1. Бабінець Л. С., Галабіцька І. М., Маєвська Т. Г. Зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози та дисбаланс системи прооксиданти-антиоксиданти при первинному остеоартрозі з коморбідними станами // Здобутки клінічної та експериментальної медицини — 2017. — № 3. — С. 22—25.
2. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*: диагностика, клиническое значение, прогноз: Пособие для врачей. — М.: РГА, 2009. — 24 с.
3. Forman D., Burley V. J. Gastric cancer: global pattern of the disease and an overview of environmental risk factors // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 20 (4). — P. 633—649.

Л. С. Бабинец, И. О. Боровик, И. М. Галабицкая,
Т. В. Дацко, Ю. И. Бутницкий, В. А. Дацко

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины»

Восстановление слизистой оболочки желудка при хроническом эрозивном *Helicobacter pylori*-ассоциированном гастрите

Цель — исследовать эффективность использования препарата провитамина В₅ и витамина U в комплексной терапии больных хроническим эрозивным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, в сочетании с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы по морфологическим параметрам.

Материалы и методы. Обследованы 28 пациентов с *H. pylori*-ассоциированным хроническим гастритом в сочетании с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы, которые находились на диспансерном учете и под наблюдением семейного врача в Тернопольском городском коммунальном учреждении «Центр первичной медико-санитарной помощи». Больных распределили на две группы: основную ($n = 16$) и контрольную ($n = 12$). Все больные получали в течение 10 дней терапию пантопразолом («Контролок», «Нольпаза», «Пантасан» или др.) в дозе 40 мг два раза в сутки, амоксицилином в дозе 1000 мг (или метронидазол в дозе 500 мг) дважды в сутки, кларитромицином в дозе 500 мг дважды в сутки, пациенты основной группы — дополнительно комплекс провитамина В₅ и витамина U («Доктовит») по 2 таблетки в день после еды в течение 2 мес. Всем больным в начале исследования и через 2 мес после начала лечения выполняли эзогастроуденоскопию, уреазный тест на *H. pylori* и биопсию из 5 мест с проведением гистологического исследования.

Результаты. Суммарная динамика улучшения морфологического состояния слизистой оболочки желудка в основной группе больных составила 0,9 балла против 1,6 балла в контрольной группе (соответственно 17 и 32 %; $p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности и целесообразности использования витаминного комплекса в лечении и реабилитации больных хроническим гастритом в сочетании с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы.

Выводы. В комплексном лечении больных хроническим гастритом в сочетании с экскреторной недостаточностью поджелудочной железы целесообразно применять комплекс провитамина B₅ и витамина U.

Ключевые слова: экскреторная недостаточность поджелудочной железы, слизистая оболочка желудка, морфологические изменения, витаминный комплекс.

L. S. Babinets, I. O. Borovyk, I. M. Halabitska, T. V. Datsko, Yu. I. Butnitsky, V. A. Datsko
I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University of Health Ministry of Ukraine

The restoration of stomach mucosa in patients with chronic erosive *Helicobacter pylori*-associated gastritis

Objective — to investigate efficacy of preparation of pro-vitamin B₅ and vitamin U in the complex therapy of patients with chronic erosive gastritis, associated with *H. pylori*, combined with the pancreas excretory insufficiency, established by the morphological parameters.

Materials and methods. The study involved 28 patients with *H. pylori*-associated gastritis combined with the pancreas excretory insufficiency, who were under regular medical check-up and supervision of a family doctor in the Ternopil City Municipal Institution *Center of primary health care*. The patients were allocated into two groups: the main (n = 16) and control (n = 12) groups. All patients received 10-days therapy with pantoprazole (*Controloc*, *Nolpaza*, *Pantasan* or other) in a dose of 40 mg twice a day, amoxicillin in a dose of 1000 mg (or metronidazole in a dose of 500 mg) twice a day, clarithromycin in a dose of 500 mg twice a day; patients of the main group received additional vitamin complex (*Doctovit*) 2 tablets a day after meals for over 2 months. At the baseline and 2 months after the treatment start, all patients underwent eso-gastroduodenoscopy, urease *H. pylori* test and biopsy with histological examination on 5 sites.

Results. The total dynamics of improvement of the stomach mucosa morphological condition in the 1st group of patients was 0.9 points versus 1.6 points in the 2nd group of patients, which was 17% and 32%, respectively (p < 0.05). This testifies the efficacy and proves advisability to use this vitamin complex in the treatment and rehabilitation of patients with chronic gastritis, combined with the pancreas excretory insufficiency.

Conclusions. In the complex treatment of patients with chronic gastritis, combined with the pancreas excretory insufficiency, it is advisable to use the complex of pro-vitamin B₅ and vitamin U.

Key words: excretory pancreatic insufficiency, mucous membrane of the stomach, morphological changes, vitamin complex.

Контактна інформація

Бабінець Лілія Степанівна, проф., д. мед. н.,
зав. кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики — сімейної медицини
46022, м. Тернопіль, вул. Довженка, 3а, кв. 1. E-mail: lilyababinets@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 3 січня 2019 р.