

6. Mantzaris G.J., Petraki E., Archavlis E. et al. *A prospective randomized controlled trial of intravenous ciprofloxacin as an adjunct to corticosteroids in acute, severe ulcerative colitis*. In: Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2001, nr. 36, p. 971-974.
7. Marteau P., Chaput U. *Bacteria as trigger for chronic gastrointestinal disorders*. In: Dig. Dis., 2011, nr. 29, p. 166-171.
8. Ng S.C., Hart A.L., Kamm M.A. et al. *Mechanisms of action of probiotics: recent advances*. In: Inflammatory Bowel Disease, 2009, nr. 15, p. 300-310.
9. Ohkusa T., Nomura T., Terai T. et al. *Effectiveness of antibiotic combination therapy in patients with active ulcerative colitis: a randomized, controlled pilot trial with long-term follow-up*. In: Scand. J. Gastroenterol., 2005, nr. 40, p. 1334-1342.
10. Qin Ouyang, Rakesh Tandon, K.L. Goh et al. *Management consensus of inflammatory bowel disease for the Asia-Pacific region*. In: J. Gastroenterol. and Hepatol., 2006, nr. 21, p. 1772-1782.
11. Travis S., Stange E., Lemann M. et al. *European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management*. In: J. Crohn's Colitis, 2008, nr. 2, p. 24-62.
12. Truelove S., Jewell D. *Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis*. In: Lancet, 1974; nr. 1, p. 1067-1070.
13. Turunen U.M., Farkkila M., Hakala K. et al. *Long-term treatment of ulcerative colitis with ciprofloxacin: a prospective, double-blind, placebo-controlled study*. In: Gastroenterology, 1998, nr. 115, p. 1072-1078.
14. *World Gastroenterology Organization Global Guideline: inflammatory bowel disease: a global perspective*. Munich (Germany): World Gastroenterology Organization, 2009, 23 p.

**Svetlana Turcan,**

Republic of Moldova, 2002, Chisinau,  
str. Dorobanti 15  
Tel. +373 79436554  
veisa@mail.ru

## РОЛЬ ПРО- И ПРЕБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Ю. Я. КОЦАБА, Л. С. БАБИНЕЦ**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского МЗ Украины»

### Summary

#### *Role of pro- and prebiotic drugs in complex rehabilitation patients with chronic pancreatitis*

*In this work is proved the expediency of including the drugs of synbiotic composition, especially a synbiotic Lactiale, in the complex scheme of treatment of chronic pancreatitis. The use of a complex program of correction with inclusion of synbiotic Lactiale significantly has improved the condition of the patients with chronic pancreatitis according to the indicators of clinical symptoms by 47,4%, normalized microflora of the colon and increased the quality of life of patients by 60,1%.*

**Keywords:** *chronic pancreatitis, bowel dysbiosis, synbiotic.*

### Резюме

*В работе доказана целесообразность включения в комплексную схему лечения хронического панкреатита препаратов синбиотического состава, в частности синбиотика Лактиале, поскольку такая схема улучшила клиническую симптоматику на 47,4%, нормализовала микрофлору толстой кишки и повышала качество жизни больных на 60,1%.*

**Ключевые слова:** *хронический панкреатит, дисбиоз толстой кишки, синбиотик.*

### Введение

Согласно Международной Марсельско-Римской классификации (1989 г.) хронический панкреатит (ХП) – это хроническое воспалительное повреждение ткани поджелудочной железы с деструкцией экзокринной паренхимы, ее атрофией, фиброзом и, по крайней мере, на поздних стадиях, деструкцией эндокринной паренхимы. Заболевание имеет фазно-прогрессирующее течение с периодическими приступами острого панкреатита, ответственного за рецидивирующую боль, которая нередко является единственным клиническим синдромом [3, 5].

ХП – одно из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний. Заболеваемость ХП в разных странах Европы составляет от 4 до 8 случаев на 100 тыс. населения в год, а распространенность – 250–500 больных на 100 тыс. населения. Через 10 лет после постанов-

ки диагноза ХП примерно 25,0% пациентов вынуждены оставлять свою профессиональную деятельность или становятся инвалидами. Смертность от ХП в течение 10 лет составляет 30,0%, 20 лет – 50,0%. Также отмечается определённая зависимость частоты ХП от социально-экономического уровня страны. Самый высокий уровень заболеваемости отмечают как в бедных странах, что связано с недостаточным питанием, так и в высокоразвитых – из-за повышенного употребления жиров животного происхождения и алкоголя. Частота ХП среди других заболеваний органов пищеварения составляет 6,0–9,0% и имеет тенденцию к росту [4].

**Цель работы** – определить изменения показателей качества жизни (КЖ), клинических симптомов и отклонения в бактериограммах фекальных масс у больных ХП. Оценить их динамику под влиянием различных программ коррекции.

### Материалы и методы

Объектом исследования стало 46 больных ХП в фазе ремиссии или нестойкой ремиссии, которые лечились в дневном стационаре и гастроэнтерологическом отделении Тернопольской городской больницы № 2. Возраст больных – от 18 до 69 лет. Среди них было 26 женщин и 20 мужчин. Верификацию диагноза проводили согласно рабочей классификации ХП, предложенной Я.С. Циммерманом с дополнениями Н.Б. Губергриц.

Для оценки КЖ использовали два опросника: SF-36 – для изучения всех компонентов КЖ (состоит из 36 вопросов, которые объединяются в 8 шкал, каждая из них оценивается от 0 до 100 баллов, и чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья) и GSRS, используемый для оценки КЖ больных желудочно-кишечными заболеваниями (состоит из 15 пунктов, которые объединяются в 5 шкал; низкие показатели соответствуют слабой симптоматике

и соответственно высшему КЖ) [2]. Исследования копрокультуры на дисбиоз толстой кишки (ДБК) проводили по методике Р.Эпштейн-Литвак и Ф.Л. Вильшанской (1977). Степень тяжести ДБК устанавливали согласно общепринятой классификации (Г.И. Кузнецова, 1975; И.Б. Куваева, К.С. Ладо, 1991) [1].

Пациентов разделили на две группы: 1-я (21 больной) получала общепринятую схему лечения, которая включала соблюдение диеты № 5п по Певзнеру, отказ от употребления алкоголя и табакокурения, применение регуляторов моторики органов пищеварения – спазмолитиков (но-шпа 0,04 по 2 таб. 2 р/д) и / или прокинетики (мотилиум 0,01 по 1 таб. 3 р/д), блокаторов H2-рецепторов (квamatел 0,02 вечером) и/или ингибиторов протонной помпы (проксиум 0,04 утром) и ферментов (креон 25000 по 1 кап. 3 р/д). Все средства назначались «по требованию», так как больные находились в фазе ремиссии или нестойкой ремиссии [6]. 2-я группа (25 человек), дополнительно к общепринятой схеме лечения, получала синбиотик Лактиале по 2 капсулы в день после основного приема пищи в течение 4 недель.

### Результаты и их обсуждение

Проведённые клинические исследования выявили наличие у больных следующих синдромов: болевой – у 80,9% больных 1-й группы и у 84,0% пациентов 2-ой группы, астено-невротический – у 71,4% и в 80,0%, диспепсический – у 85,7% и у 100%, анемический – у 61,9% и в 68,0%, гиповитаминозы – у 80,9% и в 84 0% и стеаторея – у 66,7% и у 76,0% соответственно.

Результаты оценки КЖ по шкалам опросника GSRS все имели достаточно высокие значения, что отражало снижение КЖ. Было также установлено снижение показателей КЖ преимущественно по компонентам физического здоровья опросника SF-36 (см. таблицу).

*Динамика показателей качества жизни (в баллах) под влиянием разных программ терапии*

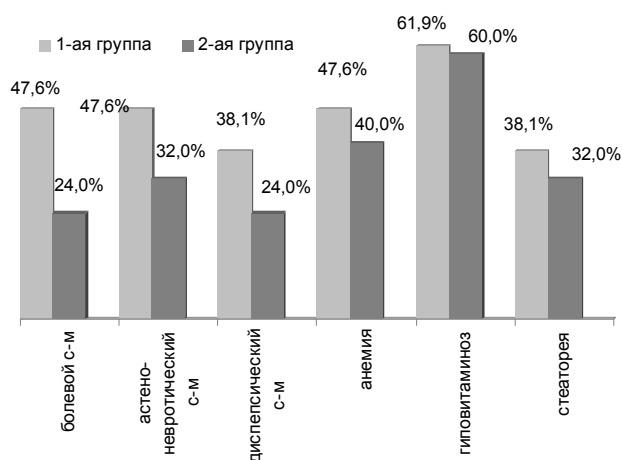
Показатели	1-ая группа		2-ая группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
<b>Опросник GSRS</b>				
Абдоминальная боль	8,0±1,32	6,7±1,11	9,9±0,84	5,1±0,48**
Гастральный рефлюкс	12,2±1,16	7,8±0,89*	12,7±1,11	6,4±0,73**
Диарея	9,2±1,79	7,6±1,41	12,8±1,55	5,3±0,52**
Запор	7,2±1,72	5,0±0,94	9,9±1,55	5,4±0,64**
Диспепсия	15,4±1,46	9,4±1,01*	17,4±1,17	7,3±0,68**
<b>Опросник SF-36</b>				
Роловое функционирование	37,0±3,29	45,4±2,83*	32,9±3,48	53,2±2,67**
Физическое функционирование	28,0±0	41,4±1,30*	21,0±1,17	47,6±2,04**
Интенсивность боли	29,8±2,62	39,4±2,15*	28,9±2,06	44,4±1,98**
Общее состояние здоровья	40,1±2,25	43,4±2,19	37,8±2,43	53,6±2,19**
<i>Примечание: * – достоверность данных после лечения относительно таких до лечения в 1-ой группе; ** – достоверность данных после лечения относительно таких до лечения во 2-ой группе.</i>				

При оценке бакпосева копрокультуры – среди больных 1-й группы выявлено у 47,6% – ДБК I ст., у 19,0% – ДБК II ст. У 33,4% пациентов дисбиотических изменений не наблюдалось. У обследуемых 2-ой группы установили наличие у 48,0% – ДБК I ст., у 20,0% – ДБК II ст., у 12,0% – ДБК III ст., у 20,0% показатели были в пределах нормы. Таким образом, данные обеих групп были сопоставимы с несколько более глубокими проявлениями ДБК во 2-ой группе.

После проведенного лечения по разным программам коррекции наблюдалась положительная динамика по параметрам КЖ, клинических синдромов и по показателям бакпосева копрокультуры в обеих группах. Однако результаты в группе с включением синбиотика Лактиале были достоверно лучше, чем такие в 1-й группе.

Результаты лечения по параметрам клинической симптоматики приведены на представленной ниже диаграмме. Клинические синдромы у обследуемых больных после проведенного курса лечения стали наблюдаться реже: среди больных 1-й группы в среднем на 27,9%, а среди пациентов 2-ой – на 47,4%.

*Результаты лечения разными программами терапии по параметрам клинической симптоматики*



Результаты показателей КЖ по опроснику GSRS после проведенного лечения свидетельствуют, что параметры КЖ у больных 2-ой группы достоверно улучшились в среднем на 7,2 балла относительно 2,8 баллов в 1-ой группе.

По данным оценки шкал SF-36, улучшение КЖ у больных ХП составило 63,8% под влиянием программы с включением синбиотика Лактиале и 24,6% под влиянием общепринятой схемы лечения.

Результаты бакпосева кала показали, что у пациентов 1-ой группы, хотя и наметилась по-

ложительная тенденция, но еще у 38,1% больных обнаружили ДБК I ст., у 14,3% – ДБК II ст., у 47,6% показатели соответствовали норме. А у больных 2-ой группы кишечная флора практически восстановилась, только у 24,0% пациентов наблюдался ДБК I ст.

## Выводы

1. При хроническом панкреатите установили достоверное ухудшение качества жизни больных ХП по параметрам опросников GSRS и SF-36. Наличие дисбиоза толстой кишки у этих больных ухудшало клиническую симптоматику.

2. Применение комплексной программы коррекции с включением синбиотика Лактиале достоверно улучшило состояние пациентов с хроническим панкреатитом по параметрам клинической симптоматики на 47,4%, нормализовало микрофлору толстой кишки и повысило качество жизни этих больных на 60,1%.

## Библиография

1. Бабинець Л.С., Гаврилюк Д.В. Дисбактеріоз кишечника як предиктор ускладнення клінічного перебігу хронічного панкреатиту. В: Український мед. альманах, № 5, 2005, с. 11-13.
2. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. В: Центрально-азиатский медицинский журнал, 1998, № 4-5, с. 236–241.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство. Под ред В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной, М.: GEOTAR Медиа, 2008, 704 с.
4. Губергриц Н.Б. Хронический панкреатит: лечение. В: Лікування та діагностика, 2003, № 1, с. 47–58.
5. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И., Мирзоева Л.А. и др. Хронический панкреатит. Харьков, 2004, 112 с.
6. Наказ МОЗ України від 13 червня 2005р. №271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

**Баби́нец Лили́я Степа́новна** – др мед. наук, проф., зав. кафедрой первичной медико-санитарной помощи и семейной медицины ТГМУ им. И.Я. Горбачевского; 46022, г. Тернополь, ул. Довженко, 3А / 1, тел. (8-035-2-) 52-97-00, тел. моб. 067-352-07-43, e-mail: lilyanet@tut.by

**Коцаба Ю́лия Я́рославовна** – клин. ординатор кафедры первичной медико-санитарной помощи и семейной медицины ТГМУ им. И.Я. Горбачевского; 46009 г. Тернополь, ул. Н. Яремчука 25/31, тел. моб. 098-622-60-92, e-mail: kotsaba2010@mail.ru