

Ефективність впливу терапії з включенням антигомтоксичного препарату Солідаго Композитум С та сульпіриду (Еглонілу) на клінічні прояви хронічного панкреатиту в поєднанні з хронічним пієлонефритом

Н. Б. Губергріц¹, Н. В. Беляєва¹, С. С. Северин², К. О. Северина², І. А. Козинська²

¹Багатопрфільна клініка «Інто Сана», Одеса, Україна

²Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, хронічний пієлонефрит, клінічні прояви, антигомтоксичний препарат Солідаго Композитум С, сульпірид

Хронічний панкреатит (ХП) — одне з найчастіших захворювань органів травлення [12, 16, 31]. За останні кілька десятиріч у світі спостерігається двократне зростання кількості хворих на панкреатити, а первинна інвалідизація пацієнтів досягає 15%, зростає летальність [8, 28, 32]. Захворюваність та поширеність цієї патології збільшуються в усьому світі, зокрема в Україні [20, 25]. Останніми роками частота хвороб підшлункової залози (ПЗ) не знижується, причому простежується ряд характерних особливостей щодо їх епідеміології в Україні: зростання кількості випадків захворювань з первинно-хронічним перебігом і частими загостреннями, «омолодження» контингенту хворих, висока частота випадків медикаментозної резистентності та ін. [25]. Хворі на ХП становлять 25% серед тих, що звертаються до гастроентерологічних кабінетів поліклінік України, а в спеціалізованих гастроентерологічних стаціонарах нашої країни ці хворі займають 9–12% ліжок. Серед хворих на ХП у 30% випадків розвиваються ранні ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразок гастродуоденальної зони, тромбоз у системі портальної вени, стеноз жовчодорода та ін.), летальність становить 5,1%. Смертність від хвороб ПЗ в Україні посідає друге місце серед захворювань органів травлення після цирозу печінки. З подальшим розвитком ХП, особливо при неефективному лікуванні, прогресує функціональна недостатність ПЗ, розвивається абдомінальний ішемічний синдром [26]. Двадцятирічний анамнез ХП підвищує ризик розвитку раку ПЗ в 5 разів [31, 39]. У результаті протягом 10 років помирають 30%, протягом 20 років — понад 50% хворих на ХП [11, 31, 35]. ХП має суттєве медико-соціальне значення, бо є однією з основних причин інвалідності при

гастроентерологічної патології [5, 6, 21, 38]. Навіть у випадку збереження працездатності якість життя хворих суттєво знижується [13, 19, 34, 36, 37].

Питання діагностики та диференціальної діагностики ХП дуже складні, бо переважна частина діагностичних методів малочутливі, мають високу вартість, дають неспецифічні результати, їх важко використовувати на практиці через складність [3, 14, 22, 23, 24, 30].

Лікування ХП далеко не завжди є ефективним, бо уявлення про етіологію та патогенез захворювання залишаються недостатніми [7, 27, 29]. Незважаючи на різноманітні підходи до терапії ХП, у багатьох хворих больовий синдром залишається резистентним, а функціональна недостатність ПЗ продовжує прогресувати [1, 15, 38]. Зовнішньо- та внутрішньосекреторна панкреатична недостатність сприяють тяжким метаболічним розладам [2, 4, 18, 32]. Недостатню увагу приділяють психосоматичним розладам у патогенезі ХП [16].

Захворювання органів травлення в 70–90% випадків поєднуються з іншою патологією, зокрема із захворюваннями нирок. ХП та хронічний пієлонефрит (ХПНФ) мають низку загальних патогенетичних механізмів: імунні розлади, зміни цитокінового профілю, активація перекисного окиснення ліпідів, фосфоліпази А₂, порушення мікроциркуляції та гемостазу, метаболізму ліпідів, кальцію та ін. [25]. Однак особливості перебігу поєднання ХП та ХПНФ не вивчені, лікування такої комбінованої патології не розроблено.

Мета дослідження: оцінити ефективність антигомтоксичного препарату (АГТТ) Солідаго Композитум С та сульпіриду в комплексному лікуванні ХП в поєднанні з ХПНФ.

Матеріали і методи

Нами обстежено 108 хворих на ХП у стадії загострення (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду код K86.1) у поєднанні з ХПНФ у стадії нерізкого загострення (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду код N11.0).

При аналізі розподілу хворих за статтю виявилось, що серед обстежених пацієнтів переважали жінки — їх було 64 (59,3%) хворих. Обстежено 44 (40,7%) чоловіків. Таке розподілення хворих за статтю відповідає даним літератури про більш високу захворюваність на ХПНФ у жінок [17]. Що стосується частоти ХП у чоловіків та жінок, то вона залежить від етіології захворювання. Якщо алкогольний ХП частіше діагностують у чоловіків, то біліарний ХП — у жінок [25, 33]. У наших хворих була вище частота біліарного ХП, тому серед обстежених пацієнтів й переважали жінки.

Біліарний ХП був діагностований у 67 (62,0%) хворих, а алкогольний ХП у 41 (38,0%) хворих.

Вік хворих становив від 20 до 63 років і частіше знаходився в інтервалі від 40 до 55 років — таких пацієнтів було 43 (39,8%).

Частіше всього давність ХП становила від 5 до 10 років. Хворих з такою давністю захворювання було 47 (43,5%). Хворих з давністю захворювання 10 і більше років було значно менше — 24 (22,2%) пацієнтів. Ще менше було хворих з давністю захворювання від 1 до 5 років (21 особа — 19,5%) і до 1 року (16 осіб — 14,8%). Подібне розподілення хворих за давністю ХП відповідає нашому поясненню відносно їх розподілу за віком, тому що зазвичай більш молоді пацієнти мають меншу давність захворювання, а більш старші — відповідно більшу давність ХП.

Давність ХПНФ розподілялася наступним чином: до 1 року — 12 (11,1%) хворих, від 1 до 5 років — 23 (21,3%) хворих, від 5 до 10 років — 38 (35,2%) хворих, більше 10 років — 35 (32,4%) хворих. Звертає на себе увагу той факт, що давність ХПНФ більше 10 років також спостерігалася рідше, ніж давність від 5 до 10 років. Ми пояснюємо це тим, що в обстеження не включали хворих з хронічною нирковою недостатністю, а при давності ХПНФ більше 10 років імовірність її розвитку зростає. В обстеження також не включали хворих з калькульозним ХПНФ.

Обстежено 30 практично здорових осіб, стать та вік яких були порівняні з тими ж показниками обстежених хворих. Так, серед здорових осіб було 18 жінок (60,0%) та 12 чоловіків (40,0%) віком від 18 до 60 років (контрольна група).

Вираженість суб'єктивних проявів ХП і ХПНФ оцінювали за допомогою напівкількісної шкали, згідно з якою скарги оцінювали в 0 балів, якщо вони були відсутні; в 1 бал, якщо вони були мінімальні; в 2 бали, якщо прояви були помірні; в 3 бали, якщо скарги були виражені або дуже виражені. Згідно з цією шкалою обчислювали середній ступінь тяжкості (ССТ) скарг (формула 1) [9, 10]:

$$\text{ССТ} = \frac{a + 2b + 3c}{a + b + c + d} \cdot (1)$$

де а — кількість хворих з оцінкою ознаки в 1 бал;

б — кількість хворих з оцінкою ознаки в 2 бали;

с — кількість хворих з оцінкою ознаки в 3 бали;

д — кількість хворих з відсутністю ознаки.

Всім хворим було призначено дієту в межах стола № 5п за М. І. Певзнером, а також заборонено вживання алкоголю. Хворим призначали антибактеріальні засоби у зв'язку з загостренням ХП та ХПНФ. Залежно від вираженості загострення ХП призначали Зінацеф по 500 мг 3 рази на добу у поєднанні з Метрогілом по 100,0 2 рази на добу внутрішньовенно крапельно протягом 7–8 діб чи обмежувалися призначенням прийому *per os* метронідазолу по 500 мг 3 рази на добу 7–10 днів. Хворі отримували спазмолітики (Дуспаталін по 200 мг 2 рази на добу до 3 тижнів, а за необхідності — Но-Шпу *per os* або внутрішньом'язово). За наявності гастроєзофагеального рефлюксу призначали Мотиліум по 10 мг 3 рази на добу 3 тижні. Обов'язковим було призначення антисекреторних препаратів — блокаторів протонної помпи (омепразол по 20 мг 2 рази на добу або лансопразол по 30 мг 2 рази на добу протягом 3 тижнів). Пацієнти отримували Креон 10 000 або Креон 25 000, доза якого залежала від ступеня зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. За наявності симптомів інтоксикації хворі отримували інфузійну терапію (Реосорбілакт по 200–400 мл за добу № 5–6). При необхідності призначали також анальгетики (Анальгін, Баралгін та ін.). Інгібітори протеаз не призначали. За наявності цукрового діабету хворі отримували цукрознижувальні засоби (Глюкофаж). Для лікування артеріальної гіпертензії призначали інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (Престаріум).

Тільки загальноприйнятую терапію, описану вище, отримували 52 (48,1%) хворих. Ці пацієнти склали групу порівняння. Крім описаного вище лікування, їм призначали також відвар ведмежих вушок по 250 мл 5 разів на добу протягом 3 тижнів (для приготування 250 мл відвару використовували 1 столову ложку ведмежих вушок). До основної групи увійшли останні 56 (51,9%) хворих. Вони, крім традиційної терапії, отримували АГТП Солідаго Композитум С по 2,2 мл внутрішньом'язово (по 1 ампулі) 1 раз в 3 дні № 10 (7 ін'єкцій хворі отримували в стаціонарі, а останні 3 — після виписки). Курси лікування Солідаго Композитум С повторювали 1 раз в 3 місяці, тобто кожний хворий основної групи отримав по 4 курси лікування АГТП протягом року. Хворим основної групи призначали Еглоніл (сульпірид) по 50 мг 3 рази на добу протягом 3 тижнів.

Результати

В основній групі біль у животі зник у 11 (19,6%) хворих, зменшився у 38 (67,9%) хворих, залишився без змін у 5 (8,9%) хворих і підсилювався у 2 (3,6%) хворих. ССТ абдомінального болю перед випискою зі стаціонару становив 1,23. У групі порівняння абдомінальний біль після лікування в клініці зник у 5 (9,6%) хворих, зменшився у 25 (48,1%) хворих, залишився без змін у 16 (30,8%) хворих, підсилювався у 6 (11,5%) хворих. ССТ абдомінального болю після стаціонарного лікування в цій групі знизився до 1,45. Отже частота зникнення або зменшення болю

в животі після основного варіанту лікування була в 1,27 раза вище, ніж у групі порівняння. Навпроти, частота випадків, коли інтенсивність абдомінального болю залишалася колишньою або навіть підсилювалася, після лікування в основній групі була в 3,38 раза нижче, ніж після проведення тільки традиційного лікування. Крім того, ССТ болю в животі до моменту виписки із клініки в групі порівняння був в 1,18 раза вище, ніж в основній групі.

Окремо ми проаналізували ті випадки, коли після проведеного лікування в спеціалізованому стаціонарі біль в животі підсилювався. В усіх таких пацієнтів причиною посилення больового синдрому було порушення дієти або навіть вживання алкоголю. Хоча такі ситуації відбувалися з подібною частотою у хворих обох груп, але частота посилення болю в основній групі була в 3,19 раза нижче, ніж у групі порівняння. Отже ефект лікування при включенні до терапії АГТП Солідаго Композитум С та сульпіриду (Еглонілу) виявився більш стійким навіть при впливі провокуючих факторів. Стійкість результатів терапії в основній групі становила 96,4%, а в групі порівняння — 88,5%, тобто в останній групі в 1,09 раза нижче.

Диспептичні явища зникли у 13 (23,2%) хворих основної групи, зменшилися у 40 (71,4%) хворих цієї групи, залишилися без змін у 2 (3,6%) хворих і підсилювалися у 1 (1,8%) хворих. ССТ диспептичних проявів після стаціонарного лікування у хворих основної групи становив 1,19. У групі порівняння диспептичні явища після лікування в клініці зникли у 6 (11,5%) хворих, зменшилися у 28 (53,9%) хворих, залишилися без змін у 13 (25,0%) хворих і підсилювалися у 5 (9,6%) хворих. ССТ диспептичних проявів після лікування в цій групі знизився до 1,39. Тобто ССТ диспепсії після терапії із включенням сульпіриду та Солідаго Композитум С був в 1,17 раза нижче, ніж після традиційного лікування. Частота зникнення та зменшення диспептичних явищ після лікування в основній групі була в 1,45 раза вище, ніж у групі порівняння. І, навпаки, частота посилення диспептичних явищ і збереження їх колишньої вираженості після виписки зі стаціонару в основній групі була в 6,41 раза нижче, ніж у групі порівняння.

Що стосується динаміки клінічних проявів ХПНФ, то ССТ болю в попереку при виписці у хворих основної групи становив 0,53, а у хворих групи порівняння — 0,74, тобто в останній групі — в 1,40 раза вище. ССТ дизуричних явищ після лікування з застосуванням сульпіриду та АГТП знизився до 0,39, а після традиційного лікування — до 0,65. Отже виразність дизуричних явищ в основній групі при виписці зі стаціонару була в 1,67 раза нижче, ніж у групі порівняння.

Клінічні прояви зовнішньо- і внутрішньосекреторної недостатності ПЗ зменшувалися в процесі лікування у хворих обох груп рівною мірою, тому що ця динаміка залежала не стільки від варіанта терапії, скільки від адекватності дози Креону та цукрознижувальних препаратів, які призначалися хворим обох груп.

ССТ астеничних проявів після лікування у хворих основної групи становив 0,38, а у хворих групи

порівняння — 0,74, тобто виразність астенії після традиційного лікування була в 1,95 раза вище, ніж після запропонованої нами терапії.

Алергічні прояви після лікування зберігалися тільки у 2 (1,9%) хворих, тому що при наявності відповідних проявів при надходженні в клініку пацієнтам призначали протиалергічне лікування. Переваг щодо цього основного варіанта терапії ми не виявили. Субфебрилітет зник у всіх хворих, у яких він був при надходженні до стаціонару.

ССТ пальпаторної болісності в проекції ПЗ після лікування в основній групі становив 1,32, у групі порівняння — 1,58, тобто в останній групі в 1,20 раза вище. Пальпаторно збільшення печінки після лікування визначалося у 11 (19,6%) хворих основної групи та у 17 (32,7%) хворих групи порівняння.

Симптом Пастернацького залишався слабо позитивним з однієї або обох сторін у 18 (32,1%) хворих основної групи та у 25 (48,1%) хворих групи порівняння.

Після виписки із клініки хворі перебували під амбулаторним спостереженням протягом року. Частота загострень ХП протягом року спостереження в основній групі становила $2,3 \pm 0,4$, а в групі порівняння істотно вище — $3,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$); частота загострень ХПНФ відповідно — $1,6 \pm 0,3$ та $3,7 \pm 0,6$ ($p < 0,05$). Тобто після проведеного лікування із включенням Солідаго Композитум С та сульпіриду частота загострень ХП була в 1,35 раза, а ХПНФ — в 2,31 раза нижче, ніж після загальноприйнятого лікування.

Висновки

Лікування хворих на ХП в поєднанні з ХПНФ із включенням АГТП Солідаго Композитум С та сульпіриду більш ефективно, ніж традиційне лікування, впливає на виразність клінічних проявів поєднаної патології.

Частота зникнення або зменшення вираженості болю в животі після лікування, яке включає Солідаго Композитум С і сульпірид, в 1,27 раза вище, ніж після традиційної терапії, а ССТ абдомінального болю до моменту виписки із клініки — в 1,18 раза нижче. Стійкість результатів терапії в основній групі — 96,4%, а в групі порівняння — 88,5%, тобто в 1,09 раза нижче.

ССТ диспепсії в пацієнтів із поєднаною патологією після терапії із включенням сульпіриду та Солідаго Композитум С стає в 1,17 раза нижче, ніж після традиційного лікування. Частота зникнення і зменшення диспептичних явищ після лікування в основній групі в 1,45 раза вище, ніж у групі порівняння.

ССТ болю в попереку при поєднанні ХП і ХПНФ до моменту виписки із клініки хворих, що отримували сульпірид і АГТП, в 1,40 раза нижче, ніж після проведення курсу традиційного лікування, а ССТ дизуричних явищ — в 1,67 раза нижче, астенії — в 1,95 раза нижче, пальпаторної болісності в проекції ПЗ — в 1,20 раза нижче. Симптом Пастернацького після лікування в основній групі позитивний в 1,50 раза рідше, ніж у групі порівняння.

Перспективи дослідження полягають у вивченні впливу комбінації АГТП із сульпіридом на лабораторно-інструментальні прояви поєднаної патології.

Література:

- Бабінець Л. С. Порушення екскреторної функції підшлункової залози як фактор формування мінеральної недостатності при хронічному панкреатиті. *Укр. морфол. альманах*. 2006. Т. 4, № 2. С. 7–10.
- Гдаль В., Морозова З., Чичула Ю. Діагностика зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози при хронічному панкреатиті та цукровому діабеті. *Ліки України*. 2001. № 10. С. 52–54.
- Гриднев А. Е. Хронічний панкреатит: діагностичні та терапевтичні можливості. *Мистецтво лікування*. 2006. № 8. С. 34–41.
- Губергріц Н. Б. Мальдигестія та мальабсорбція при хронічному панкреатиті. *Терапевт*. 2006. № 2. С. 10–11.
- Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення населення працездатного віку в Україні. *Гастроентерологія*. Дніпропетровськ, 2007. Вип. 39. С. 10–15.
- Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Епідеміологія інвалідності внаслідок хвороб органів травлення в Україні. *Гастроентерологія*. Дніпропетровськ, 2004. Вип. 35. С. 21–27.
- Калінін А. В. Хронічний панкреатит: діагностика, лікування, профілактика (Повідом. 2). *Клін. перспективи гастроентерології, гепатології*. 2007. № 1. С. 3–15.
- Калінін А. В. Хронічний панкреатит: поширеність, етіологія, патогенез, класифікація та клінічна характеристика етимологічних форм (Повідом. 1). *Клін. перспективи гастроентерології, гепатології*. 2006. № 6. С. 5–15.
- Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабіч П. Н. Статистичні методи у медико-біологічних дослідженнях з використанням Excel. Київ: Моріон, 2000. 320 с.
- Лях Ю. Є., Гур'янов В. Г., Хоменко В. М., Панченко О. О. Основи комп'ютерної біостатистики: аналіз інформації в біології, медицині та фармації статистичним пакетом MedStat. Донецьк: Папакіца Є. К., 2006. 214 с.
- Маєв І. В., Казюлін А. М., Кучерявий Ю. А. Хронічний панкреатит. М.: Медицина, 2005. 504 с.
- Мінушкін О. Н. Хронічний панкреатит: епідеміологія, етимологія, класифікація. *Фарматека*. 2007. № 2. С. 53–57.
- Новіков Г. А., Сілаєв М. А., Селіванова М. В., Важєнін А. В. Вплив больового синдрому на якість життя у пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози. *Паліатив. медицина та реабілітація*. 2006. № 4. С. 5–7.
- Орликов Г. А., Плявіня І. А., Покротнієкс Ю. Я., Селезньов Ю. В. Ультрасонографічна оцінка тяжкості перебігу хронічного панкреатиту. *Панкреатичний індекс. Терапевтичний архів*. 2007. Т. 79, № 2. С. 48–51.
- Пацкан Т. І. Екзокринна недостатність підшлункової залози: проблеми й вирішення. *Пробл. клін. педіатрії*. 2007. № 1. С. 63–68.
- Степанов Ю. М., Кононов І. М. Психосоматичні розлади у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція. *Здоров'я України*. 2005. № 3. С. 15–16.
- Тарєєва І. Є. (ред.). *Нефрологія: посібник для лікарів*. М.: Медицина, 2000. 688 с.
- Фуштей І. М., Подсевахіна С. Л., Ткаченко О. В. Роль цукрового діабету у прискореному розвитку атеросклерозу та його клінічних проявів: огляд. *Запоріз. мед. журн*. 2006. № 1. С. 87–91.
- Хабібулліна З. А., Галіна Г. М., Кальметьєва Л. П., Загідуллін Ш. З. Якість життя у хворих на хронічний панкреатит. *Рос. журн. гастроентерології, гепатології, колопроктології*. 2005. Т. 15, № 5, додат. № 26. С. 65.
- Харченко Н. В. (ред.). *Клінічна гастроентерологія*. Київ: Здоров'я, 2000. 444 с.
- Харченко Н. В. Деякі проблеми сучасні гастроентерології. *Укр. мед. часопис*. 2003. № 5. С. 68–74.
- Христич Т. М., Кендзерська Т. Б. Диференціальна діагностика панкреатиту, або Як досягнути неосяжне... *Укр. мед. газ*. 2007. № 5. С. 8–9.
- Христич Т. М., Кендзерська Т. Б. Диференціальна діагностика панкреатиту, або Як досягнути неосяжне... *Укр. мед. газ*. 2007. № 6. С. 36–37.
- Христич Т. М., Кендзерська Т. Б. Диференціальна діагностика панкреатиту, або Як досягнути неосяжне... *Укр. мед. газ*. 2007. № 7–8. С. 30–33.
- Христич Т. М., Телекі Я. М., Гонцарюк Д. О., Оліник О. Ю., Жигульова Е. О. Хронічний панкреатит: клініко-патогенетичні особливості розвитку поєднання деяких захворювань та методи медикаментозної корекції. Чернівці, 2022. 584 с.
- Циммерман Я. С. Хронічний панкреатит: сучасний стан проблеми: Ч. 1. Дефініція, поширеність, питання етіології та патогенезу. *Клін. медицина*. 2007. № 1. С. 16–20.
- Циммерман Я. С. Хронічний панкреатит: сучасний стан проблеми: Ч. 2. Клініка, діагностика, класифікація, принципи лікування. *Клін. медицина*. 2007. № 2. С. 9–14.
- Ali-El-Wafa A., Maerten P., Ortner M. A. Chronic pancreatitis. *Rev. Med. Suisse*. 2007. Vol. 3, No 95. P. 224–228, 230.
- Ammann R. W. Diagnosis and management of chronic pancreatitis: current knowledge. *Swiss Med. Wkly*. 2006. Vol. 136, No 11–12. P. 166–174.
- Bajaj S., Wiersema M. J. Diagnosing chronic pancreatitis: the enemy of “good” is “better”. *Gastrointest. Endosc.* 2007. Vol. 65, No 6. P. 815–818.
- Beger H. G., Warshaw A. L., Hruban R. H. (eds). *The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery*. Oxford: Willey Blackwell, 2018. 1173 p.
- de la Iglesia-Garcia D., Vallejo-Sendra N., Iglesias-Garcia J., López-López A., Nieto L., Domínguez-Muñoz J. E. Increased risk of mortality associated with pancreatic exocrine insufficiency in patients with chronic pancreatitis. *J. Clin. Gastroenterol.* 2018. Vol. 52, No 8. P. e63–72.
- Domínguez-Muñoz J. E. (ed.). *Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons*. Oxford et al.: A Blackwell Publ. Co., 2005. 535 p.
- Forsmark C. E. Chronic pancreatitis and quality of life. *Dig. Liver. Dis.* 2006. Vol. 38, No 2. P. 116–118.
- Gress T. M. (ed.). *Exocrine pancreas cancer: The European pancreatic cancer-research cooperative (EPCRC)*. Hannover: Solvay Pharmaceuticals, 2005. 531 p.

36. Pezzilli R., Fantini L. Chronic pancreatitis: assessing the quality of life. *JOP*. 2005. Vol. 6, No 4. P. 406–409.
37. Pezzilli R., Labate A. M., Fantini L., Gullo L., Corinaldesi R. Quality of life and clinical indicators for chronic pancreatitis patients in a 2-year follow-up study. *Pancreas*. 2007. Vol. 34, No 2. P. 191–196.

УДК 616.37–002.2:616.61–002.02]–085.015.32

doi: 10.33149/vkr.2024.01.08

UA **Ефективність впливу терапії з включенням антигомтоксичного препарату Солідаго Композитум С та сульпіриду (Еглонілу) на клінічні прояви хронічного панкреатиту в поєднанні з хронічним пієлонефритом**

Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Беляєва¹, С. С. Северин², К. О. Северина², І. А. Козинська²

¹Багатопрофільна клініка «Інто Сана», Одеса, Україна

²Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, хронічний пієлонефрит, клінічні прояви, антигомтоксичний препарат Солідаго Композитум С, сульпірид

У статті наведено результати обстеження 108 хворих на хронічний панкреатит у поєднанні з хронічним пієлонефритом. Автори запропонували включати у традиційне лікування поєднаних захворювань антигомтоксичний препарат Солідаго Композитум С та сульпірид (Еглоніл). Така комбінована терапія виявилася ефективнішою щодо впливу на клінічні прояви обох захворювань. Частота зникнення або зменшення вираженості болю в животі після лікування, яке включає Солідаго Композитум С і сульпірид, в 1,27 раза вище, ніж після традиційної терапії, а середній ступінь тяжкості (ССТ) абдомінального болю до моменту виписки із клініки — в 1,18 раза нижче. Стійкість результатів терапії в основній групі — 96,4%, а в групі порівняння — 88,5%, тобто в 1,09 раза нижче.

ССТ диспепсії у пацієнтів із поєднаною патологією після терапії із включенням сульпіриду та Солідаго Композитум С стає в 1,17 раза нижче, ніж після традиційного лікування. Частота зникнення і зменшення вираженості диспептичних явищ після лікування в основній групі в 1,45 раза вище, ніж у групі порівняння.

ССТ болю в попереку при поєднанні хронічного панкреатиту і хронічного пієлонефриту до моменту виписки із клініки хворих, що отримували сульпірид і антигомтоксичний препарат, в 1,40 раза нижче, ніж після проведення курсу традиційного лікування, а ССТ дизуричних явищ — в 1,67 раза нижче, астенії — в 1,95 раза нижче, пальпаторної болісності в проєкції підшлункової залози — в 1,20 раза нижче. Симптом Пастернацького після лікування в основній групі позитивний в 1,50 раза рідше, ніж у групі порівняння (абдомінальний біль та біль у попереку, диспептичний синдром та ін.).

Крім того, покращився перебіг і хронічного панкреатиту, і хронічного пієлонефриту — знизилася частота загострень. Перспективи дослідження полягають у вивченні впливу комбінації антигомтоксичного препарату із

38. Vege S. S., Chari S. T. Chronic Pancreatitis. *N. Engl. J. Med.* 2022. Vol. 386, No 9. P. 869–878.
39. Wayne M., Cooperman A., Kasmin F., Cohen S., Dryska H., Ottaviano L., Katcherian C., Cambronero N., Siegel J. Chronic pancreatitis with synchronous and metachronous malignancy: three unusual cases and a literature review. *J. Surg. Educ.* 2007. Vol. 3. P. 158–161.

сульпіридом на лабораторно-інструментальні прояви поєднаної патології.

EN **The effectiveness of therapy with the inclusion of the antihomotoxic drug Solidago Compositum C and sulphiride (Eglonil) on the clinical manifestations of chronic pancreatitis in combination with chronic pyelonephritis**

N. B. Gubergrits¹, N. V. Byelyayeva¹, S. S. Severin², K. O. Severina², I. A. Kozinskaya²

¹“Into-Sana” Multifield Clinic, Odesa, Ukraine

²Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, chronic pyelonephritis, clinical manifestations, antihomotoxic drug Solidago Compositum C, sulphiride

The results of an examination of 108 patients with chronic pancreatitis and chronic pyelonephritis are presented in this article. The authors suggested including the antihomotoxic drug solidago compositum C and sulphiride (eglonil) into the conventional therapy of combined diseases. Regarding the clinical manifestations of both diseases, this combination therapy proved to be more effective. The rate of disappearance or reduction of abdominal pain after treatment with solidago compositum C and sulphiride is 1.27 times higher than after conventional therapy, and the medium pain severity until discharge from the clinic is 1.18 times lower. The stability of therapy results was 96.4% in the main group and 88.5% in the comparison group, which is 1.09 times lower.

After therapy with sulphiride and solidago compositum C, the medium severity of dyspepsia in patients with pathology is 1.17 times lower than after conventional therapy. In the main group, the rate of disappearance and reduction of dyspeptic symptoms was 1.45 times higher than in the comparison group.

The medium severity of low back pain in a combination of chronic pancreatitis and chronic pyelonephritis is 1.40 times lower in patients receiving sulphiride and the antihomotoxic drug at the time of clinic discharge than after a course of traditional therapy. The medium severity of dysuric phenomena is 1.67 times lower, asthenia is 1.95 times lower, and palpation pain in the projection of the pancreas is 1.20 times lower. After treatment, the Pasternatsky sign was positive 1.50 times less frequently in the main group than in the comparison group (abdominal pain and lower back pain, dyspeptic syndrome, etc.). In addition, the course of both chronic pancreatitis and chronic pyelonephritis improved; the frequency of exacerbations decreased.

The prospects of the research are to study the effect of a combination of the antihomotoxic drug and sulphiride on laboratory and instrumental manifestations of pathology.