

Вплив включення мебікару у лікування хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім хронічним панкреатитом

Л.С. Бабінець, І.І. Медвідь, І.І. Герасимець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета дослідження: вивчити характер порушень клінічного стану, вегетативної, антиоксидантної системи та показників ендогенної інтоксикації у хворих із гіпертонічною хворобою (ГХ) і хронічним панкреатитом (ХП). Оцінити ефективність включення до загальноприйнятого комплексу лікування (ЗКЛ) психотропного препарату мебікару, провести порівняння із виключно медикаментозним лікуванням.

Матеріали та методи. Було проведено дослідження хворих на ГХ із супутнім ХП у фазі нестійкої ремісії. Окрім клінічних даних, у цій групі виявлені патологічні зміни вегетативної регуляції, антиоксидантного захисту, ознаки ендогенної інтоксикації.

Результати. За отриманими показниками до початку і після лікування хворих на ГХ із супутнім ХП у фазі нестійкої ремісії було встановлено, що комбінація ЗКЛ із вегетостабілізуючим препаратом мебікаром більш ефективно впливає на варіабельність серцевого ритму, клінічний стан, вираженість ендогенної інтоксикації та показники системи антиоксидантного захисту.

Заключення. Додаткове включення до ЗКЛ мебікару зумовило більш високий рівень позитивної динаміки наведених вище показників. Було констатовано, що використання наведеної методики у лікуванні хворих у разі поєднання ГХ із ХП в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним для корекції клінічного стану, лабораторних параметрів, вегетативних та психоемоційних порушень.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, хронічний панкреатит, вегетативна нервова система, варіабельність серцевого ритму, антиоксидантна система, ендогенна інтоксикація, мебікар.

У сучасній лікарській практиці гостро постає необхідність пошуку індивідуального підходу до лікування хворого. Для цього необхідно враховувати не тільки положення прийнятих протоколів, а й стан систем підтримання гомеостазу. Особливо це стосується випадків коморбідності патологій. Вегетативна регуляція відіграє суттєву роль у підтриманні внутрішнього середовища організму, що робить актуальним вивчення впливу вегетостабілізуючих засобів на ефективність лікування поширених захворювань [3]. Для дослідження було обрано поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) та супутнього хронічного панкреатиту (ХП) у фазі нестійкої ремісії. Медичний препарат мебікар (торгова назва «Адаптол») має доведену адаптогенну дію та потребує поглибленого вивчення його включення до загальноприйнятого комплексної терапії даної групи пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити характер порушень клінічного стану, вегетативної, антиоксидантної системи та показників ендогенної інтоксикації у хворих із ГХ і ХП. Оцінити ефективність включення до загальноприйнятого комплексу лікування (ЗКЛ) психотропного препарату мебікару, провести порівняння із виключно медикаментозним лікуванням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням у денному стаціонарі поліклініки та гастроентерологічному відділенні Тернопільської міської комунальної лікарні № 2 перебували 40 хворих на ГХ із супутнім ХП у фазі нестійкої ремісії першої (основної) групи та 15 практично здорових осіб (середній вік $47,7 \pm 1,2$ року) – контрольної групи. Діагноз ГХ, її стадія та ступінь визначали згідно з рекомендаціями асоціації кардіологів України та Європейської асоціації кардіологів [5]. Середня тривалість ГХ складала $11,4 \pm 1,3$ року. Тяжкість ХП оцінювали за міжнародною класифікацією M-ANNHEIM [1]. Середня тривалість супутнього ХП складала $5,5 \pm 0,7$ року. Група хворих була додатково розподілена на дві підгрупи. Перша підгрупа (10 осіб) отримувала виключно ЗКЛ згідно з клінічним діагнозом і запропонованими МОЗ України протоколами. П'ятнадцять пацієнтів другої підгрупи додатково до ЗКЛ отримували мебікар 500 мг двічі на добу протягом місяця.

Пацієнти проходили клінічне обстеження з визначенням систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ) за методом Короткова. Для оцінювання вираженості скарг з приводу ХП був застосований спеціалізований гастроентерологічний опитувальник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Дослідження вегетативної регуляції проводили за допомогою оцінювання варіабельності серцевого ритму (ВСР) програмно-апаратним комплексом Cardio US ECG 01. Дослідження виконували у стані спокою та під час виконання ортостатичної проби. Визначали стандартні статистичні показники ВСР: варіаційний розмах (ВР), амплітуда моди (АМо), індекс напруження (ІН), автономна реактивність (АР), показник активності регуляторних систем (ПАРС) [2].

Проводили лабораторні дослідження антиоксидантної системи та вираженості ендогенної інтоксикації. Оцінювання системи антиоксидантного захисту здійснювали на підставі показників супероксиддисмутази (СОД), відновленого глутатіону (SH-4) та каталази. Ендогенну інтоксикацію представляли середньомолекулярні пептиди з максимумом поглинання на довжині хвилі 254 нм (СМП 254) та 280 нм (СМП 280) та сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ) [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного аналізу статистичних показників у контрольній групі патологічних відхилень не знайдено: ВР – $271,7 \pm 32,1$ мс, АМо – $39,13 \pm 4,44\%$, ІН – $53,80 \pm 5,42$; АР – $1,33 \pm 0,12$; ПАРС – $2,27 \pm 0,33$ бали. Серед хворих на ГХ і ХП виявлено схильність до незначної симпатикотонії (варіаційний розмах – $241,9 \pm 31,7$ мс; АМо – $55,90 \pm 2,77\%$; ІН – $104,68 \pm 4,34$). Активність регуляторних систем відповідала вираженому напруженню – $5,45 \pm 0,39$ бали. При поєднанні ГХ та ХП наведений показник у 25,0% пацієнтів свідчив про перенапруження, а в 12,5% – про астенізацію, що підтвердило наявність вираженого порушення адаптаційних ме-

Таблиця 1

Динаміка клінічних показників у пацієнтів із коморбідністю ГХ і ХП під впливом різних методик лікування

Клінічний показник	Група обстежуваних		
	До початку лікування, n=25	Наприкінці лікування	
		ЗКЛ, n=10	ЗКЛ+мебікар, n=15
САТ, мм рт.ст.	161,2±2,8*	142,8±4,5* (p<0,01)	130,4±3,6 (p<0,001) (p ₁ <0,05)
ДАТ, мм рт.ст.	100,2±2,1*	91,6±2,9* (p<0,01)	81,4±2,7 (p<0,001) (p ₁ <0,05)
GSRS, бали	4,70±0,19*	3,63±0,24* (p<0,05)	2,15±0,09* (p<0,001) (p ₁ <0,001)

Примітки: * – достовірна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05); p – достовірність різниць показників даної групи до і після лікування; p₁ – достовірність різниць показників груп ЗКЛ та ЗКЛ+мебікар.

ханізмів. Під час ортостатичної проби спостерігали асимпатикотонічну АР. Це може вказувати на те, що вегетативна нервова система (ВНС) докладає більших зусиль для підтримання фоновому стану, внаслідок чого зменшується її здатність адекватно реагувати на навантаження.

Виявлені кореляційні зв'язки ПАРС із стадією ГХ (прямий середньої сили, p<0,01), кардіоваскулярним ризиком (прямий середньої сили, p<0,01), індексом тяжкості ХП за M-ANNHEIM (прямий середньої сили, p<0,05). Наведене вище свідчить про інформативність даного показника у відображенні динаміки клінічного стану та оцінюванні прогнозу розглянутих патологій.

У групі контролю показники антиоксидантної системи були в межах норми: СОД – 61,65±0,97 ОД/мл еритроцитів, SH-4 – 60,41±1,15 ммоль/л, каталаза – 17,96±0,50%, СМП 254 – 332,45±3,79, СМП 280 – 148,07±1,39, СЗЕ – 27,39±0,65. В умовах коморбідності лабораторні дані достовірно (p<0,05) вказували на зниження потужності захисту організму від вільнорадикального окислення у разі коморбідності ГХ та ХП: СОД – 39,83±0,50 ОД/мл еритроцитів, SH-4 – 38,86±0,64 ммоль/л. Вищий рівень каталази (45,24±1,37%) пояснюється посиленням її надходженням у кров унаслідок цитолізу. Виявлено підвищення показників ендogenous інтоксикації: СМП 254 – 564,80±8,19, СМП 280 – 264,38±6,19, СЗЕ – 60,16±0,97. Наведене вище розцінюється як порушення гомеостазу за рахунок посилення процесів катаболізму. Досліджувані терапевтичні комплекси мали різну ефективність. При виключно ЗКЛ показники артеріального тиску покращились в середньому на 10,2%, GSRS – на 21,6% (табл. 1).

У групі з додатковим включенням мебікару значення САТ і ДАТ покращились в середньому на 18,9%, результати опитувальника GSRS – на 54,6%. Наведене вище свідчить про значну роль корекції вегетативних і психоемоційних порушень, на яку спрямовані досліджувані методи лікування, у перебігу нестійкої ремісії супутнього ХП.

За впливом на ВСР лікувальні тактики теж розділились (табл. 2).

Стосовно статистичних показників ВСР вплив ЗКЛ відобразився у зменшенні симпатикотонії за даними ІН (до початку – 100,80±5,98, наприкінці – 93,10±4,81) та покращенні вегетативної реактивності (до початку – 0,58±0,10, наприкінці – 0,76±0,07). ПАРС достовірних змін не зазнав. У пацієнтів, що проходили ЗКЛ+мебікар, відзначали значне зниження ІН (до початку – 103,47±7,12, наприкінці – 52,92±8,18) та відновлення АР (до початку – 0,55±0,05, наприкінці – 1,15±0,07). Спостерігали більш виражене покращення

Таблиця 2

Динаміка статистичних показників ВСР у пацієнтів із коморбідністю ГХ і ХП під впливом різних методик лікування

Показник ВСР	Група обстежуваних		
	До початку лікування, n=25	Наприкінці лікування	
		ЗКЛ, n=10	ЗКЛ+мебікар, n=15
ВР, мс	254,0±43,2	170,2±38,0	349,7±62,1
АМо, %	57,20±2,84*	56,10±4,55	40,07±2,35 (p<0,05) (p ₁ <0,01)
ІН	102,40±4,81*	93,10±4,81* (p<0,01)	52,92±8,18 (p<0,01) (p ₁ <0,01)
АР	0,56±0,05*	0,76±0,07* (p<0,05)	1,15±0,07 (p<0,001) (p ₁ <0,01)
ПАРС, бали	5,36±0,49*	4,60±0,50*	2,00±0,24 (p<0,001) (p ₁ <0,001)

Примітки: * – достовірна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05); p – достовірність різниць показників даної групи до і після лікування; p₁ – достовірність різниць показників груп ЗКЛ та ЗКЛ+мебікар.

Таблиця 3

Динаміка показників системи антиоксидантного захисту та ендogenous інтоксикації у пацієнтів із коморбідністю ГХ і ХП під впливом різних методик лікування

Біохімічний показник	Група обстежуваних		
	До початку лікування, n=25	Наприкінці лікування	
		ЗКЛ, n=10	ЗКЛ+мебікар, n=15
СОД, од./мл еритроцитів	39,67±0,68*	43,28±0,72* (p<0,01)	55,32±1,34* (p<0,001) (p ₁ <0,001)
SH-4, ммоль/л	38,51±0,71*	40,88±1,25* (p<0,01)	55,56±1,26 (p<0,001) (p ₁ <0,001)
Каталаза, %	44,90±1,76*	39,55±2,60* (p<0,01)	27,15±1,67* (p<0,001) (p ₁ <0,001)
СМП 254	561,56±11,11*	543,80±14,18* (p<0,01)	375,87±7,05* (p<0,001) (p ₁ <0,001)
СМП 280	263,80±7,58*	251,00±12,20* (p<0,01)	179,00±5,75* (p<0,001) (p ₁ <0,001)
СЗЕ	59,86±1,35*	54,21±2,01* (p<0,01)	34,63±0,93* (p<0,001) (p ₁ <0,001)

Примітки: * – достовірна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05); p – достовірність різниць показників даної групи до і після лікування; p₁ – достовірність різниць показників груп ЗКЛ та ЗКЛ+мебікар.

ПАРС (до початку – 5,47±0,63, наприкінці – 2,00±0,24), нормалізація вегетативного фону за даними АМо (до початку – 55,07±4,51%, наприкінці – 40,07±2,35%). Вищенаведене свідчить про більш позитивний вплив комбінованого методу лікування на ВНС.

Показники системи антиоксидантного захисту в групі ЗКЛ покращились у середньому на 8,4%, вираженість ендogenous

генної інтоксикації зменшилась у середньому на 6,9% (табл. 3). У групі ЗКЛ+мебікар динаміка була більш вираженою – 41,2% і 35,2% відповідно.

Таким чином, за отриманими показниками до початку і після лікування хворих на ГХ із супутнім ХП у фазі нестійкої ремісії було встановлено, що комбінація ЗКЛ із вегетостабілізуючим препаратом мебікар більш ефективно впливає на ВСР, клінічний стан, вираженість ендогенної інтоксикації та показники системи антиоксидантного захисту.

Під час вживання мебікару хворі на ГХ із супутнім ХП також відзначали покращення сну, підвищення концентрації уваги, меншу кількість випадків головного болю, зменшення відчуття шуму у вухах, запаморочення, загальної слабкості та втомлюваності.

ВИСНОВКИ

1. У разі коморбідності гіпертонічної хвороби (ГХ) та хронічного панкреатиту (ХП) за даними варіабельності сер-

цевого ритму (ВСР) виявлено схильність до симпатикотонії (ІН – $104,68 \pm 4,34$), виражене напруження адаптаційних процесів (ПАРС – $5,45 \pm 0,39$), неадекватну реакцію на ортостатичну пробу (АР – $0,58 \pm 0,04$). Це свідчить про зрив компенсаторних механізмів та посилення дисбалансу вегетативної нервової системи у даної групи хворих.

2. У хворих на ГХ із супутнім ХП спостерігали розлади антиоксидантної системи, ознаки ендогенної інтоксикації.

3. Додаткове включення до ЗКЛ мебікару зумовило більш високий рівень позитивної динаміки наведених вище показників. Було констатовано, що використання наведеної методики у лікуванні хворих у разі поєднання ГХ із ХП в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним для корекції клінічного стану, лабораторних параметрів, вегетативних та психоемоційних порушень.

Перспективи подальших досліджень. Визначити ефективність вказаного терапевтичного комплексу стосовно реабілітації хворих на ГХ та ХП у фазі нестійкої ремісії.

Влияние включения мебикара для лечения больных гипертонической болезнью с сопутствующим хроническим панкреатитом Л.С. Бабинец, И.И. Медведь, И.И. Герасимец

Цель исследования: изучить характер нарушений клинического состояния, вегетативной, антиоксидантной системы и показателей эндогенной интоксикации у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и хроническим панкреатитом (ХП). Оценить эффективность включения в общепринятый комплекс лечения (ОКЛ) психотропного препарата мебикара, провести сравнение с исключительно медикаментозным лечением.

Материалы и методы. Было проведено исследование больных ГБ с сопутствующим ХП в фазе нестойкой ремиссии. Кроме клинических данных, в этой группе выявлены патологические изменения вегетативной регуляции, антиоксидантной защиты, признаки эндогенной интоксикации.

Результаты. По полученным показателям до начала и после лечения больных ГБ с сопутствующим ХП в фазе нестойкой ремиссии было установлено, что комбинация ОКЛ с вегетостабилизирующим препаратом мебикар более эффективно влияет на вариабельность сердечного ритма, клиническое состояние, выраженность эндогенной интоксикации и показатели системы антиоксидантной защиты.

Заключение. Дополнительное включение в ОКЛ мебикара обусловило более высокий уровень положительной динамики приведенных выше показателей. Было констатировано, что использование приведенной методики в лечении больных в случае сочетания ГБ с ХП в амбулаторной практике является перспективным и целесообразным для коррекции клинического состояния, лабораторных параметров, вегетативных и психоэмоциональных нарушений.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, хронический панкреатит, вегетативная нервная система, вариабельность сердечного ритма, антиоксидантная система, эндогенная интоксикация, мебикар.

Impact mebicar inclusion in the treatment of hypertonic disease and concomitant chronic pancreatitis L.S. Babinets, I.I. Medvid, I.I. Herasymets

ТЕКСТ

Key words: hypertonic disease, chronic pancreatitis, autonomic nervous system, heart rate variability, antioxidant system, endogenous intoxication, mebicar.

Сведения об авторах

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н.Б. Практическая панкреатология / Н.Б. Губергриц. – Донецк: Изд. ДГМУ им. М. Горького, 2008. – 322 с.
2. Яблучанский Н.И. Вариабельность сердечного ритма в помощь практикующему врачу / Н.И. Яблучанский, А.В. Мартыненко // Для настоящих врачей. – Харьков, 2010. – 131 с.
3. Babinets Liliya. The imbalance of the autonomic nervous system in the patients with comorbidity of hypertonic disease and chronic pancreatitis / Liliya Babinets, Igor Medvid, Iryna Herasymets // Lek Obz. – 2014. – 63 (6). – P. 512–513.
4. Costano G.D. Use of antioxidants to treat pain in chronic pancreatitis / A.G. Paz, M.D. Fernandez, J.L. Forcelledo // Rev. Esp. Enfam. Dig. 2008. – P. 381–386.
5. Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2007. – № 25. – P. 1101–1187.

Стрес..?



Роздратованість..?



Втома..?



**АДАПТОЛ® –
СИЛА СПОКОЮ!**



**Не можеш взяти
відпустку?
Візьми АДАПТОЛ®!**

