

Роль біорегуляційної корекції вегетативних та імунних порушень при хронічному панкреатиті: практичні аспекти

Хронічний панкреатит (ХП) є серйозною проблемою сучасної гастроентерології, яка вимагає комплексного підходу до лікування. Хвороба супроводжується різноманітними симптомами та порушеннями, серед яких вегетативні та імунні посідають провідне місце. Сучасні досягнення медицини надають широкі можливості використання біорегуляційної корекційної (БРК) терапії для управління вегетативними та імунними порушеннями при ХП. Одним із варіантів є використання БРК-препаратів, що комплексно впливають на нервову та імунну систему. У рамках науково-практичної конференції «Гастроолока. Сучасні аспекти гепатології та гастроентерології: експертна думка», яка відбулася 12 травня, професор кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, доктор медичних наук Лідія Степанівна Бабінець представила доповідь «Біорегуляційна корекція вегетативних та імунних порушень при хронічному панкреатиті у загальнолікарській практиці».

ХП є хронічним (тривалістю більше 6 місяців) запальним пошкодженням підшлункової залози (ПЗ), що супроводжується деструкцією екзокринної паренхіми, фіброзом і на пізніх стадіях – деструкцією ендокринної паренхіми. Реальна клінічна практика показує, що дуже часто на етапі амбулаторної медичної допомоги лікарі-гастроентерологи стикаються з хворими на ХП, у клінічній картині яких домінує не стільки больовий синдром, скільки стеаторея та інші ознаки зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) ПЗ, у тому числі приєднання вторинного цукрового діабету та численних трофологічних розладів.

В Україні кількість хворих на ХП, за даними Інституту гастроентерології НАМН України, наближається до 1 млн. Дані за 2014 р. свідчать, що поширеність ХП склала 873,8 тис. випадків (2,5 тис. на 100 тис. населення), а захворюваність – 76 тис. нових випадків на рік (215,8 на 100 тис. населення). При цьому в останні роки середній вік пацієнтів із ХП змістився з 50 років до 39-ти, також на 30% збільшилася кількість жінок серед хворих на ХП (Ю.М. Степанов, 2017).

Важливим недоліком лікування пацієнтів із ХП є відсутність чіткої протокольної стандартизованої терапії, особливо на етапі амбулаторного відновного лікування (Г.Д. Фадеєнко, О.В. Колеснікова, 2020). Це, ймовірно, пов'язано з тим, що ХП є поліетіологічним захворюванням, яке часто має коморбідний перебіг. Поєднання 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, діагностику та лікування захворювання.

Що стосується діагностики ХП, ключовими клінічними симптомами та синдромами цього захворювання є: больовий та диспептичний синдроми, синдром ЗСН ПЗ, ентеропатичний та алергічний синдроми, а також синдром ендокринних порушень. Ключовою особливістю органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і ПЗ є їх значна залежність від нервової регуляції, особливо автономної нервової системи, а також активний контакт із масивним біоценозом кишечника, який зазвичай проявляється ентеропатичним синдромом, що спричиняє імунodefіцит.

Зміни вегетатики мають полісистемний характер, тобто порушення у роботі одного органу або системи призводять до порушення адаптаційних механізмів у цілому. Наприклад, зміни регуляції серцево-судинного ритму, зокрема варіабельності серцевого ритму (ВСР), дають можливість оцінити стан ПЗ та інших органів ШКТ. Крім того, стреси будь-якого походження, тривожні розлади призводять до вегетативної дисрегуляції, розвитку психовегетативного синдрому і, як наслідок, порушення гомеостазу. Тому корекція стресових чинників є одним із ключових завдань при терапії хронічних захворювань, у тому числі ХП.

Застосування стрес-лімітуючих методів терапії, до яких відноситься БРК, є перспективною стратегією у профілактиці та корекції стресових пошкоджень. Одне з головних завдань лікувального процесу спрямоване на покращення якості життя пацієнта. Перевагами БРК-медицини є те, що комплексні БРК-препарати практично не викликають алергічних реакцій порівняно із синтетичними лікарськими засобами, діють прищільно, ефективно та м'яко, тому їх можна застосовувати протягом тривалого часу, що підвищує прихильність пацієнтів до лікування і робить ці препарати важливою складовою корекції вегетативних і психоемоційних порушень в осіб із ХП.

Загальновідомо, що обмеженням стандартної терапії є те, що цей вид лікування недостатньо ефективний для корекції ЗСН та інкриторної недостатності ПЗ; практично відсутні препарати з БРК-дією, що сприяли б процесу відновлення саморегуляції; безпосередня токсичність терапії, що часто супроводжується розвитком побічних явищ та погано переноситься пацієнтами (як довго-, так і короткострокова).

Крім того, застосування стандартної терапії обмежено у пацієнтів із коморбідною патологією, вагітних та жінок, що годують грудьми, а також у дітей. Враховуючи все вищезазначене, можна констатувати, що застосування БРК-препаратів є варіантом вибору, оскільки БРК-терапія, яка за своєю суттю є антиоксидантною відновлювальною терапією, активує розрешення запалення, у тому числі при ХП, та забезпечує відновлення організму. Крім того, БРК-препарати також мають здатність підсилювати дію стандартної терапії, що ще більш активує відновні процеси організму.

Лідія Степанівна представила результати порівняльного аналізу параметрів варіабельності серцевого ритму та динаміки стану імунної системи у пацієнтів із ХП із вегетативною дисфункцією під впливом комплексних програм лікування із додаванням БРК-препаратів.

У рамках дослідження було проаналізовано параметри ВСР та імунного статусу 69 пацієнтів із ХП до і після амбулаторного лікування. Пацієнтів було розділено на 2 групи: перша група отримувала загальноприйняте лікування (ЗПЛ) згідно з чинним протоколом (n=23), друга – ЗПЛ, підсилене курсом комплексної БРК-терапії (n=46). Групи порівняння були співставними за статтю, віковою і соціальною ознаками. Чоловіків серед обстежених було 48% (n=33), жінок – 52% (n=36). Середній вік учасників становив 46,0±4,4 року. Середня тривалість захворювання на ХП становила 9,1±3,8 року. Критеріями виключення з дослідження були гострі та загострення хронічних захворювань, гематологічні, онкологічні, психічні захворювання, відмова від участі в дослідженні. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, співставних за віком та статтю.

Було проведено велику кількість загально-клінічних, біохімічних та інструментальних досліджень. Досліджено різноманітні параметри ВСР, у тому числі варіаційний розкид, амплітуду моди, індекс напруження, вегетативну реактивність, показник активності регуляторних систем (ПАРС), загальну потужність спектру, потужність дуже низьких, низьких та високих частот. Окрім того, проведені імунферментні аналізи, оцінена функціональна активність В-лімфоцитів за концентрацією сироваткових імунoglobulinів основних класів (M, G, A), а також статичний та медико-соціологічний (міжнародні опитувальники GSRs і SF-36) дослідження.

Перша група учасників отримувала ЗПЛ, яке, крім амбулаторного режиму і порад по нормалізації способу життя (стосовно харчування), включало отримання ферментного препарату чистого панкреатину (у дозі 25-40 ОД ліпази), оскільки пацієнти на тлі ХП мали ЗСН ПЗ (легкого або середнього ступеня тяжкості). За потреби пацієнтам також призначали інгібітор протонної помпи, селективний спазмолітик та/або селективний прокінетик. Друга група учасників на додачу до вищезазначеної терапії отримувала такі БРК-препарати: **Момордика композитум** по 1 ампулі 2,2 мл внутрішньом'язово (в/м) двічі на тиждень (загалом 10 ампул), **Траумель С** по 1 ампулі 2,2 мл через день в/м (загалом 10 ампул), **Ньюрексан** по 1 таблетці 3 рази на добу під язик курсом 1 місяць.

Важливо зазначити, що вибір БРК-препаратів був пов'язаний із тим, що такі важливі кластерні цілі лікування, як пригнічення, оптимізація і розрешення запалення, покращення лімфовідтоку, зменшення набряку, репаративна дія, регуляція енергообміну, нормалізація психоемоційного стану, вирішуються якраз завдяки застосуванню БРК-препаратів, тоді як протокольне лікування здатне тільки пригнічувати запалення і нормалізувати функцію ферментів. Також важливими перевагами БРК-терапії є відсутність побічних ефектів, алергічних реакцій, вікових обмежень на тлі застосування препаратів цієї групи.

Вибір цих трьох БРК-препаратів пов'язаний з їх здатністю коригувати ключові патологічні процеси при ХП на органічному рівні. Так, дія препарату **Момордика композитум**



Л.С. Бабінець

спрямована на корекцію запалення, інтоксикаційних змін ПЗ, а також покращення метаболізму, репарації і відновлення функціонального статусу органів ШКТ. **Траумель С** є відомим регулятором запалення, який за рахунок корекції важливих типових патологічних процесів при ХП на системному (організменному) рівні ефективно розрешує запалення, коригує імунodefіцит та нормалізує мікроциркуляцію. Препарат **Ньюрексан** чинить значний вплив на центральну нервову систему, зокрема знижує рівень стресу і вегетативної дисфункції.

Дослідження останніх років показали, що запальні явища здатні також індукувати розвиток депресії. Зокрема, систематичний вплив несприятливих стресових факторів зовнішнього середовища сприяє неадаптивним поведінковим змінам, включаючи підвищену тривожність і депресію, що, ймовірно, пов'язано з тим фактом, що нейрозапалення здатне змінювати морфологічні та функціональні характеристики нейронів головного мозку, залучених в емоційну і когнітивну діяльність.

Результати проведеного дослідження продемонстрували, що при включенні до стандартного ЗПЛ курсу БРК-препаратів досягнуто посилення ефективності терапії за корекцією: абдомінального болю – на 8,2%, диспесії – 18,5%, запору – 5,6%, астеноневротичного синдрому – 8,5%, вегетативного синдрому – 21,9% (p<0,05). Додаткове приєднання БРК-препаратів до ЗПЛ сприяло більш значимій регуляції ВСР, а саме: зниженню симпатикотонії, покращенню відповіді організму на ортостаз, зниженню ПАРС до помірного рівня, достовірному зростанню загальної потужності амплітуди моди та індексу напруження спектру, компенсаторному зростанню варіаційного розкиду та підвищенню функціональних резервів за спектральними показниками. Отже, отримані результати дослідження продемонстрували, що включення до ЗПЛ БРК-препаратів забезпечує більш ефективну корекцію вегетативної дисфункції у пацієнтів із ХП.

Важливо зазначити, що лікування пацієнтів із ХП має бути персоналізованим та потребує врахування індивідуальних факторів. Враховуючи, що часто при ХП до патологічного процесу залучається також гепатобіліарна система, зокрема уражується печінка, включення до схеми лікування препарату **Гепар комп. Хеель** є обґрунтованим, оскільки він підтримує та нормалізує функцію печінки, а отже, і всі види обміну речовин. Ще одним препаратом, який важливо додавати при комплексному лікуванні ХП, є **Коензим композитум**, який діє на рівні циклу трикарбонових кислот і демонструє метаболічну, дезінтоксикаційну та антиоксидантну дію. Враховуючи, що при ХП наявний також енергетичний дисбаланс клітин, доцільним є застосування препаратів **Убіхінон композитум** та **Глюксаль композитум**, які сприяють відновленню енергетичного потенціалу клітин, зокрема роботи внутрішньоклітинних ферментних систем, а також відновленню балансу протиоксидантної системи.

Таким чином, враховуючи комплексність та різноманітність клінічних проявів ХП, застосування БРК-препаратів є доцільним та перспективним підходом у терапії, який дозволяє досягти позитивних результатів у лікуванні, знизити запальні процеси, поліпшити функцію ПЗ та покращити якість життя пацієнтів.

