



УДК 616.379-008.64:616.36/.366-008.6]-085



СІРЧАК Є.С.  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,  
м. Ужгород, Україна

## МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНИХ РОСЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ

**Резюме.** Наведено результати комплексного обстеження та лікування 60 хворих на цукровий діабет II типу з дискінезією жовчовивідних шляхів. Доведена клінічна ефективність препарату рослинного походження Рафахолін Ц у комплексному лікуванні даного контингенту пацієнтів.

**Ключові слова:** цукровий діабет II типу, дисфункція біліарного тракту, лікування.

### Актуальність проблеми

Цукровий діабет (ЦД) визнаний експертами ВООЗ неінфекційною епідемією й становить серйозну медико-соціальну проблему. Відповідно до світової статистики кожні 13–15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Поширеність ЦД становить 6–10 % серед дорослого працездатного населення і від 8,9 до 16 % — серед осіб похилого віку. У 2000 році кількість хворих на ЦД становила 175 млн, у 2010 році — 240 млн, а, згідно з прогнозом міжнародного інституту діабету (м. Мельбурн, Австралія), на 2030 рік ця цифра становитиме 300 млн осіб [1]. Аналогічна тенденція спостерігається й в Україні. При цьому слід пам'ятати, що пацієнти з діабетом II типу становлять до 85–90 % усіх хворих на ЦД. Отже, ЦД, а також ускладнення, супутні захворювання, пов'язані із діабетом, є актуальними та масштабними [2].

ЦД — особливе захворювання, на фоні якого в останні роки відзначається зростання коморбідних патологій. При ЦД порушуються всі види обміну речовин, у результаті чого тією чи іншою мірою вражаються всі органи й системи організму, у тому числі й система органів травлення (СОТ) (шлунок, кишечник, печінка, підшлункова залоза). Важливу роль у розвитку цих уражень відіграють не тільки метаболічні розлади, але й виникнення діабетичної автономної нейропатії, імунологічних порушень та інших наслідків захворювання [3]. У 75 % випадків ЦД супроводжу-

ється ураженням СОТ, що впливає на вибір тактики лікування. Це як власне гастроінтестинальні зміни (дисфункція стравоходу, гастропатія, сповільнення евакуаторної функції шлунка, діабетична діарея, запори, нетримання калу), в основі яких лежить діабетична нейропатія [4], так і стани, пов'язані з гормонально-метаболічними порушеннями, що не тільки є наслідком порушеного тканинного метаболізму, але й мають судинне походження.

Порушення моторної й секреторної функцій шлунка та кишечника з міграцією бактеріальної флори з проксимальних відділів кишки є несприятливим фактором, що створює умови для розвитку патогенної мікрофлори (дисбактеріоз) і сприяє формуванню хронічного коліту. Сьогодні доведено взаємозв'язок мікробіоти кишечника й захворювань печінки, тому не можна лікувати пацієнтів зі стеатозом, метаболічним синдромом без корекції порушень кишкової мікрофлори [4, 5].

Діабетичне ураження печінки пов'язане насамперед з її жировою інфільтрацією, обумовленою інсуліновою недостатністю, зменшенням у печінці глікогену, посиленням ліполізу на периферії, мобілізацією жирних кислот з жирової тканини і підвищенням

© Сірчак Є.С., 2016

© «Гастроентерологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

транспортом їх в печінку, що веде до гепатостеатозу й жирового гепатозу та супроводжується збільшенням, ущільненням, болючістю печінки, тобто формуванням діабетичної гепатопатії. Паренхіматозні зміни в печінці посилюються за рахунок явищ дискінезії, розширення жовчного міхура (ЖМ) унаслідок діабетичної вісцеральної нейропатії. Порушення жовчоутворюючої й жовчовидільної функції печінки, гіпотонія і гіпокінезія ЖМ, зниження концентраційної й евакуаторної його функції сприяють збільшенню його об'єму й холестазу. Холестаз спостерігається більше ніж у половини осіб з ЦД, особливо при наявності ожиріння, і супроводжується розвитком жовчнокам'яної хвороби, дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), хронічного холециститу [5].

Розглядаючи гастроентерологічні прояви будь-якої патології, необхідно встановити, чи пов'язані вони безпосередньо з захворюванням, чи є наслідком проведеного лікування [4]. При виборі тактики лікування у хворих на ЦД із супутньою гастроентерологічною патологією перевагу слід надавати препаратам, що мають різноспрямовану дію, впливаючи одночасно на декілька патогенетичних ланок поліморбідного захворювання, при цьому проявляючи мінімальні побічні ефекти. Такими є комплексні рослинні засоби з гепатопротекторним ефектом, а саме Рафахолін Ц (Herbapol, Польща), до складу якого входить екстракт трави артишоку густого, екстракт чорної редьки, кислота дегідрохолева, олія м'яти перцевої та вугілля активоване. Завдяки своїм компонентам Рафахолін Ц стимулює жовчоутворення та жовчовиділення, проявляє спазмолітичну дію, нормалізує моторику біліарного тракту й кишечника, має гепатопротекторну та антиоксидантну дію, зменшує процеси бродіння й газоутворення в кишечнику завдяки антибактеріальній та антиоксидантній дії, а також стимулює виділення панкреатичного соку. Показанням для використання Рафахоліну Ц є ДЖВШ і функціональні диспепсії. Крім того, його можна застосовувати для покращення функцій травлення, при синдромі подразненого кишечника зі схильністю до запорів, а також як засіб допоміжної терапії при запальних ураженнях жовчовивідних шляхів (ЖВШ) і ЖМ. Препарат може використовуватись для корекції біліарної дисфункції як при первинних, так і при вторинних (унаслідок діабету) порушеннях [6].

**Мета дослідження:** визначити клінічну ефективність комплексного рослинного препарату в лікуванні хворих на цукровий діабет II типу з дискінезією жовчовивідних шляхів.

## Матеріали й методи

На базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» обстежено та проліковано 60 хворих на ЦД II типу із супутньою гастроентерологічною патологією (дисфункцією біліарного тракту за гіпокінетично-гіпотонічною формою). Усі дослідження були виконані за згодою пацієнтів, а методика їх про-

ведення відповідала Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р. Серед обстежених хворих на ЦД II типу чоловіків було 29 (27,5 %), жінок — 31 (72,5 %). Середній вік становив (53,7 ± 5,1) року. Тривалість захворювання (ЦД II типу) становила (5,78 ± 4,15) року. У контрольну групу увійшло 20 практично здорових осіб (чоловіків було 6 (30,0 %), жінок — 14 (70,0 %)). Середній вік становив (49,5 ± 5,5) року.

Усі пацієнти до та після лікування підлягали антропометричним, загальноклінічним, лабораторним та інструментальним методам дослідження. Для верифікації діагнозу звертали увагу на характер скарг, анамнез захворювання. При антропометричному дослідженні визначали індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС) та розраховували індекс талія/стегна (ІТС = ОТ/ОС). Діагноз ЦД II типу встановлено згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF, 2005 р.). Визначення рівня глюкози в сироватці крові натще й через 2 години після прийому їжі проводили глюкозооксидантним методом. Ступінь тяжкості ЦД II типу оцінювали за рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c, %), що визначали за допомогою хромогенного аналізу на апараті Sysmex 560 (Японія) із використанням реактивів фірми Siemens.

При біохімічному аналізі крові (автоматичний біохімічний аналізатор із використанням реактивів ChemWell, Awareness Technology INC, США) досліджували динаміку рівнів загального білірубіну, сироваткових цитолітичних ферментів (аланінової (АЛТ) та аспарагінової (АСТ) трансфераз), активність холестатичних ферментів (лужної фосфатази (ЛФ)), показники загального холестерину, тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїну високої щільності (ЛПВЩ) та амілази у сироватці крові. Обстеженим пацієнтам виконано фіброезофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС) (Pentax EPM-3300). Усім хворим до та після лікування проведено ультразвукове обстеження (УЗО) органів черевної порожнини (ОЧП) (Philips HDI-1500) з акцентом на дослідження розмірів, форми та функціонального стану ЖМ та ЖВШ. Для визначення функціонального стану ЖМ і ЖВШ застосовували ультразвукову пробу з подразником за стандартною методикою. Проба вважалася позитивною в разі скорочення ЖМ менше ніж на 40 % та приросту загальної жовчної протоки протягом 1 години на 2 мм і більше порівняно з вихідним параметром і дозволяла судити про дисфункцію ЖМ та ЖВШ за гіпокінетично-гіпотонічною формою. До та після лікування обстеженим хворим також проводили бактеріологічне дослідження калу за стандартною методикою. Ступінь дисбіозу кишечника оцінювали за класифікацією І.Б. Куваєвої, К.С. Ладодо (1991 р.).

Надання медичної допомоги хворим на ЦД II типу проводили згідно з клінічним протоколом лікування МОЗ України та локальними протоколами. Для контролю рівня глюкози в сироватці крові обстеженим пацієнтам призначали пероральні цукрознижуючі препарати (метформін) на фоні дієтичного харчування та модифікації способу життя. Обстеженим хворим із ЦД II типу та ДЖВШ на фоні дієтичного харчування

**Таблиця 1 — Зміна показників вуглеводного обміну в обстежених хворих на ЦД II типу**

| Показник                                    | Контрольна група (n = 20) | Обстежені хворі на ЦД II типу |                   |
|---|---------------------------|-------------------------------|-------------------|
|   |                           | I група (n = 30)              | II група (n = 30) |
| Глюкоза в крові натще, ммоль/л              | 4,78 ± 0,75               | 7,12 ± 0,89*                  | 7,08 ± 0,76*      |
| Глюкоза в крові після вживання їжі, ммоль/л | 6,23 ± 1,12               | 9,11 ± 1,05*                  | 9,06 ± 1,13*      |
| HbA1c, %                                    | 4,9 ± 0,8                 | 8,9 ± 0,6*                    | 9,0 ± 0,5*        |

**Примітка.** \* — Різниця між показниками хворих на ЦД та контрольної групи вірогідна:  $p < 0,05$ .

проведено комплексне базисне лікування, що включало призначення ітоприду гідрохлориду по 50 мг 3 рази на добу протягом 3 тижнів. Для нормалізації кількісного та якісного складу мікрофлори товстої кишки призначали комбінований пробіотик (пробізі) по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 14 днів, з подальшим прийомом по 1 капсулі 1 раз на день ще 7 днів. Сформовано 2 групи обстежених. У I групу ввійшло 30 пацієнтів, які на фоні базисного лікування отримували монопрепарат екстракту артишока в дозі 200 мг по 2 таблетки 3 рази на добу протягом 4 тижнів. II групу становили також 30 хворих на ЦД II типу із ДЖВШ, які отримували рослинний препарат Рафахолін Ц по 2 таблетки 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалися за допомогою комп'ютерної програми Statistica (фірми StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

### Результати та їх обговорення

Групу обстежених становили хворі на ЦД II типу середнього ступеня тяжкості (субкомпенсований вуглеводний обмін), що характеризувався наявністю відносно доброго самопочуття, відсутністю гіпоглікемічних реакцій, рівнем глюкози в крові натще до 8,5 ммоль/л, після їжі — до 10 ммоль/л, HbA1c — не вище від 9 %. Характеристика показників вуглеводного обміну до проведеного лікування в обстежених хворих у групах наведена в табл. 1.

Аналіз результатів антропометричного дослідження показав, що в усіх 60 обстежених хворих на ЦД II типу виявлена надмірна маса тіла або ожиріння різного ступеня, що проявлялось збільшенням ІМТ, а також ІТС (табл. 2).

На момент звернення в обстежених нами пацієнтів із ЦД II типу виявлено від 2 до 4 супутніх захворювань.

**Таблиця 2 — Результати антропометричного дослідження в обстежених хворих на ЦД II типу**

| Показник               | Контрольна група (n = 20) | Обстежені хворі на ЦД II типу |                   |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|
|                        |                           | I група (n = 30)              | II група (n = 30) |
| ІМТ, кг/м <sup>2</sup> | 21,71 ± 2,12              | 33,45 ± 1,85*                 | 32,67 ± 2,11*     |
| ІТС, ум.од.            | 0,81 ± 0,07               | 0,98 ± 0,16*                  | 0,96 ± 0,22*      |

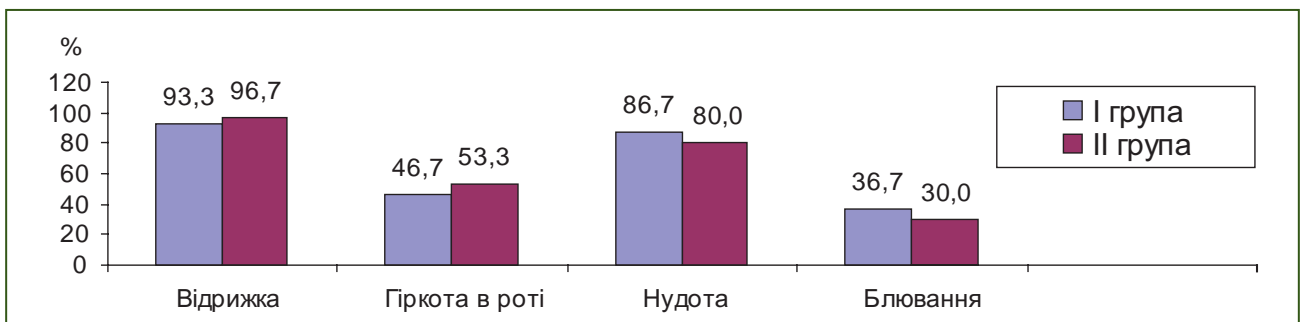
**Примітка.** \* — Різниця між показниками хворих на ЦД та контрольної групи вірогідна:  $p < 0,05$ .

У першу чергу це ураження серцево-судинної (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця), сечовидільної (інфекція сечовивідних шляхів), ендокринної (гіпотиреоз), а також травної системи. При цьому кожен із пацієнтів вже на момент обстеження приймав у середньому 4 (від 3 до 6) лікарських препарати.

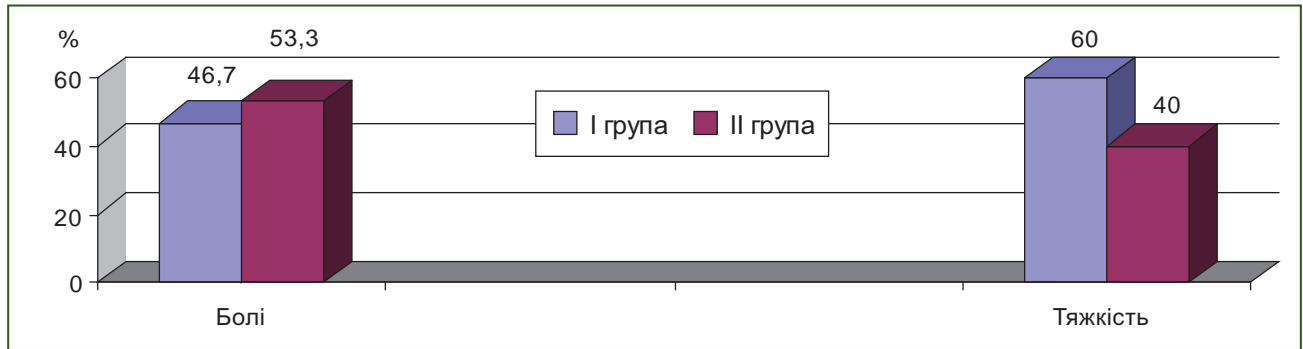
Усі пацієнти, які були відібрані в групу обстеження, мали скарги з боку органів травлення. Провідним клінічним проявом ураження травної системи в обстежених хворих із ЦД II типу був диспептичний синдром, тяжкість, дискомфорт та болі в правому підребер'ї, а також скарги на запори.

У клінічній картині, що характеризувала ураження органів травлення в усіх обстежених хворих на ЦД II типу, на момент обстеження домінували симптоми біліарної диспепсії, що проявлялось відрижкою (частіше гірким), гіркотою в роті (частіше зранку), нудотою, періодичним блюванням (рис. 1). Обстежені хворі обох груп до проведеного лікування майже з однаковою частотою скаржились на тяжкість, дискомфорт, а також тупі, постійні ниючі болі в правому підребер'ї (рис. 2).

Також однією з основних скарг у даних пацієнтів до проведеного лікування була схильність до запорів, що мало місце в 76,7 % хворих на ЦД II типу



**Рисунок 1 — Частота проявів диспептичного синдрому в обстежених хворих на ЦД II типу до лікування**



**Рисунок 2 — Частота больового синдрому та дискомфорту в правому підребер’ї в обстежених хворих на ЦД II типу до лікування**

з I групи та у 86,7 % хворих з II групи. Це проявлялось зменшенням частоти акту дефекації, а саме: 1 раз у  $(3,49 \pm 0,20)$  дня серед хворих I групи та 1 раз у  $(3,56 \pm 0,19)$  дня серед хворих II групи. При цьому хворі обох груп відзначали натужування під час акту дефекації, відчуття переповнення кишечника та неповного випорожнення після дефекації, що супроводжувалось дискомфортом у животі, а також появою болю спастичного, періодичного характеру з переважною локалізацією в проекції сигмоподібної кишки та низхідного відділу товстої кишки (рис. 3).

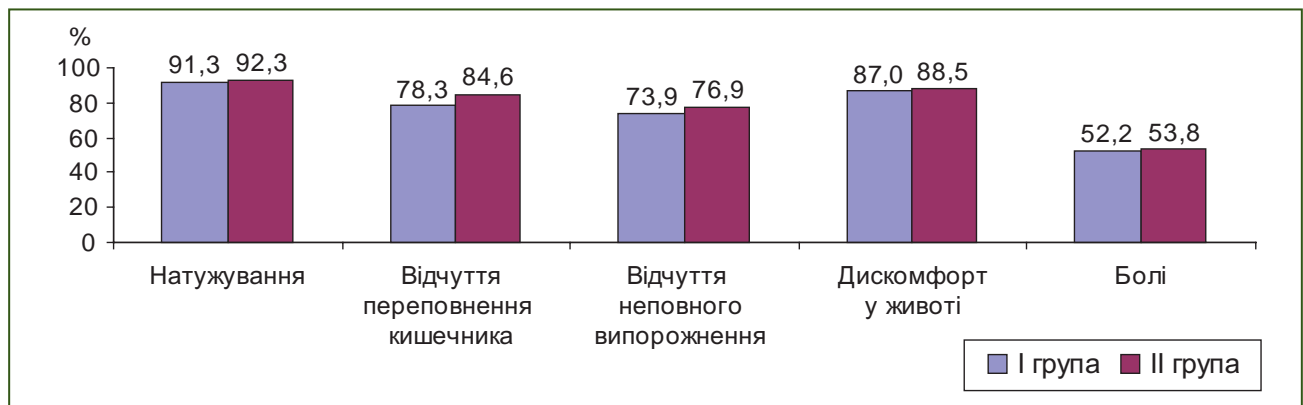
Об’єктивні критерії оцінки функціонального стану ЖМ та ЖВШ у хворих на ЦД II типу забезпечувало проведення УЗО ОЧП, при якому встановлено збільшення розмірів ЖМ та застій жовчі, а також проведення ультразвукової проби з подразником. На підставі аналізу ультразвукової проби з подразником до проведеного лікування встановлено порушення скоротливої спроможності ЖМ після вживання подразника, а саме зменшення його об’єму менше ніж на 40 % від початкового розміру, а також розширення ЗЖП, що разом з результатами інших клініко-лабораторних методів дослідження дало нам змогу встановити гіпокінетично-гіпотонічну форму ДЖВШ у обстежених хворих на ЦД II типу (табл. 3).

Аналіз біохімічних показників крові у хворих на ЦД II типу з ДЖВШ до лікування характеризувався проявами холестазу (підвищення рівня ЛФ), гіпербіліру-

бінемією, тенденцією до підвищення рівня загального холестерину та ТГ, що супроводжувалось зменшенням показника ЛПВЩ, а також незначним збільшенням активності АСТ (табл. 4).

Проведена комплексна терапія у хворих на ЦД II типу із ДЖВШ позитивно вплинула на динаміку клінічних симптомів з боку органів травлення (рис. 4, 5). Характеризуючи динаміку клінічних проявів у хворих на ЦД II типу із ураженням СOT, а саме з ДЖВШ, слід зауважити, що більш виражені позитивні зміни встановлено в групі хворих, які в складі комплексної терапії приймали Рафахолін Ц. Прояви диспептичного синдрому, що визначались у кожного обстеженого хворого обох груп до лікування, під кінець 4-го тижня терапії зникли в усіх пацієнтів II групи, тоді як у хворих I групи — лише в 97,7 % випадків. Слід зазначити, що в групі хворих, які приймали Рафахолін Ц, у першу чергу зникли відрижка та нудота, тоді як хворі I групи (прийом монопрепарату екстракту артишока) на початку проведеної терапії визначали, навпаки, збільшення частоти виникнення епізодів нудоти та блювання. Така ж позитивна тенденція простежувалась і при характеристиці больового синдрому та дискомфорту в правому підребер’ї, тобто спостерігали більш виражену позитивну динаміку в II групі пацієнтів.

Звертає на себе увагу той факт, що до лікування 76,7 % хворих I та 86,7 % хворих II групи відзначали запори. Більш виражені позитивні зміни фіксували



**Рисунок 3 — Частота проявів запору в обстежених хворих на ЦД II типу до лікування**

Таблиця 3 — Динаміка показників УЗО ОЧП в обстежених хворих на ЦД II типу на фоні лікування

| Розмір               | Контрольна група (n = 20) | Обстежені хворі на ЦД II типу |                 |                   |                 |                |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|----------------|
|                      |                           | I група (n = 30)              |                 | II група (n = 30) |                 |                |
|                      |                           | До лікування                  | Після лікування | До лікування      | Після лікування |                |
| <b>Жовчний міхур</b> |                           |                               |                 |                   |                 |                |
| Довжина, мм          | До проби                  | 67,63 ± 3,25                  | 101,32 ± 7,71   | 73,16 ± 5,23      | 104,61 ± 6,25   | 68,12 ± 4,26   |
|                      | Після проби               | —                             | 78,15 ± 4,52    | 53,06 ± 6,22      | 83,26 ± 5,36    | 43,17 ± 4,32** |
| Ширина, мм           | До проби                  | 28,87 ± 3,25                  | 51,25 ± 3,43    | 35,12 ± 3,55      | 59,13 ± 4,54^   | 31,27 ± 3,65*  |
|                      | Після проби               | —                             | 39,52 ± 2,77    | 22,86 ± 3,41      | 47,36 ± 4,11    | 18,07 ± 2,45** |
| Товщина стінки, мм   | До проби                  | 2,05 ± 0,47                   | 2,85 ± 0,71     | 2,49 ± 0,53       | 2,79 ± 0,79     | 2,33 ± 0,55    |
| ЗЖП, мм              | До проби                  | 5,74 ± 0,66                   | 7,46 ± 1,25     | 6,99 ± 1,06       | 7,55 ± 1,39     | 6,68 ± 0,79    |
|                      | Після проби               | —                             | 9,11 ± 1,23     | 7,46 ± 1,11       | 9,46 ± 1,55     | 7,56 ± 0,96    |

Примітки: відмінності між показниками у хворих до та після лікування вірогідні: \* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ ; ^ — різниця між показниками у хворих та контрольної групи вірогідна,  $p < 0,05$ .

серед хворих II групи вже під кінець 2-го тижня лікування (40 % хворих відзначали нормалізацію акту дефекації), тоді як у хворих I групи лише під кінець 3-го тижня було встановлено покращення на 36,7 %.

Проведення бактеріологічного дослідження калу для визначення кількісного та якісного складу мікрофлори товстої кишки дало змогу визначити дисбіотичні зміни до лікування в усіх обстежених хворих на ЦД II типу. Це характеризувалось зменшенням кількості біфідо- та лактофлори, збільшенням кількості умовно-патогенної флори, що набула патогенних властивостей, а також появою патогенної флори. При цьому у хворих обох груп визначали переважно дисбіоз I та II ступенів: дисбіоз II ст. виявлено у 73,3 % хворих II та 60 % хворих I групи, дисбіоз I ст. — у 20 % хворих II та 30 % хворих I групи, і лише в 10 % хворих I та 6,7 % хворих II групи встановили дисбіоз III ст. Проведення комплексної терапії у хворих на ЦД II типу із ДЖВШ позитивно вплинуло й на динаміку дисбіотичних змін. Більш виражена позитивна динаміка спостерігалась у хворих II групи. Крім призначення пробіотичної терапії, на нашу думку, це прямо пов'язано із позитивним впливом складових Рафахоліну Ц, а саме з його антибактеріальною та антитоксичною

дією завдяки екстракту чорної редьки та олії м'яти перцевої. При цьому після лікування дисбіотичні зміни зникли в 53,3 % хворих другої та лише в 33,3 % хворих I групи, а дисбіоз II ст. визначали лише в 10 % хворих II та 20 % хворих I групи. Дисбіоз I ст. після лікування встановлено в 46,7 % хворих I та 36,7 % хворих II групи.

Отже, вибір тактики лікування у хворих з поєднаною патологією є складним завданням сучасної медицини. Хворим на ЦД II типу із дисфункцією біліарного тракту доцільно призначати препарати рослинного походження, а саме Рафахолін Ц. Використання даного препарату, поряд із зменшенням вираженості клінічної симптоматики вже на ранніх етапах лікування, є ефективним засобом нормалізації жовчоутворення та жовчовиділення для зменшення навантаження на вже й так скомпрометовану печінку, це сприяє відновленню функціональних її резервів незалежно від генезу виникнення захворювання (чи внаслідок токсичного впливу багатокомпонентної терапії у хворих на ЦД II типу, чи як результат діабетичної гепатопатії). Варто відзначити позитивний вплив Рафахоліну Ц на динаміку запору, що спостерігається в переважній більшості хворих на ЦД II

Таблиця 4 — Динаміка лабораторних показників крові в обстежених хворих на фоні лікування

| Показник                     | Контрольна група (n = 20) | Обстежені хворі на ЦД II типу |                 |                   |                 |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
|                              |                           | I група (n = 20)              |                 | II група (n = 20) |                 |
|                              |                           | До лікування                  | Після лікування | До лікування      | Після лікування |
| Загальний білірубін, ммоль/л | 14,1 ± 1,2                | 22,3 ± 1,8^                   | 18,1 ± 1,2      | 23,6 ± 2,1^       | 16,3 ± 1,4      |
| ЛФ, мОд/л                    | 47,8 ± 4,3                | 151,2 ± 5,6^                  | 88,7 ± 4,8*     | 156,4 ± 6,2^      | 51,7 ± 4,4**    |
| АСТ, Од.                     | 21,4 ± 1,3                | 46,4 ± 3,2^                   | 35,4 ± 1,4      | 48,7 ± 2,5^       | 27,2 ± 2,6*     |
| АЛТ, Од.                     | 17,8 ± 1,9                | 39,6 ± 2,5^                   | 32,7 ± 4,1      | 37,6 ± 3,2^       | 29,7 ± 1,4      |
| Холестерин, ммоль/л          | 4,81 ± 0,52               | 6,95 ± 0,81                   | 6,02 ± 0,64     | 6,89 ± 0,45       | 5,45 ± 0,53     |
| ТГ, ммоль/л                  | 1,12 ± 0,26               | 2,29 ± 0,42^                  | 1,89 ± 0,45     | 2,38 ± 0,41^      | 1,49 ± 0,48     |
| ЛПВЩ, ммоль/л                | 1,69 ± 0,31               | 0,78 ± 0,15^                  | 1,05 ± 0,33     | 0,82 ± 0,25       | 1,59 ± 0,31*    |
| Амілаза, мОд/л               | 42,3 ± 4,2                | 48,5 ± 3,5                    | 46,7 ± 4,6      | 49,8 ± 4,1        | 43,3 ± 3,6      |

Примітки: відмінності між показниками у хворих до та після лікування вірогідні: \* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ ; ^ — різниця між показниками у хворих та контрольної групи вірогідна,  $p < 0,05$ .

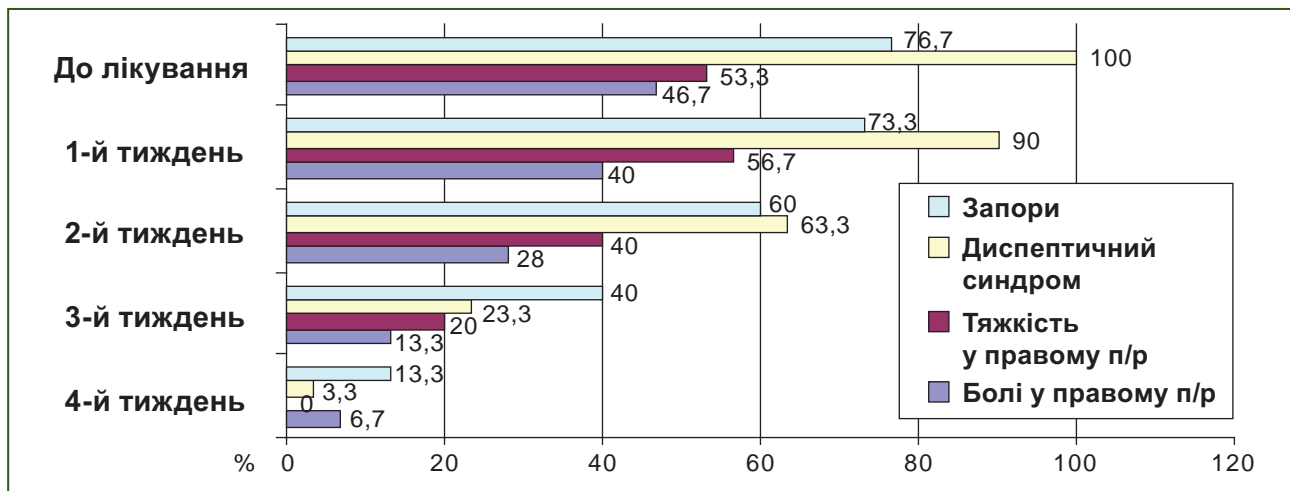


Рисунок 4. Динаміка проявів ураження СОР у хворих I групи на фоні лікування

типу, при цьому препарат є ефективним засобом для комплексного відновлення мікробного складу товстої кишки. Крім нормалізації відтоку жовчі, що підтверджують попередні наші дослідження [6], Рафахолін Ц сприяє нормалізації відтоку панкреатичного секрету, зменшуючи навантаження на підшлункову залозу, що варто враховувати у хворих із ЦД, тому що при діабеті можливий розвиток вторинного хронічного панкреатиту внаслідок наявної інсулінопенії, що, у свою чергу, може викликати розвиток панкреатогенного ЦД і ще більше погіршити стан даного контингенту пацієнтів.

### Висновки

1. Комплексна терапія із використанням Рафахоліну Ц є ефективним методом нормалізації клінічних проявів дисфункції ЖМ та ЖВШ, а саме диспептичного та больового синдромів, а також призводить до зменшення вираженості запору у хворих на ЦД II типу.

2. Комплексний рослинний препарат у складі комбінованої терапії у хворих на ЦД II типу чинить позитивний вплив на функціональний стан біліарної системи за результатами УЗО.

3. Лікування із використанням Рафахоліну Ц у поєднанні з пробіотиком є більш ефективним методом нормалізації дисбіотичних змін, ніж використання монокомпонентного рослинного препарату (екстракт артишока) у хворих з дисфункцією ЖМ та ЖВШ на фоні ЦД II типу.

4. Рафахолін Ц є безпечним, ефективним препаратом у комплексному лікуванні дискінезії жовчовивідних шляхів у хворих на цукровий діабет II типу, а також справляє різноспрямований позитивний вплив на органи травлення за результатами клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження в даних пацієнтів.

### Список літератури

1. Наумова В.Н. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник / В.Н. Наумова, Е.Е. Маслак // Практическая медицина. — 2013. — № 4 (72). — С. 10-14.
2. Ткаченко В.І. Проект уніфікованого клінічного протоколу ведення цукрового діабету 2-го типу на етапі первинної медичної допомоги (відповідно до міжнародних рекомендацій).

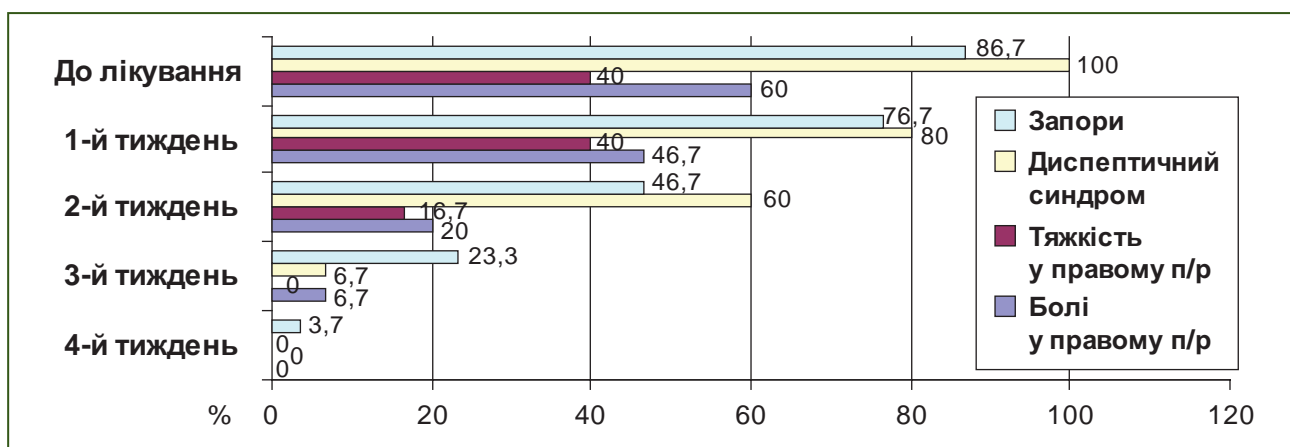


Рисунок 5. Динаміка проявів ураження СОР у хворих II групи на фоні лікування

цій, існуючих на 2012 рік) / В.І. Ткаченко // Ліки України. — 2012. — № 6 (162). — С. 51-59.

3. Фадєєнко Г.Д. Ураження гастродуоденальної ділянки у хворих на цукровий діабет: клініко-популяційні аспекти / Г.Д. Фадєєнко, В.А. Чернишов // Ліки України. — 2011. — № 7 (153). — С. 48-50.

4. Степанов Ю.М. Новые возможности терапии сахарного диабета и сопутствующих заболеваний: междисциплинарные аспекты / Ю.М. Степанов // По итогам научно-практической конференции «Сахарный диабет как интегральная проблема внутренней медицины». — Резюме доступно: [http://www.umj.com.ua/article/89706/novye-](http://www.umj.com.ua/article/89706/novye-vozmozhnosti-terapii-saxarnogo-diabeta-i-soputstvuyushhix-zabolevanij-mezhdisciplinarnye-aspekty)

[vozmozhnosti-terapii-saxarnogo-diabeta-i-soputstvuyushhix-zabolevanij-mezhdisciplinarnye-aspekty](http://www.umj.com.ua/article/89706/novye-vozmozhnosti-terapii-saxarnogo-diabeta-i-soputstvuyushhix-zabolevanij-mezhdisciplinarnye-aspekty)

5. Особенности поражения органов пищеварения при сахарном диабете / [Л.А. Песоцкая, А.А. Лукьяненко, Е.А. Кулькина и др.] // Клінічна та експериментальна медицина. — 2013. — Вип. 1, т. 2 (99). — С. 149-153.

6. Сірчак Є.С. Ефективність Рафахоліну Ц в комплексному лікуванні хворих із дисфункцією сфінктера Oddi після холецистектомії / Є.С. Сірчак. — Гастроентерологія. — 2015. — № 1 (55). — С. 25-30.

Отримано 29.01.16 ■

Сірчак Є.С.  
ГВУЗ «Ужгородський національний університет»,  
медичинський факультет, г. Ужгород, Україна

#### ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

**Резюме.** Представлены результаты комплексного обследования и лечения 60 больных с сахарным диабетом II типа с дискинезией желчевыводящих путей. Доказана клиническая эффективность препарата растительного происхождения Рафахолин Ц в комплексном лечении данного контингента пациентов.

**Ключевые слова:** сахарный диабет II типа, дисфункция билиарного тракта, лечение.

Sirchak Ye.S.  
Higher State Educational Institution «Uzhhorod National  
University», Faculty of Medicine, Uzhhorod, Ukraine

#### THE POSSIBILITIES OF USING COMBINATION HERBAL MEDICINES IN THE TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE BILIARY TRACT IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

**Summary.** The article presents the results of a comprehensive examination and treatment of 60 patients with diabetes mellitus type 2 with biliary dyskinesia. The clinical efficacy of herbal preparation Raphacholin C in the combination treatment of these patients is proved.

**Key words:** type 2 diabetes mellitus, dysfunction of the biliary tract, treatment.