

**О.А. Бондаренко**Львовский национальный медицинский университет  
имени Данила Галицкого

# Клинические аспекты эффективности лечения хронического панкреатита в сочетании с ожирением

## Ключевые слова

Хронический панкреатит, ожирение, лечение, антигомотоксические препараты, «Кардонат», «Конфизим», «Цефасель», «Стевиясан».

Актуальность проблемы диагностики и лечения внутренних болезней на фоне ожирения определяется тем, что, по данным ВОЗ, избыточную массу тела и ожирение к концу XX ст. имели около 30 % населения планеты, то есть примерно 1,7 млрд человек [13]. По прогнозам эпидемиологов, к 2025 г. ожирением будут страдать 40 % мужчин и 50 % женщин [1, 12]. Количество детей, страдающих избыточной массой тела, в настоящее время составляет 20 млн и более [11]. Ожирение у миллионов людей четко ассоциируется с повышением риска общей смертности, а также серьезных медицинских проблем, таких как сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, неалкогольная жировая болезнь печени, мышечно-скелетные расстройства, нарушения сна (синдром апноэ во сне), некоторые формы рака [9, 10].

Если связь ожирения с указанными заболеваниями известна давно и изучена достаточно хорошо, то к гастроэнтерологическим аспектам ожирения повышенный интерес наблюдается только в последние десятилетия. Фундаментальные и прикладные исследования в области гастроэнтерологической физиологии и патофизиологии, гастроэнтерологической эндокринологии, гастронейробиологии, гепатологии, нутрициологии вносят весомый вклад в углубление знаний о регуляции массы тела, патогенезе ожирения и связанной с ним патологии. Доказано, что гастроинтестинальная и гепатобилиарная системы играют важнейшую роль в регуляции массы тела и энергетического баланса, а

ожирение вызывает серьезные нарушения со стороны органов пищеварения [5–7].

Известно, что ожирение и возникающие при этом метаболические нарушения являются существенными факторами в патогенезе заболеваний поджелудочной железы (ПЖ). Систематическое употребление жирной пищи приводит к избыточной продукции холецистокинина-панкреозимина и липолитических ферментов ПЖ. Результатом этого является повышение концентрации ферментов в панкреатическом соке, происходит преципитация белка с образованием белковых «пробок» в просвете ацинусов и мелких протоков с развитием панкреатита. В патогенезе панкреатита при ожирении принимают участие и другие механизмы: гиперлипидемия, повышение литогенности желчи, повышенная продукция жировой тканью некоторых провоспалительных медиаторов и т. д. [4–7].

Несмотря на наличие теоретических предпосылок, клинические аспекты хронического панкреатита (ХП) на фоне ожирения не изучены, а лечение не разработано.

Цель работы — повысить эффективность лечения хронического панкреатита, протекающего на фоне ожирения, на основе включения в терапию препаратов карнитина, селена, комплекса растительных и животных ферментов, фитопрепарата «Стевиясан» и антигомотоксических препаратов.

## Материалы и методы

Обследованы 362 больных с ХП в стадии обострения. У всех пациентов в соответствии с

индексом массы тела [1] диагностировано ожирение: у 153 (42,2 %) больных — I степени, у 114 (31,5 %) — II степени, у 73 (20,2 %) — III степени, у 22 (6,1 %) больных — IV степени. В исследование вошли 224 (61,9 %) женщины и 138 (38,1 %) мужчин в возрасте от 28 до 63 лет. Давность основного заболевания, то есть ХП, составила от 3 до 22 лет. У 206 (56,9 %) больных диагностировано ожирение по гиноидному (женскому) типу, а у 156 (43,1 %) — по висцеральному (мужскому).

Выраженность жалоб оценивали с помощью полуколичественного показателя средней степени тяжести (ССТ) [3].

В зависимости от применявшегося лечения больные были распределены на две лечебные группы. В группу сравнения вошли 164 (45,3 %) больных, в основную — 198 (54,7 %). Группы были сопоставимы по половому и возрастному составу, длительности ХП, степени ожирения и его типу.

Больные группы сравнения получали общепринятую терапию ХП: диету в рамках стола № 5п, антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы), спазмолитики, инфузионную терапию, при необходимости — анальгетики, антибактериальные средства.

Больные основной группы в дополнение к базисной терапии получали «Кардонат» (препарат на основе карнитина) по 2 капсулы 3 раза в сутки, «Цефасель» (препарат селена с выраженным антиоксидантным эффектом) по 100 мг 3 раза в сутки.

В соответствии со степенью панкреатической недостаточности больным группы сравнения назначали ферментные препараты животного происхождения, а больным основной группы — диетическую добавку «Конфизим», в состав которой входят панкреатин — 250 мг, а также ферменты растительного и фунгального происхождения: бромелайн — 50 мг, папаин — 50 мг, лактаза — 50 мг. «Конфизим» назначали также в зависимости от степени внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

Длительность основного этапа лечения, описанного выше, составляла 3 нед в условиях специализированного гастроэнтерологического стационара, а затем в течение 1 мес в амбулаторных условиях больные группы сравнения продолжали прием антисекреторных, спазмолитических средств, ферментных препаратов животного происхождения. Больные основной группы также в течение месяца получали фитопрепарат «Стевиясан», содержащий комплекс дитерпеновых гликозидов, флавоноидов, аминокислот (большое количество свободного

пролина), кумарин, микроэлементы (железо, магний, фосфор, кальций, калий, медь, цинк), клетчатку. Кроме того, в состав препарата входят стевиазиды, близкие по структуре к гормонам-регуляторам метаболизма (нормализуют уровень сахара в крови, снижают показатели холестерина крови, продукцию свободных радикалов, повышают иммунитет, оказывают бактериостатическое действие). Параллельно со «Стевиясаном» больные получали комбинацию препаратов «Коэнзим композитум» и «Убихинон композитум». Эти препараты оказывают комплексное воздействие на различные этапы и звенья энергообмена. Основной механизм их действия — снижение активности перекисного окисления липидов и активация антиоксидантной системы — делает их незаменимыми на всех этапах лечения. Кроме этого, являясь важнейшими кофакторами цикла Кребса, «Убихинон композитум» и «Коэнзим композитум» восстанавливают нарушенные реакции при блокаде ферментных систем, способствуют нормализации уровня ацетил-КоА и запуску энергетических процессов по более выгодному в энергетическом отношении пути. «Коэнзим композитум» — многокомпонентный кофермент, регулируя процессы энергетического и пластического обмена, оптимизирует метаболизм витаминов и минералов. Вместе с препаратом «Убихинон композитум» он способствует выведению токсинов из паренхимы и межклеточного пространства. Применение этих препаратов позволяет окончательно устранить основные патогенетические изменения, возникающие при нарушении обмена веществ, в том числе при ожирении и метаболическом синдроме [2]. Эти препараты назначали внутримышечно по 2,2 мл в одном шприце 1 раз в 3 дня № 10.

По окончании лечения препаратами «Стевиясан», «Коэнзим композитум» и «Убихинон композитум» больные получали «Берберис-Гомаккорд» по 10 кап 3 раза в сутки в течение месяца. Препарат оказывает комплексное дренажное, противовоспалительное, спазмолитическое действие на желчные протоки, активизирует выведение токсинов через печень и почки, регулирует функции надпочечников [8].

### Результаты и обсуждение

Основной вариант лечения способствовал исчезновению болей у 59 (29,8 %) больных, уменьшению выраженности болевого синдрома — у 109 (55,1 %). Несмотря на лечение, интенсивность болей осталась прежней у 21 (10,6 %) больного и даже увеличилась у 9 (4,5 %). Усиление болей, вероятно, связано с нарушением диеты в

конце лечения. Эти больные почувствовали себя значительно лучше и, не посоветовавшись с врачом, самостоятельно расширили диетический режим, у них произошла ненамеренная пищевая провокация. Такая же провокация имела место и у больных группы сравнения. Однако усиление боли в последней группе возникало чаще (см. ниже). С учетом частоты усиления боли после расширения диеты мы вычислили показатель стойкости эффекта лечения. Так, лечение способствовало стойкому эффекту в отношении болевого синдрома у 189 (95,5 %) больных основной группы. В этой группе ССТ болевого синдрома после лечения составила 1,28. Более эффективным было лечение у пациентов с приступообразной болью. При поступлении в клинику такая боль имела место у 141 (68,4 %) больного, 69 из которых попали в основную лечебную группу. Терапия способствовала исчезновению или уменьшению выраженности боли у 63 (91,3 %) из этих больных.

В группе сравнения боль исчезла у 32 (19,5 %) больных, уменьшилась — у 78 (47,6 %), осталась прежней — у 32 (19,5 %), усилилась — у 22 (13,4 %) больных. Стойкость клинического эффекта в отношении болевого синдрома — 86,6 %. ССТ боли после лечения у больных группы сравнения составила 1,65.

Таким образом, дополнение базисного лечения антигомотоксическими препаратами, «Кардона-том», «Цефаселем», «Стевиясаном», «Конфизимом» способствовало и более выраженному уменьшению интенсивности боли, и большей стойкости результатов терапии.

Основной вариант лечения оказался более эффективным по сравнению с базисной терапией и в отношении влияния на диспептический синдром. Диспепсические явления в основной группе к концу лечения исчезли у 65 (32,8 %) больных, уменьшились — у 113 (57,1 %), остались прежними — у 12 (6,1 %), усилились — у 8 (4,0 %) больных. ССТ диспепсических явлений в этой группе под влиянием лечения снизилась до 1,22.

В группе сравнения явления диспепсии исчезли у 38 (23,2 %) больных, уменьшились — у 85 (51,8 %), остались прежними — у 24 (14,6 %), усилились — у 17 (10,4 %) больных. ССТ диспепсии после лечения составила 1,46.

Анализ того, какие именно диспепсические явления лучше поддаются основному варианту лечения, показал, что он более эффективно воздействует на проявления желудочной и билиарной диспепсии, то есть на тяжесть в эпигастрии, тошноту, отрыжку, изжогу, горечь во рту. Так, если до лечения частота этих жалоб была сходной у больных обеих лечебных групп, то после лече-

ния в основной группе составила 39,9 % (у 79 больных), а в группе сравнения — 57,3 % (у 94 больных). Кроме того, основной вариант лечения более эффективно, чем базисная терапия, способствовал нормализации стула при исходных запорах или чередовании запоров и поносов. После лечения частота таких нарушений стула в основной группе составила 26,3 % (у 52 больных), а в группе сравнения — 37,8 % (у 62 больных).

Динамика клинических проявлений внешне-секреторной недостаточности ПЖ была сходной у больных обеих групп, несмотря на то, что больные основной группы получали ферментный препарат, представляющий собой сочетание животных, растительных и фунгальных ферментов, а больные группы сравнения — ферментные препараты только животного происхождения. После окончания лечения ССТ клинических проявлений панкреатической недостаточности в основной группе составила 1,05, в группе сравнения — 1,08, то есть эффективность терапии в отношении жалоб, обусловленных панкреатической недостаточностью, зависела от правильного подбора дозы ферментного препарата.

Клинические проявления эндокринной недостаточности ПЖ в результате терапии исчезли у всех больных основной группы, у которых соответствующие жалобы имели место при поступлении в клинику, но сохранились (хотя и уменьшились) у 7 (4,3 %) больных группы сравнения. Безусловно, эффективность терапии в данном случае зависела и от правильного назначения сахароснижающих средств, и от дополнения лечения в основной группе препаратом «Стевиясан».

Общую слабость после лечения отмечали 58 (29,3 %) больных основной группы и 85 (51,8 %) — группы сравнения. ССТ астенического синдрома составила после лечения соответственно 1,04 и 1,20.

Симптомы, связанные со сдавлением соседних органов увеличенной головкой ПЖ, в частности иктеричность, исчезли у 28 из 39 больных, которые имели соответствующие проявления до лечения. Вероятно, эффекта удалось достичь в тех случаях, когда сдавление общего желчного протока происходило преимущественно за счет отека и инфильтрации головки ПЖ, но не при индуративном ХП, когда увеличение ПЖ происходит за счет избыточного развития соединительной ткани. Частота исчезновения иктеричности не зависела от того, к какой группе относились пациенты.

Под влиянием основного варианта терапии динамика объективных симптомов сочетанной па-

тології була більш вираженою. ССТ пальпаторної болезненності в проекції ПЖ після лікування у больних основної групи склала 1,32, а у больних групи порівняння — 1,46.

### Висновки

Лікування з включенням «Кардоната», «Цефаселя», «Конфізіма», «Стевіясана» і антигомотоксических препаратів більш ефективно, ніж традиційна терапія, в купірованні болювого синдрому у больних ХП на фоні ожиріння, особливо при наявності приступообразної абдоминальної болю.

Предложена нами терапія ХП в поєднанні з ожирінням має переваги в купірованні диспептичного синдрому, головним образом при жовудочної і билиарної диспепсії, а також при запорах і неустойчивому стільці.

Свойство «Стевіясана» регулювати рівень глюкози крові обусловлюють переваги розробанного нами варіанта лікування в отношении усунування жалоб, зв'язаних з сахарним діабетом, у больних з поєднаною патологією.

Комбінована терапія більш ефективно, ніж традиційне лікування, впливає на проявлення астєнії.

**Перспективи дослідження** заключаються в аналізі віддалених результатів розробанного нами варіанта лікування з включенням «Кардоната», «Цефаселя», «Конфізіма», «Стевіясана» і антигомотоксических препаратів, а також в розробці дифференціованого підходу к назначенію упомянутой комплексной терапии с учетом клинических особенностей ХП, типа нарушения внешней секреции ПЖ, ультразвуковых данных.

### Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение.— М: Мед. информ. агентство, 2004.— 456 с.
2. Зайцева Н.Е. Антигомотоксическая коррекция нарушений обмена веществ у детей с ацетонемическим синдромом — профилактика развития метаболического синдрома у взрослых // Биол. терапия.— 2010.— № 1.— С. 27—29.
3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel.— К: Морион, 2000.— 320 с.
4. Маев И.В., Москалева А.Б., Сальникова Е.А., Кучерявый Ю.А. Ожирение и болезни поджелудочной железы // Consilium medicum.— 2008.— Прилож. Гастроэнтерология, № 1.— С. 24—29.
5. Передерий В.Г., Ткач С.М. Возможные механизмы развития неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы // Вестн. клуба панкреатологов.— 2011.— № 1.— С. 50—54.
6. Передерий В.Г. Ожирение: междисциплинарный вызов медицине XXI века // Здоров'я України.— 2010.— № 10.— С. 22—24.
7. Ткач С.М., Передерий В.Г. Гастроэнтерологические последствия избыточной массы тела и ожирения // Здоров'я України.— 2007.— № 1.— С. 54—55.
8. Эффективная терапия хронического интоксикационного синдрома // Биол. терапия.— 2010.— № 2.— С. 22.
9. Ahima R. Obesity: much silence makes a mighty noise // Gastroenterol.— 2007.— Vol. 132.— P. 2085—2086.
10. Giovannucci E. The role of obesity and related metabolic disturbances in cancers of colon, prostate and pancreas // Gastroenterol.— 2007.— Vol. 132.— P. 2208—2225.
11. Ogden C., Yanovski S., Carroll M. The epidemiology of obesity // Gastroenterol.— 2007.— Vol. 132.— P. 2087—2102.
12. Pender J.R., Pories W.J. Epidemiology of obesity in the United States // Gastroenterol. Clin. North. Am.— 2005.— Vol. 34, N 1.— P. 1—7.
13. Seidell J.S. The worldwide epidemic of obesity // Progress in obesity research (8th International Congress on obesity).— London: John Libbey & Company Ltd., 1999.— P. 661—668.

О.О. Бондаренко

## Клінічні аспекти ефективності лікування хронічного панкреатиту в поєднанні з ожирінням

Обстежено 362 хворих з поєднанням хронічного панкреатиту та ожиріння. Хворих розподілено на дві групи. Пацієнти основної групи додатково до традиційної терапії отримували «Кардонат», «Конфізім», «Цефасель», потім «Стевіясан» і антигомотоксичні препарати. Пацієнти групи порівняння отримували лише традиційне лікування. Запропонований варіант лікування виявився ефективнішим щодо пригнічення болювого, диспептичного, астєнічного синдромів, клінічних виявів цукрового діабету.

О.А. Bondarenko

## Clinical aspects of the efficacy of the treatment of chronic pancreatitis in combination with obesity

The study included 362 patients with combination of chronic pancreatitis and obesity. Patients were divided into two groups. Patients of the main group received *Cardonat*, *Confizim*, *Cefasel* following by *Steviyasan* and antihomototoxic preparations in addition to conventional therapy. Patients of the comparison group received only traditional treatment. The main treatment option proved to be more effective in relief of pain, dyspeptic and asthenic syndromes, and clinical manifestations of diabetes mellitus.

---

### Контактна інформація

Бондаренко Ольга Олександрівна, к. мед. н., доцент  
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69  
Тел. (32) 258-75-07. E-mail: dep\_ther@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 3 липня 2012 р.