

УДК 616.37-002.2-008.9-074

ДИФФЕРЕНЦІРОВАННИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦІИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Березов В.М., Руденко Н.Н., Нечипуренко Т.Б., Логовеева Т.Н., Шелест Ю.П.,
Жуковская Н.И., Андреева Е.А., Подоляка В.Л., Жилка И.В.*

Дорожная клиническая больница №1, г. Донецк

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатит, недостаточность экзокринной функции поджелудочной железы, панкреаль, панкреатин.

В последние годы частота выявления панкреатита неуклонно растет, доля хронического панкреатита среди болезней органов пищеварения в настоящее время достигла 8–10% [3]. Значительная распространенность желчнокаменной болезни у работников железнодорожного транспорта, особенности их питания являются актуальной проблемой медицины железнодорожного транспорта. Если в первые годы с момента возникновения заболевания ведущим клиническим признаком является болевой синдром, по мере прогрессирования недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы преобладающим становится диспептический синдром, признаками которого являются флатуленция (накопление газов в кишечнике) и метеоризм [2]. В формировании метеоризма имеют значение нарушения пищеварения, избыточное размножение микрофлоры в поступающем в большом количестве в нижние отделы пищеварительного канала непереверенном субстрате, вторичные изменения слизистой оболочки тонкой кишки с нарушением моторики и абсорбции газов [4], диета с меньшим потреблением жиров и углеводов и компенсаторным увеличением количества растительных продуктов, клетчатка которых – один из источников газообразования в кишечнике [1].

Целью работы была оценка эффективности влияния на выраженность метеоризма панкреатина, содержащего и не содержащего целлюлазу.

Под наблюдением находились 72 больных хроническим панкреатитом (43 женщины и 29 мужчин) в возрасте от 29 до 65 лет. У 79% пациентов панкреатит возник вследствие систематического употребления алкоголя, у 65% – заболевания желчевыводящих путей. Диагноз панкреатита устанавливали на основании анализа жалоб, данных анамнеза, ультразвукового и лабораторных методов исследования. В исследование включали больных, у которых через 5 дней плацебо-периода

сохранялись полифекалия, стеато-, креато-, амилорея, частота стула не реже 2 раз в сутки, отмечен выраженный метеоризм. Все больные рандомизированы на 2 группы.

В группе А 32 больным назначали панкреаль Киршнера (лаборатория Жерда) – растворимый в кишечнике панкреатин, содержащий 150 мг панкреатина, 50 мг папаина и 27,3 мг грибной целлюлазы) по 2 таблетки 3 раза в день во время еды. В группе В 30 больным назначали растворимый в кишечнике панкреатин, содержащий в таблетке 250 мг панкреатина, по 2 таблетки 3 раза в день. У всех больных в конце плацебо-периода и через 10 дней лечения определяли: частоту дефекации, массу кала, полуколичественно – выраженность стеато-, креато-, амилореи, наличие клетчатки в баллах, болевой и диспептический индексы, индекс метеоризма в баллах, а также коэффициент ультразвуковой доступности (КУД) – для объективизации оценки метеоризма.

Исходно частота дефекации в группах составляла ($3,6 \pm 0,2$) и ($3,8 \pm 0,4$) раза в сутки; масса кала – соответственно, (384 ± 57) и (403 ± 63) г/сут; болевой индекс – ($1,8 \pm 0,5$) и ($1,6 \pm 0,6$) балла; диспептический индекс – ($2,7 \pm 0,6$) и ($2,4 \pm 0,5$) балла; индекс метеоризма – ($2,6 \pm 0,4$) и ($2,5 \pm 0,5$) балла. В анализе кала выраженность стеатореи составила соответственно ($2,5 \pm 0,6$) и ($2,4 \pm 0,5$) балла, креатореи – ($3,1 \pm 0,5$) и ($3,3 \pm 0,6$) балла, амилореи – ($3,4 \pm 0,6$) и ($3,7 \pm 0,4$) балла, количество клетчатки в кале – ($3,3 \pm 0,4$) и ($3,5 \pm 0,3$) балла. КУД составил (35 ± 8) и (39 ± 5)%. Все показатели между группами достоверно не различались. Под влиянием лечения в группе А частота дефекации уменьшалась на 65% ($P < 0,05$), масса кала – на 41% ($P < 0,05$), болевой индекс – на 61% ($P < 0,05$), диспептический – на 67% ($P < 0,05$), индекс метеоризма – на 69% ($P < 0,05$). Выявленность стеатореи в кале снизилась на 65% ($P < 0,05$), амилореи – на 53% ($P < 0,05$), креатореи – на 55% ($P < 0,01$) по сравне-

нию с исходными значениями показателей, количество клетчатки в кале уменьшилось на 76% ($P < 0,01$). КУД повысился на 60% и составил 56%.

В группе В после лечения масса кала уменьшилась на 37% ($P < 0,05$), частота дефекации – на 55% ($P < 0,05$), диспептический индекс – на 50% ($P < 0,05$), а болевой индекс и индекс метеоризма уменьшились недостоверно – соответственно – на 44 и 24% ($P > 0,05$). В анализе кала выраженность стеатореи уменьшилась недостоверно (на 36%), амилореи и креатореи – на 59 и 48% ($P < 0,05$), количество клетчатки в кале достоверно

но не изменилось. КУД недостоверно увеличился на 23%.

Таким образом, более высокая доза панкреатических и протеолитических ферментов и, особенно, добавление целлюлазы повышают эффективность панкреала по сравнению с таковой панкреатина, не содержащего целлюлазы. Поэтому пациентам с выраженным метеоризмом следует предпочтительно назначать панкреаль, а у больных с меньшей выраженностью недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы и метеоризма можно использовать панкреатин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баярмаа Н., Охлобыстин А.В., Ивашкин В.Т. Новые возможности ферментной терапии хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – №2. – С.54–57.

2. Губергриц Н.Б. Лечение панкреатитов. – Донецк: Лебедь, 2001. – 89 с.

3. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. – К.:Б.и., 2000. – 321 с.

4. Руденко Н.Н., Дорофеев А.Э., Агибалов А.Н. и др. Место ферментов, пеногасителей и энтеросорбентов в лечении метеоризма // Congress materials of IV International Euro-Asian Gastroenterologist Congress. – Tashkent, 2000. – P.287.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ЕКЗОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Березов В.М., Руденко Н.Н., Нечипуренко Т.Б., Логовєєва Т.Н., Шелест Ю.П., Жуковська Н.І., Андрєєва Е. А., Подоляка В.Л., Жилка І. В.

У 72 хворих на хронічний панкреатит з недостатністю екзокринної функції підшлункової залози вивчали ефективність застосування панкреатину з целюлазою (панкреаль) та без неї. Позитивні зміни відзначено в обох групах, проте пацієнти, яким призначали панкреаль, одужували швидше, недостатність екзокринної функції підшлункової залози коригувалася ефективніше.

DIFFERENTIAL APPROACH TO CORRECTION OF PANCREATIC EXOCRINE INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Berezov V.M., Rudenko N.N., Nechipurenko T.B., Logoveeva T.N., Shelest Yu.P., Zhukovskaya N.I., Andreeva E.A., Podolyaka V.P., Zhilka I.V.

In 72 patients with chronic pancreatitis with exocrine insufficiency the efficacy of several methods of correction were studied. The patients received different treatment for meteorizm correction: pancreatic ferments without cellulase and pancreal. In both groups the after treatment the positive clinical results were observed, but in patients, who received pancreal the meteorizm and frequency of defecation were decrease more quickly. Pancreal normalized the digesting process in these patients more effectively.