

Купірування проявів шлункової та кишкової диспепсії при хронічному панкреатиті

Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Бєляєва¹, О. О. Супрун²

¹Багатопротільна клініка «Інто-Сана», Одеса, Україна

²Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, шлункова та кишкова диспепсія, швидкість евакуації зі шлунка, синдром надлишкового бактеріального росту, лікування

Епідеміологічні показники захворювань підшлункової залози (ПЗ) у Європі погіршилися останніми роками, причому зростає частота хронічного панкреатиту (ХП) у молодих людей, дітей, спостерігається висока частота поєднаної патології, стійкий рецидивний перебіг захворювання, резистентність до медикаментозної терапії, а тяжка прогресуюча функціональна недостатність ПЗ нерідко призводить до інвалідації пацієнтів [1–5].

Мета дослідження: оцінити ефективність патогенетичної терапії диспептичного синдрому у хворих на ХП з панкреатичною недостатністю.

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворі на ХП. Діагноз підтверджували за наявності типової клінічної картини ХП, феномену «ухилення» ферментів у крові (контролювали за показниками активності α -амілази, панкреатичної ізоамілази крові, ліпази крові), характерних змін ПЗ при сонографії. Серед хворих було 34 (54,8%) жінок та 28 (45,2%) чоловіків. Вік хворих — від 27 до 63 років.

Вираженість суб'єктивних проявів (скарг) оцінювали до та після лікування за допомогою показника середнього ступеня тяжкості (ССТ) з використанням напівкількісної шкали: 0 балів — скарги відсутні; 1 бал — скарги мінімальні; 2 бали — скарги помірні; 3 бали — скарги виражені або дуже виражені.

Зовнішньосекреторну недостатність ПЗ діагностували до лікування за результатами фекального еластазного тесту. Показники фекальної панкреатичної еластази 1 вивчали за допомогою наборів Schebo (Німеччина) на імуноферментному аналізаторі Sanofi (Франція). Фекальний еластазний тест виконували після лікування для оцінки динаміки функціонального стану ПЗ.

Для оцінки швидкості евакуації зі шлунка виконували ¹³C-октаноевий дихальний тест до та після лікування. Методика виконання тесту така. Він виконується натще. Після отримання вихідної дихальної проби пацієнт з'їдає тестовий сніданок — ячню-бовтанку, у якій розчинено 75 мг ¹³C-октаноевої кислоти. Крім того, у тестовий сніданок входять пшеничний хліб із маргарином та 200 мл мінеральної води без газу. Після прийому сніданку дихальні

проби беруть кожні 15 хвилин протягом 4 годин. Аналіз проб проводили на інфрачервоному газовому аналізаторі IRIS (Німеччина).

Для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР) у тонкій кишці до та після лікування проводили водневий дихальний тест (мікро H₂-аналізатор; «Мікро Медікал Лімітед», Великобританія). Пацієнти приймали 10 г лактулози вранці натще після обробки ротової порожнини антисептиком. Водень, що видихається, вимірювали перед проведенням тесту і через 20, 40, 60, 80, 100, 120, 150 і 180 хвилин.

Хворі були поділені на 2 групи. До основної групи увійшли 32 (51,6%) пацієнтів, а до групи порівняння — 30 (48,4%) пацієнтів. Хворим основної групи призначали традиційне лікування ХП (антисекреторні засоби, інфузійна терапія, за необхідності антибіотики, анальгетики, як ферментний препарат — Креон®), а також домперидон по 10 мг 3 рази на добу за 15–20 хвилин до їди, препарат, що містить спори *Vacillus clausii*, по одному флакону 3 рази на добу між прийомами їжі (через рівні проміжки часу) протягом 3 тижнів. Хворі групи порівняння отримували лише традиційне лікування.

Обстежено 30 практично здорових осіб, які були порівнянні з хворими за статтю та віком (контрольна група).

Результати. Основною скаргою у всіх обстежених нами хворих був біль у животі. 37 (59,7%) хворих оцінювали його як інтенсивний, 20 (32,3%) хворих — як помірний та 5 (8,0%) хворих — як мінімальний. ССТ больового синдрому становив 2,52.

Усі хворі відзначали як провокуючий біль фактор прийом їжі. При цьому у 39 (62,9%) пацієнтів біль був постійним і після їжі посилювався, а в решти 23 (37,1%) пацієнтів біль був періодичним, тобто виникав тільки після їди. Посилення або виникнення болю через 20–30 хвилин після прийому їжі відзначалося у 41 (66,1%) хворих, через 30–40 хвилин — у 15 (24,2%) хворих, значно рідше болі виникали або посилювалися через 10–20 хвилин після їди — у 6 (9,7%) пацієнтів. У 9 (14,5%) хворих болі провокувалися прийомом будь-якої їжі незалежно від її

характеру та обсягу. В інших хворих особливо провокуючою була гостра, смажена, жирна їжа. 16 (25,8%) пацієнтів вказували, що чим більший обсяг прийнятої їжі, тим імовірніше провокування больового синдрому.

Усі хворі вказували на біль у лівому підребер'ї. Однак тільки у 17 (27,4%) хворих біль локалізувався лише у лівому підребер'ї. Дещо частіше відзначалася локалізація болю в епігастрії та лівому підребер'ї — у 21 (33,9%) хворих. Найбільш типовою була локалізація болю в епігастрії, у правому та лівому підребер'ях, що відбувалося у 24 (38,7%) хворих.

Іррадіація болю була такою. 27 (43,5%) пацієнтів відзначали іррадіацію болю на кшталт «повного поясу», тобто в обидві половини попереку. Дещо рідше спостерігалася іррадіація тільки в ліву половину попереку, тобто на кшталт «лівого півпояса» — у 23 (37,1%) хворих. Найрідкіснішою була іррадіація на кшталт «правого півпояса» — у 12 (19,4%) хворих. Крім того, 9 (14,5%) пацієнтів вказували на іррадіацію болю в передсердну ділянку, 11 (17,7%) пацієнтів — у ліву ключицю та/або у ліве плече, 7 (11,3%) пацієнтів — під ліву лопатку. У 28 (45,2%) хворих відзначалася типова для біліарної патології іррадіація болю — у праву ключицю, та/або під праву лопатку, та/або у праве плече, та/або у праву половину шиї.

Переважає частина обстежених хворих відзначали зменшення болю при голодуванні (41 пацієнт — 66,1%), накладанні холоду на ліве підребер'я (38 пацієнтів — 61,3%), прийомі спазмолітиків (35 пацієнтів — 56,5%).

Крім болю, характерними були тяжкість, дискомфорт, розпирання у верхній частині живота. Такі скарги були у 27 (43,6%) хворих.

Усіх хворих турбували диспептичні явища. Виражені диспептичні явища відзначали 39 (62,9%) хворих, помірні — 18 (29,1%) хворих, мінімальні — 5 (8,0%) хворих. ССТ диспепсії становив 2,55.

Найбільш частим проявом диспепсії були нудота, тяжкість у верхній частині живота після їди, на які вказували 32 (51,6%) хворих. Характерними також були гіркота в роті — у 28 (45,2%) хворих, відрижка повітрям або з'їденою їжею — у 27 (43,5%) хворих, метеоризм — у 22 (35,5%) хворих, печія — у 21 (33,9%) хворих. Рідше відзначалося блювання, яке не приносить полегшення, — у 14 (22,6%) хворих.

Хворі відзначали порушення випорожнень: у 19 (30,6%) пацієнтів була схильність до послаблення випорожнень та діареї, у 15 (24,2%) пацієнтів — схильність до запорів, у 18 (29,1%) пацієнтів — чергування проносів та запорів, і лише у 10 (16,1%) пацієнтів випорожнення були нормальними.

52 (83,9%) хворих вказували на загальну слабкість, 9 (14,5%) хворих — на схуднення, 6 (9,7%) — на підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, переважно вечорами.

Усі хворі були у відносно задовільному стані.

У 54 (87,1%) хворих визначалася субіктеричність або легка іктеричність шкіри та слизових оболонок. У 48 (77,4%) хворих язик був обкладений білуватим, сіруватим або жовтуватим нальотом, у 37 (59,7%) хворих виявлено відбитки зубів по краях язика.

Периферичні лімфатичні вузли не були збільшені в жодному випадку.

При об'єктивному обстеженні органів грудної клітки змін не виявлялося, за винятком хворих, які страждали на супутні хронічний бронхіт, ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію.

При поверхневій пальпації болючість у лівому підребер'ї визначалася у 5 (80,1%) хворих, проте резистентності не було виявлено в жодному випадку. При глибокій пальпації болючість у проекції ПЗ була у всіх обстежених хворих, причому у 7 (11,3%) пацієнтів пальпувалася болісна ПЗ у вигляді попереочно розташованого тяжа.

Болючість у проекції всієї ПЗ при пальпації виявлена у 6 (9,7%) хворих, переважно у проекції головки ПЗ — у 19 (30,6%) хворих, переважно у проекції тіла ПЗ — у 13 (21,0%) хворих. У решти 24 (38,7%) хворих визначалася чітка болючість у проекції головки та тіла ПЗ.

Ми оцінювали також болючість у зонах та точках, характерних для ХП. Виявилось, що болючість у зоні Шоффара визначалася у 47 (75,8%) хворих, у зоні М. Губерґріца — Скульського — у 35 (56,5%) хворих, у точці Дежардена — у 48 (77,4%) хворих, у точці А. Губерґріца — у 17 (27,4%) хворих.

При копроскопії стеаторею виявлено у 4 (65%) хворих. Оскільки стеаторея характерна лише для тяжкої панкреатичної недостатності, можна було попередньо судити про те, що така недостатність при ХП на тлі постхолецистектомічного синдрому трапляється рідко. Амілорея виявлена у 3 (4,8%) хворих, креаторея — у 4 (6,5%) хворих.

Рідкісність тяжкої зовнішньосекреторної недостатності ПЗ була підтверджена і даними дослідження показників фекальної панкреатичної еластази 1. Так, результати менше ніж 100 мкг/г були виявлені лише у тих самих 4 (6,5%) хворих. Таким збігом даних копроскопії та фекального еластазного тесту підтверджується висока чутливість останнього у діагностиці саме тяжкої панкреатичної недостатності. Помірне зниження зовнішньої секреції ПЗ виявлено у 17 (27,4%) хворих, легке — у 25 (40,3%) хворих. У решти 16 (25,8%) хворих показники еластазного тесту виявилися нормальними, тобто зовнішньосекреторна функція ПЗ у них була збережена.

За даними ¹³C-октаноевого дихального тесту, у здорових осіб у всіх випадках коефіцієнт шлункового спорожнення від твердої їжі був більше ніж 3,1, а час напіввиведення вмісту зі шлунка — менше ніж 130 хвилин. У хворих з ХП у 66,1% випадків (у 41 пацієнта) відмічено помірне зниження швидкості випорожнення шлунка (коефіцієнт випорожнення 3,1–2,5); у 19,4% випадків (у 12 пацієнтів) виявлено виражене зниження швидкості випорожнення шлунка (коефіцієнт випорожнення >2,5); лише у 14,5% випадків (у 9 пацієнтів) швидкість спорожнення була нормальною. Результати дослідження часу напіввиведення вмісту шлунка у хворих відповідні. Так, період напіввиведення менше за 130 хвилин визначався у 9 хворих та всіх здорових, помірне зменшення періоду напіввиведення — у 41 хворого, виражене зменшення — у 12 хворих.

Важливо, що період напіввиведення тестового сніданку зі шлунка обернено корелював з показниками фекальної еластази 1 (коефіцієнт прямої кореляції становив 0,52).

Результати ¹³C-октаноевого дихального тесту наведені нижче в динаміці у двох групах хворих.

За допомогою водневого дихального тесту СНБР було виявлено у 54 (87,1%) хворих.

Позитивна динаміка больового синдрому під впливом лікування більш виражена у хворих основної групи. Виявилось, що біль зник у 7 (21,8%) хворих, зменшився у 21 (65,6%) хворих, залишився на початковому рівні у 2 (6,3%) хворих і посилювався у 2 (6,3%) хворих. Серед хворих групи порівняння біль зник у 4 (13,3%) хворих, зменшився у 15 (50,0%) хворих, залишився без змін у 7 (23,4%) хворих та посилювався у 4 (13,3%) хворих. Болі зникали під впливом основного варіанта лікування в 1,6 раза частіше, а зменшувалися — в 1,3 раза частіше, ніж під впливом лише традиційної терапії ХП. Водночас біль залишався без змін серед хворих основної групи в 3,7 раза, а посилювався — в 2,1 раза рідше, ніж у хворих групи порівняння. ССТ больового синдрому після лікування в основній групі становив 1,24, а в групі порівняння — 1,58, тобто в 1,3 раза вище.

Диспептичні явища зникли у 6 (18,8%), зменшилися у 19 (59,4%), залишилися на тому самому рівні у 5 (15,6%) та посилювалися у 2 (6,2%) хворих основної групи. Відповідні показники серед хворих групи порівняння становили 4 (13,3%), 14 (46,7%), 8 (26,7%) та 4 (13,3%). Включення домперидону, препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, та Креону в комплексну терапію ХП було більш ефективним щодо впливу на диспептичний синдром. ССТ диспепсії після лікування в основній групі становив 1,18, а в групі порівняння — 1,42. Отже ефективність основного варіанта лікування щодо диспептичного синдрому у 1,2 раза вища.

Особливо виражені переваги в цьому плані були відзначені щодо таких симптомів, як нудота й тяжкість в епігастрії після їди. У наше дослідження увійшли 32 хворі, які пред'являли таку скаргу. Після поділу хворих на групи залежно від лікування виявилось, що 15 пацієнтів увійшли до основної групи, а 17 хворих — до групи порівняння. Зникнення скарг на момент виписки з клініки відзначили 11 (73,3%) із 15 хворих основної групи та 10 (58,8%) із 17 хворих групи порівняння. Тобто нудота й тяжкість в епігастрії в 1,3 раза частіше усувалися при доповненні традиційної терапії домперидоном та препаратом, що містить спори *Bacillus clausii*.

Основний варіант лікування також ефективно впливав на явища кишкової диспепсії. Після розподілу хворих на групи в основну групу увійшли 12 хворих, які скаржилися на метеоризм, 11 хворих з діареєю, 9 хворих з нестійкими випорожненнями, 7 хворих із запорами та 5 хворих з нормальними випорожненнями. Метеоризм зник під впливом терапії у 10 (83,3%) хворих основної групи і лише у 5 (50,0%) хворих групи порівняння, діарея припинилася у 10 (90,9%) хворих основної групи і лише у 5 (62,5%) хворих групи порівняння. Із хворих,

у яких до лікування було чергування запорів та проносів, випорожнення стали стабільними, оформленими у 8 (88,9%) хворих основної групи та лише у 4 (44,4%) хворих групи порівняння. Запори зникли у 5 (71,4%) хворих основної групи та у 4 (50,0%) хворих групи порівняння. Таким чином, ефективність основного варіанта лікування щодо метеоризму була в 1,7 раза вищою, щодо діареї — в 1,5 раза вищою, щодо нестійких випорожнень — у 2,0 раза вищою, щодо запорів — у 1,4 раза вищою.

Важливо відзначити, що всі хворі, в яких, незважаючи на лікування, було посилення больового і диспептичного синдрому, грубо порушували дієту. Незважаючи на мимовільну провокацію, ефект терапії виявився стійким (не було наростання вираженості больового синдрому) у 30 (93,7%) хворих основної групи та лише у 26 (86,7%) хворих групи порівняння. Таким чином, вплив лікування був більш стійким в основній групі.

Пальпаторна болочість зникла або зменшилася у 24 (75,0%) хворих основної групи та у 16 (53,3%) хворих групи порівняння, що також підтверджує доцільність використання домперидону та препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, при лікуванні ХП.

Поліпшення показників копроскопії було подібним та однаково вираженим у хворих обох груп. Такий виражений і подібний за обох варіантів терапії результат ми пов'язуємо з тим, що пацієнти обох груп отримували комплекс базисних засобів, найважливішим компонентом якого були ферментні препарати, і зокрема Креон®. Це і сприяло практичній ліквідації мальдигестії у всіх хворих, у яких при надходженні до клініки виявляли стеаторею (у 4 пацієнтів), амилорею (у 3 пацієнтів) та креаторею (у 4 пацієнтів).

При аналізі динаміки показників фекальної панкреатичної еластази 1 було виявлено, що у пацієнтів основної групи за результатами еластазного тесту зовнішньосекреторна функція ПЗ поліпшувалась під впливом лікування більш виражено, ніж у хворих групи порівняння. Так, якщо до лікування нормальний вміст еластази 1 у калі визначався у 8 (25,0%) хворих основної групи та у 8 (26,7%) хворих групи порівняння, то після лікування ці показники становили відповідно 12 (37,5%) та 10 (33,3%) хворих. Після лікування частота зустрічальності легкої панкреатичної недостатності становила 37,5% (12 хворих) в основній групі і 36,7% (11 хворих) у групі порівняння. Частота зустрічальності помірної панкреатичної недостатності становила відповідно 18,7% (6 хворих) і 23,3% (7 хворих), а частота тяжкої панкреатичної недостатності залишилася такою ж, як і до лікування. Зокрема до основної групи увійшли 2 хворі з показниками фекальної панкреатичної еластази 1 менше за 100 мкг/г, що становило 6,3% від усіх обстежених пацієнтів цієї групи. Після лікування в обох цих хворих результати еластазного тесту залишилися низькими, тобто зберігалася тяжка зовнішньосекреторна недостатність ПЗ. Аналогічна ситуація зазначена й у групі порівняння. До неї також увійшли 2 хворі із вираженою панкреатичною недостатністю (6,7% випадків від усіх хворих групи порівняння). Перед випискою

з клініки практично такі самі низькі показники збереглися в обох хворих цієї групи.

Отже, лікування сприяло частішанню зустрічальності нормальних показників фекального еластазного тесту при застосуванні обох варіантів лікування. Однак в основній групі частота нормальних показників фекальної панкреатичної еластази 1 перед випискою з клініки була вищою, ніж у групі порівняння, на 4,2%. Хоча, на перший погляд, різниця не дуже значна, але в основній групі після лікування стало на 4 пацієнти з нормальними показниками фекальної еластази 1 більше, ніж до лікування, тобто в 1,5 раза більше. У групі порівняння хворих з нормальними даними еластазного тесту після лікування стало тільки на 2 більше, тобто частота зустрічальності нормальної зовнішньосекреторної функції ПЗ підвищилася тільки в 1,2 раза. Перед випискою з клініки частота легкої панкреатичної недостатності, за даними вивчення рівня фекальної панкреатичної еластази 1, в основній групі становила 37,5% (12 хворих) та у групі порівняння — 36,7% (11 хворих). Зниження частоти зустрічальності легкої недостатності ПЗ під впливом лікування відбулося в обох групах завдяки тому, що у 4 хворих основної групи і у 2 хворих групи порівняння вдалося досягти нормалізації даних еластазного тесту, тобто така нормалізація в основній групі спостерігалася в 2 рази частіше, ніж у групі порівняння. Помірна панкреатична недостатність траплялася явно рідше після лікування з застосуванням антигомотоксичних препаратів — у 18,7% випадків (у 6 хворих основної групи). У групі порівняння після лікування помірна недостатність ПЗ траплялася у 23,3% випадків (у 7 хворих). За наявності початково помірного зниження зовнішньосекреторної функції ПЗ динаміка цієї функції була виражена менше, ніж динаміка легкої панкреатичної недостатності. За нашими даними, динаміка від помірної до легкої панкреатичної недостатності під впливом терапії спостерігалася у 3 хворих основної групи та лише в 1 хворого групи порівняння. У результаті частота помірного зниження зовнішньої секреції ПЗ перед випискою серед хворих групи порівняння була в 1,2 раза вищою, ніж в основній групі. Нормальні показники еластазного тесту та легке їх зниження після лікування виявлялися у 75,0% хворих основної групи і рідше — у 70,0% хворих групи порівняння. Частота помірної та тяжкої панкреатичної недостатності після лікування, навпаки, була вищою у групі порівняння — у 30,0%, а в основній групі — у 25,0% хворих. Слід зазначити, що, за даними літератури, результати дослідження фекальної панкреатичної еластази 1 досить інертні, і все ж таки нам вдалося досягти їх поліпшення, особливо в основній групі. Ми пояснюємо таку позитивну динаміку ефективним лікуванням ХП, що й сприяло поліпшенню функціонального стану ПЗ.

При проведенні ¹³C-октаноевого дихального тесту після лікування в основній групі нормалізацію результатів досягнуто у 22 (81,5%) із 27 хворих з вихідним уповільненням евакуації зі шлунка, які увійшли до основної групи. У групі порівняння результати

дихального тесту стали нормальними у 15 (65,2%) із 23 хворих. Включення домперидону та препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, у лікування хворих на ХП сприяло нормалізації початково уповільненої евакуації зі шлунка в 1,3 раза частіше, ніж традиційна терапія. Середній коефіцієнт шлункового спорожнення до лікування в основній групі становив $2,7 \pm 0,2$, а в групі порівняння — $2,6 \pm 0,1$; після лікування, відповідно, $3,4 \pm 0,2$ (порівняно з першим дослідженням $p < 0,05$) та $2,9 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Період напіввиведення при надходженні хворих основної групи до клініки становив $148,4 \pm 6,7$ хвилини, після лікування — $125,6 \pm 7,1$ хвилини ($p < 0,05$); у групі порівняння, відповідно, $145,0 \pm 7,1$ хвилини та $138,9 \pm 8,3$ хвилини ($p > 0,05$). В основній групі досягнуто вірогідне прискорення евакуації зі шлунка, а у групі порівняння з'явилася лише невірогідна спрямованість до поліпшення показників. У контрольній групі у всіх випадках коефіцієнт випорожнення шлунка становив понад 3,1, а період напіввиведення менше ніж 130 хвилин.

Хворі, у яких було діагностовано СНБР за допомогою водневого дихального тесту, розподілилися по групах таким чином: 28 пацієнтів увійшли до основної групи, а решта 26 пацієнтів — до групи порівняння. Таким чином, в основній групі СНБР діагностовано у 87,5% випадків, а у групі порівняння — у 86,7% випадків. Після основного варіанта лікування СНБР був лише у 6 (18,8%) хворих основної групи та у 18 (60,0%) хворих групи порівняння. Така виражена різниця в результатах лікування пов'язана з тим, що хворі основної групи отримували препарат, що містить спори *Bacillus clausii*, та Креон®, а хворі групи порівняння — лише Креон®, який, ймовірно, сприяв зниженню частоти СНБР унаслідок зменшення кількості недостатньо гідролізованих компонентів хімусу в тонкій кишці.

Висновки

1. Включення домперидону та препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, до терапевтичного комплексу при лікуванні хворих на ХП (за умов застосування у складі базисної терапії ферментного препарату Креон®) сприяє зменшенню вираженості клінічних проявів захворювання. Виражені переваги цього лікувального комплексу стосуються усунення больового та диспептичного синдромів, особливо усунення симптомів кишкової диспепсії.

2. Під впливом лікування з застосуванням домперидону, препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, та Креону істотно краще, ніж при призначенні тільки традиційної терапії, оптимізується зовнішньосекреторна функція ПЗ (ймовірно, це пов'язано з ефективною дією Креону при деконтамінації дванадцятипалої кишки).

3. Домперидон вірогідно прискорює початково уповільнену евакуацію зі шлунка у хворих на ХП.

4. Доповнення традиційного лікування препаратом, що містить спори *Bacillus clausii*, ефективно усуває СНБР при зовнішньосекреторній недостатності ПЗ.

Перспективи дослідження полягають у вивченні динаміки сонографічних проявів ХП під впливом застосовуваного нами лікування.

Література:

1. Beger H. G., Buchler M., Kozarek R. (eds). The pancreas: an integrated text-book of basic science, medicine and surgery. Oxford: Willey Blackwell, 2018. 1173 p.
2. Brelan D., Tenner S. Diarrhoea due to pancreatic diseases. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2012. Vol. 26, No 5. P. 623–631.
3. Joergensen M., Brusgaard K., Crüger D. G., Gerdes A. M., de Muckadell O. B. Incidence, prevalence, etiology, and prognosis of first-time chronic pancreatitis in young patients: a nationwide cohort study. *Dig. Dis. Sci.* 2010. Vol. 55, No 10. P. 2988–2998.
4. Löhr J. M. *Exocrine Pancreatic Insufficiency*, 2nd ed. Bremen: UNIMED, 2014.
5. Löhr J. M., Domínguez-Muñoz E., Rosendahl J., Besse-link M., Mayerle J., Lerch M. M., Haas S., Akisik F., Kartalis N., Iglesias-Garcia J., Keller J., Boermeester M., Werner J., Dumonceau J. M., Fockens P., Drewes A., Ceyhan G., Lindkvist B., Drenth J., Ewald N., Hardt P., de Madaria E., Witt H., Schneider A., Manfredi R., Brøndum F. J., Rudolf S., Bollen T., Bruno M.; HaPanEU/UEG Working Group. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol. J.* 2017. Vol. 5, No 2. P. 153–199.

УДК 616.33/.34-008.3-08:616.37-002

doi: 10.33149/vkr.2023.03.06

UA Купірування проявів шлункової та кишкової диспепсії при хронічному панкреатиті

Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Беляєва¹, О. О. Супрун²¹Багатопротільна клініка «Інто-Сана», Одеса, Україна²Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, шлункова та кишкова диспепсія, швидкість евакуації зі шлунка, синдром надлишкового бактеріального росту, лікування

Автори обстежили 62 хворих на хронічний панкреатит (ХП). Діагноз підтверджували за наявності типової клінічної картини ХП, феномену «ухилення» ферментів у кров (контролювали за показниками активності α -амілази, панкреатичної ізоамілази крові, ліпази крові), характерних змін підшлункової залози (ПЗ) при сонографії. Серед хворих було 34 (54,8%) жінок та 28 (45,2%) чоловіків. Вік хворих — від 27 до 63 років. Контрольна група — 30 практично здорових осіб.

Виразеність суб'єктивних проявів (скарг) оцінювали до та після лікування за допомогою показника середнього ступеня тяжкості з використанням напівкількісної шкали.

Для оцінки швидкості евакуації зі шлунка виконували ¹³C-октаноєвий дихальний тест до та після лікування.

Для діагностики синдрому надлишкового бактеріального росту в тонкій кишці до та після лікування проводили водневий дихальний тест.

Хворі були розподілені на 2 групи. До основної групи увійшли 32 (51,6%) пацієнтів, а до групи порівняння — 30 (48,4%) пацієнтів. Хворим основної групи призначали традиційне лікування ХП (антисекреторні засоби, інфузійна терапія, за необхідності — антибіотики, анальгетики, Креон® як ферментний препарат), а також домперидон по 10 мг 3 рази на добу за 15–20 хвилин до їди, препарат, що містить спори *Bacillus clausii*, по одному флакону 3 рази на добу між прийомами їжі (через рівні проміжки часу) протягом 3 тижнів. Хворі групи порівняння отримували лише традиційне лікування.

Включення домперидону та препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, до терапевтичного комплексу при лікуванні хворих на ХП (за умови застосування у складі базисної терапії Креону як ферментного препарату)

сприяє зменшенню вираженості клінічних проявів захворювання. Виражені переваги цього лікувального комплексу належать до усунення больового та диспептичного синдромів, особливо до усунення симптомів кишкової диспепсії.

Під впливом лікування з застосуванням домперидону, препарату, що містить спори *Bacillus clausii*, і Креону значно краще, ніж при призначенні тільки традиційної терапії, оптимізується зовнішньосекреторна функція ПЗ (імовірно, це пов'язано з ефективнішою дією Креону при деконтамінації дванадцятипалої кишки).

Домперидон вірогідно прискорює початково уповільнену евакуацію зі шлунка у хворих на ХП.

Доповнення традиційного лікування препаратом, що містить спори *Bacillus clausii*, ефективно усуває синдром надлишкового бактеріального росту при зовнішньосекреторній недостатності ПЗ.

Перспективи дослідження полягають у вивченні динаміки сонографічних проявів ХП під впливом лікування.

EN Relief of symptoms of gastric and intestinal dyspepsia in chronic pancreatitis

N. B. Gubergrits¹, N. V. Byelyayeva¹, O. O. Suprun²¹“Into Sana” Multifield Clinic, Odesa, Ukraine²Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, gastric and intestinal dyspepsia, gastric evacuation rate, bacterial overgrowth syndrome, treatment

The authors examined 62 patients with chronic pancreatitis (CP). The diagnosis was confirmed by the typical clinical picture of CP, the phenomenon of “deviation” of enzymes in the blood (monitored by the levels of α -amylase, pancreatic blood isoamylase, and blood lipase), and typical sonographic changes in the pancreas. There were 34 (54.8%) women and 28 (45.2%) men among the patients. Their ages ranged from 27 to 63. The control group had 30 almost healthy people.

The severity of subjective manifestations (complaints) was assessed before and after treatment by an indicator of moderate severity using a semi-quantitative scale.

To assess the gastric evacuation rate, a ¹³C-octane breath test was performed before and after treatment.

To diagnose the small intestinal bacterial overgrowth syndrome, a hydrogen breath test was performed before and after treatment.

The patients were divided into two groups. The main group included 32 (51.6%) patients, and the comparison group included 30 (48.4%) patients. Patients of the main group were administered conventional CP treatment (antisecretory drugs, infusion therapy, if necessary, antibiotics, analgesics, and Kreon® as an enzyme preparation), as well as domperidone 10 mg 3 times a day 15–20 min before meals, a preparation containing *Bacillus clausii* spores, one vial 3 times a day between meals (at regular intervals) for 3 weeks. Patients in the comparison group received only conventional treatment.

The inclusion of domperidone and a preparation containing *Bacillus clausii* spores in the therapeutic complex for CP patients (provided that Kreon® was used as an enzyme preparation in the basic therapy) helps reduce the severity of the clinical manifestations of

the disease. The obvious advantages of this therapeutic complex relate to the relief of pain and dyspeptic syndromes, especially the elimination of symptoms of intestinal dyspepsia.

Under the influence of treatment with domperidone, a drug that contains *Bacillus clausii* spores, and Kreon®, the exocrine pancreatic function is optimized much better than when only conventional therapy is used. This is likely because Kreon® is more effective in duodenal decontamination.

Domperidone significantly accelerates initially delayed gastric evacuation in patients with CP.

The addition of a preparation containing *Bacillus clausii* spores to the conventional treatment effectively eliminates the bacterial overgrowth syndrome in exocrine pancreatic insufficiency.

The prospects of research are to study the dynamics of the sonographic manifestations of CP under the impact of treatment.