

*Л.О.Волошина, В.К.Ташук, Б.П.Сенюк*

## **МАТЕРІАЛИ ДО ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ ПРОЛОНГОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПИЛКУ КВІТКОВОГО В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб (зав. – проф. О.І.Волошин)  
кафедра госпітальної терапії №2 (зав. – проф. В.К.Ташук)  
Буковинської державної медичної академії

**Ключові слова:** хронічна серцева недостатність, пилкоквітковий, пролонговане лікування.

**Резюме.** В роботі наведені матеріали застосування пилку квіткового (ПК) в комплексному лікуванні 66 хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) та обґрунтування пролонгованого його використання. Доведено, що ПК сприяє прискоренню регресу клінічних проявів ХСН, усуває або пом'якшує ознаки вторинних гастро- та холецистогепатопатій, покращує віддалені результати лікування. Пропонується 2-4-х кратне повторне застосування ПК в комплексному лікуванні впродовж 6-8 тижнів у залежності від стадії ХСН. Робиться висновок, що ПК є ефективним засобом ад'ювантної терапії ХСН.

**Вступ.** Значна загальна розповсюдженість ХСН (1-2% серед населення різних країн), особливо серед осіб старших вікових груп (6-11%), складності лікування, серйозність прогнозу (лише близько 50% пацієнтів живуть більше п'яти років) роблять цю проблему актуальною [7,13,16]. Серед численних причин ХСН переважаюче місце посідають ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія та ревматичні вади серця [6,8,17]. Поглиблене дослідження стану основних регуляторних систем: симпатoadреналової, ренін-ангіотензин-альдостеронової, простагландин-кінінової, ендокринної зумовило зміни поглядів клініцистів на стратегію і тактику лікування ХСН [1,3]. Поряд із значними успіхами у лікуванні ХСН, відмічаються зростаючі труднощі в терапії цього патолофізіологічного стану на пізніх етапах, поява, так званих, резистентних до лікування форм ХСН [4]. В основі зазначеного явища лежать різні причини. Найбільш частими і важливими вбачаються значні порушення в про- та антиоксидантній системах організму за різних захворювань серцево-судинної системи, в т.ч. і ХСН [10, 15].

Серед інших причин, що зменшують ефективність лікування, є захворювання органів травлення як первинні, так і вторинні, медикаментозні чи гемодинамічно-гіпоксичні тощо [5,11]. Цими авторами підкреслюється повільно прогресуючий характер ураження гастродуоденальної (ГДС) і гепатобіліарної (ГБС) систем та їх роль в плані обмеження реалізації терапії нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), серцевими глікозидами, препаратами калію тощо.

У всіх дослідженнях відмічається необхідність застосування відповідних засобів гастро- чи гепатопротекції, а також корекції про- та антиоксидантних

порушень. Це ускладнює, здорожує процес лікування таких хворих, сприяє поліпрагмазії.

**Мета дослідження.** Обґрунтувати і апробувати методики пролонгованого застосування пилку квіткового (ПК) в комплексному лікуванні хворих на ХСН ішемічного та ревматичного походження.

**Матеріал і методи дослідження.** Об'єктом дослідження були 119 хворих на ХСН ішемічного (83 чол. – 69,95%) та ревматичного (36 чол. – 30,25%) походження віком від 19 до 74 років. Ревматизм у обстежених проявлявся набутими вадами серця (мітральні, аортальні, комбіновані), переважно неактивною фазою процесу. Всім хворим проведені дослідження ЕКГ, іоно-, протеїнограми, функціональних проб печінки, активності аланінової, аспарагінової трансаміназ, лужної фосфатази, гамаглутамілтранспептидази, ультрасонографія ГБС. У хворих на ІХС визначені холестерин і тригліцериди, на ревматизм – проби на активність процесу. Переважній частині пацієнтів проведено гастродуоденофіброскопічне дослідження ГДС, у половини хворих на ХСН ІІБ стадії рентгенологічно вивчено стан ГДС. Кислотоутворююча функція шлунка визначалася методом мікросондової топографічної рН-метрії за В.М.Чорнобровим [14].

За принципами лікування хворі були поділені на дві групи: основна (66 осіб) та контрольна (53 особи), репрезентативних у віковому і статевому відношеннях та за стадіями ХСН. Пацієнти контрольної групи отримували базисний лікувальний комплекс згідно рекомендації Європейської асоціації кардіологів [1,3]: один з діуретиків, інгібіторів ангіотензинконвертуючого ферменту (іАПФ), серцевих глікозидів та аспаркам. Пацієнти основної групи отримували цей же комплекс, однак замість аспаркаму призначали ПК у дозі 250 мг/кг маси тіла пацієнта в 50-70 мл теплої кип'яченої води у вигляді суспензії двічі на день за рекомендаціями О.В.Пішак [9], Б.П.Сенюк [12]. Застосований ПК сертифікований згідно ДСТУ – 3127-15 в НДІ медико-екологічних проблем, м.Чернівці.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед обстежених хворих на ХСН першу стадію встановлено у 34 (28,57%), ХСН ІА стадію – у 57 (47,9%), ХСН ІІБ стадію – у 28 (23,53%). Хворі на ХСН ІІІ стадії до обстеження не залучалися. Комплексним обстеженням системи травлення виявлено, що починаючи з ХСН ІІБ стадії спостерігалася 100% частота ураження ГДС і ГБС (табл.1).

Згідно матеріалів таблиці 1, у пацієнтів на ХСН І – ІА стадій ревматичного генезу домінували гастропатії, а ішемічного походження – холецистогепатопатії. Проте за клінічними даними ознаки ураження цих систем були втричі нижчими, що свідчило про малосимптомний їх перебіг та можливий маскуючий вплив медикаментозних засобів лікування ХСН (НПЗП, антагоністів кальцію, нітратів тощо). Вивченням анамнезу встановлено, що близько однієї третини хворих мали ознаки ураження ГДС і ГБС до розвитку основної хвороби – причини ХСН. Однак з прогресуванням ревматизму чи ІХС, формуванням ХСН прояви уражень зазначених систем набували чіткої клінічної залежності від особливостей перебігу та застосовуваних засобів лікування основної недуги.

Дослідження стану кислотоутворюючої функції шлунка показало, що у хворих на ХСН І стадії мали місце переважно нормальні показники

**Особливості уражень гастродуоденальної і гепатобіліарної систем  
залежно від стадії і походження хронічної серцевої недостатності  
(за даними клініко-лабораторних і інструментальних досліджень)  
(n, %-в підгрупах)**

Стадії ХСН	Кількість хворих	Ураження ГДС (гастрити, гастродуоденіти, симптоматичні виразки)	Ураження ГБС (холецистити, холангіти, персистуючі гепатити)
<i>Ішемічна хвороба серця</i>			
ХСН I ст.	n=23	n=9 (39,13%)	n=13 (56,52%)
ХСН IIА ст.	n=38	n=29 (76,32%)	n=38 (100%)
ХСН IIБ ст.	n=22	n=22 (100%)	n=22 (100%)
Всього	83	60 (72,29%)	73 (87,95%)
<i>Ревматичні вади серця</i>			
ХСН I ст.	n=11	n=7 (63,64%)	n=3 (27,27%)
ХСН IIА ст.	n=19	n=19 (100%)	n=12 (63,16%)
ХСН IIБ ст.	n=6	n=6 (100%)	n=6 (100%)
Всього	36	n=32 (88,89%)	19 (52,78%)

інтрагастрального рН; за ХСН IIА стадії домінували параметри помірно зниженого; а за ХСН IIБ стадії – різко зниженого кислотоутворення. Ультрасонографічним вивченням ГБС встановлено, що домінуючими були холецистохолангіопатії з прямим корелятивним збільшенням об'єму жовчного міхура відповідно до стадії ХСН, а також прогресуючою гепатомегалією та підвищенням ехощільності паренхіми печінки.

Отже, з прогресуванням ХСН все більш чітко постає проблема гастро-, гепатопротекції та корекції основних функцій шлунка і жовчного міхура.

Враховуючи, що ПК притаманні такі властивості як антиоксидантні, гастро-, гепатопротективні, жовчогінні тощо [2,9,12] та різноманітні порушення шлункового кислотоутворення у обстежених, вважали за необхідне дослідити особливості дії ПК на вказану функцію шлунка (табл. 2).

Отримані результати (див. табл.2) свідчили, що ПК у всіх хворих викликав стимуляцію шлункового кислотоутворення. Однак швидкість настання, тривалість та ступінь стимулюючого ефекту були різними. У хворих на ХСН IIА та IIБ стадій вони не сягали нормальних значень, отже могли бути недостатніми для засвоєння біоресурсу ПК цими хворими. Згідно отриманих даних були обгрунтовані часові параметри вживання ПК хворими: за нормальних показників кислотоутворення – за 10 - 15 хв, при помірно та різко знижених – за 30 - 40 хв до вживання їжі. Половині пацієнтів з помірно та різко зниженими параметрами шлункового кислотоутворення для посилення засвоєння біоресурсу ПК призначали відповідно мезим-форте або панзіноرم згідно інструктивних вказівок.

Курсове застосування ПК в комплексному лікуванні хворих основної групи впродовж 3 (ХСН I ст.) – 4 (ХСН II ст.) тижнів призвело до прискорення регресу клінічних проявів ХСН, усунення помірних порушень серцевого ритму, посилення дії діуретичних ліків, серцевих глікозидів, ліквідування м'яких клінічних проявів уражень ГДС і ГБС. Потреба в засобах гастропротекції була лише у випадках множинних ерозій і виразкових дефектів гастродуоденальної слизової оболонки. Необхідності у застосуванні

**Особливості кислотоутворювальної функції шлунка у хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від стадії та вплив разової дози пилку квіткового на процеси кислотоутворення (за даними інтрагастрального рН-метрії)**

Стадії ХСН	Кількість спостережень	Інтрагастральний рН (M±m; p)			
		до введення ПК	після введення ПК (хв)		
			швидкість настання рН-реакції	тривалість рН-реакції	максимальні зміни рН
ХСН І ст.	15	1,91±0,14	17,20±3,51	36,82±3,16	1,52±0,12**
ХСН ІА ст.	11	3,42±0,38****	32,80±5,32 ***	23,16±2,23 ***	2,21±0,21** ***
ХСН ІБ ст.	9	4,80±0,42****	43,54±5,81 ***	14,12±1,73 ***	3,62±0,31** ***
Здорові	14	1,6±0,08			

**Примітка:** \*-вірогідність змін рН у порівнянні зі здоровими;  
\*\*-вірогідність змін рН до та після стимуляції ПК в підгрупах спостереження і в порівнянні з ХСН І ст.;  
\*\*\*-вірогідність різниці параметрів рН реакції за ХСН ІІ ст. порівняно з ХСН І ст.

гепатопротекторів не було. Виникала можливість більш раннього зниження дози та тривалості застосування основних засобів лікування ХСН. Встановлено, що клінічний ефект застосування ПК у хворих, що вживали мезім-форте чи панзінорм був більш чітким. Оскільки ПК є оздоровчим харчовим продуктом бджільництва, для стабілізації загального лікувального ефекту ми продовжували призначення ПК на амбулаторному етапі впродовж 3 - 4 тижневого періоду зі зниженням його разової дози наполовину двічі на день на фоні підтримуючих доз дігосину та іАПФ до досягнення бажаного результату.

Спостереження за двома групами пацієнтів показали, що у хворих основної групи позитивних результатів досягнуто у 62 із 66, контрольної – у 41 з 53 пацієнтів. У 4 пацієнтів (2 – з вираженим мітральним стенозом та 2 – віком 67 - 73 років з поєднаними ураженнями кардіореспіраторної системи, печінки) не було досягнуто ефекту. Це свідчить про те, що за серйозних неусуванних причин ХСН чи вичерпання компенсаторно-приспосувальних механізмів організму хворих поліморбідного, вікового характеру важко очікувати позитивних результатів від лікувального комплексу із застосуванням ПК.

При подальшому спостереженні хворих ориснтувалися на повторне застосування відпрацьованого ще на першому етапі лікувального комплексу. Поява перших же ознак декомпенсації перебігу ХСН зумовлювала корекцію тривалості, інтенсивності лікування, що призначалося кардіологом поліклініки за нашою участю. За необхідності хворих госпіталізували. Впродовж року після виписки зі стаціонару у хворих на ХСН І стадії виникала необхідність у 2-3 повторних курсах комплексного застосування ПК впродовж 4 - 6 тижнів, ХСН ІА стадії – 3 - 4 рази впродовж 6 - 7 тижнів, ХСН ІБ стадії – 4 і більше курсів по 6 - 8 тижнів. Потреби в госпіталізаціях у пацієнтів на ХСН І стадії не було, на ХСН ІІ стадії досягнуто зниження цього показника у 2 рази.

Порівняно з контрольною групою були кращими віддалені результати лікування: зменшення частоти рецидивів у 1,5 – 1,9 разів, подовження тривалості ремісії у 1,3 - 1,7 разів, зменшення потреби в медикаментозних засобах та покращання якісних показників життя. Побічні впливи від застосування ПК спостерігалися рідко та були незначними.

Позитивний ефект ПК у хворих на ХСН може бути спричинений його біологічними складовими, яких відомо вже більше 100 [2]. За близькістю механізмів сприятливої дії чи біохімічних властивостей компонентів ПК виділяють 7 основних груп: фітогормони, всі відомі вітаміни, більше 28 макро- і мікроелементів, назамінимі амінокислоти, ненасичені жирні кислоти, флавоноїди і флавоноїди, феноли і фенолокислоти, ферменти тощо. Особливо багато в ПК калію (4000 мг/кг ПК). Такий багатий біологічний склад ПК може спричинити значну активацію метаболічних, анаболічних, цитопротективних процесів у організмі хворих, проявляти антиоксидантну дію, посилювати функцію усіх органів і систем, особливо регуляторних, покращувати діяльність серця і нирок та зумовлювати гастро- і гепатопротективні властивості. Останні доведені дослідженнями О.В.Пішак [9], Б.П.Сенюк [12]. Проведені спостереження свідчать, що ПК може застосовуватися в комплексному лікуванні хворих на ХСН в якості ефективного допоміжного засобу, що покращує дію основних застосовуваних лікарських препаратів за ХСН. ПК також усуває чи пом'якшує клінічні прояви вторинних гастро- та холецистогепатопатій, які є частими супутниками ХСН і певним обмежувальним фактором реалізації терапії основного захворювання – причини ХСН (ревматизму чи ІХС).

#### **Висновки.**

1. ХСН ішемічного чи ревматичного походження супроводжується скритоперебігаючими або м'якими симптомами ураження ГДС і ГБС, що мають тенденцію до прогресування із наростанням стадій ХСН.

2. Застосування ПК в комплексному лікуванні ХСН сприяє прискореному регресу клінічних проявів ХСН; ПК виявляє помірну гастро- та гепатопротективну дію. Для посилення клінічної ефективності ПК у хворих з прогресуючим зниженням кислотоутворення та осіб з ХСН ІА і ІБ стадій, людей похилого віку ПК ефективніше застосовувати в поєднанні з поліферментними препаратами: мезімом-форте чи панзінором.

3. З метою зменшення частоти рецидивів ХСН, потреби в госпіталізаціях, подовження тривалості ремісій доцільне повторне застосування ПК в профілактично-лікувальному комплексі впродовж року: за ХСН І стадії – 2-3 рази впродовж 4-6 тижнів, ХСН ІА стадії – 3-4 рази по 6-7 тижнів, ХСН ІБ стадії – 4 і більше разів по 6-8 тижнів. ПК може вважатися ефективним ад'ювантним засобом лікування хворих на ХСН багатопланової дії.

**Література.** 1. Бобров В.О., Жарінов О.Н., Журіло Т.Є. Клінічна лекція: Дисфункція лівого шлуночка і серцева недостатність, патогенетичні варіанти, особливості діагностики, принципи диференційованого лікування // Укр. кардіол. журнал. - 1997. - №3. - вип.ІІ. - С.87-93. 2. Волошин О.І., Пішак О.В., Мецишен І.Ф. Пилок квітковий (бджолина обніжка) в клінічній та експериментальній медицині. - Чернівці: Прут, 1998. - 191с. 3. Воронков Л.Г., Яновський Г.В., Рябенко Д.В., Паращенко Л.П. Сучасне лікування хронічної серцевої недостатності // Методичні рекомендації. - К. - 1998. - 28с. 4. Денисюк В.И., Серкова В.К. Болезни сердца и сосудов. резистентные к лечению / Практическое руководство. - Винница: Логос, 1998. - 198с. 5. Дзяк Г.В., Гриценко В.І. Особливості проявів гастропатій, індуованих нестероїдними протизапальними препаратами та їх лікування // Матеріали XIV з'їзду терапевтів України. - К., 1998. - С.366-367. 6. Комаров Ф.И., Ольбинская Л.И. Сердечная недостаточность // Клин. мед. -

1991. - Т.61, №4. - С.114-121. 7. *Малая Л.Т., Горб Ю.Г., Рачинский И.Д.* Хроническая недостаточность кровообращения – Київ: Здоров'я, 1994. - 623с. 8. *Мареев В.Ю.* Новые достижения в оптимизации лечения хронической сердечной недостаточности // Кардиология. – 1997. – Т.37, №12. – С.4-9. 9. *Пишак О.В.* Особливості порушень гастродуоденальної, гепатобіліарної систем і нирок при ревматоїдному артриті і патогенетичні способи їх корекції: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Івано-Франківськ, 1995. – 29с. 10. *Рудык Б.И., Сабатьшин Р.А.* Значение антиоксидантных свойств эмоксипина в комплексном лечении больных с хронической сердечной недостаточностью // Врач. дело. - 1992. - №4. – С.25-28. 11. *Свищук А.С.* Состояние гастродуоденальной системы при основных ревматических заболеваниях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К., 1991. – 32с. 12. *Сенюк Б.П.* Застосування пилку квіткового при виразковій хворобі (клініко-експериментальне обґрунтування): Автореф. дис... канд. мед. наук. - Івано-Франківськ, 1996. – 23с. 13. *Чазов Е.И.* Лечение сердечной недостаточности // Клини. фармакол. и терапия. – 1993. – №4. - С.16-20. 14. *Чернобровый В.Н.* Дифференциальная диагностика синдромов нарушения желудочной секреции // Методические рекомендации. - Винница, 1989. – 34с. 15. *Clemens M. Frei Radicale, Lipid peroxydation und Antioxydation* // Munch. Med. Wschr. – 1989.- Bd. 131, №24. - S.472-474. 16. *Cohn J.N.*: Heart Failure in Willerson JT, Cohn JN (eds): Cardiovascular Medicine. Churchill Livingstone, NY, USA, 1995. - P.947-979. 17. *Gwathmey J.K., Ingwall J.S.*: Basic patophysiology of congestive heart failure. // Cardiol rev.– 1995. - Vol.3. - P.282-291.

## MATERIALS CONCERNING SUBSTANTIATION OF THE TECHNIQUE OF PROLONGED USE OF BEE POLLEN IN A COURSE OF MULTIMODALITY THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC FAILURE.

*L.A. Voloshyna, V.K. Tashchuk, B.P. Seniuk*

**Abstract.** The paper deals with materials of bee pollen (BP) usage in a course of multimodality therapy of 66 patients with chronic heart failure (CHF) and substantiation of the technique of its prolonged usage. It has been proved that BP favours an acceleration of regression of CHF clinical manifestations, eliminates or alleviates the symptoms of secondary gastro- and cholecystohepatopathies, improves remote results of the treatment. A 2-4 fold repeated BP use is recommended in a course of multimodality therapy of CHF patients during a period of 6-8 weeks annually depending on the stage of CHF. We have come to a conclusion that BP is an effective method of CHF adjuvant therapy.

**Key words:** chronic heart failure, bee pollen, prolonged treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

---

УДК: 616.379-008.64]-055.26:615.256.3.065

*О.Ю.Вороненко*

## РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ

Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. – проф. Б.М.Венцовський)  
Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця  
Українська асоціація планування сім'ї

**Ключові слова:** підлітки, репродуктивне здоров'я, контрацепція, сексуальна поведінка.

**Резюме.** Перше національне дослідження репродуктивного здоров'я підлітків було проведено спільно кафедрою акушерства та гінекології №1 Національного медичного університету та Українською асоціацією планування сім'ї (УАПС) шляхом анонімного анкетування 881 підлітка віком