

# Комплексна корекція ентеропанкреатичного синдрому при хронічному панкреатиті в практиці сімейного лікаря

Ю.Я. Коцаба, Л.С. Бабінець, О.В. Денефіль

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті висвітлюється питання наявності у хворих на хронічний панкреатит із супутнім дисбіозом товстої кишки гіповітамінозів вітамінів В<sub>1</sub> і В<sub>6</sub>, а також запропоновано комплексну схему корекції виявлених порушень із включенням пре-, пробіотичного препарату.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, дисбіоз товстої кишки, гіповітамінози вітамінів В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>.

Хронічний панкреатит (ХП) у поєднанні із зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози та наявністю ентеропанкреатичного синдрому супроводжується дисбіозом товстої кишки (ДБК). Часто порушений при ХП гідроліз харчових нутрієнтів під дією панкреатичних і тонкокишкових ферментів супроводжується надходженням до товстої кишки недостатньо перетравлених білків, в результаті чого активується протеолітична мікрофлора кишки (МФК), що забезпечує процеси гниття з утворенням великої кількості токсичних речовин (аміаку, меркаптанів, індола, скатолу) і порушенням глібини травлення у дванадцятипалій та інших відділах тонкої кишки, що своєю чергою призводить до надходження до кишки залишків їжі, не підготовлених до утилізації. Тривале і надмірне застосування хворими на ХП замісної терапії препаратами із вмістом панкреатичних ферментів, особливо тих, що містять целюлозу і гемицелюлозу, супроводжується глибоким гідролізом основних компонентів їжі (білків, жирів, вуглеводів і клітковини), метаболіти яких необхідні для харчування МФК і підтримання нормального мікробіоценозу [1, 6].

Нормальна МФК товстої кишки забезпечує процеси пристінкового травлення, синтез вітамінів групи В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), вітамінів К, РР, фолієвої та пантотенової кислот. Виникнення ДБК спричиняє розвиток відповідних гіповітамінозів, порушення місцевого імунітету, зниження протівірусного та протипухлинного захисту.

Ранні клінічні симптоми гіповітамінозів В<sub>1</sub> і В<sub>6</sub> з боку травної системи (зниження апетиту, нудота, закреп), нервової системи (головний біль, дратівливість, ослаблення пам'яті, сонливість) часто зустрічаються у хворих на ХП, що спонукало детальніше вивчити дану проблему [2, 7].

**Мета дослідження:** визначити рівень вітамінів В<sub>1</sub> (тіаміну) і В<sub>6</sub> (піридоксину) у хворих на ХП із супутнім дисбіозом товстої кишки та встановити динаміку їхнього рівня під впливом запропонованих програм корекції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження стало 46 хворих на ХП у фазі ремісії чи нестійкої ремісії, які лікувалися в денному стаціонарі і гастроентерологічному відділенні Тернопільської міської лікарні № 2. Вік хворих – від 18 до 69 років. З них було 26 жінок і 20 чоловіків. Верифікацію діагнозу проводили згідно із робочою класифікацією ХП,

запропонованою Я.С. Циммерманом з доповненнями Н.Б. Губергріц [3]. Визначення рівнів вітамінів В<sub>1</sub> і В<sub>6</sub> проводили флюорометричним методом за методикою В.Н. Букіна та Є.П. Скоробогатової. Усім обстеженим проводили дослідження копрокультури на ДБК за методикою Р.В. Епштейн-Литвак і Ф.Л. Вільшанської (1977). Ступінь тяжкості ДБК встановлювали згідно із загальноприйнятою класифікацією (Г.І. Кузнецова, 1975; І.Б. Куваєва, К.С. Ладо, 1991) [5].

Обстежуваних поділили на дві групи: 1-а група (21 хворий) отримувала загальноприйнятую схему лікування, яка включала дотримання дієти № 5п за Певзнером, відмову від вживання алкоголю та тютюнопаління, застосування регуляторів моторики органів травлення – спазмолітиків (но-шпа 0,04 по 2 таблетки 2 рази на день) та/або прокінетиків (мотиліум 0,01 по 1 таблетці 3 рази на день), блокаторів Н<sub>2</sub>-рецепторів (квamatел 0,02 увечері) та/або інгібіторів протонної помпи (проксіум 0,04 вранці) і ферментів (креон 25 000 по 1 капсулі 3 рази на добу). Усі засоби призначали «на вимогу», оскільки хворі перебували у фазі ремісії чи нестійкої ремісії [4]. Друга група (25 осіб) додатково до загальноприйнятої схеми лікування отримувала синбіотик Лактіале по 2 капсули на день після основного споживання їжі протягом 4 тиж.

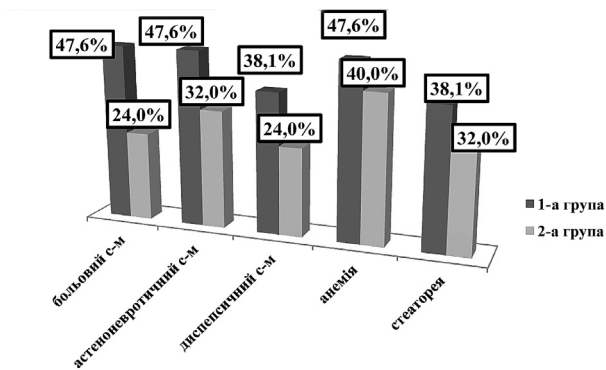
## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені клінічні дослідження виявили наявність у хворих наступних синдромів: больовий – у 80,9% хворих 1-ї групи і у 84,0% пацієнтів 2-ї групи, астеноневротичний – у 71,4% і 80,0%, диспепсичний – у 85,7% і 100%, анемічний – у 61,9% і 68,0%, стеаторею – у 66,7% і 76,0% відповідно.

Під час визначення рівнів вітамінів В<sub>1</sub> та В<sub>6</sub> (норма тіаміну в сироватці крові – 0,03–0,045 мкмоль/л, піридоксину – 0,059–1,06 мкмоль/л) встановлено зниження значення тіаміну в 1-й групі до 0,027 мкмоль/л, у 2-й – до 0,020 мкмоль/л та піридоксину – до рівня 0,055 мкмоль/л в 1-й групі і до 0,047 мкмоль/л у 2-й, що дає можливість констатувати гіповітаміноз в усіх обстежуваних хворих обох груп до лікування.

Під час оцінювання бакпосіву копрокультури серед хворих 1-ї групи виявлено в 47,6% ДБК 1-го ступеня, у 19,0% – ДБК 2-го ступеня, у 33,4% пацієнтів дисбіотичних змін не спостерігали. В обстежуваних 2-ї групи встановили наявність у 48,0% ДБК 1-го ступеня, у 20,0% – ДБК 2-го ступеня, у 12,0% – ДБК 3-го ступеня, у 20,0% хворих показники були в межах норми. Таким чином, дані обох груп були співставні з дещо більш глибокими проявами ДБК у 2-й групі.

Після проведеного лікування за запропонованими програмами корекції спостерігали позитивну динаміку за клінічними синдромами, рівнем показників тіаміну та піридоксину і за результатами бакпосіву копрокультури в обох



Мал. 1. Динаміка клінічної симптоматики під впливом різних схем корекції

групах. Однак результати в групі з включенням синбіотика Лактіале були достовірно кращими, ніж такі в 1-й ( $p < 0,05$ ).

Результати лікування за параметрами клінічної симптоматики наведено на малюнку. Клінічні синдроми в обстежуваних хворих після проведеного курсу лікування стали спостерігатися рідше: серед хворих 1-ї групи в середньому на 27,9%, а серед пацієнтів 2-ї – на 47,4%.

Оцінюючи результати повторних визначень тіаміну та піридоксину, виявили зростання даних показників у 2-й групі до нижньої межі норми ( $V_1 = 0,032$  мкмоль/л,  $V_6 = 0,060$  мкмоль/л), а результати в 1-й групі хоча і зросли, але різниця не перевищила статистичної похибки.

Результати бакпосіву калу свідчили, що у пацієнтів 1-ї групи хоча і з'явилася позитивна тенденція, але ще в 38,1% хворих виявили ДБК 1-го ступеня, у 14,3% – ДБК 2-го ступеня. У 47,6% хворих показники відповідали нормі. А у хворих 2-ї групи кишкова флора нормалізувалася, лише у 24,0% хворих фіксували ДБК 1-го ступеня.

## ВИСНОВКИ

1. З поглибленням дисбіозу товстої кишки (ДБК) вміст піридоксину і тіаміну знижувався до рівня гіповітамінозу.

2. Уключення синбіотика Лактіале до комплексної терапії корекції хронічного панкреатиту значно покращило стан пацієнтів не лише за параметрами ДБК (мікрофлора нормалізувалася, лише у 24,0% фіксували ДБК 1-го ступеня), але й за динамікою клінічних синдромів (сумарно на 47,4%) і рівнем тіаміну та піридоксину в сироватці крові (сумарно на 43,9%) ( $p < 0,05$ ).

## Комплексная коррекция энтеропанкреатического синдрома при хроническом панкреатите в практике семейного врача

Ю.Я. Коцаба, Л.С. Бабинец, О.В. Денефиль

В статье освещается вопрос наличия у больных хроническим панкреатитом с сопутствующим дисбиозом толстой кишки гиповитаминозов витаминов  $V_1$  и  $V_6$ , а также предложена комплексная схема коррекции выявленных нарушений с включением пре-, пробиотического препарата.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, дисбиоз толстой кишки, гиповитаминозы витаминов  $V_1$ ,  $V_6$ .

## Complex correction of chronic pancreatitis with enteropancreatic syndrome in practice of a family doctor

Yu. Ya. Kotsaba, L. S. Babinets, O. V. Denefil

The article includes issue about patients with chronic pancreatitis which is accompanied by colon dysbiosis, hom were revealed hypovitaminosis of  $V_1$ ,  $V_6$ . Also was proposed a new scheme of correcting the violations of this disease.

**Key words:** chronic pancreatitis, colon dysbiosis, hypovitaminosis of  $V_1$ ,  $V_6$ .

## Сведения об авторах

**Коцаба Юлия Ярославовна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: kotsaba2010@mail.ru

**Бабинец Лилия Степановна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: lilyanet@tut.by

**Денефиль Ольга Владимировна** – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1. E-mail: inmow@tdmu.edu.te.ua

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабинець Л.С. Дисбактеріоз кишечника як предиктор ускладнення клінічного перебігу хронічного панкреатиту / Л.С. Бабинець, Д.В. Гаврилюк // Український мед. альманах. – 2005. – № 5. – С. 11–13.
2. Бабинець Л.С. Предикторна роль дисбіозу товстої кишки у формуванні недостатності тіаміну та піридоксину при хронічному панкреатиті / Бабинець Л.С., Коваль Ю.В., Коцаба Ю.Я. // Вісник наукових досліджень. – 2011. – № 4. – С. 40.
3. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христинич. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
4. Наказ МОЗ України від 13 червня

- 2005 р. № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця, 2012. – 576 с.

6. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron // – Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008: p. 905.
7. Misiewicz JJ, Pounder RE, Venables CW, eds. Chronic pancreatitis. In: Diseases of the gut and pancreas. Oxford: Blackwell Science, 1994:441–54.

Статья поступила в редакцию 30.09.2013