

УДК: 616.37-002.2-036.12-06:616.12-005.4]-085

Особенности клинического течения хронического панкреатита, сочетающегося с ИБС и синдромом хронической сердечной недостаточности, в динамике курсового лечения с включением ларгинина («Тивортина®») и Карсила® ФОРТЕ

Д.А. Гонцарюк

The clinical course of chronic pancreatitis, combined with ischemic heart disease and chronic heart failure, in dynamic course of treatment with the inclusion of L- arginine («Tivortin®») and Karsil® Forte

D.A. Gontsaryuk

*Буковинский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней, Черновцы***Ключевые слова:** хронический панкреатит, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, Тивортин®, Карсил® Форте

Несмотря на успехи в лечении больных хроническим панкреатитом (ХП), сложная симптоматика и вариабельность клинической картины, широкий диапазон морфологических изменений поджелудочной железы, тяжесть течения, в том числе при наличии внешнесекреторной недостаточности, пока не позволяет достичь существенного прогресса, тем более в лечении коморбидности ХП и ИБС при наличии синдрома хронической сердечной недостаточности (ХСН). Возникает необходимость дифференцированного подхода к назначению комплексного лечения данной группы больных, используя препараты, перекрестно влияющие на ряд общих патогенетических механизмов развития и прогрессирования данных заболеваний. К таким механизмам можно отнести пероксидацию

липидов и белков, неполноценность антиоксидантной системы защиты [3], развитие и персистенцию малоинтенсивной хронической генерализованной воспалительной реакции, инсулинорезистентности, эндотелиальной дисфункции [4], вследствие чего снижается потенциал фагоцитирующих клеток, что и определяет формирование фиброза при ХП [9], особенно с учетом гипоксии, которая усугубляется при синдроме ХСН.

В качестве препаратов, обладающих такими свойствами были выбраны L-аргинин (Тивортин® «Юрия Фарм») и Карсил® Форте («Софарма»).

*58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2,**E-mail: office@bsmu.edu.ua*

Тивортин® – искусственно полученный аргинин, являющийся структурным материалом для эндотелиальной NO-синтазы, катализирующей в эндотелиоцитах синтез оксида азота (уменьшается активация и адгезия лейкоцитов и тромбоцитов), угнетающей синтез протеинов адгезии, что предупреждает возникновение как сердечно-сосудистых событий, так и ишемического панкреатита (или инфаркта поджелудочной железы) у данных больных. Оксид азота улучшает эндотелийзависимую вазодилатацию [8], что дало основание FDA (Food and Drug Administration) рекомендовать использование L-аргинина в лечении рефрактерной стенокардии, ИБС, ХСН [7]. При хронической сердечной недостаточности страдают и обменные процессы в печени (липидный, белковый, углеводный), а морфологические исследования при лечении L-аргинином свидетельствуют о значительном уменьшении выраженности жировой дистрофии гепатоцитов, некроза, воспаления и фиброза в печени, что весьма важно для стабилизации и профилактики прогрессирования ХСН, в том числе при коморбидности перечисленных заболеваний, так как при этом часто присутствует синдром инсулинорезистентности, связанный с риском утяжеления клинического течения заболеваний и смертности таких больных [10].

Общеизвестно, что для уменьшения интенсивности перекисидации липидов и белков, которая запускает или поддерживает хроническую генерализацию воспалительной реакции, формируя фиброз миокарда, поджелудочной железы, печени, необходимо применять антиоксиданты [15]. Их содержание в достаточной концентрации находится в препаратах растительного происхождения, действующих благодаря флавоноидам цитопротективно, липидкорректирующе, противовоспалительно. [5, 6]. К фитогепатопротекторам такого плана относят Карсил® Форте, в 1 капсуле которого помещается смесь 4-х изомеров флавонолигнанов: силибинина, изосилибинина, силидианина, силикристина, которая принимается 1 раз в день в течение от 1 до 3-х месяцев с учетом соответствующих целей и тяжести заболевания. Он, кроме всего, является универсальным цитопротектором, антиоксидантом, регулирующим содержание липопротеидов [13], нормализующим углеводный обмен, оказывающим гипогликемический эффект, уменьшающим инсулинорезистентность. Силимарин, являющийся составной частью препарата, подавляет миграцию нейтрофилов и образование простагландинов, и с точки зрения блокирования ангиогенеза, фиброгенеза в миокарде, печени, поджелудочной железе это клинически важно, ибо замедляет прогрессирование не только внешнесекреторной недостаточности ПЖ [12], но и сократительной способности миокарда. Предупреждает развитие возрастных изменений сосудов головного мозга и резорбцию костной ткани, профилаксируя остеопороз и остеопороз [1]. Отсутствие влияния на микросомальную систему окис-

ления позволяет сочетать прием Карсила® Форте с другими препаратами, тем более, что после завершения курса лечения некоторое время сохраняется его лечебный эффект. [14].

Цель работы – повысить эффективность лечения больных хроническим панкреатитом с ИБС и синдромом ХСН с учетом влияния курсового лечения с включением препарата Тивортин® в инъекционной и питьевой форме и Карсила® Форте на клиническое течение данной коморбидности заболеваний.

Материал и методы исследования

Обследовано 40 больных с ХП в сочетании с ИБС и синдромом ХСН, которые в зависимости от программы лечения распределились на три группы: пациенты первой группы (12 больных) получали базисную терапию, пациентам второй группы (15 больных) дополнительно назначали Тивортин® (L-аргинина гидрохлорид); третью группу составили пациенты, которым дополнительно к базисной терапии назначали цитопротектор с выраженным антиоксидантным эффектом – Карсил® Форте (13 больных).

В гастроэнтерологии назначение L-аргинина оказывает положительный эффект при гепатозах, гепатитах, циррозах печени, воспалительных заболеваниях кишечника, дискинезиях желчного пузыря и желчевыводящих путей, в то время, как при хроническом панкреатите необходима крайняя осторожность, так как L-аргинин может вызвать развитие острого панкреатита в результате активации индуцибельной NO-синтазы и образования излишка оксида азота, обуславливая нитрозитивный и оксидативный стрессы [11]. Именно этот факт способствовал разработке следующего способа назначения: Тивортин® в виде 4,2% раствора L-аргинина гидрохлорида вводился парентерально по 100 мл 1 раз в день (6-10 дней) в зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности с последующим переходом на использование питьевой формы (L-аргинина аспартата) по 5 мл 2 раза в сутки за 40 минут до приема еды в течение в течение 4 недель.

Поскольку при наличии синдрома ХСН у больных с коморбидностью хронического панкреатита отмечается нарушение внешнесекреторной функции печени, с развитием малоактивного мезенхимального и интоксикационного синдрома больным третьей группы назначался препарат «Карсил® Форте», содержащий расторопшу пятнистую (163,6–225,0 мг высушенного экстракта плодов, что эквивалентно 90 мг силимарина, который определяется по силибинину методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, утвержденным Европейской фармакопеей). Кроме того, в расторопшу пятнистую входят микроэлементы (марганец, медь, цинк, селен, йод, кальций, калий, магний, железо), ряд витаминов (А, Д, Е, К, В3, В6, В9, В12), 12 видов силимарина, влияющих не только на состояние печеночных

клеток, но и других органов, способствуя их регенерации и восстанавливая окисленный глутатион, что весьма привлекательно для эффективности лечения данной группы больных [2]. В курсовом лечении использовался «Карсил® Форте» по 90 мг 1 раз в день в течение 18 дней стационарного лечения и в течение до 2 месяцев уже на амбулаторном лечении.

Базисная медикаментозная терапия, назначаемая больным группы сравнения, включала антиангинальную терапию ХП, анальгетики, корректоры тонуса сфинктера Одди, ферментные препараты в случае абдоминальной боли или внешнесекреторной недостаточности, антисекреторные препараты, антиагреганты, β -адреноблокаторы, нитропрепараты, мочегонные и при показаниях – сердечные гликозиды. Кроме того, к немедикаментозным методам лечения, особенно при ИБС, ХСН I – II ФК относили ограничение обычных физических нагрузок (до порога переносимости – появление одышки), рекомендовали ходьбу 20-30 минут 3-5 раз в неделю, диетический водно-солевой режим (5-6-разовое питание с легкоусваиваемой и витаминизированной едой, ограничение жидкости до 1, 1,2л и соли – до 2 г в сутки). По возможности – снижение веса (с помощью разгрузочных дней).

Изучение особенностей клинической картины в динамике лечения проводилось также с использованием адаптированного опросника SF-36, GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)

Обследование больных с целью верификации диагноза проходило в соответствии с Приказом МОЗ Украины от 13.06.2005 г. №271. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит», в том числе выставляли диагноз и на основании биохимических показателей крови и мочи с определением активности амилазы, липазы, определением состояния липидного статуса, пероксидации липидов и белков, состояния антиоксидантной системы защиты и функции печени. Кроме того, собирались анамнестические данные (жалобы, история болезни, жизни, изучались документы, представленные из других лечебных учреждений), использовались физикальные методы исследования органов и систем, назначались общеклинические меду, ультрасонография органов брюшной полости. Диагноз ИБС верифицировали согласно Приказа МОЗ Украины №436 от 03.07.2006 г. «Прозатвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Кардіологія» на основании клинко-инструментального обследования с проведением общих клинических исследований, состояния эндотелийзависимой дилатации с помощью манжеточной пробы на плечевой артерии, содержание метаболитов оксида азота, ЭКГ, Эхо-КГ, рентгеноисследования органов грудной клетки.

Результаты и обсуждение

Анализ характера абдоминальной боли у больных, получавших Тивортин®, показал, что у 7 боль-

ных (46,06%) боль значительно уменьшилась к 4 дню лечения с использованием инъекционной формы препарата. К концу пребывания в стационаре у 11 (73,33%) пациентов отмечалось исчезновение боли абдоминального характера, болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена и Губергрица уменьшилось у 7 (46,06%) больных, показатели фракции выброса левого желудочка улучшились у 8 (53,33%) больных, возросла способность к выносливости физической нагрузки по данным 6-минутного теста у 9 больных (на 19,19%; $p < 0,05$).

У больных, получавших базисное лечение, к концу пребывания в стационаре процент исчезновения абдоминальной боли был значительно меньшим 7 (50,8%), чем у лечившихся Тивортином®. Тупой характер абдоминальных болей превалировал у 4 (26,66%) больных и сопровождался недостоверным улучшением фракции выброса (что, по-видимому, было изначально определено мягкой систолической дисфункцией иначе обозначаемой как СН с сохраненной фракцией выброса), тенденцией к увеличению показателей 6-минутного теста с ходьбой на 4,77%. Следовательно, применение L-аргинина способствовало более быстрому устранению как левого абдоминального синдрома, так и улучшению клиники хронической сердечной недостаточности. Относительно диспепсического синдрома, то эффективность лечения была достигнута у 6 (40,0%) пациентов, принимавших L-аргинин, и у 4 (30,77%), находящихся на базисном лечении.

Кроме того, отмечен положительный результат относительно влияния на дислипидемию и нормализацию эндотелиальной функции. Удалось достичь достоверного снижения уровня холестерина ($p = 0,034$) и снижения показателей триглицеридов, индекса атерогенности ($p < 0,05$), что можно трактовать как положительный результат в стабилизации атеросклеротических процессов, ведущих к прогрессированию ИБС и ХСН. Было установлено, что содержание метаболитов оксида азота снижалось в 1,8 раза ($p < 0,05$) у больных с коморбидностью ХП с ИБС и ХСН в сравнении с группой практически здоровых. В динамике лечения Тивортином® показатели функционирования эндотелия по данным эндотелийзависимой дилатации возрастали в 2 раза ($p < 0,05$), что сопровождалось уменьшением одышки у части больных, сжимающего характера болей в области сердца, некоторым снижением артериального давления и свидетельствовало в пользу положительной клинической симптоматики. На это указывало и достоверное увеличение количества пациентов с I функциональным классом ХСН (на 27,07%) и уменьшение количества пациентов с III функциональным классом (на 16,9%).

В динамике курсового лечения с использованием Карсила® Форте, которое проводилось в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях, жалобы на тяжесть в правом подреберье к концу пребывания в стационаре уменьшилась у 8 (61,54%) больных, слабость у 5 (38,46%), тошнота у

9 (69,23%) больных, желтушность склер и кожных покровов у 4 (из 6 пациентов), нормализация сна отмечена у половины больных. Абдоминальная боль уменьшилась у 9 (69,23%) больных, диспепсический синдром – у 8 (61,54%), субиктеричность склер – у 40,5%, уменьшилась пальпаторная болезненность в эпигастральной области у 8 (61,54%) больных, размеры печени уменьшились у 7 (53,84%) пациентов, что установлено ультразвунографически, уменьшились проявления жировой дистрофии печени, также подтвержденные сонографически у 5 (38,46%) больных. При этом в группе больных, получавших Карсил® Форте, достоверно ($p < 0,005$) снижались уровни общего и прямого билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, γ -глобулинов в крови, указывая на противовоспалительный и дезинтоксикационный эффект данного препарата. В группе больных, находящихся на лечении средствами базисной терапии, данные показатели изменялись менее существенно, особенно ультразвунографические признаки жировой дистрофии печени и показатели ГГТП, ЩФ.

Отмечена также положительная динамика электрокардиографических изменений у 5 (38,46%) больных, показатели фракции выброса левого желудочка улучшилась (но недостоверно) у 7 (53,84%) больных, у них в постпрандиальный период выявлялась тахикардия длительностью в 1 час, что расценивалось нами как проявления вегетативных расстройств, сохраняющегося обострения ХП и нарушением функционального состояния печени, что определило дальнейшую тактику лечения Карсил® Форте еще в течение до 2-х месяцев на амбулаторно-поликлиническом этапе (по 1 капсуле 1 раз в сутки). При повторном обследовании констатировано уменьшение одышки в значительной степени и отсутствие отечности и пастозности лица и нижних конечностей, улучшение показателей сократительной функции левого желудочка, достоверное снижение показателей АЛТ, АСТ, ГГТП, антиоксидантной системы защиты (согласно показателям восстановленного глутатиона).

Таким образом, включение как L-аргинина (Тивортин®), так и Карсила® Форте в комплексное лечение больных хроническим панкреатитом в коморбидности с ИБС и синдромом ХСН способствовало нормализации клинико-биохимических показателей, что подтверждают данные качества жизни согласно опросника GSR.S. Следует констатировать, что эффективность Карсила® Форте больные оценивали выше, особенно в улучшении абдоминального, диспепсического синдрома и шкалы суммарных измерений.

При анализе качества жизни согласно данным опросника SF-36 у больных с данной патологией в динамике лечения установлено, что как при назначении Тивортин®, так и Карсила® Форте достоверно повышались показатели общего здоровья. Влияние на качество жизни по шкалам физического здоровья было менее выраженным при использовании Тивортин® (достоверно повысились лишь

показатели физического функционирования до $(43,5 \pm 2,3)$ балла ($p < 0,005$). В группе, где применяли Карсил® Форте достоверно увеличились показатели социального функционирования и показатели ролевого эмоционального функционирования соответственно $(39,7 \pm 2,1)$ и $(37,8\% \pm 2,4)$ балла ($p < 0,005$). В группе сравнения повысился только показатель жизнедеятельности до $(31,4)$ балла.

Таким образом, включение Тивортин® (L-аргинина) в инъекционной и питьевой форме в курсовое лечение больных хроническим панкреатитом, сочетающимся с ИБС и синдромом ХСН (в течение месяца) является целесообразным и позволяет положительно воздействовать на клиническое течение коморбидности заболеваний, особенно ХСН, улучшая сократительную функцию миокарда, уменьшая показатели дислипидемии, эндотелиальной функции, показатели качества жизни (физического функционирования). Использование Карсила® Форте в курсовом лечении (2 месяца) таких больных улучшает антиоксидантную защиту, корригирует показатели дислипидемии, улучшает сократительную функцию миокарда, внешнесекреторную функцию печени, устраняя проявления диспепсического синдрома, признаки мезенхимального воспаления печени, улучшая качество жизни данной группы больных (показатели социального функционирования и показатели ролевого эмоционального функционирования соответственно).

Перспективы дальнейшего исследования: в дальнейшем представляет интерес изучить эффективность воздействия курсового лечения с включением Тивортин® (L-аргинина) и Карсила® Форте при хроническом панкреатите, сочетающимся с ИБС и синдромом ХСН, на показатели перекисидации липидов и белков, инсулинорезистентность, состояние жирового и липидного обменов, на функционирование цитокинового звена и блокирование развития хронической генерализованной воспалительной реакции.

Литература

1. А.С. Бабинец Патогенетические аспекты формирования дисфункции поджелудочной железы при хроническом панкреатите с дислипидемией / А.С. Бабинец, А.М. Мигенько, Б.О. Мигенько // Наука в центральной России. 2012. = № 2. – С. 45-52.
2. Г.В. Бекетова Фитогепатопротекторы в коррекции нарушений антиоксидантной защиты / Г.В. Бекетова // Детский лікар – 2011. – № 6(13). – С. 3-7.
3. Вплив супутніх захворювань на про- та антиоксидантний статус хворих на хронічний панкреатит / А.С. Бабинець, О.С. Квасницька, А.М. Мигенько, О.Я. Пінкевич, О.І. Криський, Т.В. Гоциньська, А.І. Складнюк, Р.П. Дуць // Гастроентерологія: міжсвідомчий збірник. Дніпропетровськ: Інновація, 2010. – Вип. 44. – С. 72-77.
4. Ю.П. Головченко Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции. / Ю.П. Головченко, М.А. Трещинская // Consilium medicum Ukraina. – 2008. № 1. – С. 38–405.
5. Н.Б. Губергерия, А.Н. Казюлин, Метаболическая панкреатология, издательство «Лебедь», Донецк. – 2011. – 460с.
6. Квасницька О. С. Клініко-патогенетичні чинники формування трофологічних розладів при хронічному панкреатиті у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень, шляхи оптимізації лікування. Автореф дисертації... канд. мед. наук: спец. 14.01.02 – внутрішні хвороби / Квасницька О. С.; кийський інститут удосконалення лікарів – Київ. – 2012. – 20с.

7. А.Ф. Коноплева Эндотелиальная дисфункция в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и методы ее коррекции / А.Ф. Коноплева // *Therapia*. – № 3. (56) – С.28-29.
8. Оптимізація лікування ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом на тлі атеросклерозу черевної аорти та мезентеріальних артерій / Н.Б. Губерзія, П.Г. Фаленко, О.О. Голубова, Г.М. Лукашевич // *Сучасна гастроентерологія*. – 2013. – № 2(70). – С. 54-63.
9. В.Ф. Орловський Ефективність L-аргініну у комплексному лікуванні хронічного панкреатиту / В. Ф. Орловський, Н. М. Кириченко // *Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник*. – Вип. 45. – С.441-447.
10. В.А. Слободський Переваги комбінованого застосування інфузійної та пероральної форми L-аргініну при лікуванні пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження / В.А. Слободський // *Здоров'я України. Кардіологія*. Вересень 2011. – С.82-83.
11. Ю.М. Степанов L-аргинин: свойства. Применение в медицине, токсичность и аргинин-индуцированное поражение поджелудочной железы / Ю.М. Степанов, П.В. Твердохлеб, О.Ю. Сиренко // *Сучасна гастро-*

ентерологія. – 2012. – № 3 (65). – С. 63-70.

12. С.М. Ткач Преимущества стратегии в ведении больных с эндокринной недостаточностью / С.М. Ткач // *Здоров'я України, Тематичний номер: гастроентерологія, гематологія, колопроктологія* – 2013. № 1 (27). – С.12-14.
13. Ю.П. Успенский Клиническое значение нарушений реологии желчи и холестаза у больных с гепатобилиарной патологией: общий подход к фармакотерапии / Ю.П. Успенский, С.Н. Мехтиев // *Сучасна гастроентерологія*. – 2004. – 36. – с.71-78.
14. Т.Н. Христин Карсил Форте в лечении больных хроническим панкреатитом, сочетающимся с ишемической болезнью сердца / Т.Н. Христин // *Семейная медицина*. – 2013. – № 1 (45). – С. 99-105.
15. Христин Т. Н., Пишак В. П., Кендзерская Т. Б. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы – Черновцы, 2006. – 280с.

Особенности клинического течения хронического панкреатита, сочетающегося с ИБС и синдромом хронической сердечной недостаточности, в динамике курсового лечения с включением L-аргинина («Тивортин®») и Карсила® ФОРТЕ

Д.А. Гонцарюк

Авторами использованы препараты, перекрестно влияющие на ряд общих патогенетических механизмов развития и прогрессирования хронического панкреатита и ИБС с синдромом хронической сердечной недостаточности (L-аргинин (Тивортин®) и Карсил® Форте).

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных хроническим панкреатитом с ИБС и синдромом ХСН с учетом влияния курсового лечения с включением препарата Тивортин® в инъекционной и питьевой форме и Карсила® Форте на особенности клинического течения данной коморбидности заболеваний.

Материал и методы. Изучались результаты опроса (в том числе полученные по данным опросника SF-36, GSRS), объективных методов исследования. С целью верификации диагнозов использовались общеклинические и биохимические методы исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы, печени рентгенологические данные ОГК, желудка и ДПК, ЭКГ и эхоКГ. В исследование включены 40 больных, выделены 3 группы: пациенты первой группы (12 больных) получали базисную терапию, пациентам второй группы (15 больных) дополнительно назначали Тивортин® в виде 4,2% раствора L-аргинина гидрохлорида парентерально по 100 мл 1 раз в день (6-10 дней в зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности с последующим переходом на использование питьевой формы (L-аргинина аспартата) по 5 мл 2 раза в сутки за 40 минут до приема еды в течение 4 недель; третью группу составили пациенты, которым дополнительно к базисной терапии назначали цитопротектор с выраженным антиоксидантным эффектом – Карсил® Форте по 1 капсуле 1 раз в день (13 больных) в течение 2-х месяцев.

Результаты исследования. Назначение Тивортин® (L-аргинина) и Карсила® Форте в курсовом лечении больных хроническим панкреатитом, сочетающимся с ИБС и синдромом ХСН, является целесообразным и позволяет положительно воздействовать на клиническое течение коморбидности заболеваний, особенно ХСН, уменьшая показатели дислипидемии, эндотелиальной функции, улучшая сократительную функцию миокарда, внешнесекреторную функцию печени, улучшая качество жизни данной группы больных (данные согласно опроснику SF-36, GSRS)), и профилактирует утяжеление течения обоих заболеваний.

Ключевые слова: хронический панкреатит, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, Тивортин®, Карсил® Форте

Особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту, поєданого з ІХС за синдрому хронічної серцевої недостатності, у динаміці курсового лікування з використанням L-аргініна («Тівортіна®») и Карсила® ФОРТЕ

Д.А. Гонцарюк

Авторами використані препарати, які перехресно впливають на загальні патогенетичні механізми розвитку і прогресування хронічного панкреатиту у поєднанні з ІХС за хронічної серцевої недостатності, (L-аргінін (Тівортін®) та Карсил® Форте).

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на хронічний панкреатит із ІХС за синдрому хронічної серцевої недостатності з урахуванням впливу Тівортіну® в ін'єкційній та питній формі і Карсилу® Форте.

Матеріали і методи. Аналізувалися результати опитування (у тому числі за участі опитувальників SF-36, GSRs), об'єктивних методів дослідження. З метою верифікації діагнозів використовувалися загальноклінічні і біохімічні методи дослідження зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, печінки, рентгенологічні дані ОГК, шлунка, ДПК, ЕКГ, ЕхоКГ. У дослідження включалися 40 хворих, які розподілялися на 3 групи: пацієнти першої групи (12хв.) отримували базисну терапію, пацієнтам другої групи (15хв.) додатково призначали Тівортін® у вигляді 4,% розчину L-аргініна гідрхлориду парентерально по 100 мл 1 раз на добу (6-10 днів залежно від функціонального класу хронічної серцевої недостатності) з наступним переходом на використання питної форми (L-аргініна аспартату) по 5 мл 2 рази на добу впродовж 4 тижнів; третю групу склали пацієнти, яким додатково до базисної терапії призначали цитопротектор із значним антиоксидантним ефектом – Карсил® Форте по 1 капсулі 1 раз на добу (13 хв.).

Результати дослідження. Призначення Тівортіна® (L-аргініна) та Карсила® Форте хворим на хронічний панкреатит із ІХС за хронічної серцевої недостатності є доцільним і дозволяє позитивно впливати на перебіг коморбідності захворювань, особливо ХСН, зменшуючи показники дисліпідемії, покращуючи ендотеліальну функцію, скоротливу здатність міокарда, зовнішньосекреторну функцію печінки, якість життя таких хворих (за даними опитувальника SF-36, GSRs), і профілактує обтяження перебігу обох захворювань.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ІХС, хронічна серцева недостатність, Тівортін®, Карсил® Форте.

The clinical course of chronic pancreatitis, combined with ischemic heart disease and chronic heart failure, in dynamic course of treatment with the inclusion of L- arginine (“ Tivortin ®») and Karsil® Forte

D.A. Gontsaryuk

The authors used drugs cross affecting a number of common pathogenetic mechanisms for the development and progression of chronic pancreatitis, and ischemic heart disease with chronic heart failure (L- arginine (Tivortin ®), and Karsil® Forte) .

The purpose of the study. Improve the efficiency of treatment of patients with chronic pancreatitis combined with ischemic heart disease and heart failure syndrome with the influence of treatment course with the inclusion of the drug Tivortin ® in injectable form and drinking, and Karsil® Forte on the clinical course of the disease comorbidity.

Materials and methods. We studied the results of the survey (including those obtained according to the SF-36 questionnaire , GSRs), objective research methods. In order to verify the diagnoses used by general clinical and biochemical methods of investigation of exocrine function of the pancreas , liver, radiological findings WGC , stomach and duodenum , ECG and echocardiography . The study included 40 patients , divided into 3 groups: the first group of patients (12 patients) received basic therapy , the patients of the second group (15 patients) further Tivortin ® administered as a 4.2% solution of L- arginine gidrhlorida parenterally 100ml 1 time a day (6-10 days depending on the functional class of chronic heart failure with subsequent transition to the use of potable form (L- arginine aspartate) in 5 mL 2 times a day 40 minutes before a meal for 4 weeks and the third group consisted of patients which in addition to the basic therapy cytoprotector with strong antioxidant effect – Karsil® Forte 1 capsule 1 time per day (13 patients).

The results of the study. Appointment of Tivortin® (L- arginine) and Karsil® Forte in treatment of patients with chronic pancreatitis , combined with ischemic heart disease and heart failure syndrome , is appropriate and allows a positive impact on the clinical

course of the disease comorbidity , especially heart failure , reducing rates of dyslipidemia , endothelial function , improving the contractile myocardial function , exocrine function of the liver , improving the quality of life for this group of patients (data according to the questionnaire SF- 36 , GRS)), and has a prophylaxi exacerbation of both diseases .

Keywords : chronic pancreatitis, ischemic heart disease, chronic heart failure, Tivortin ®, Karsil® Forte