

# Дослідження ефективності і доцільності включення препаратів Куплатон і Регідрон Оптім у комплексні схеми лікування хворих на хронічний панкреатит

**С.Є. Шостак**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Мета дослідження:** вивчення ефективності і доцільності включення препаратів Регідрон Оптім і Куплатон у комплексні схеми терапії хворих на хронічний панкреатит (ХП) при лікуванні в амбулаторних умовах.

**Матеріали та методи.** Обстежені 62 хворих на ХП, серед яких 15 жінок і 47 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив  $50,71 \pm 1,71$  року. Хворих було розподілено на дві рандомізовані групи порівняння, одна з яких отримувала лише базову терапію (І група), а для лікування іншої (ІІ група) призначали Регідрон Оптім і Куплатон. Оцінку динаміки перебігу ХП під час лікування проводили за даними загальноклінічних і лабораторно-інструментальних досліджень.

**Результати.** Було виявлено, що у хворих ІІ групи, які отримували Регідрон Оптім і Куплатон, регрес суб'єктивних і об'єктивних проявів ХП відбувався більш швидше, ніж у І групі. При цьому у пацієнтів ІІ групи зазначено швидше покращення функціонального стану не тільки роботи підшлункової залози, а й органів гепатобіліарної зони: поряд із зменшенням рівня амлілази у сироватці крові і сечі, достовірно, статистично значущо, зменшувалися і рівні загального білірубіну та трансаміназ, як по відношенню до даних до лікування, так і до показників пацієнтів І групи.

**Заключення.** Включення препаратів Регідрон Оптім і Куплатон у комплексні схеми терапії хворих на ХП дозволяло суттєво прискорити динаміку суб'єктивної і об'єктивної симптоматики захворювань, сприяло більш швидкому покращенню лабораторно-інструментальних показників та в кінцевому результаті забезпечило краще взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом, що суттєво відрізнялось від показників осіб, які отримували лише базову терапію.

**Ключові слова:** Регідрон Оптім, Куплатон, хронічний панкреатит, лікування.

За останні десятиліття гастроентерологи усього світу зробили вагомі кроки у систематизації знань про етіологію, патогенез, діагностику та лікування хронічного панкреатиту [1–5]. Це дає змогу будь-якому лікарю з будь-якої країни належним чином оцінити стан конкретного хворого і призначити йому ті діагностичні й лікувальні методики, які будуть найбільш ефективні і найменш витратні з точки зору доказової медицини. Вітчизняні гастроентерологи теж активно включились у процес систематизації знань про хронічний панкреатит (ХП), наслідком чого стали настанови і рекомендації щодо діагностики і лікування таких хворих для українських сімейних лікарів та інтерністів [6, 7]. Проте, не дивлячись на значні досягнення сучасної панкреатології, залишаються питання, які потребують доопрацювання.

Проблемою і для лікаря, і для пацієнта є націленість програм лікування на віддалені результати (зменшення темпів прогресування зовнішньосекреторної недостатності чи

фіброзу підшлункової залози (ПЗ), розвиток ускладнень тощо), що може зрозуміти лікар, але ніяк не пацієнт. Враховуючи високу вартість препаратів, які повинен вживати хворий тривалий час (згідно із сучасними протоколами лікування ХП), пацієнт хоче отримати чи принаймні відчутти результати такого вартісного лікування «вже і зараз», а не чекати зменшення ризику розвитку панкреатогенного цукрового діабету чи будь-яких інших ускладнень, які, на його думку, можуть і не розвинути. Такий стан проблеми вимагає додаткового робочого часу лікаря на роз'яснення, переконання і вмовляння пацієнта (що є неефективним моментом з точки зору страхової медицини). При цьому пацієнт, як правило, залишається незадоволеним і своїм лікарем, і всією вітчизняною медициною загалом, якщо з перших днів вживання препаратів не відчуває зникнення всіх симптомів захворювання, з якими він звернувся до свого сімейного лікаря. Це спричинює недовірливе ставлення до компетентності останнього, порушення рекомендацій щодо вживання препаратів, і, як наслідок, – малорезультативного лікування, на яке були витрачені невеликі кошти. Коло замикається: дорогі лікарські засоби – відсутність швидкого ефекту – невдоволення компетентністю свого лікаря – пошук нового лікаря – дорогі лікарські засоби.

Якщо повернутися до сучасних протоколів лікування ХП, то можна зазначити, що більшість з них дозволяють зняти біль (анальгетики, спазмолітики), припинити проноси і більшість диспепсичних явищ (за допомогою ферментів чи інгібіторів протонної помпи (ІПП) [8–11]. Проте вони мало впливають на прояви загальної інтоксикації, особливо в амбулаторних хворих, які є основним контингентом сімейного лікаря. Хворий відчуває виражену загальну слабкість, швидко втому, втрату сил, що для людини, яка проживає в селі і веде господарство, є абсолютно неприйнятним. Сільський мешканець із ХП повинен бути постійно на ногах і виконувати важку фізичну роботу, незалежно від того, є у нього проноси чи ні, всмоктуються поживні речовини, чи втрачаються... Разом з тим, такий хворий часто не має ні можливостей, ні бажання для госпіталізації у стаціонар.

Отже, сімейний лікар повинен запропонувати амбулаторному хворому препарати, які будуть ефективні і дієві при лікуванні у домашніх умовах. З цих позицій нам здається доцільним включати у комплексні схеми лікування амбулаторних хворих на ХП препарати для дезінтоксикації (як це передбачено у протоколі лікування на третинному рівні), але перорального застосування – регідрон, поліфепан, ораліт. Останнім часом нашу увагу привернув препарат Регідрон Оптім, який суттєво відрізняється від наведених вище як за своїм хімічним складом, так і за зручністю вживання. Зокрема, якщо Регідрон треба було розводити в 1 л води, то Регідрон Оптім – лише в 0,5 л, що набагато зручніше для

Динаміка суб'єктивної і об'єктивної симптоматики захворювання у хворих на ХП

Показник	Групи обстежених			
	I група, n=31		II група, n=31	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Вираженість болю за ВАШ, см	5,13±0,38	1,74±0,28*	5,68±0,38	0,23±0,11*,**
Сила болю за ВРШ, бали	2,25±0,17	1,06±0,11*	2,32±0,15	0,13±0,06*,**
Вираженість болючості живота за ВРШ, бали	2,32±0,17	1,09±0,12*	2,39±0,11	0,13±0,06*,**
Вираженість метеоризму за ВАШ, см	7,45±0,19	3,35±0,13*	7,71±0,15	0,45±0,14*,**
Вираженість метеоризму за ВРШ, бали	3,31±0,09	2,06±0,11*	3,61±0,09	0,32±0,09*,**
Зниження працездатності за ВАШ, см	5,23±0,32	1,55±0,13*	5,74±0,30	0,19±0,09*,**
Загальна слабкість ВРШ, бали	2,11±0,13	0,94±0,09*	2,32±0,12	0,16±0,08*,**

Примітки: \* –  $p < 0,05$  – достовірна різниця показників до та після лікування; \*\* –  $p < 0,05$  – достовірна різниця показників I та II груп після лікування.

пацієнта, який постійно працює. Крім того, розчин препарату Регідрон Оптім відповідно до рекомендацій ВООЗ має знижену осмолярність, а також більш низький вміст натрію у його складі (у порівнянні з препаратами схожої дії), який виключає виникнення натрійемії та оптимальну концентрацію калію. Це дозволяє швидше поповнити його запаси в організмі, покращити працездатність, відновити сили.

Регідрон Оптім – це європейський бренд, ефективність і безпека якого доведена численними дослідженнями [11–14]. Один пакетик препарату містить 0,75 г калію хлориду, 1,3 г натрію хлориду, 1,45 г натрію цитрату та 6,75 г глюкози безводної. Глюкоза сприяє кращій абсорбції солей, а цитрати коригують електролітний баланс при метаболічному ацидозі. Розчин препарату Регідрон Оптім рекомендують застосовувати для відновлення втрачених електролітів і рідини при діарей, у разі теплових уражень, пов'язаних із порушеннями водно-електролітного обміну, для дезінтоксикації. При нудоті та блюванні препарат слід вживати охолодженим, невеликими порціями, поступово збільшуючи дозу залежно від переносимості і потреби.

Усі наведені вище властивості препарату Регідрон Оптім, на нашу думку, можуть суттєво покращити стан хворих на ХП при лікуванні в амбулаторних умовах, проте таких досліджень у доступній нам літературі ми не знайшли.

Ще одна скарга, з якою часто звертаються хворі на ХП до сімейного лікаря – це відчуття здуття чи розпирюючого болю в животі. Це відбувається внаслідок зовнішньосекреторної недостатності ПЗ і/або синдрому надмірного бактеріального росту у кишечнику. Як правило, здуття не проходить навіть при застосуванні великих доз ферментів, спричинюючи виражений дискомфорт у хворих. Тому, на нашу думку, актуальним також є пошук препаратів, які б зменшували метеоризм та покращували самопочуття хворих вже з перших годин лікування. Таким препаратом може бути Куплатон (диметикон) фармацевтичної компанії «Оріон», поверхнево-активний полісилоксан, безпека якого перевірена клінічними дослідженнями і гарантована європейськими виробниками. Препарат не абсорбується з травного тракту і сприяє виведенню газу з фекаліями. При цьому недоокислені продукти метаболізму і токсичні речовини максимально виводяться з організму хворого, не всмоктуючись назад у кров через стінки кишечнику, як при дії інших аналогічних піногасників [15, 16]. Рекомендовані дози для дорослих – по 5 крапель 4 рази на добу. Дітям препарат можна призначати з народження (при кишкових кольках) по 4 краплі, змішуючи з невеликою кількістю рідини, перед кожним споживанням їжі; від 6 міс до 1 року – по 1 краплі 4 рази на добу; дітям 1–2 років – по 1–2 краплі 4 рази на добу; 2–4 років – по 2 краплі 4 рази на добу; 4–6 років – по 3 краплі 4 рази на добу. Крім того, Куплатон не проникає через плацентарний бар'єр та у грудне

молоко, тому його можна застосовувати у період вагітності або годування груддю. Тривалість лікування залежить від наявності скарг та вирішується лікарем індивідуально. За необхідності препарат можна призначати на тривалий час.

Наведені вище властивості препаратів Регідрон Оптім і Куплатон, відсутність інформації про їхнє застосування у хворих на ХП у доступній нам літературі послужили основою для проведення нашого подальшого дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності і доцільності використання препаратів Регідрон Оптім і Куплатон у комплексній терапії хворих на ХП при лікуванні в амбулаторних умовах.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 62 хворих на ХП, серед яких 15 жінок і 47 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив  $50,71 \pm 1,71$  року. Тривалість захворювання –  $9,94 \pm 0,98$  року. Діагноз і тяжкість перебігу ХП встановлювали за даними загальноклінічних і лабораторно-інструментальних досліджень. Було виявлено, що 39 (62,90%) обстежених вживали алкоголь, 18 (29,03%) – курили, стаж куріння –  $17,93 \pm 0,76$  року, 37 (59,68%) пацієнтів споживали багато жирної і/чи смаженої їжі. У 15 (24,19%) хворих був обтяжений сімейний анамнез, у 28 (45,16%) – захворювання жовчовивідної системи (ЖЖХ, ПХЕС, холестероз жовчного міхура, дисфункціональні розлади біліарного тракту, гепатити різної етіології). У 32 (51,61%) хворих діагностовано захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда в анамнезі).

Усі обстежені були розподілені на дві рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання і супутньою патологією групи. Хворим I групи (n=31) для лікування ХП призначали стандартну терапію, згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України (2014): дуспаталін – по 200 мг двічі на добу, нольпазу – по 20 мг двічі на добу та креон – по 40 000 МО на основне споживання їжі і по 20 000 МО – на перекусі. Курс лікування – 20 днів з наступним зменшенням доз ферментних препаратів, залежно від самопочуття хворих і динаміки лабораторно-інструментальних показників.

Хворим II групи (n=31) окрім зазначеної вище терапії призначали Куплатон – по 5 крапель 4 рази на добу і Регідрон Оптім – по 1 пакетик на добу. Курс лікування – 10 днів. Основні обстеження та оцінювання динаміки суб'єктивної симптоматики захворювання: больових відчуттів, метеоризму та дискомфорту, який погіршує якість життя (за візуально-аналоговою шкалою – ВАШ) і вербальною рейтинговою шкалою – ВРШ) проводили у перші дні звернення та через 20 днів від початку терапії.

Статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою статистичної програми Statistika 22.

Динаміка показників біохімічного аналізу сироватки крові і сечі у хворих на ХП

Показник	Групи обстежених			
	I група, n=31		II група, n=31	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Глюкоза, ммоль/л	5,11±0,13	5,14±0,12	4,98±0,12	4,83±0,09
Загальний білок, г/л	64,05±0,32	67,68±0,32*	63,89±0,73	74,11±1,07*,**
Загальний білірубін, мколь/л	31,35±1,77	25,47±1,44*	30,06±1,94	22,63±0,80*,**
Прямий білірубін, мколь/л	7,63±0,69	6,09±0,35	7,72±0,77	5,87±0,23*
ALT мколь/(год/мл)	0,87±0,04	0,79±0,03	0,83±0,04	0,64±0,02*,**
AST мколь/(год/мл)	0,62±0,03	0,54±0,02	0,47±0,01	0,44±0,01*,**
Амілаза сироватки крові, г/(год/л)	44,19±1,63	34,80±0,74*	43,16±1,43	28,23±1,26*,**
Амілаза сечі, г/(год/л)	205,73±6,49	166,20±1,87*	216,99±5,31	146,65±3,57*,**

Примітки: \* – p<0,05 – достовірна різниця показників до та після лікування; \*\*, \*\* – p<0,05 – достовірна різниця показників I та II груп після лікування.

Таблиця 3

Динаміка стану ПЗ у хворих на ХП за даними трансабдомінальної сонографії

Показник	Групи обстежених			
	I група, n=31		II група, n=31	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Головка ПЗ, мм	36,53±0,33	32,80±0,35*	36,23±0,61	29,87±0,40*,**
Тіло ПЗ, мм	17,70±0,17	16,94±0,11	17,39±0,37	15,13±0,23*,**
Хвіст ПЗ, мм	23,65±0,52	21,05±0,98*	24,03±1,31	20,77±1,10*
Вірсунгів протік, мм	2,05±0,03	2,02±0,01	2,09±0,09	2,03±0,03
Нерівномірність ехогенності, абс. число (%)	70,97%	51,61%	77,42%	32,26%
Нерівні контури, абс. число	51,61%	38,71%	29,03%	16,13%
Ехощільність, од.	6,39±0,08	6,06±0,07	6,78±0,11	5,21±0,06*,**

Примітки: \* – p<0,05 – достовірна різниця показників до та після лікування; \*\*, \*\* – p<0,05 – достовірна різниця показників I та II груп після лікування.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнтів було виявлено, що у хворих II групи, які отримували Регідрон Оптім і Куплатон, регрес суб'єктивних і об'єктивних проявів ХП відбувався більш швидко, ніж у хворих I групи (табл. 1). Так, за шкалами ВАШ (Huskisson E.C., 1974) і ВРШ (Frank A.J.M., Moll J.M.H., Hort J.F., 1982) вираженість болю у животі була достовірно нижчою у 25 (80,64%) хворих II групи вже на третій день лікування, а до закінчення лікування абдомінальний біль різної сили і локалізації зник у 96,77% хворих цієї групи і лише у половини обстежених I групи.

Динаміка вираженості метеоризму була ще більш показовою: у II групі на другий день терапії 26 (83,27%) обстежених спостерігали суттєве зменшення здуття живота, тоді як у I групі – лише 5 (16,13%) отримали подібні результати лікування. Загальна слабкість, погане самопочуття, швидка втома зменшились на третій день лікування у 25 (80,65%) обстежених II групи і у 5 (16,13 %) пацієнтів I групи, а повністю зникли до десятого дня лікування у 87,09% і 48,39% хворих обох груп відповідно. Такі показники суттєвого покращення якості життя хворих II групи (у порівнянні з даними до лікування і в порівнянні з пацієнтами I групи) ми пояснюємо дією препарату Регідрон Оптім, який містить оптимальну концентрацію калію, натрію та глюкози для зняття інтоксикації і відновлення водно-електролітного балансу, порушеного під час проносів.

Покращення самопочуття і клінічної симптоматики ХП у обстежених пацієнтів супроводжувались і відповідними змінами лабораторних показників. Причому покращення

функціонального стану стосувалося не тільки роботи ПЗ, а й органів гепатобіліарної зони: поряд із зменшенням рівня амілази у сироватці крові і сечі, суттєво зменшувались і рівні загального білірубіну та трансаміназ. Так, при дослідженні результатів біохімічного аналізу сироватки крові і сечі було виявлено наступні зміни (табл. 2).

При порівнянні показників у хворих обох груп було визначено, що у пацієнтів II групи, які в комплексній схемі терапії ХП застосовували препарати Регідрон Оптім і Куплатон, більш швидко і статистично значущо змінювались показники біохімічного аналізу сироватки крові і сечі як по відношенню до початкових даних, так і до показників пацієнтів I групи. На нашу думку, це можна пояснити переважно дією Куплатону, внаслідок якої зменшувався об'єм харчових мас та навантаження на механорецептори кишечника, а разом з цим і дуоденостаз, та покращувались процеси всмоктування (про що свідчать вищі показники загального білка). Крім того, ми припускаємо, що при зменшенні дуоденостазу покращується відтік ферментів з ПЗ та жовчі з жовчного міхура. Про це опосередковано свідчить зменшення рівня амілази («відхилення ферментів у кров»), білірубіну і трансаміназ у сироватці крові обстежених пацієнтів.

За даним трансабдомінальної сонографії стану ПЗ в обстежених пацієнтів було виявлено деякі зміни (табл. 3).

При порівнянні даних УЗД до і після лікування у хворих обох груп було зазначено, що у 30 (96,77%) пацієнтів II групи покращилась ультразвукова картина ПЗ: збільшені розміри зустрічались достовірно рідше, ніж у хворих I групи (у 9,68% проти 51,61% відповідно; p<0,05). Такі самі результати спостерігали і стосовно ехогенності: ехоструктура по-

кращилась у 17 (54,84%) пацієнтів II групи і лише у 5 (16,13%) I групи. При цьому необхідно зауважити, що ні перша, ні друга схеми терапії ХП ніяк не впливали на структурні зміни, які свідчать про фіброз, склероз і кальцифікацію паренхіми ПЗ (у процесі лікування вони не змінились).

Підсумовуючи позитивні моменти, які були констатовані у хворих II групи, у комплексні схеми лікування яких були включені препарати Куплатон і Регідрон Оптім (стосовно кращого самопочуття, клінічної симптоматики захворювання та лабораторно-інструментальних показників хворих I групи), необхідно також акцентувати, що всі 100% обстежених II групи були задоволені ходом лікування і дотримувались рекомендацій сімейного лікаря.

У I групі, де пацієнти отримували лише базову терапію, 5 (16,13%) пацієнтів перестали вживати рекомендовані лікарем препарати і перейшли на лікування, призначене їм раніше, яке, на їхню думку, було більш ефективним; 4 (12,90%) особи звернулися за допомогою до інших лікарів; 7 (22,58%) хворих різко обмежили споживання їжі та почали лікуватись трав'яними зборами. Таким чином, 16 (51,61%) хворих I групи вийшли з-під контролю лікуючого лікаря і залишилися незадоволеними його компетентністю, хоча він і діяв відповідно до сучасного протоколу лікування ХП, затвердженого МОЗ України. Необхідно зауважити, що хворі I чи II груп лікування не спостерігали будь-яких побічних чи небажаних явищ від дії препаратів.

Таким чином, у результаті проведених досліджень було виявлено, що включення препаратів Регідрон Оптім та

Куплатон у комплексні схеми терапії хворих на ХП дозволяє суттєво прискорити динаміку суб'єктивної і об'єктивної симптоматики захворювань, сприяє більш швидкому покращенню лабораторно-інструментальних показників та в кінцевому результаті забезпечує краще взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом.

## ВИСНОВКИ

1. У разі амбулаторного лікування хворих на хронічний панкреатит (ХП) з метою проведення дезінтоксикації у комплексні схеми терапії доцільно включати препарат Регідрон Оптім, оскільки це дозволяє швидко відновити втрачену працездатність, побороти втому, відновити сили та вже з перших днів суттєво покращити якість життя таких хворих.

2. При включенні у комплексні схеми терапії наведеного вище контингенту хворих препаратів Куплатон і Регідрон Оптім суттєво прискорюється регрес суб'єктивної і об'єктивної симптоматики захворювання, та більш швидко, у порівнянні із хворими, які отримують лише базову терапію, покращуються лабораторно-інструментальні показники.

3. Для кращого взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом та збільшення довіри до його призначень і рекомендацій, необхідно винести на обговорення медичної спільноти питання щодо включення до протоколів лікування хворих на ХП симптоматичних препаратів швидкої дії, які дозволяють отримати відчутне покращення стану вже з перших днів лікування, а не будуть орієнтовані лише на віддалені результати.

## Исследование эффективности и целесообразности включения препаратов Куплатон и Регидрон Оптим в комплексные схемы лечения больных с хроническим панкреатитом С.Е. Шостак

**Цель исследования:** изучение эффективности и целесообразности включения препаратов Регидрон Оптим и Куплатон в комплексные схемы терапии больных с хроническим панкреатитом (ХП) при лечении в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** Обследованы 62 больных с ХП, среди которых 15 женщин и 47 мужчин. Средний возраст пациентов составил 50,71±1,71 года. Больные были разделены на две рандомизированные группы сравнения, одна из которых получала только базовую терапию (I группа), а для лечения второй (II группа) применяли Регидрон Оптим и Куплатон. Оценку динамики течения ХП во время лечения проводили по данным общеклинических и лабораторно-инструментальных исследований.

**Результаты.** Было выявлено, что у больных II группы, применявших Регидрон Оптим и Куплатон, регресс субъективных и объективных проявлений ХП был более быстрым, чем в первой группе. При этом у пациентов II группы отмечено существенное улучшение функционального состояния не только работы поджелудочной железы, но и органов гепатобилиарной зоны: наряду с уменьшением уровня амилазы в сыворотке крови и мочи, достоверно, статистически значимо, уменьшились и уровни общего билирубина и трансаминаз, как по отношению к данным до лечения, так и к показателям пациентов I группы.

**Заключение.** Включение препаратов Регидрон Оптим и Куплатон в комплексные схемы терапии больных с ХП позволяло существенно ускорить динамику субъективной и объективной симптоматики заболеваний, улучшить лабораторно-инструментальные показатели, обеспечить лучшее взаимопонимание между врачом и пациентом, что существенно отличалось от показателей лиц, получавших только базовую терапию.

**Ключевые слова:** Регидрон Оптим, Куплатон, хронический панкреатит, лечение.

## Study of the efficiency and feasibility of including Kuplaton and Rehydron Optim in complex treatment regimens of patients with chronic pancreatitis S.E. Shostak

**The objective:** to study the efficiency and feasibility of including Rehydron Optim and Kuplaton in complex regimens of patients with chronic pancreatitis (CP) in the treatment on an outpatient basis.

**Patients and methods.** The study involved 62 patients with CP, 15 women and 47 men, average age was 50,71±1,71 years. The patients were divided into two randomized comparison groups. First (I) group received only basic therapy. II group additionally took studied drugs. The data of general clinical investigations, laboratory and instrumental parameters were studied during treatment.

**Results.** Regress of subjective and objective manifestations of CP was more rapid in patients of group II. Also there were a significant improvement in functional status of pancreas and organs of hepatobiliary zone in group II. There was fast reducing of amylase level in serum and urine, total bilirubin and transaminase levels in patients of this group. This changes statistically decreased in comparison with indicators before treatment and with parameters of first examined group.

**Conclusion.** Thus, the inclusion of Rehydron Optim and Kuplaton in complex treatment regimens of patients with chronic pancreatitis allowed to significantly accelerate the dynamics of subjective and objective symptoms of diseases. It improves laboratory and instrumental performance. Also it provides a better understanding between doctor and patient, which significantly differ from patients receiving only basic therapy.

**Key words:** Rehydron Optim, Kuplaton, chronic pancreatitis, treatment.

## Сведения об авторе

Шостак Светлана Евгеньевна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Площадь Воли,1; тел.: (035) 226-12-85. E-mail: svitlanadoc@rambler.ru

# РЕГІДРОН® РЕГІДРОН ОПТІМ РЕГІДРОН БІО

Фізіологічне відновлення  
водно-електролітного балансу  
при зневодненні та інтоксикації  
будь-якої етіології:  
діарея, ацетонемічний синдром,  
грип, ГРВІ та інше.



**ORION**

[www.orionpharma.com.ua](http://www.orionpharma.com.ua)

Регідрон® – PC № UA /2065/01/01 від 14.07.2017 до 10.07.2019.  
Регідрон оптім – PC № UA /9267/01/01 від 29.07.2014 до 29.07.2019  
Регідрон біо – № 05.03.02-03/70052 від 18.11.2014

**OLFA**

ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ  
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ  
тел.: (044) 503 89 20  
[www.olfa.ua](http://www.olfa.ua)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis / L. Frulloni, M. Falconi, A. Gabrielli et al. // J. Digestive and Liver Disease. – 2010. – Vol. 42, Suppl. 6. – P. S381–S406.
2. Guideline for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis / P.C. Bornman, J.E. Botha, J.M. Ramos et al // SAMJ. – 2010. – Vol. 100, № 12. – P. 547–859.
3. Management of pancreatic exocrine insufficiency; Australasian Pancreatic Club recommendations / J. Toouli, A.V. Biankin, M.R. Oliver et al. // MJA. – 2010. – Vol. 193, № 8. – P. 461–467.
4. Guidelines for diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. Recommendations of the Working Group of the Polish National Consultant in Gastroenterology and the Polish Pancreatic Club / K. Iuk, E. Czkwianiank, M. Degowska et al. // PrzeglNed Gastroenterologiczny. – 2011. – Vol. 6, № 6. – P. 339–352.
5. Кучерявый Ю.А. Пациент с хроническим панкреатитом: ошибки ведения, возможные причины и пути решения // Гастроэнтерология. – Приложение Consilium medicum – 2011; 1: 46–55.
6. Наказ МОЗ України від 10.09.2014 № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті».
7. Губергриц Н.Б. Неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христин, О.А. Бондаренко. – Донецк: ООО «Лебедь», 2013. – 236 с.
8. Губергриц Н.Б. Лікування хронічного панкреатиту / Н.Б. Губергриц, О.О. Голубова // Раціональна фармакотерапія. – 2007. – № 2. – С. 33–36.
9. Губергриц Н.Б. Практична панкреатологія / Н.Б. Губергриц, С.В. Скопиченко. – Донецьк: Либідь, 2007. – 244 с.
10. Lindkvist B. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19(42). – P. 7258–7266.
11. Seokyoung Hahn, Yaejean Kim, Paul Garner Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration caused by acute diarrhoea in children Cochrane Library. – 2002. – Issue 1.
12. Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration salts solution for treating diarrhoea-associated dehydration in children: systematic review. British Medical Journal. – 2001. – № 323. – P. 81–5.
13. Guarino A, Albano F, Guandalini S. Oral rehydration: Toward a real solution. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – 2001. – № 33 (4). – P. 2–12.
14. Малый В.П. Холера: клиника, диагностика, лечение // Здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–16.
15. Малый В.П., Лядова Т.И., Шустваль Н.Ф. Пищевые токсикоинфекции и интоксикации: монография. Харьков: «Апостроф», 2011. – 212 с.
16. Котлова Ю.В., Курочкина Т.И., Крыгина А.Н. Эффективная симптоматическая терапия метеоризма у недоношенных новорожденных детей // Современная педиатрия. – 2009. – № 4. – С. 157–158.

*Статья поступила в редакцию 15.02.17*