

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО СПЕКТРУ КРОВІ ПРИ ПОСІДНАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

- ¹ Д. О. Гончарюк, к. мед. н., асист. каф. внутр. і інф. хвор.
- ¹ К. В. Ферфецька, к. мед. н., асист. каф. внутр. і інф. хвор.
- ² Т. М. Христинч, д. мед. н., проф. каф. фіз. реабіл. і основ здоров.

- ¹ ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
- ² ВДНЗ України «Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича»

Атеросклероз і метаболічні порушення при ньому відіграють істотну роль у розвитку прогресування не тільки ішемічної хвороби серця (ІХС), але й хронічного панкреатиту (ХП). Атерогенна дисліпідемія, особливо тригліцеридемія сприяє утворенню модифікованих багатих на тригліцериди (ТГ) ліпопротеїдів низької густини (ЛПНГ) та ліпопротеїдів високої густини (ЛПВГ), активуючи тромбоутворення [5]. Дослідження ряду авторів вказують на те, що гіпертригліцеридемія (підвищення показників ТГ у крові) при зниженні показників ХС ЛПВГ розглядається як предиктор не тільки цукрового діабету, а і ХП, особливо за післяпрандіальної ліпемії [6]. Саме у цей період формування та прогресування атеросклеротичних процесів знижується активність ендотеліальної ліпопротеїдліпази, тому ТГ можуть відкладатися не тільки в ендотеліальних клітинах, а і клітинах підшлункової залози, викликати мітохондріальну дисфункцію, запускаючи ліпоїдоз, стеатоз підшлункової залози і апоптоз [9]. У кінцевому результаті формується фіброз залози [4]. Встановлена властивість ліпопротеїдів низької густини знижувати продукцію інсуліну завдяки ліпотоксичності, а також властивість аполіпропротеїду В діяти контрінсулярно, конкуруючи з інсуліном за специфічні рецептори [1].

Отже, таким пацієнтам рекомендується призначити медикаментозну корекцію порушень холестеринового обміну статинами з метою зменшення інтенсивності атерогенної дисліпідемії [3, 7, 8].

Однак доцільність використання статинів у лікарській практиці до цих пір дискутується. Це зумовлено високим ризиком виникнення інсулінорезистентності, ЦД 2 типу, особливо за довготривалого терміну лікування (1-2 роки) [9] і відмовою пацієнтів від лікування статинами за різних причин. За таких умов, мабуть, стратегічно вірним є пошук нових фітопрепаратів.

Препарати рослинного походження вже займають відповідну нішу серед медикаментозних засобів, що пояснюється їх можливістю діяти відповідно до ефекту медикаментозного лікування. До таких препаратів відносять фітопрепарат полікозанол («ФітоСтатин»), який поліпшує показники холестеринового спектру крові.

Препарат складається з природної суміші вищих первинних аліфатичних спиртів, що виділені і очищені з воскової маси цукрової тростини (*Saccharum officinarum*, L.). До його складу входять 1-октакозанол, 1-дітриаконтанол, 1-триаконтанол, 1-тетракозанол, 1-тетратриаконтанол, 1-гексакозанол, 1-гептакозанол і 1-нонакозанол. Вміст кожного компоненту в кожній партії полікозанолу стандартизовано і є стабільним при зберіганні. Таблетка містить 10 мг полікозанолу, вона покрита оболонкою. Препарат є допоміжним засобом, його рекомендується призначити як засіб, який використовується в якості харчового продукту, який знижує показники загального холестерину та рівня ХС ЛПНГ. Суттєво, що полікозанол може використовуватись як антитромбоцитарний засіб. Він впливає на синтез простагландину, знижує рівень тромбоксану А₂, підвищуючи рівень простацикліну, тим самим запобігаючи агрегаційним процесам, атеротромботичним ускладненням, які є загрозливими факторами для перебігу обох захворювань [10].

Доказова база ефективності застосування полікозанолу достатня (близько 30 000 пацієнтів). Проводилися короткотривалі і довготривалі рандомізовані, плацебо контрольовані і порівняльні дослідження ефективності препарату зі статинами (ловастатин, правастатин і симвастатин), фібратами (безафібрат и гемфіброзил), аципімоксом і пробу колом. Встановлено, що 10 мг полікозанолу по ефективності еквівалентно 20 мг ловастатину, 10 мг правастатину і 10 мг симвастатину. Крім того, він не мав такої кількості побічних ефектів, як статини, сприяючи значимому підвищенню показників ХС ЛПВГ (на 17%) [2]. У пацієнтів із гіперхолестеринемією II типу і супутнім ЦД 2 типу полікозанол порівняно з симвастатином значно підвищував ХС ЛПВГ і не викликав побічних дій у дозі 10 мг/добу при застосуванні впродовж 8 тижнів. При цьому встановлено, що корекцію інсулінорезистентності у хворих на ЦД 2 типу можна порівнювати з такою ж дозою симвастатину. Важливим моментом є те, що полікозанол знижує показники тригліцеридів незалежно від дозування препарату [2].

Починати лікування рекомендується з дози 10 мг 1 раз

на добу під час вечері, оскільки біосинтез холестерину активується вночі. За необхідності дозу можна подвоїти через 2 місяці до 20 мг/добу (залежно від рівня холестерину, який перевіряється кожні 8 тижнів). Курс лікування від 6 місяців і довше. Лікування в дозі 10 мг знижує рівень ХС ЛПНГ на 20-25% впродовж перших 6 місяців, при дозуванні 20 мг – на 25-30%, значно поліпшується показник співвідношення ХС ЛПНГ/ХС ЛПВГ. Це засвідчує дозозалежний ефект препарату.

Отже, визначення рівнів показників ліпідограми у хворих за коморбідного перебігу ХП із ІХС та роль полікозанолу («ФітоСтатину») в корекції дисліпідемії у таких хворих викликало неабияку цікавість.

Мета дослідження: вивчити зміни показників ліпідограми у хворих на ізольований ХП із дисліпідемією при використанні полікозанолу у комбінації з відповідним стандартним лікуванням ХП та ХП із ІХС, у тому числі в динаміці стандартизованого лікування з використанням аторвастатину у поєднанні з полікозанолом.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 52 пацієнти, які були розподілені на відповідні групи. Групу практично здорових (ПЗО) склали 10 осіб (чоловіків – 5 (50%), жінок – 5 (50%). Першу групу склав 21 хворий на ХП із дисліпідемією (чоловіків – 15 (71,5%), жінок – 6 (28,5%). Другу групу склав 21 хворий на ХП із ІХС (чоловіків – 13 (61,9%), жінок – 8 (38,1%)). Вік пацієнтів коливався в межах від 31 до 69 років. Обстежені рандомізовані за віком, статтю і тривалістю захворювань.

Діагноз ХП встановлювали згідно з клінічним протоколом наказу МОЗ України від 13.06.2005 № 271. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит». Діагноз ІХС виставляли згідно з Наказом МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».

Критеріями включення для ХП були довготривале тютюнокуріння, зловживання алкоголем, абдомінальний больовий синдром, періодичні диспепсичні розлади, зміни структури ПЗ за ультразвукографічних досліджень; наявність інформованої згоди хворого на участь у дослідженні. Включалися хворі із ІХС, стабільною стенокардією напруги I-II ФК, ХСН II-III ФК (NYHA), відсутність нападів стенокардії протягом 3 міс.; регулярний прийом інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту або блокаторів рецепторів до ангіотензину II, β-блокаторів, статинів і антитромбоцитарних препаратів протягом 3 міс.; підписана інформована згода пацієнта.

Критеріями виключення були онкологічні хворі; особи, що перенесли гострий панкреатит, загострення/декомпенсацію хронічного захворювання або оперативне втручання впродовж останніх 4-х тижнів; відмова хворого брати участь у дослідженні. Не включали хворих із ХСН не ішемічної етіології (кардіоміопатії; ревматизм, легене

ве серце тощо); стенокардією напруги, перенесеним гострим інфарктом міокарда впродовж останніх 3 міс.; з іншими супутніми захворюваннями серцево-судинної системи в стані декомпенсації; з вираженою патологією опорно-рухового апарату, через наявність якої неможливо виконати тест із 6-хвилинною ходьбою.

Хворі на ХП за коморбідного перебігу з ІХС до стандартного способу лікування додатково отримували ФітоСтатин у дозі 10 мг 1 раз ввечері під час вечері у поєднанні з аторвастатином (10-20 мг). До курсового лікування хворих на ХП із дисліпідемією додатково призначали полікозанол за такою ж схемою. У відповідності до Рекомендацій по діагностиці, профілактиці і лікуванню дисліпідемій Української асоціації кардіологів (2011) рекомендували гіполіпідемічну дієту і модифікацію способу життя. Курс лікування продовжувався 3 місяці.

У динаміці лікування досліджували ліпідний спектр плазми крові, рівні ЗХС, ХС ЛПВГ, ТГ (визначали фотокolorиметричним способом за допомогою реактивів фірми «Lachema» (Чехія) методом Златікс-Зака. Рівень холестерину ЛПНГ визначали розрахунковим методом за формулою Фрідевальда (*Friedewald*):

$ХС\ ЛПНГ = ЗХС - (ХС\ ЛПВГ + ТГ/2,2)$ (ммоль/л), за умови, що концентрація ТГ не перевищує 4,5 ммоль/л; визначення ХС ЛПДНГ проводили розрахунковим способом, використовуючи формулу:

$$ХС\ ЛПДНГ = ЗХС - (ХС\ ЛПНГ + ХС\ ЛПВГ).$$

Індекс атерогенності (ІА) вираховували за формулою $ІА = (ЗХС - ХС\ ЛПВГ) / ХС\ ЛПВГ$.

Статистичну обробку отриманих даних виконували на персональному комп'ютері «ViewSonic» з використанням стандартних пакетів програм Microsoft Excel та за допомогою комп'ютерних програм «BioStat», Statistica for Windows версії 6.0 (Stat Soft inc., США). Вираховували середню арифметичну величину (M), її помилку (m), критерій Ст'юдента (t), можливість (p) із забезпеченням вірогідності не менше ніж 95%.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз типів дисліпідемій показав, що частіше зустрічався Іа і Ів типи дисліпідемій (22 і 25% відповідно), але за коморбідності з ІХС реєстрували дисліпідемію Іа і ІV типу, що засвідчувало ймовірність атеросклеротичних змін у судинах, у тому числі і у хворих на ХП. У групі хворих на ізольований ХП із дисліпідемією встановлено переважання I - II ст. ожиріння та біліарну патологію. Середній показник ІМТ у групі хворих становив $27,28 \pm 0,67$ кг/м², а в групі за коморбідного перебігу $28,24 \pm 1,01$ кг/м².

В обох групах пацієнтів до призначення ФітоСтатину було встановлено достовірне ($p < 0,05$) підвищення показників загального холестерину (ЗХС) плазми крові, ХС ЛПНГ, ТГ і зниження показників ХС ЛПВГ (порівняно з такими у групі практично здорових), що відображено в таблиці.

Ліпідний профіль крові в обстежених хворих на хронічний панкреатит із дисліпідемією і на ХП із ІХС, у тому числі в динаміці лікування полікозанолом

Показники	Хворі на ізольований ХП із дисліпідемією n = 21			Хворі на ХП із ІХС n = 21			Практично здорові n = 10
	до лікув.	після лікув.	Δ, %	до лікув.	після лікув.	Δ, %	
Загальний ХС, ммоль/л	6,46±0,22*	5,32±0,49	-18%	7,32±0,15*	5,8±0,22**	-21%	4,8±0,8
ТГ, ммоль/л	2,37±0,16*	2,09±0,09**	-12%	2,53±0,2*	2,06±0,14**	-19%	1,43±0,4
ЛПНГ, ммоль/л	4,32±0,4*	3,18±0,3	-26%	5,14±0,3*	3,68±0,2**	-28%	2,81±0,29
ЛПДНГ, ммоль/л	1,08±0,02*	0,95±0,04	-12%	1,15±0,1*	0,94±0,06	-19%	0,65±0,06
ЛПВГ, ммоль/л	1,06±0,02*	1,19±0,01**	12%	1,03±0,1	1,18±0,04**	15%	1,34±0,07
ІА	5,09±0,2	3,47±0,1	-32%	6,11±0,3	3,92±0,2	-36%	2,58±0,1

Примітка: * – показники хворих відносно практично здорових відрізняються вірогідно ($p < 0,05$);

** – вірогідність відмінності ($p < 0,05$) порівняно з показниками хворих після лікування Δ, %.

Так, у хворих на ізольований ХП із дисліпідемією показники ЗХС підвищувались у 1,34, ТГ – у 1,65, – ХС ЛПНГ – у 1,53 рази, індекс атерогенності підвищувався в 1,97 рази порівняно з показниками у групі практично здорових осіб. Щодо ХС ЛПВГ, то показники знижувались в 1,26 рази. Зазначимо, що зниження ХС ЛПВГ, ТГ, підвищення індексу атерогенності вважається фактором ризику розвитку атеросклерозу і тромбогенних ускладнень не тільки за наявності ІХС, а і за ізольованого ХП із дисліпідемією. Це стосується і перебігу ХП із ІХС, оскільки завдяки підвищенню показників ТГ наростає інтенсивність атеросклеротичного процесу при ІХС і виникає ризик розвитку ліпогенного панкреатиту, що обтяжує перебіг цих захворювань [2, 5].

Аналіз результатів 3-х місячного курсового лікування ізольованого ХП із дисліпідемією з додаванням полікозанолу показав, що достовірно ($p < 0,05$) підвищилися показники ХС ЛПВГ (у 1,12 рази порівняно з такими до лікування) і достовірно ($p < 0,05$) знизилися показники ТГ (у 1,12 рази порівняно з показниками до лікування). Це вказує на достатню гіполіпідемічну ефективність такого комплексу лікування, що може затримати подальше прогресування ХП, профілакувати формування ліпоїдозу підшлункової залози (у тому числі тригліцеридного за етіологією), а також агресивний розвиток атеросклерозу, який довгий час клінічно не проявляється у таких хворих.

При поєднаному перебігу ХП із ІХС до лікування показники, які засвідчували атерогенний характер дисліпідемії, достовірно підвищувались ($p < 0,05$). Так, показники ЗХС підвищувались у 1,52, ТГ – у 1,77, ХС ЛПНГ – у 1,83, індекс атерогенності – 1,52 рази при порівнянні з такими у групі ПЗО. Показники ХС ЛПВГ збільшилися в 1,15 рази. Лікування пацієнтів із застосуванням полікозанолу при поєднаному перебігу ХП із ІХС проводили в комбінації із аторвастатином у стартових дозах. Встановлено достовірне ($p < 0,05$) зниження показників ЗХС (у 1,26 рази порівняно з показниками цієї групи хворих до лікування), ХС ЛПНГ (у 1,42 рази), ТГ (у 1,23 рази), атерогенного індексу (у 1,56 рази), показники ХС ЛПВГ підвищилися у 1,15 рази. Не вдалося досягнути позитивних результатів

тільки у показниках ХС ЛПДНГ. Це надає право вважати, що за поєднаного перебігу ХП із ІХС призначення полікозанолу в комбінації з аторвастатином у стартових дозах дає можливість досягти більш широкого та значущого впливу на всі ланки порушеного холестеринового спектра крові, ніж при лікуванні тільки статинами.

Отже, згідно з отриманими результатами, за коморбідного перебігу ХП із ІХС гіпертригліцеридемія може виступати в якості спільного механізму формування жирової інфільтрації підшлункової залози (що сприятиме формуванню у подальшому стеатопанкреатиту, неалкогольної жирової хвороби підшлункової залози поряд з неалкогольною хворобою печінки, або самостійно) і розвитку судинного атеросклерозу. Полікозанол («ФітоСтатин») має гіполіпідемічну дію, як у пацієнтів на ізольований ХП із дисліпідемією, так і за поєднання ХП із ІХС, поліпшуючи ефективність статинотерапії при комбінованому застосуванні.

Висновки

1. У комплексному лікуванні хворих на ізольований ХП із гіперліпідемією додавання полікозанолу до алгоритму лікування ХП сприяє достовірному зниженню показників ХС ЛПВГ, ТГ і атерогенного індексу ($p < 0,05$), що дозволяє вважати гіполіпідемічну дію запропонованої комбінації у таких хворих достатньою для профілактики ліпоїдозу підшлункової залози (при використанні впродовж 3-х місяців).

2. За перебігу ХП із ІХС препарат у комбінації з аторвастатином у стартових дозах достовірно ($p < 0,05$) покращує показники холестеринового спектру плазми крові при лікуванні впродовж 3-х місяців, сприяє поліпшенню процесів, які задіяні у дисліпідемічних зсувах при обох захворюваннях.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно провести вивчення показників інсулінорезистентності у хворих на хронічний панкреатит із ішемічною хворобою серця з метою визначення ефективності лікування комбінації полікозанолу зі статинами (впродовж 3-х місяців).

Література

1. Гонцарюк Д. О. Фармакотерапія хворих на хронічний панкреатит із супутньою ішемічною хворобою серця (огляд літератури) / Д. О. Гонцарюк, Д. В. Кузык // Буковин. мед. вісн. – 2019. – Т. 23. – № 1(89). – С. 106-111.
2. Сергієнко О. О. Порівняльний аналіз ефективності полікозанолу та симвастатину в корекції порушень ліпідного обміну, параметрів інсулінової резистентності у хворих на цукровий діабет 2-го типу з дисліпопротеїнемією / О. О. Сергієнко, В. О. Сергієнко, М. Є. Гоцько [та ін.] // Клін. ендокринолог. та ендокрин. хірургія. – 2013. – №2(43). – С. 21-29.
3. Совместные рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества по борьбе с атеросклерозом по лечению дислипидемий. Часть 4 // Укр. тер. журн. – 2013. – № 2. – С. 12-23.
4. Христич Т. М., Федів О. І., Телекі Я. М. [та ін.] Хронічний панкреатит: клініко-патогенетичні особливості поєднання з захворюваннями внутрішніх органів та методи медикаментозних корекцій: Монографія. – Чернівці, 2017. – 248 с.
5. Христич Т. М. Хронічний панкреатит за коморбідності з ішемічною хворобою серця: ліпідний спектр крові, можливості корекції / Т. М. Христич, Д. О. Гонцарюк // Вест. клубу панкреатол. – 2018. – №3 (40). – С. 31-39.
6. Чернышов В. А. Постпщевая липемия и воспаление: взаимосвязь с образом жизни и метаболическим синдромом / В. А. Чернышов, Л. В. Богун // Сучас. гастроентерол. – 2013. – №2 (70). – С. 130-137.
7. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Mihaylova B., Emberson J. Blackwell L. [et al.] The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials // Lancet. – 2012. – Vol. 380(9841). – P. 581-590.
8. Features of lipid profile in patients with chronic pancreatitis combined with type 2 diabetes and obesity depending on gene polymorphism of APO-B / B. Ferfetska, D. Hontsariuk, T. Hristich, O. Fediv // Pancreatol., 49st Meeting, 2017 European Pancreatic Club, June 20-23, 2017 / Abstractbook. – 2017. – P. 153.
9. Koh K. «Аторвастатин приводит к развитию инсулинорезистентности и увеличивает гликемию у пациентов с гиперхолестеринемией» / K. Koh, M. Quon, S. Han, Y. Lee, S. Kim // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 55. – P. 1209-1216.
10. Marinangeli C.P. Policosanols as nutraceuticals: fact or fiction / C. P. Marinangeli, P. J. Jones, A. N. Kassis, M. N. Eskin // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. – 2010. – Vol. 50, № 3. – P. 259-267.

References

1. Hontsariuk D. O. Farmakoterapiia khvorykh na khronichnyi pankreatyt iz suputnoiui ishemichnoiui khvoroboiui sertsia (ohliad literatury) / D. V. Kuzyk // Bukovyn. med. visn. – 2019. – Т. 23. – № 1 (89). – P. 106-111.
2. Serhienko O.O., Serhienko V.O., Hotsko M.I., Urbanovych A.M., Sehin V.B. Porivniialnyi analiz efektyvnosti polikozanolu ta symvastatynu v korektsii porushen lipidnoho obminu, parametriv insulinoivoi rezystentnosti u khvorykh na tsukrovoyi diabet 2-ho typu z dyslipoproteinemiieiu // Klin. endokrynol. ta endokryn. khirurhiia. – 2013. – № 2(43). – P. 21-29.
3. Sovmestnye rekomendatsyyi Evropeiskoho obshchestva kardyolohov y Evropeiskoho obshchestva po borbe s aterosklerozom po lecheniyiu dyslypydemyi. Chast 4 // Ukr. ter. zhurn. – 2013. – № 2. – P. 12-23.
4. Khrystych T.M., Fediv O.I., Teleki Ya.M., Olinyk O.Iu., Hontsariuk D.O. Khronichnyi pankreatyt: kliniko-patohenetychni osoblyvosti poiednannia z zakhvoriuvanniamy vnutrishnikh orhaniv ta metody medykamentoznokh korektsii: Monohrafiia. – Chernivtsi, 2017. – 248 p.
5. Khrystych T.M. Khronichnyi pankreatyt za komorbidnosti z ishemichnoiui khvoroboiui sertsia: lipidnyi spektr krovi, mozhlyvosti korektsii / T. M. Khrystych, D. O. Hontsariuk // Vestn. kluba pankreatol. – 2018. – № 3 (40). – P. 31-39.
6. Chernishov V.A. Postpyshchevaia hypemiyia y vospalenyie: vzyamosviaz s obrazom zhyzny y metabolycheskym syndromom / V. A. Chernyshov, L.V. Bohun // Suchasna gastroenterol. – 2013. – №2 (70). – P. 130-137.
7. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Mihaylova B., Emberson J. Blackwell L. [et al.] The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials // Lancet. – 2012. – Vol. 380(9841). – P. 581-590.
8. Features of lipid profile in patients with chronic pancreatitis combined with type 2 diabetes and obesity depending on gene polymorphism of APO-B Ferfetska, Hontsariuk, Hristich, Fediv // Pancreatol., 49st Meeting 2017 European Pancreatic Club, June 20-23, 2017 / Abstractbook. – 2017. – P. 153.
9. Koh K. «Аторвастатин приводит к развитию инсулинорезистентности и увеличивает гликемию у пациентов с гиперхолестеринемией» / K. Koh, M. Quon, S. Han, Y. Lee, S. Kim // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 55. – P. 1209-1216.
10. Marinangeli C.P., Jones P.J., Kassis A.N., Eskin M.N. Policosanols as nutraceuticals: fact or fiction // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. – 2010. – Vol. 50, №3. – P. 259-267.

Надійшла до редакції 17.12.2019

Конфлікту інтересів у авторів немає

УДК 616.37-002.2:616.12-005.4-06:616.153.922]-036.1-08

DOI:10.33617/2522-9680-2019-4-4

Д. О. Гонцарюк, К. В. Ферфецька, Т. М. Христич

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО СПЕКТРУ КРОВІ ПРИ ПОЄДНАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Ключові слова: хронічний панкреатит, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, полікозанол («ФітоСтатин»), показники ліпідограми, дисліпідемія.

Мета роботи полягала в тому, щоб вивчити ефективність призначення полікозанолу на процеси дисліпідемії у комбінації з відповідним стандартним лікуванням ХП та ХП із ІХС, у тому числі з використанням аторвастатину у поєднанні з полікозанолом. Обстежено 52 пацієнти, які були розподілені на відповідні групи. Групу практично здорових (ПЗО) склали 10 осіб (чоловіків – 5 (50%), жінок – 5 (50%)). Першу групу склав 21 хворий на ХП із дисліпідемією (чоловіків – 15 (71,5%), жінок – 6 (28,5%)). Другу

групу склав 21 хворий на ХП із ІХС (чоловіків – 13 (61,9%), жінок – 8 (38,1%)). Обстежені рандомізовані за віком, статтю і тривалістю захворювань. Хворі за ізольованого ХП із дисліпідемією окрім стандартного способу лікування ХП додатково отримували полікозанол («ФітоСтатин») у дозі 10 мг 1 раз ввечері під час вечері на тлі гіполіпідемічної дієти впродовж 3-х місяців. Пацієнтам із поєднанням ХП із ІХС до комплексного лікування додавали комбінацію полікозанолу («ФітоСтатину») з аторвастатином у дозі 10-20 мг/добу.

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що у пацієнтів на ізольований хронічний панкреатит із дисліпідемією включення полікозанолу до алгоритму лікування впродовж 3-х місяців знижує показники ХС ЛПВГ, ТГ і атерогенного індексу (p<0,05). При поєднаному перебігу хронічного панкреатиту з ішемічною хворобою серця включення полікозанолу з аторвастатином у дозі 10-20 мг достовірно (p<0,05) покращує показники холестеринного спектру крові при лікуванні впродовж 3-х місяців. (p<0,05).

Д. А. Гонцарук, К. В. Ферфещкая, Т. Н. Христинч

ВОЗМОЖНОСТИ КОРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ключевые слова: хронический панкреатит, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, поликозанол («ФитоСтатин»), показатели липидограммы, дислипидемия.

Цель работы заключалась в том, чтобы изучить эффективность назначения поликозанола на процессы дислипидемии в комбинации с соответствующим стандартным лечением ХП и ХП с ИБС, в том числе с использованием аторвастатина в сочетании с поликозанолом. Обследовано 52 пациента, которые распределялись на соответствующие группы. Группа практически здоровых состояла 10 лиц (мужчин 5 (50%), женщин – 5 (50%). Первую группу составил 21 больной с ХП с дислипидемией (мужчин 15 (71,5%), женщин 6 (28,5%). Вторую группу составил 21 больной с ХП и ИБС (мужчин 13 (61,9%, женщин – 8 (38,1%). Обследованные рандомизированы по возрасту, полу и длительности заболеваний. Больные с изолированным ХП с дислипидемией кроме стандартного способа лечения ХП дополнительно получали поликозанол («ФитоСтатин») в дозе 10 мг 1 раз вечером во время ужина на фоне гиполипидемической диеты в течение 3-х месяцев. Пациентам при сочетании ХП с ИБС к комплексному лечению добавляли комбинацию поликозанола «ФитоСтатин» с аторвастатином в дозе 10-20 мг/сутки.

Анализ полученных результатов показал, что у пациентов с изолированным хроническим панкреатитом и дислипидемией включение поликозанола к алгоритму лечения в течение 3-х месяцев снижает показатели ХС ЛПВП, ТГ и атерогенного индекса ($p < 0,05$). При сочетании течения хронического панкреатита с ИБС включение поликозанола с аторвастатином в дозе 10-20 мг/сутки достоверно ($p < 0,05$) улучшает показатели холестерина спектра крови в динамике 3-х месячного лечения.

D. O. Gontsaruk, K. V. Ferfetska, T. M. Khristich

POSSIBILITIES OF CORRECTION OF BLOOD CHOLESTERINE SPECTRUM INDICATORS IN COMBINATION OF CHRONIC PANCREATITIS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Key words: chronic pancreatitis, atherosclerosis, coronary heart disease, polycosanol ("PhytoStatin"), lipidogram parameters, dyslipidemia.

The **purpose** of the article was to study the efficacy of prescribing polycosanol to the processes of dyslipidemia in combination with appropriate standard treatment of HP and CHD with coronary heart disease, including the use of atorvastatin in combination with polycosanol. We examined 52 patients, who were divided into appropriate groups. The group of practically healthy (NCD) was made up of 10 people (men – 5 (50%), women – 5 (50%), the first group was 21 patients with CP with dyslipidemia (men – 15 (71.5%), women – 6 (The second group consisted of 21 patients with CHD with CHD (13 men (61.9%, 8 women (38.1%)), randomized by age, sex and duration of the disease. with dyslipidemia, in addition to the standard treatment for HP, polycosanol ("PhytoStatin") was additionally given at a dose of 10 mg 1 time in the evening over a 3-month hypolipidemic diet. HP pits from CHD was added to the complex treatment combination policosanol ("FitoStatynu") with atorvastatin 10-20 mg / day.

The analysis of the results showed that in patients with isolated chronic pancreatitis with dyslipidemia the inclusion of polycosanol into the treatment algorithm for 3 months reduced the rates of HDL cholesterol, TG and atherogenic index ($p < 0.05$). treatment of such patients. When combined with chronic pancreatitis with ischemic heart disease, the inclusion of polycosanol with atorvastatin at a dose of 10-20 mg significantly ($p < 0.05$) improves the cholesterol spectrum in the treatment for 3 months ($p < 0.05$).



DOI:10.33617/2522-9680-2019-4-8
УДК 615.89+61-028.82]:614.2(4)

РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ ТА АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

- ¹ В. В. Євтушенко, заступ. зав. від. з питань охорони здоров.
- ² Р. В. Радиш, студ. спеціальн. «Публ. управ. та адмін.» ступінь вищої освіти «Магістр»
- ³ Я. Ф. Радиш, д. н. з держав. управ., проф.
- ¹ Управління гуманітарної політики Департаменту гуманітарної та соціальної політики Секретаріату Кабінету Міністрів України, м. Київ
- ² Комунальний вищий навчальний заклад «Вінницька академія неперервної освіти», м. Вінниця
- ³ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

«Єдине велике мистецтво медицини – лікувати пацієнта.
Не важливо, як це досягається»
Гіппократ

Реалізація державної політики у будь-якій сфері суспільного життя і державне управління суспільством у цілому полягають, насамперед, у реалізації схвалених законодавчим органом відповідних нормативно-правових актів. У той же час особливості перекладного розвитку, який переживає Україна в процесі

демократичної трансформації суспільства, вимагають створення сучасного законодавства як юридичної основи публічної влади і державного управління.

Автори публікації поділяють думку дослідників [1], які стверджують, що проблема регулювання, контролю відповідності, стандартизації якості та безпеки