



К. М. Скоропад

Івано-Франківський національний медичний університет

Застосування комплексу незамінних, умовно замінних і замінних амінокислот у лікуванні хворих з поєднанням хронічного алкогольного панкреатиту та цирозу печінки

Мета — вивчити вплив препарату, який містить комплекс незамінних, умовно замінних та замінних амінокислот, на функціональний стан підшлункової залози (ПЗ), білково-синтетичну функцію печінки, трофологічний статус у хворих з поєднанням хронічного алкогольного панкреатиту (ХАП) і цирозу печінки (ЦП) класу А, В за класифікацією Чайльда — П'ю.

Матеріали та методи. Обстежено 38 хворих на ХАП та 40 — з поєднаним алкогольним ураженням ПЗ та печінки (ХАП та ЦП класу А, В за класифікацією Чайльда — П'ю). Кожну з груп розподілили на дві підгрупи залежно від способу лікування. Пацієнти з ХАП першої підгрупи ($n=20$) отримували стандартну терапію впродовж 2 тиж, а другої підгрупи ($n=18$) — додатково «Гепасол Нео» по 500 мл 8 % розчину довенно краплинно через день 5 разів. Перша підгрупа з поєднаним ХАП та ЦП ($n=20$), окрім лікування ХАП, отримувала адеметіонін («Гептрал») по 400 мг довенно краплинно двічі на добу протягом 5 днів, потім — по 400 мг усередину до 2 тиж, «Дуфалак» по 30 мл усередину двічі на добу протягом 2 тиж, «Верошпірон» по 100—200 мг залежно від класу ЦП (базова терапія), друга підгрупа ($n=20$) додатково до базової терапії — «Гепасол Нео» по 500 мл 8 % розчину довенно краплинно через день 5 разів. Оцінювали клінічні вияви, стан ПЗ та печінки, трофологічний статус. Проводили копрологічне дослідження, визначення активності хімотрипсину в калі, фосфоліпази А2 типу ІА, рівня загального білка, альбуміну, холінестерази в сироватці крові.

Результати. Установлено вираженіше поліпшення функціонального стану ПЗ (зменшення виявів зовнішньосекреторної недостатності, за клінічними даними, деяке підвищення рівня хімотрипсину в калі ($p < 0,05$)), білково-синтетичної функції печінки (підвищення рівня загального білка, альбуміну, холінестерази ($p < 0,05$)) і трофологічного статусу при застосуванні препарату «Гепасол Нео».

Висновки. Запропонована схема лікування має більш виражений позитивний вплив на функціональний стан ПЗ і печінки у хворих з поєднанням ХАП і ЦП.

Ключові слова: хронічний алкогольний панкреатит, алкогольний цироз печінки, суміш амінокислот.

Зловживання алкоголем — найчастіша причина ураження підшлункової залози (ПЗ) та печінки в багатьох країнах світу [20]. Особливу небезпеку становить «випивка під хорошу закуску» (жирна їжа), що може призвести до появи хронічного алкогольного панкреатиту (ХАП) у 80 % випадків. З огляду на те, що на частку хронічного панкреатиту припадає 5—9 % у структурі захворювань органів травлення, його

частота за останніх 30 років у деяких країнах зросла вдвічі-втричі, а також можливість залучення в патологічний процес прилеглих анатомічних структур, зокрема печінки, проблема хронічного панкреатиту має соціальний характер [1]. Алкогольна хвороба печінки (АХП) — одна з найважливіших причин захворюваності та смертності населення у світі, а кількість випадків смерті внаслідок АХП перевищує кількість загиблих унаслідок автомобільних катастроф [19].

Систематична токсична дія алкоголю на організм людини реалізується як через прямі, так і через опосередковані механізми, через патологічно змінені органи, зокрема печінку [2], що нерідко призводить до метаболічної недостатності, оскільки гепатоцити не повністю забезпечені необхідними субстанціями, особливо при розвитку цирозу печінки (ЦП). Це зумовлено капіляризацією синусоїдів, втратою фенестр та відкладанням екстрацелюлярного матриксу, в результаті чого обмежується доступ компонентів крові до рецепторів та іонних каналів гепатоцитів, а також активацією непаренхіматозних клітин печінки, порушенням біліарної секреції, розлади якої характерні і для ХАП та призводять до метаболічних змін, зокрема у метаболізмі вуглеводів та амінокислот, синтезі сироваткових протеїнів та факторів зсідання крові, знешкодженні аміаку, біосинтезі ліпідів та ліпопротеїдів, жовчних кислот. Анорексія, блювота, діарея, які часто мають місце при загостренні ХАП, також призводять до недостатнього надходження поживних речовин та спричиняють метаболічні порушення. Ще однією серйозною проблемою у хворих на ХАП є зниження кишкового травлення внаслідок порушення порожнинного і пристінкового, низької білкової забезпеченості слизової оболонки тонкої кишки та ураження її щіткової облямівки [11]. Одночасний розвиток фіброзу печінки, який, за даними ультразвукової гістографії, прямо пропорційно корелює з розвитком фіброзу ПЗ, також зумовлює наростання диспепсичних скарг [5].

Екзокринна недостатність ПЗ, поряд з порушенням структури та функції печінки, у хворих на ХАП призводить до дефіциту мікронутрієнтів з формуванням трофологічної недостатності (білково-енергетичної, вітамінної, макро- та мікроелементної) і потребує корекції [9]. Усунення низки метаболічних порушень, зокрема білкової недостатності та амінокислотного дисбалансу, необхідне також при ЦП, оскільки вони розвиваються внаслідок як порушення синтетичної функції печінки, так і панкреатичної недостатності [6]. Ще одним виявом алкогольного ЦП є виражена печінкова енцефалопатія, зумовлена амінокислотним дисбалансом, ендотоксикозом, печінковою недостатністю, яка патогенетично реалізується через функціональні та гемодинамічні механізми [14]. Маючи різний ступінь мальнутриції, всі пацієнти з АХП потребують її корекції [18], найдоцільнішим є застосування препаратів зі збалансованим у кількісному і якісному співвідношенні складом компонентів, зокрема незамінних амінокислот, висока

біологічна цінність яких і достатній вміст L-аргініну, валіну, лейцину, ізолейцину можуть бути субстратом для синтезу оксиду азоту як одного із механізмів зменшення розвитку портальної гіпертензії [15].

Таким чином, актуальним є вивчення ефективності комбінованих препаратів, які містять 80 г/л амінокислот, зокрема L-аргініну — 10,72 г/л, L-валіну — 10,08 г/л, L-ізолейцину — 10,4 г/л, L-лізину — 6,88 г/л, L-метіоніну — 1,1 г/л, L-треоліну — 4,4 г/л, L-аланіну — 4,64 г/л тощо та 12,9 г/л азоту («Гепасол Нео» (Hepasol Neo 8%) виробництва Немофарм). Амінокислоти, які вводяться парентерально, метаболізуються в усіх органах і тканинах, використовуються в процесах синтезу білка та для забезпечення енергетичних витрат організму.

У поодиноких дослідженнях ефективності амінокислотних сумішей встановлено здатність препарату зменшувати вияви печінкової енцефалопатії [6, 8, 12], поліпшувати стан ендотелію за рахунок продукції та вивільнення оксиду азоту і зменшення портальної гіпертензії [11]. Досліджень, присвячених вивченню ефективності застосування суміші амінокислот при поєднаному ураженні підшлункової залози (ХАП) та печінки (ЦП класу А та В за класифікацією Чайльда — П'ю) на клінічний перебіг і трофологічний статус хворих, у доступній літературі не виявлено.

Мета дослідження — вивчити вплив препарату, який містить 8 незамінних, 2 умовно замінні та 5 замінних амінокислот на функціональний стан підшлункової залози, білково-синтетичну функцію печінки, трофологічний статус у хворих з поєднанням хронічного алкогольного панкреатиту і алкогольного цирозу печінки класу А, В за класифікацією Чайльда — П'ю.

Матеріали та методи

Обстежено 38 хворих на ХАП та 40 — з поєднаним алкогольним ураженням ПЗ та печінки (ХАП та ЦП класу А, В за класифікацією Чайльда — П'ю). Кожну з груп розподілили на дві підгрупи залежно від способу лікування. Пацієнти з ХАП першої підгрупи (n = 20) отримували терапію згідно з наказом МОЗ України № 638 від 10.09.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті» впродовж 2 тиж, а другої підгрупи (n = 18) — додатково суміш незамінних, умовно замінних та замінних амінокислот по 500 мл 8% розчину доведено краплинно через день 5 разів.

Перша підгрупа з поєднаним ХАП та ЦП (n = 20), окрім лікування ХАП, отримувала аде-

метіонін («Гептрал», Abbott Laboratories GmbH) по 400 мг доведено краплинно двічі на добу протягом 5 днів, потім — по 400 мг усередину до 2 тиж, «Дуфалак» по 30 мл усередину двічі на добу протягом 2 тиж, «Верошпірон» по 100–200 мг залежно від класу ЦП (базова терапія), друга підгрупа (n = 20) додатково до базової терапії — суміші амінокислот по 500 мл 8% розчину доведено краплинно через день 5 разів.

Ефективність включення «Гепасолу Нео» до комплексної терапії хворих з поєднаним алкогольним ураженням ПЗ та печінки оцінювали за клінічними (характер випорожнення, його частота, кількість, явища метеоризму, стан апетиту), копрологічними (наявність стеато-, креатореї) та функціональними (визначення активності хімотрипсину в калі з використанням набору Chymotrypsin Activity Immundiagnostic (Німеччина), фосфоліпази А2 типу ПА в сироватці крові з використанням набору sPLA2 human Type PA Cayman Chemical (США)) наслідками. Вираженість змін синтетичної функції печінки вивчали за рівнем холінестерази з використанням наборів Lachema (Чехія), загального білка, альбуміну, а трофологічний статус — за допомогою антропометричних тестів (індекс маси тіла, обвід плеча, товщина шкірно-жирових складок у стандартних точках).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили із застосуванням програми Statistica 12.5 та Microsoft Excel, з визначенням коефіцієнтів Стюдента, Пірсона, Фішера та коефіцієнта кореляції Пірсона.

Результати та обговорення

Зі специфічних виявів зовнішньосекреторної недостатності ПЗ проноси, які мали місце до лікування у 45,0 і 42,1% хворих на ХАП першої та другої підгруп відповідно, після його завершення зменшилися до появи напівформленого чи оформленого випорожнення у 30,0 і 20,6% пацієнтів, тобто достовірного впливу «Гепасолу Нео» на усунення діареї не відзначено. Метеоризм зник у 20,0% (з 55,) до 35,0%) хворих на ХАП першої підгрупи та у 42,45% (із 63,5 до 21,05%) пацієнтів другої. При поєднаному алкогольному ураженні печінки і ПЗ проноси в першій підгрупі зникли у 25% хворих, а у другій — у 30,0%, вияви метеоризму — відповідно у 10,0% (із 70,0 до 60,0%) та 35,0% (із 65,0 до 30,0%). Зменшення виявів метеоризму після включення до стандартної терапії препарату «Гепасол Нео», ймовірно, пояснюється здатністю L-аргініну, який входить до складу препарату, запобігати процесам бактеріальної транслокації, підсилувати бар'єрну

функцію кишечника, модифікувати імунну відповідь [16]. Креаторею у хворих на ХАП першої підгрупи не виявили у 10,0%, у другій — у 25,0%, у хворих з поєднанням ХАП і ЦП — відповідно у 10,0 та 20,0% пацієнтів, стеаторею у хворих на ХАП — відповідно у 10,0 та 15,0% осіб, у пацієнтів з ХАП та ЦП — у 10,0 і 25,0%.

Активність хімотрипсину в калі у хворих на ХАП першої підгрупи мала тенденцію до зростання (з $(4,9 \pm 0,25)$ до $(5,35 \pm 0,18)$ ОД/г; $p > 0,05$), у пацієнтів другої підгрупи — достовірно підвищилася (з $(5,59 \pm 0,31)$ до $(6,40 \pm 0,22)$ ОД/г; $p < 0,05$), в осіб з поєднанням ХАП і ЦП — зросла відповідно з $(4,16 \pm 0,53)$ до $(5,30 \pm 0,30)$ та з $(3,59 \pm 0,14)$ до $(4,08 \pm 0,16)$ ОД/г, залишаючись у 2,8 і 3,7 разу нижчою за показник здорових осіб ($(15,01 \pm 0,16)$ ОД/г). Активність фосфоліпази А2 типу ПА в сироватці крові у хворих на ХАП мала тенденцію до зниження в першій підгрупі (з $(388,0 \pm 17,6)$ до $(347,5 \pm 14,6)$ пг/мл; $p > 0,05$) та достовірно зменшилася у другій підгрупі (з $(390,0 \pm 18,0)$ до $(304,5 \pm 14,7)$ пг/мл; $p < 0,05$), у хворих з поєднанням ХАП і ЦП — зменшилася відповідно з $(553,0 \pm 22,7)$ до $(498,0 \pm 20,7)$ та з $(566,5 \pm 26,3)$ до $(483,0 \pm 25,1)$ пг/мл ($p < 0,05$) (рис. 1). Зменшення активності фосфоліпази А2 типу ПА під впливом препарату «Гепасол Нео», ймовірно, пояснюється його здатністю посилювати мікроциркуляцію в тканині ПЗ, метаболічними властивостями аргініну, поліпшенням функціонального стану печінки. Зниження активності інших панкреатичних ферментів (амілази в крові хворих на гострий

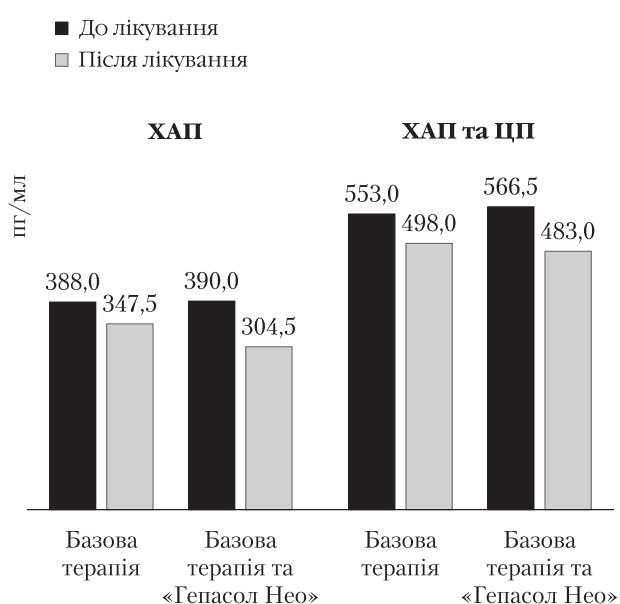


Рис. 1. Динаміка активності фосфоліпази А2 типу ПА під впливом різної тактики лікування

панкреатит) під впливом аргініну встановили також інші дослідники [3].

Рівень сироваткової холінестерази, як маркера субклінічної білкової недостатності, після лікування у хворих на ХАП першої підгрупи мав тенденцію до зростання (з $(6196 \pm 272,2)$ до $(6462 \pm 246,2)$ МО/л), у пацієнтів другої підгрупи — підвищувався достовірно (з $(5817 \pm 247,6)$ до $(6909,0 \pm 236,9)$ МО/л; $p < 0,05$), при поєднаному алкогольному ураженні ПЗ і печінки — зростав недостовірно (відповідно з $(4523,0 \pm 257,7)$ до $(4902,0 \pm 242,5)$ та з $(4430,0 \pm 233,9)$ до $(5014,0 \pm 228,1)$ МО/л).

Вміст загального білка в сироватці крові у хворих на ХАП після лікування в першій підгрупі мав тенденцію до зростання (з $(74,20 \pm 2,89)$ до $(80,3 \pm 30,1)$ г/л; $p > 0,05$), у другій підгрупі збільшився із $(71,20 \pm 2,04)$ до $(79,26 \pm 1,63)$ г/л; $p < 0,05$), у хворих з поєднаним алкогольним ураженням ПЗ і печінки — збільшився з $(65,00 \pm 1,96)$ до $(70,80 \pm 1,98)$ г/л ($p < 0,05$). Рівень альбуміну в сироватці крові хворих на ХАП першої підгрупи зріс із 39,90 до 42,81 г/л, другої підгрупи — з $(31,06 \pm 0,66)$ до $(35,2 \pm 0,68)$ г/л ($p < 0,05$), у хворих на ХАП і ЦП — з $(30,0 \pm 0,67)$ до $(34,59 \pm 0,58)$ г/л. Зміни вмісту сироваткового альбуміну, на думку К. Авундук [4], — простий і надійний спосіб визначення прогнозу у тяжких хворих, зокрема у пацієнтів з поєднаним алкогольним ураженням печінки і ПЗ.

Недостатнє надходження амінокислот і калорій призводить до розвитку білково-енергетичної недостатності і наростаючого зниження безжирової маси тіла та кількості жирової тканини. Для

оцінки вмісту жирової тканини, поряд з іншими, рекомендують антропометричні методи — визначення індексу маси тіла, товщини складки над трьохоголовим м'язом плеча, обводу плеча, величини співвідношення вмісту креатиніну та зросту, рівня креатиніну і довжини руки [4, 7]. Визначення індексу маси тіла у хворих на ХАП свідчило про його достовірне збільшення з $(17,7 \pm 0,3)$ до $(18,8 \pm 0,4)$ кг/м² у другій підгрупі та тенденцію до зростання у першій підгрупі (з $(17,8 \pm 0,6)$ до $(19,3 \pm 0,6)$ кг/м²). При поєднаному алкогольному ураженні ПЗ і печінки у хворих першої підгрупи відзначено недостовірне збільшення цього показника, у пацієнтів другої підгрупи — зростання з $(17,2 \pm 0,5)$ до $(19,2 \pm 0,5)$ кг/м² ($p < 0,05$). У хворих на ХАП і з поєднанням ХАП і ЦП другої підгрупи виявлено достовірне збільшення товщини складки над трицепсом (відповідно з $(9,8 \pm 0,3)$ до $(10,8 \pm 0,3)$ мм та з $(6,1 \pm 0,3)$ до $(7,0 \pm 0,3)$ мм, $p < 0,05$) при тенденції до зростання цього показника у хворих перших підгруп (рис. 2). Обвід плеча також дещо збільшувався в усіх групах хворих, але достовірно — лише при ХАП (з $(26,8 \pm 0,4)$ до $(28,2 \pm 0,4)$ мм) (рис. 3).

Полішення соматометричного статусу (шкірно-жирової складки над трицепсом, обводу плеча) тощо у хворих на ЦП як наслідок вірусного гепатиту С під впливом суміші амінокислот відзначали й інші автори [13]. Такий ефект пояснюється нормалізуючим впливом на пул амінокислот в органах і тканинах, гальмуванням процесів перекисного окиснення ліпідів, активацією антиокисної активності, стабілізацією біологічних мембран.

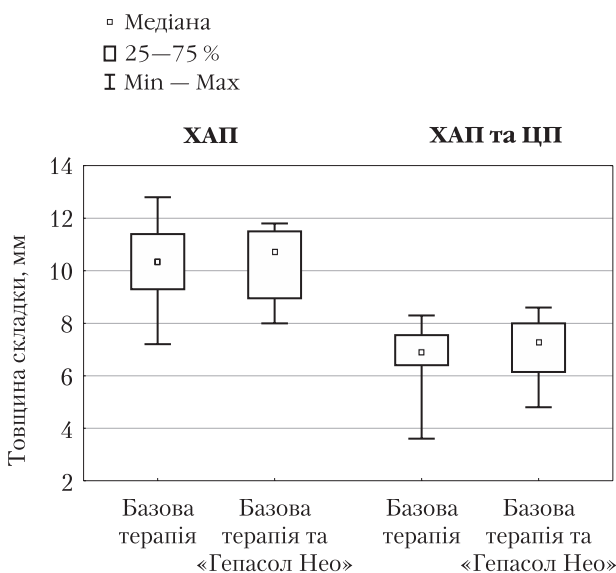


Рис. 2. Зміна товщини шкірної складки над трицепсом під впливом різних схем лікування

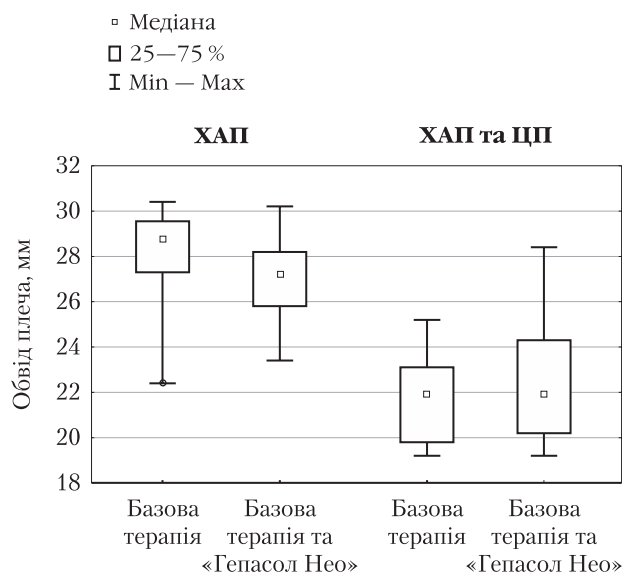


Рис. 3. Динаміка середнього обводу плеча під впливом різних терапевтичних схем

Під впливом комплексної терапії з включення «Гепасолу Нео», поряд зі зменшенням ознак цитолітичного та астеновегетативного синдромів, мало місце зменшення виявів печінкової енцефалопатії (зростала швидкість виконання тесту зв'язування чисел з $(80,7 \pm 2,8)$ до $(48,8 \pm 3,0)$ с у хворих на ХАП і з $(101,4 \pm 4,5)$ до $(90,4 \pm 2,8)$ с у пацієнтів з ХАП та ЦП), що підтверджують також інші дослідники [6]. Окрім того, у хворих обох груп, як під впливом стандартної терапії, так і при додатковому застосуванні «Гепасолу Нео», зменшувалися розміри портальної вени: відповідно з $(11,1 \pm 0,3)$ до $(10,1 \pm 0,3)$ мм та з $(11,30 \pm 0,04)$ до $(10,00 \pm 0,03)$ мм у пацієнтів з ХАП і з $(13,40 \pm 0,03)$ до $(11,90 \pm 0,03)$ та з $(13,7 \pm 0,3)$ до $(11,9 \pm 0,2)$ мм у пацієнтів з поєднаним алкогольним ураженням ПЗ і печінки. На думку Shigeru Kakimitsu [17], це пояснюється підвищенням портального кровотоку, спричиненим L-аргініном, що також відзначили автори, достовірно вищим порівняно із загальним серце-

вим викидом, тобто посиленням циркуляції в мезентеріальних і печінкових судинах, підтвердженим у хворих на ЦП за допомогою імпульсної доплер-сонографії.

Висновки

Згідно з отриманими даними, позитивна динаміка функціонального стану підшлункової залози та печінки і трофологічного статусу є результатом комплексного лікування із застосуванням стандартної терапії та суміші незамінних, умовно замінних та замінних амінокислот. З огляду на вищу ефективність лікування у хворих, які отримували препарат «Гепасол Нео», що виявлялось вираженішим усуненням симптомів захворювання, деяким поліпшенням функціонального стану підшлункової залози та печінки, трофологічного статусу хворих слід вважати доцільним його застосування у комплексній терапії хворих з поєднаним алкогольним ураженням підшлункової залози і печінки.

Список літератури

1. Бабанов С.А. Хронический панкреатит: болезнь сытых и голодных // Новая аптека. — 2015. — № 7. — С. 16—48.
2. Буклис Э.Р., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Цирроз печени: механизмы метаболических нарушений и недостаточности пищеварения, заместительная ферментная терапия // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2007. — № 3. — С. 13—18.
3. Верхулецкий И.Е. и др. Перспективы использования препарата Гепасол®А в лечении острого панкреатита // Укр. журн. екстремальной медицины імені Г.О. Можаява. — 2008. — Т. 9, № 3. — С. 68—72.
4. Гастроэнтерология / Пер. с англ.; под ред. К. Авундук. — М., 2013. — 752 с.
5. Губергриц Н.Б., Колкина В.Я. Возможности ультразвуковой гистографии в оценке выраженности фиброза поджелудочной железы при хроническом панкреатите // Тер. архив. — 2015. — № 2. — С. 59—63.
6. Губергриц Н.Б., Фоменко П.Г. Эффективность комбинированного препарата гепасол нео в лечении больных с циррозами печени // Новости медицины и фармации (Гастроэнтерология). — 2012. — С. 429.
7. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. — М.: Геотар-Медиа, 2007. — 800 с.
8. Козько В.Н., Бондарь Н.Е., Соломенник А.О. Клиническая эффективность препаратов гепасол-А и гепасол нео у больных хроническими вирусными заболеваниями печени // Укр. журн. екстремальной медицины імені Г.О. Можаява. — 2009. — Т. 10, № 4. — С. 88—91.
9. Кучерявый Ю.А. Особенности микронутритивного статуса пациентов с хроническим панкреатитом // Фарма-тека. — 2015. — № 2. — С. 31—38.
10. Русин В.І., Сірчак Є.С., Івачевський М.М., Петричко О.І. Дисфункція ендотелію у хворих на цирроз печінки з ознаками печінкової енцефалопатії та шляхи її корекції // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаява. — 2011. — Т. 12, № 1. — С. 43—47.
11. Строчкова О.А., Еремина Е.Ю. Хронический алкогольный панкреатит и некоторые патогенетические механизмы расстройства пищеварения // Мед. альманах. — 2015. — № 1. — С. 38—42.
12. Хлынов И.Б., Ванчугова Н.Н., Хлынова Р.И. Применение аминокислот с разветвленной боковой цепью в лечении энцефалопатии у больных циррозом печени // Успехи современного естествознания. — 2014. — № 6. — С. 70—71.
13. Хлынов И.Б., Лисовская Т.В., Чикурова М.В. Индивидуальные схемы энтерального питания у больных вирусным циррозом печени // Мед. наука и образование Урала. — 2011. — № 4. — С. 25—29.
14. Цирроз печени и его осложнения / Под ред. О.Я. Бабака, Е.В. Колесниковой. — К., 2011. — 576 с.
15. Böger R.H. The pharmacodynamics of L-arginine // J Nutr. — 2007. — Vol. 137 (suppl. 2). — P. 1650S—1655S.
16. Izzüt-Uysal V.N., Ozkaya Y.G., Ozdemir S. Effect of L-arginine on age-related changes in macrophage phagocytic activity // Immunol. Invest. — 2004. — Vol. 33 (3). — P. 287—293.
17. Kakimitsu Shigeru et al. Effects of l-arginine on the systemic, mesenteric, and Hepatic circulation in patients with cirrhosis // Hepatol. — 1998. — Vol. 27 (2). — P. 377—382.
18. Kyrsten D. Fairbanks. Alcoholic Liver Disease. Disease Management Project. The Cleveland Clinic, November 2012. — Modia access: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/hepatology/alcoholic-liver-disease>.
19. Stickel F., Seitz H.K., Hahn E.G., Schuppan D. Alcoholic liver disease-established treatment and new therapeutic approaches // Z. Gastroenterol. — 2003. — Bd. 41 (4). — S. 333—342.
20. Witt H., Apte M.V., Keim V., Wilson J.S. Chronic pancreatitis: challenges and advances in pathogenesis, genetics, diagnosis, and therapy // Gastroenterol. — 2007. — Vol. 132 (4). — P. 1557—1573.

Е. Н. Скоропад

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Применение комплекса незаменимых, условно заменимых и заменимых аминокислот в лечении больных с сочетанием хронического алкогольного панкреатита и цирроза печени

Цель — изучить влияние препарата, содержащего комплекс незаменимых, условно заменимых и заменимых аминокислот, на функциональное состояние поджелудочной железы (ПЖ), белково-синтетическую функцию печени, трофологический статус больных с сочетанием хронического алкогольного панкреатита (ХАП) и алкогольного цирроза печени (ЦП) класса А, В по классификации Чайльда — Пью.

Материалы и методы. Обследованы 38 больных с ХАП и 40 — с сочетанным алкогольным поражением ПЖ и печени (ХАП и ЦП класса А, В по классификации Чайльда — Пью). Каждую из групп распределили на две подгруппы в зависимости от способа лечения. Пациенты с ХАП первой подгруппы (n = 20) получали стандартную терапию на протяжении 2 нед, а второй подгруппы (n = 18) — дополнительно «Гепасол Нео» по 500 мл 8% раствора довенно капельно через день 5 раз. Первая подгруппа с сочетанием ХАП и ЦП (n = 20), кроме лечения ХАП, получала адеметионин («Гептрал») по 400 мг довенно капельно дважды в сутки в течение 5 дней, потом — по 400 мг внутрь до 2 нед, «Дуфалак» по 30 мл внутрь дважды в сутки в течение 2 нед, «Верошпирон» по 100—200 мг в зависимости от класса ЦП (базовая терапия), вторая подгруппа (n = 20) дополнительно к базовой терапии — «Гепасол Нео» по 500 мл 8% раствора довенно капельно через день 5 раз. Оценивали клинические проявления, состояние ПЖ и печени, трофологический статус. Проводили копрологическое исследование, определение активности химотрипсина в кале, фосфолипазы А2 типа IIА, уровня общего белка, альбумина, холинэстеразы в сыворотке крови.

Результаты. Установлено более выраженное улучшение функционального состояния ПЖ (уменьшение проявлений внешнесекреторной недостаточности, по клиническим данным, некоторое повышение уровня химотрипсина в кале ($p < 0,05$)), белково-синтетической функции печени (повышение уровня общего белка, альбумина, холинэстеразы ($p < 0,05$)) и трофологического статуса при использовании препарата «Гепасол Нео».

Выводы. Предложенная схема лечения имеет более выраженное положительное влияние на функциональное состояние ПЖ и печени у больных с сочетанием ХАП и ЦП.

Ключевые слова: хронический алкогольный панкреатит, алкогольный цирроз печени, смесь аминокислот.

К. М. Skoropad

Ivano-Frankivsk National Medical University

The use of complex of essential, conditionally nonessential and nonessential amino acids in the treatment of patients with a combination of chronic pancreatitis and alcoholic liver cirrhosis

Objective — to study the effects of medicine, containing 8 essential, 2 conditionally nonessential and 5 nonessential amino acids, on the functional status of the pancreas, liver protein synthetic function, trophological status in patients with a combination of chronic alcoholic pancreatitis (CAP) and liver cirrhosis (LC) class A, B by Child — Pugh.

Materials and methods. The study involved 38 patients with chronic pancreatitis and 40 subjects with CAP and LC. Each group was divided into two subgroups depending on the method of treatment. Patients with CAP of the first subgroup (20 subjects) received standard therapy for 2 weeks, and the second subgroup (18 patients), in addition to the basic therapy, received 8% solution of Hepasol Neo 500 ml intravenously for 5 times. Patients of the second group were also divided into two subgroups, the first of which (20 patients) got ademetionine (*Heptral*) 400 mg intravenously, twice a day for 5 days, and then 400 mg orally up to 2 weeks, *Duphalac* 30 ml orally twice a day for 2 weeks, *Verospiron* 100—200 mg depending on the class of the cirrhosis, in addition to the treatment of CAP, and such therapy was considered as the basic. Patients of the second subgroup also got 8% solution of *Hepasol Neo* 500 ml intravenously every other day, 5 times, besides basic

therapy. The evaluation included clinical manifestations, the state of pancreas and liver, trophological status. Coprological test, determination of chymotrypsin activity in feces, level of phospholipase A2 type IIA, blood serum levels of total protein, albumin, cholinesterase.

Results. More significant improvement of pancreas functional status has been established: decrease of exocrine insufficiency by clinical data, slightly increased chymotrypsin activity in feces ($p < 0.05$), intensifying of the protein-synthetic liver function (increasing of levels of total protein, albumin, cholinesterase, $p < 0.05$), and improvement trophological status.

Conclusions. Proposed scheme of treatment has provided more pronounced positive effects on the functional state of liver and pancreas in patients with chronic alcoholic pancreatitis, combined with alcoholic liver cirrhosis.

Key words: chronic alcoholic pancreatitis, alcoholic liver cirrhosis, amino acid mixture.

Контактна інформація

Скоропад Катерина Миколаївна, асистент кафедри загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини
76010, м. Івано-Франківськ, вул. К. Данила, 15. Університетська клініка
E-mail: k.skoropad@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 29 грудня 2015 р.