

# Ефективність вітамінного препарату Доктовіт для корекції клінічної симптоматики і відновлення якості життя у комплексній терапії хронічного ерозивного *H. pylori*-асоційованого гастриту

Н. Б. Губергриц<sup>1</sup>, А. С. Бабінець<sup>2</sup>, І. М. Галабіцька<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет, Україна

<sup>2</sup>Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна

**Ключові слова:** хронічний ерозивний гастрит, *Helicobacter pylori*, вітамінний препарат, якість життя, лікування

**Вступ.** Для лікування хронічного ерозивного *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)-асоційованого гастриту, який є однією з найбільш поширених нозологічних одиниць у гастроентерології у сучасному світі, Маастрихт-IV пропонує раціональні та ефективні схеми, враховуючи особливості регіонів із низьким рівнем резистентності до *H. pylori*. Стандартна потрійна терапія першої лінії включає інгібітори протонної помпи (ІПП) у стандартній дозі 2 рази на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу, амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу. У разі неефективності — квадротерапія: ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу, вісмуту субцитрату колоїдного (де-нол та ін.) 120 мг 4 рази або 240 мг 2 рази на добу, метронідазол 500 мг 3 рази на добу, тетрациклін 500 мг 4 рази на добу. Як лікування другої лінії пропонується схема потрійної терапії з левофлораксацином: ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу, левофлораксацин 250 мг 2 рази на добу, амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу.

Оскільки хронічний ерозивний гастрит (ХЕГ) вважається передраковим станом, згідно з рекомендаціями провідних гастроентерологів, для профілактики виникнення раку шлунка необхідно проводити вторинну і специфічну профілактику [3, 8]. Вторинна профілактика виникнення раку шлунка включає збалансоване харчування, антиоксиданти (вітаміни А, Е), відмову від куріння і концентрованого алкоголю, а також препарати вісмуту субцитрату колоїдного. Для специфічної профілактики для хворих на ХЕГ, асоційований з *H. pylori*, рекомендовано наведений вище курс ерадикації *H. pylori*.

Серйозною проблемою лікування *H. pylori*-асоційованих процесів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а також канцеропревенції є вирішення остаточного подолання наслідків постерадикаційної

терапії — довготривалого хронічного запалення слизової оболонки шлунка (СОШ). Після ерадикації *H. pylori* залишається запальний інфільтрат, який продукує активні форми кисню, що, зі свого боку, за даними дослідників, викликає ушкодження ДНК, а також зміни експресії онкогенів та онкосупресорів [1]. Лімфоцитарна інфільтрація, лейкоцитарна нейтрофільна інфільтрація, що продукує активні форми кисню і зумовлює оксидативний стрес, гіперпродукція пепсину, який розщеплює епідермальний фактор росту, що забезпечує відновлення ушкодженої СОШ, — це залишкові явища постерадикаційної терапії [4], які потребують додаткового впливу, що забезпечує призначення вітамінного препарату Доктовіт.

Доктовіт — це перший і на сьогодні єдиний в Україні комплексний засіб для терапії гастроудоденальної патології (хронічний гастрит, ерозивно-виразкові ушкодження ШКТ, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, функціональна диспепсія, печія та ін.) на основі вітаміну U і провітаміну B<sub>5</sub>. Вітамін U (метилметіонін), що входить до складу Доктовіту, сприяє процесам синтезу травних ферментів і стимулює загоєння ушкоджень слизової оболонки ШКТ. Провітамін B<sub>5</sub> (декспантенол), зі свого боку, нормалізує травлення за рахунок впливу на рухову активність ШКТ і його секреторну функцію, а також стимулює регенерацію та відновлення слизових оболонок, забезпечуючи клітини необхідної енергією. Комплексний вплив вітаміну U і провітаміну B<sub>5</sub> забезпечує нормалізацію шлункової секреції і стимулює загоєння ерозивних і виразкових ушкоджень ШКТ. Така вдала вітамінна комбінація поєднує в собі низку важливих клінічних ефектів: метаболічного, цитопротекторного, репаративного та ін.

Вдало підібрана у складі Доктовіту синергічна комбінація декспантенолу (провітаміну  $B_5$ ) і метилметіоніну (вітаміну U) дозволяє забезпечити ефективний перебіг важливих клітинних функцій, необхідних для цитопroteкції та регенерації [2]. По-перше, перетворення метіоніну (вітаміну U) в активну форму — SAM — вимагає енергії АТФ, а донатором попередників АТФ у біохімічному циклі Кребса є пантотенова кислота (вітамін  $B_5$ ). По-друге, важливий процес деконденсації хроматину відбувається протягом метилювання окремих ділянок ДНК, що забезпечується метилметіоніном (вітаміном U) і меншою мірою — пантотеновою кислотою (вітаміном  $B_5$ ) з обов'язковою участю енергії АТФ (і знову — пантотенова кислота (вітамін  $B_5$ )). Роль деконденсації хроматину у старті регенераторного клітинного циклу дуже важлива. Відомо, що незважаючи на мікроскопічні розміри клітини, загальна довжина упакованих в її ядрі молекул ДНК сягає 2 км. Компактне розташування ДНК забезпечується формуванням складних і щільних просторових «клубків» хроматину. При цьому упакована в хроматині ДНК є неактивною і тільки після «розпаковування», або деконденсації, підлягає реплікації (подвоєнню), тим самим забезпечуючи процес клітинного ділення і, отже, регенерацію.

Наступний аспект — метилювання нуклеотидних залишків новостворених ланцюгів ДНК (метилметіонін, вітамін U) після завершення реплікації. Метильні групи приєднуються до всіх залишків аденіну в послідовності -GATC-, при цьому утворюється N6-метиладенін. Також можливо метилювання цитозину в послідовності -GC- і утворення N5-метилцитозину. Кількість метилюваних основ становить приблизно 1–8%. Модифікація відбувається за участю енергії АТФ (пантотенова кислота (вітамін  $B_5$ )). SAM використовується як джерело метильних груп. Приєднання метильних груп до залишків аденіну і цитозину не порушує комплементарності ланцюгів. Наявність метильних груп у ланцюгах ДНК необхідна для формування структури хромосом, а також для регуляції транскрипції генів. Протягом нетривалого часу у молекулі ДНК послідовності -GATC- метилювані по аденіну тільки в матричному, але не в новому ланцюгу. Ця відмінність використовується ферментами репарації для виправлення помилок, які можуть виникати при реплікації.

Важливий момент — участь білка у синтезі. Молекули білків являють собою поліпептидні ланцюжки, складені з окремих амінокислот. Однак амінокислоти недостатньо активні, щоб з'єднатися між собою самостійно. Тому, перш ніж з'єднатися один з одним і утворити молекулу білка, амінокислоти повинні активуватися. Ця активація відбувається під дією особливих ферментів. Кожна амінокислота має свій, специфічно налаштований на неї фермент. Джерелом енергії для цього стає АТФ. Після активування амінокислота стає більш лабільною і під дією того ж ферменту зв'язується з транспортною РНК для подальших етапів клітинного метаболізму. Кожна з 20 амінокислот білка поєднується ковалентними зв'язками з певною t-РНК, також використовуючи

енергію АТФ. Зі свого боку, S-аденозилметіонін бере участь в усіх реакціях, у яких метильна група використовується у біосинтетичних реакціях (наприклад, у синтезі адреналіну, креатиніну, тиміну, фосфатидилхоліну, бетаїну та ін.). Утворений після відщеплення метильної групи S-аденозилгомоцистеїн піддається гідролізу на аденозин і гомоцистеїн. Останній використовується у синтезі серину (це основний шлях перетворення). Таким чином, вітаміни  $B_5$  і U необхідні у синтезі білка.

Наступна важлива роль — транспортна. Деякі мембранні білки беруть участь у транспорті малих молекул через мембрану клітини, змінюючи її проникність. Ліпідний компонент мембрани водонепроникний (гідрофобний), що запобігає дифузії полярних або заряджених (іони) молекул. Мембранні транспортні білки поділяють на білки-канали і білки-переносники. Білки-канали містять внутрішні заповнені водою пори, які дозволяють іонам (через іонні канали) або молекулам води (через білки-аквапорини) переміщатися всередину клітини або назовні. Багато іонних каналів спеціалізуються на транспорті тільки одного іону. Так, калієві і натрієві канали розрізняють ці схожі іони і пропускають тільки один з них. Білки-переносники пов'язують подібно ферментам кожен молекулу або іон і, на відміну від каналів, для здійснення активного транспорту потребують використання енергії АТФ. «Електростанція клітини» — АТФ-синтаза, яка здійснює синтез АТФ за рахунок протонного градієнта, також може бути віднесена до мембранних транспортних білків.

Важливе значення має також той факт, що синтез фосфатидилхоліну з фосфатидилетаноламіну в клітинній мембрані відбувається у результаті двох послідовних етапів метилювання, здійснюваних шляхом перенесення метильних груп з S-аденозилметіоніну під контролем двох ферментів, так званих фосфометилтрансфераз I і II. Перший фермент переносить одну метильну групу, утворюючи фосфатидилмонометилетаноламін. Як субстрат фосфатидилетаноламін, так і перший метилтрансферазний фермент локалізуються на цитоплазматичній стороні клітинної мембрани. Другий фермент переносить ще дві метильні групи з S-аденозилметіоніну, утворюючи фосфатидилхолін. Як фосфатидилхолін, так і друга метилтрансфераза розташовуються на зовнішній поверхні мембрани. Такий асиметричний розподіл ферментів та їхніх субстратів сприяє швидкому переносу фосфоліпідів через плазматичну мембрану протягом послідовного метилювання. Внутрішньомембранний синтез проміжного продукту — фосфатидилмонометилетаноламіну викликає різкі зміни плинності мембрани, створюючи умови для прискореного латерального руху власних мембранних білків. «Полярна головка» фосфатидилхоліну перетворюється за рахунок енергії АТФ в активну форму — фосфохолін, який потім приєднується до цитидинтрифосфату з одночасним видаленням пірофосфату, що зрушує рівновагу реакції вправо. Утворюється цитидиндифосфат-холін — донор холіну для синтезу молекул фосфатидилхоліну.

Таким чином, синергічне поєднання вітамінів  $B_5$  і U разом каталізує ці біохімічні реакції та низку інших, що

й забезпечує виражену дію на СОШ і дванадцятипалої кишки за рахунок наступного кумулятивного ефекту: стимуляції ділення стовбурових клітин епітеліального шару СОШ; забезпечення прискореного диференціювання і активного функціонування новостворених клітин. Важливо, що вітамін U також має антигістамінні властивості. Метилуючи гістамін, вітамін U перетворює його в неактивну форму, що сприяє зменшенню секреції шлунка, прискоренню загоєння виразок і чинить додаткову знеболювальну дію.

Ці ефекти посилюються іншими фізіологічними механізмами дії обох вітамінів, а саме гальмуванням секреторної функції шлунка підвищеними дозами вітаміну B<sub>5</sub>; стимуляцією перистальтики кишечника вітаміном B<sub>5</sub> внаслідок активації синтезу ацетилхоліну; дезактивацією гістаміну вітаміном U шляхом його метилування і перетворення в неактивну форму, що також сприяє зменшенню секреції шлунка і прискоренню загоєння виразок; посиленням синтезу холіну вітаміном U, з недостатнім утворенням якого пов'язані порушення синтезу фосфоліпідів з жирів і відкладення у печінці нейтрального жиру (жирова дистрофія печінки).

Вітамін U — малотоксична сполука. Мінімальна токсична доза для білих мишей становить 2000 мг/кг. У деяких хворих при прийомі S-метилметіоніну спостерігаються явища індивідуальної непереносимості цього препарату: нудота, блювання, посилення болю, алергічні реакції та ін. Характерно, що і для вітаміну B<sub>5</sub>, і для вітаміну U не визначений максимально допустимий рівень доз, що свідчить про їх виключну безпеку і можливість використання у широких терапевтичних дозах.

У таблетованому препараті Доктовіт поєднані ці два унікальні вітаміни. Призначається дорослим і дітям старше 14 років зазвичай по 1–2 таблетки на добу після їжі. Препарат слід запивати невеликою кількістю рідини. За призначенням лікаря добова дозування препарату може бути збільшено до 3 таблеток. Курс прийому зазвичай становить 1–2 місяці. Таким чином, на підставі аналізу фармакологічних властивостей препарату Доктовіт, а також спираючись на результати проведених раніше клінічних досліджень, можна говорити про патогенетичну обґрунтованість його призначення при перебігу постерадикаційного періоду за типом функціональної диспепсії з епігастральним болем.

Препарат пройшов низку клінічних випробувань, протягом яких була підтверджена його висока терапевтична ефективність. Так, вже упродовж перших 3 діб з початку його застосування спостерігалось зменшення больового синдрому та диспепсії (печії, відрижки кислим). У 95% пацієнтів, які отримували препарат, відзначалося зникнення або значне зменшення клінічних проявів гастродуоденальної патології. Через 4 тижні після завершення курсу лікування частота рубцювання виразок і епітелізації ерозій становила 95% [1, 2].

**Мета дослідження** — дослідити ефективність використання Доктовіту у комплексній терапії хворих на хронічний ерозивний гастрит, асоційований з *H. pylori*, для корекції клінічної симптоматики

і відновлення якості життя (ЯЖ) пацієнтів за міжнародними шкалами.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 25 пацієнтів з *H. pylori*-асоційованим ХЕГ, які знаходилися на диспансерному обліку та під спостереженням сімейного лікаря в умовах **Тернопільського міського комунального закладу «Центр первинної медико-санітарної допомоги»**. Групу порівняння склали 20 практично здорових осіб, які не мали клініко-анамнестичних та інструментальних ознак захворювань ШКТ. Верифікацію діагнозу проводили відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (за загальноприйнятою в Україні класифікацією, запропонованою Науково-дослідним інститутом гастроентерології НАМН України, згідно із «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворих на хронічний гастрит», затвердженим додатком до наказу № 271 Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2005).

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були особи обох статей; наявність встановленого діагнозу *H. pylori*-асоційований хронічний гастрит (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду). Усі обстежені підписали інформовану згоду на участь у дослідженні згідно з протоколом, затвердженим Етичним комітетом ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України».

Критеріями виключення хворих з дослідження були декомпенсація серцево-легеневих захворювань, гострий інфаркт міокарда, порушення ритму, перенесене гостре оперативне втручання протягом останнього місяця, цукровий діабет 1-го та 2-го типу, хронічний гепатит, хронічний панкреатит, використання системних глюкокортикостероїдів, хронічна ниркова недостатність III–V стадій, патологія щитоподібної залози, вагітність, різке виснаження, схильність до кровотеч, злоякісні новоутворення (і підозра на них), хвороби крові та кровотворних органів, інфекційні та паразитарні захворювання, психічні та поведінкові розлади, вроджені аномалії та хромосомні порушення, нестабільна ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба II–III стадії та відмова від участі в дослідженні

Хворі, зіставні за клінічними, гендерними критеріями, тяжкістю перебігу ХЕГ та отримуваним лікуванням, були поділені на дві групи:

**1-ша група — контрольна (10 хворих) — загальноприйняте лікування** на 10 днів: ІПП пантопразол (контролок, нольпаза, пантасан або ін.) 40 мг 2 рази на добу; амоксицилін 1000 мг (або метронідазол 500 мг) 2 рази на добу; кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу без Доктовіту.

**2-га група — основна (15 хворих) — загальноприйняте лікування + Доктовіт** на 10 днів: ІПП пантопразол (контролок, нольпаза, пантасан або ін.) 40 мг 2 рази на добу; амоксицилін 1000 мг (або метронідазол 500 мг) 2 рази на добу; кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу; Доктовіт по 2 таблетки на добу після їжі протягом 2 місяців.

**Таблиця 1**

Динаміка клінічних проявів під впливом загальноприйнятого лікування і комплексу із включенням Доктовіту

Клінічний прояв	Кількість хворих			
	1-ша група (n=10)		2-га група (n=15)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Больовий синдром	10 (100,0)*	3 (30,0)**	15 (100,0)	3 (20,0)
Диспепсичний синдром	9 (90,0)	4 (40,0)	15 (100,0)	2 (13,3)
Схуднення	7 (70,0)	4 (40,0)	12 (80,0)	3 (20,0)
Анемія	8 (80,0)	6 (60,0)	13 (86,7)	2 (13,3)
Гіповітамінози	28 (73,7)	11 (28,4)	32 (76,2)	5 (11,9)
Гіпотонія	7 (70,0)	3 (30,0)	13 (86,7)	4 (26,7)

**Примітки:**

\* – в дужках наведені дані у відсотках (%);

\*\* – клінічний прояв у хворих на хронічний гастрит після лікування вважали наявним за відсутності значущої позитивної динаміки.

Обов'язковими компонентами лікувальних комплексів були амбулаторний режим і нормотрофне харчування за типом дієти № 5 за Певзнером, що показана при всіх захворюваннях ШКТ у фазі терапевтичного загострення, нестійкої ремісії та ремісії. Метою даного харчування є механічне і хімічне щадіння органів травлення, ліквідація больового синдрому, зменшення активності підшлункової залози. Калорійність і хімічний склад: 2500–2800 ккал, білки – 130–140 г (нежирні сорти сиру, твердого сиру, м'яса, риби), жири – 70 г, вуглеводи – 350 г. Режим харчування – невеликими порціями 5–6 разів на добу. Характеристика їжі: варена в протертому вигляді, тушкована, з обмеженням жирів, цукру, з виключенням продуктів із сильною сокогінною дією (бульйони, відвар капусти та ін.).

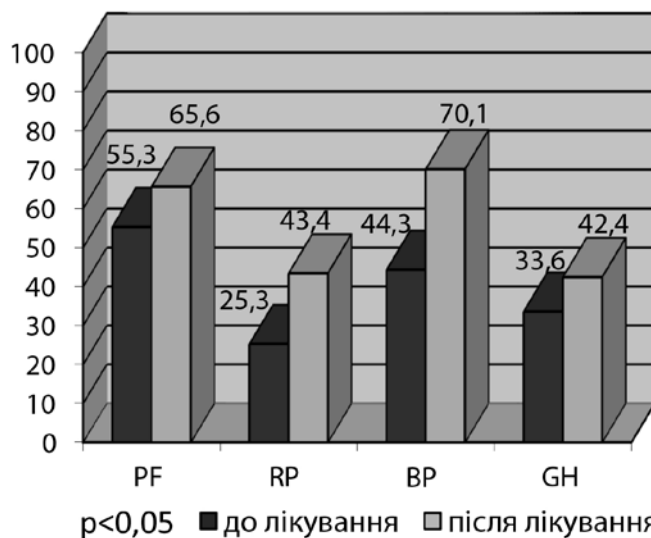
Всім хворим на ХЕГ проводилося стандартизоване клініко-лабораторне обстеження. На вході і на контролі виконували езофагогастродуоденоскопію + уреазний тест на *H. pylori* + біопсію з 5 місць з виконанням гістологічного дослідження.

Використовували клініко-анамнестичний метод дослідження для аналізу клінічної симптоматики. ЯЖ визначали, використовуючи адаптовані загальні опитувальники SF-36 та GSRs.

Статистичну обробку результатів здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium Core Duo за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica, XLSTAT-Pro для MS Excel, Statistical Package for Social Science). Середні вибіркові значення кількісних показників наведені у вигляді  $M \pm m$ , де  $M$  – середня арифметична та  $m$  – її похибка.

**Результати та їх обговорення.** У табл. 1 наведено отримані результати впливу двох лікувальних програм на деякі клінічні симптоми та синдроми у хворих на ХЕГ. Було виявлено позитивну динаміку клінічних проявів в обох групах пацієнтів, проте лікувальний ефект у 2-й групі був вагомішим: у середньому з 88,3% пацієнтів до 17,5% в 2-й групі в порівнянні з відповідно 80,6% пацієнтів і 38,1% після лікування в 1-й групі досліджуваних хворих на ХЕГ.

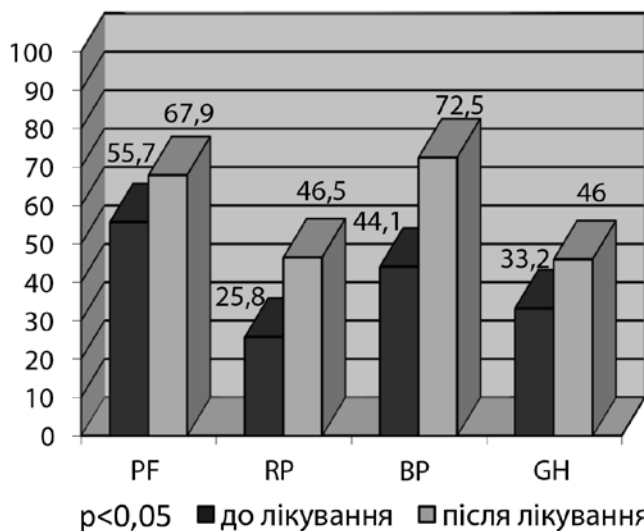
За допомогою шкал опитувальника SF-36 вивчали фізичний і психологічний компоненти ЯЖ хворих на хронічний гастрит в результаті лікування із використанням Доктовіту. Було проведено порівняння показників ЯЖ за фізичним компонентом у 1-й групі до та після лікування (рис. 1).



**Рис. 1.** Показники фізичного здоров'я у 1-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

Середнє значення ЯЖ за шкалою фізичного функціонування (PF) становило  $(55,3 \pm 1,2)$  бала до лікування та  $(65,6 \pm 1,3)$  бала після лікування. ЯЖ за шкалою рольового фізичного функціонування (RP) була  $(25,3 \pm 1,7)$  бала та  $(43,4 \pm 1,1)$  бала відповідно. Середнє значення за шкалою болю (BP) до початку лікування становило  $(44,3 \pm 1,5)$  бала і стало  $(70,1 \pm 1,1)$  бала після лікування. За шкалою загального здоров'я (GH) ЯЖ відповідала  $(33,6 \pm 1,4)$  бала і  $(42,4 \pm 1,5)$  бала відповідно. Отже, різниця показників за фізичним компонентом ЯЖ у групах порівняння становила 63 бали, що дорівнює 39,7%.

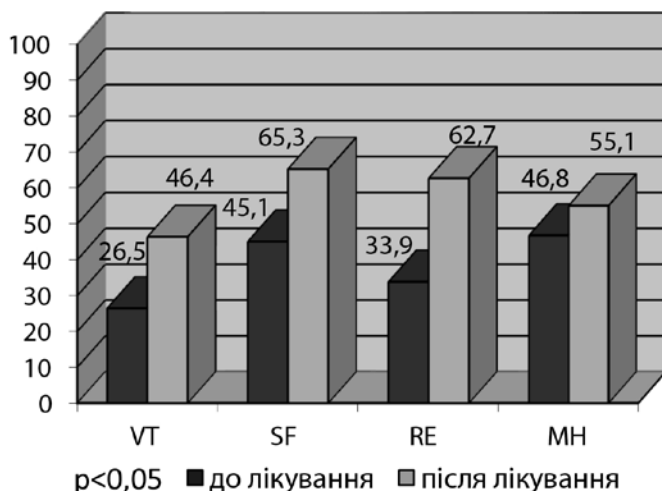
Також проводилося порівняння показників ЯЖ за фізичним компонентом у 2-й групі до та після лікування (рис. 2).



**Рис. 2.** Показники фізичного здоров'я у 2-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

У 2-й групі хворих середні значення ЯЖ за шкалою фізичного функціонування (PF) було до лікування (55,7±1,2) бала та (67,9±1,3) бала після лікування. За шкалою рольового фізичного функціонування (RP) ЯЖ була (25,8±1,7) бала та (46,5±1,1) бала відповідно. За шкалою болю (BP) середні значення до початку лікування становило (44,1±2,8) бала і (72,3±1,1) бала після лікування. ЯЖ за шкалою загального здоров'я (GH) була (33,2±1,9) бала і (46,1±1,6) бала відповідно. Отже, різниця показників за фізичним компонентом ЯЖ у групах порівняння становила 74,1 бала, що дорівнює 46,7%.

Також вивчено показники ЯЖ психологічного здоров'я хворих на ХЕГ у 1-й групі (рис. 3).

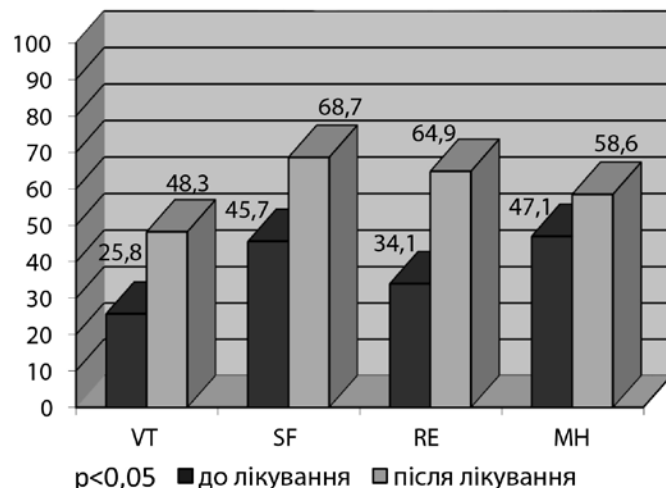


**Рис. 3.** Показники психологічного здоров'я у 1-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

Під час лікування середні значення ЯЖ за шкалою життєздатності (VT) підвищилися від (26,5±2,4) бала до (46,4±1,8) бала. Покращилася ЯЖ за шкалою соціального функціонування (SF) від (45,1±2,3) бала до (65,3±4,5) бала. За шкалою рольового емоційного функціонування (RE) середні

значення до лікування становило (33,9±2,4) бала і зросло до (62,7±1,7) бала. За шкалою психічного здоров'я (MH) середній показник ЯЖ був відповідно (46,8±2,9) бала та (55,1±2,7) бала. Таким чином, за аналізом отриманих даних можна стверджувати про покращення ЯЖ хворих на ХЕГ на тлі проведеної комплексної терапії із включенням вітамінного комплексу Доктовіт. Отже, різниця показників за психологічним компонентом ЯЖ у групах порівняння становила 77,2 бала, що дорівнює 50,7%.

Було проаналізовано зміни показників ЯЖ за психологічним компонентом у 2-й групі до і після лікування (рис. 4).

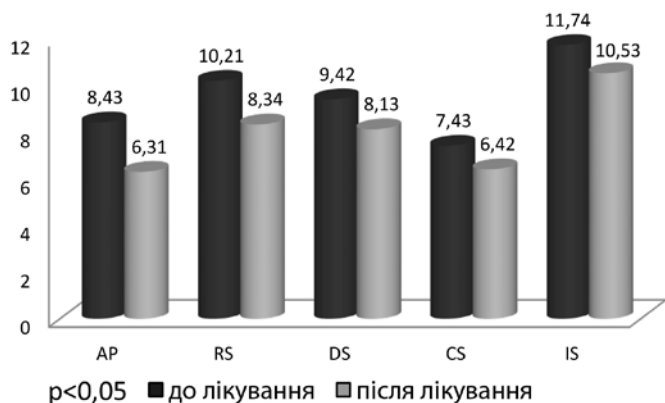


**Рис. 4.** Показники психологічного здоров'я у 2-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

За шкалою життєздатності (VT) середні значення ЯЖ у 2-й групі під час лікування зросло від (25,8±1,4) бала до (48,3±1,4) бала. ЯЖ за шкалою соціального функціонування (SF) змінилася від (45,7±1,3) бала до (68,7±1,6) бала. Середні значення за шкалою рольового емоційного функціонування (RE) було (34,1±1,2) бала і підвищилися до рівня (64,9±1,4) бала. ЯЖ за шкалою психічного здоров'я (MH) становила відповідно (47,1±1,5) бала та (58,6±1,7) бала. Отже, аналізуючи результати, можна стверджувати про покращення ЯЖ хворих на ХЕГ у 2-й групі (рис. 4). Отже, різниця показників за психологічним компонентом ЯЖ у групах порівняння становила 87,8 бала, що дорівнює 57,5%.

За допомогою опитувальника GSRS оцінювали вираженість симптоматики гастроентерологічних захворювань у 1-й та 2-й групах до та після лікування (рис. 5).

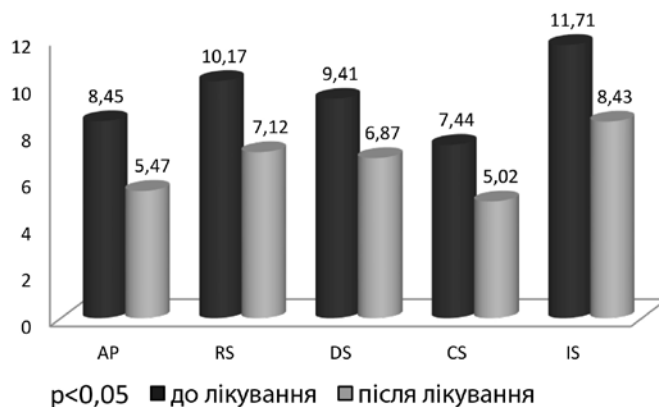
За шкалою оцінки абдомінального болю (AP) середні значення у 1-й групі до лікування було (8,43±0,12) бала, після лікування – (6,31±0,13) бала, за шкалою оцінки синдрому гастроєзофагеального рефлюксу (RS) – (10,21±0,14) бала і (8,34±0,12) бала відповідно, за шкалою оцінки діарейного синдрому (DS) – (9,42±0,14) бала і (8,13±0,11) бала відповідно, за шкалою оцінки синдрому запору (CS) середні значення було на рівні (7,43±0,12) бала до лікування і (6,42±0,16) бала після лікування, за шкалою



**Рис. 5.** Показники ЯЖ опитувальника GRSR у 1-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

оцінки диспепсичного синдрому рівень був (11,74±0,13) бала і (10,53±0,12) бала відповідно (рис. 6). Отже, можна стверджувати про регрес симптоматики гастроентерологічних захворювань і покращення показників ЯЖ при ХЕГ під впливом загальноприйнятого лікування. Різниця показників за шкалами опитувальника GRSR у 1-й групі становила 7,5 бала, що дорівнювало 15,9% (рис. 5).

За шкалою оцінки абдомінального болю (AP) середнє значення було (8,45±0,12) бала до лікування та (5,47±0,14) бала після лікування, за шкалою оцінки гастроєзофагеального рефлюксу (RS) рівень показника був (10,17±0,15) бала до лікування та (7,12±0,14) бала після лікування, за шкалою оцінки діарейного синдрому (DS) — (9,41±0,12) бала і (6,87±0,12) бала відповідно, за шкалою оцінки синдрому запору (CS) — (7,44±0,12) бала та (5,02±0,15) бала відповідно, а за шкалою оцінки диспепсичного синдрому (IS) — (11,71±0,14) бала і (8,43±0,16) бала відповідно, що свідчить про більш значущий регрес симптоматики гастроентерологічних захворювань та покращення рівня ЯЖ у хворих на ХЕГ під впливом комплексної терапії ХЕГ із включенням вітамінного комплексу Доктовіт, ніж у групі хворих, що отримували загальноприйняте



**Рис. 6.** Показники ЯЖ опитувальника GRSR у 2-й групі хворих на ХЕГ в результаті лікування.

лікування (рис. 6). Різниця показників за шкалами опитувальника GRSR у 2-й групі становила 14,27 бала, що становить 30,2%. Це суттєво і достовірно значимо вищий рівень ефективності запропонованої програми з включенням Доктовіту стосовно такого у групі загальноприйнятого лікування — 30,2% проти 15,9%.

**Висновки**

1) Включення до комплексного лікування хворих на ХЕГ вітамінного препарату Доктовіт сприяло статистично значущому регресу клінічної симптоматики (p<0,05). Це дозволило статистично значимо покращити фізичні та психологічні параметри ЯЖ за шкалами опитувальника SF-36 в середньому на 4,9%, за шкалами опитувальника GRSR — на 17,2% (p<0,05), що довело ефективність і доцільність використання вітамінного препарату Доктовіт у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на ХЕГ.

2) Для корекції полінутрієнтних порушень у комплексному лікуванні ХЕГ доцільно застосовувати вітамінний комплекс Доктовіт по 2 таблетки на добу після їжі протягом 2 місяців.

**Перспектива подальших досліджень** — дослідження ефективності застосування Доктовіту для корекції трофологічних порушень.

**Література:**

1. Губергриц Н. Б., Василенко И. В., Фоменко П. Г., Голубова О. А., Станиславская Э. Н. Доктовіт: ефективність на уровне гистологии. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. № 1(75). С. 1–4.
2. Губергриц Н. Б., Налетов С. В., Фоменко П. Г. И снова репаранты. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 1 (69). С. 143–151.
3. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. Хронический гастрит, вызванный инфекцией Helicobacter pylori: диагностика, клиническое значение, прогноз. Пособие для врачей. 2009. С. 22.
4. Ливзан М. А., Мозговой С. И., Кононов А. В. Гастрит после эрадикации Helicobacter pylori — простые следы или серьезные последствия? *Лечащий врач*. 2011. № 7. С. 7–9.

5. Bagchi D., McGinn T. R., Ye X. Mechanism of gastroprotection by bismuth subsalicylate against chemically induced oxidative stress in cultured human gastric mucosal cells. *Dig. Dis. Sci.* 1999. Vol. 44. P. 2419–2428.
6. Forman D., Burley V. J. Gastric cancer: global pattern of the disease and an overview of environmental risk factors. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2006. Vol. 20. P. 633–649.
7. Kelley J. R., Duggan J. M. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J. Clin. Epidemiol.* 2003. Vol. 56, No 1. P. 1–9.
8. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C. A. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV / Florence Consensus Report. *Gut*. 2012. Vol. 61, No 5. P. 646–664.

УДК 616.33-002-008.87:579.835.12-085.356  
doi: 10.33149/vkr.2019.03.07

UA **Ефективність вітамінного препарату Доктовіт для корекції клінічної симптоматики і відновлення якості життя у комплексній терапії хронічного ерозивного *H. pylori*-асоційованого гастриту**

Н. Б. Губергриц<sup>1</sup>, Л. С. Бабінець<sup>2</sup>, І. М. Галабіцька<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет, Україна

<sup>2</sup>Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна

**Ключові слова:** хронічний ерозивний гастрит, *Helicobacter pylori*, вітамінний препарат, якість життя, лікування

**Введення.** Хронічний ерозивний гастрит (ХЕГ) вважається передраковим станом. Згідно з рекомендаціями провідних гастроентерологів, для профілактики виникнення раку шлунка необхідно проводити вторинну і специфічну профілактику. Специфічна профілактика при ХЕГ, асоційованому з *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), полягає у проведенні ерадикації *H. pylori*. Навіть після успішної ерадикації *H. pylori* залишається запальний інфільтрат, який продукує активні форми кисню, що сприяє зміні експресії онкогенів та онкосупресорів.

**Мета дослідження.** Дослідити ефективність використання Доктовіту у комплексній терапії хворих на ХЕГ, асоційований з *H. pylori*, для корекції клінічної симптоматики і відновлення якості життя пацієнтів за міжнародними шкалами.

**Методи дослідження.** Використані стандартизоване клініко-лабораторне обстеження, фіброзофагогастродуоденоскопія, уреазний тест на *H. pylori*, гістологічний та статистичний методи дослідження.

**Результати.** Включення до комплексного лікування хворих на ХЕГ вітамінного препарату Доктовіт сприяло статистично значущому регресу клінічної симптоматики ( $p < 0,05$ ). Це дозволило статистично значимо покращити фізичні та психологічні параметри якості життя за шкалами опитувальника SF-36 в середньому на 4,9%, за шкалами опитувальника GSRS — на 17,2% ( $p < 0,05$ ), що довело ефективність і доцільність використання вітамінного препарату Доктовіт у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на хронічний ерозивний гастрит.

**Висновки.** Для корекції полінутрієнтних порушень у комплексному лікуванні хронічного ерозивного гастриту доцільно застосовувати вітамінний комплекс Доктовіт по 2 таблетки на добу після їжі протягом 2 місяців.

УДК 616.33-002-008.87:579.835.12-085.356  
doi: 10.33149/vkr.2019.03.07

RU **Эффективность витаминного препарата Доктовит для коррекции клинической симптоматики и восстановления качества жизни в комплексной терапии хронического эрозивного *H. pylori*-ассоциированного гастрита**

Н. Б. Губергриц<sup>1</sup>, Л. С. Бабінець<sup>2</sup>, И. М. Галабицкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет, Украина

<sup>2</sup>Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского, Украина

**Ключевые слова:** хронический эрозивный гастрит, *Helicobacter pylori*, витаминный препарат, качество жизни, лечение

**Введение.** Хронический эрозивный гастрит (ХЭГ) считается предраковым состоянием. Согласно рекомендациям ведущих гастроэнтерологов для профилактики возникновения рака желудка необходимо проводить вторичную и специфическую профилактику. Специфическая профилактика при ХЭГ, ассоциированном с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), заключается в проведении эрадикации *H. pylori*. Даже после успешной эрадикации *H. pylori* остается воспалительный инфильтрат, где продуцируются активные формы кислорода, что способствует изменению экспрессии онкогенов и онкосупрессоров.

**Цель исследования.** Исследовать эффективность использования Доктовита в комплексной терапии больных ХЭГ, ассоциированным с *H. pylori*, для коррекции клинической симптоматики и восстановления качества жизни пациентов по международным шкалам.

**Методы исследования.** Использованы стандартизованное клиничко-лабораторное обследование, фиброзофагогастродуоденоскопия, уреазный тест для обнаружения *H. pylori*, гистологический и статистический методы исследования.

**Результаты.** Включение в комплексное лечение больных хроническим эрозивным гастритом витаминного препарата Доктовит способствовало статистически значимому регресу клинической симптоматики ( $p < 0,05$ ). Это позволило статистически значимо улучшить физические и психологические параметры качества жизни по шкалам опросника SF-36 в среднем на 4,9%, по шкалам опросника GSRS — на 17,2% ( $p < 0,05$ ), что доказало эффективность и целесообразность использования витаминного препарата Доктовит в комплексном лечении и реабилитации больных хроническим эрозивным гастритом.

**Выводы.** Для коррекции полнунутриентных нарушений в комплексном лечении хронического эрозивного гастрита целесообразно применять витаминный комплекс Доктовит по 2 таблетки в сутки после еды в течение 2 месяцев.

EN **Effectiveness of the vitamin drug Doctovit for correction of clinical symptomatology and restoration of life quality in complex therapy of chronic erosive *H. pylori*-associated gastritis**

**N. B. Gubergrits<sup>1</sup>, L. S. Babinets<sup>2</sup>, I. M. Halabitska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University, Ukraine

<sup>2</sup>Ternopil State Medical University n. a. I. Y. Horbachevsky, Ukraine

**Key words:** chronic erosive gastritis, *Helicobacter pylori*, vitamin drug, life quality, treatment

**Background.** Chronic erosive gastritis (CEG) is considered a precancerous condition, according to the recommendations of leading gastroenterologists, for the prevention of stomach cancer, it is necessary to carry out secondary and specific prophylaxis. Specific prophylaxis for *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)-associated HEG with is to carry out the eradication of *H. pylori*. Even after successful eradication of *H. pylori*, inflammatory infiltration remains, where reactive oxygen species are produced, which contributes to altering the expression of oncogenes and oncosuppressor.

**The aim of the study.** To investigate the effectiveness of Doctovit in the complex therapy of patients with *H. pylori*-associated HEG for correcting clinical symptoms and restoring the quality of life of patients according to international scales.

**Methods.** Standardized clinical and laboratory examination, fibroesophagogastroduodenoscopy, urease test for the detection of *H. pylori*, histological and statistical research methods are used.

**Results.** Inclusion of the vitamin drug Doctovit in the complex treatment of patients with chronic erosive gastritis contributed to a statistically significant regression of clinical symptoms ( $p < 0.05$ ). This led to significant improvement of physical and psychological parameters of life quality: according to the SF-36 questionnaire scale – at the average of 4.9%, GSRQ questionnaire scale – by 17.2% ( $p < 0.05$ ), which proved the effectiveness and reasonability of using the vitamin drug in complex treatment and rehabilitation of patients with chronic erosive gastritis.

**Conclusion.** It is expedient to prescribe 2 tablets of the vitamin complex Doctovit per day after eating during 2 months for the correction of polynutrient disorders in complex treatment of chronic erosive gastritis.