

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ТА ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Варунків Н.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

EFFEKTIVNOST' PRIMENENIYA KARVEDILOLA U BOL'NYKH S OZHIRENIEM I PERENESENNIM INFARKTOM MIOKARDA

Варунків Н.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

CARVEDILOL EFFICACY IN PATIENTS WITH OBESITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Varunkiv N.B.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Одним з можливих факторів ризику розвитку ішемічної хвороби серця є ожиріння, який значно підвищує у свою чергу ризик виникнення інфаркту міокарда. Перевагу у терапії хворих з ожирінням та перенесеним інфарктом міокарда слід надавати висококардіоселективним β-адреноблокаторам, які не мають негативного метаболічного впливу, та мають здатність покращувати показники ліпідного і вуглеводного обміну. Вивчався вплив карведілолу на перебіг відновного періоду після перенесеного гострого коронарного синдрому у хворих з ожирінням. У процесі дослідження обстежено 60 пацієнтів, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарду та страждають на ожиріння. Вірогідне підвищення толерантності до фізичних навантажень на фоні зменшення показників артеріального тиску вказує на сприятливий перебіг відновного періоду після перенесеного інфаркту міокарда у хворих з ожирінням.

Ключові слова: *інфаркт міокарду, ожиріння, карведілол.*

Резюме. Одним из возможных факторов риска развития ишемической болезни сердца является ожирение, который значительно повышает, в свою очередь, риск возникновения инфаркта миокарда. Преимущество в терапии больных с ожирением и перенесенным инфарктом миокарда следует предоставлять высококардиоселективным β-адреноблокаторам, которые не имеют негативного метаболіческого влияния и имеют способность улучшать показатели липидного и углеводного обмена. Изучалось влияние карведилола на течение восстановительного периода после перенесенного острого коронарного синдрома у больных с ожирением. В процессе исследования обследовано 60 пациентов, перенесших Q- и Non-Q-инфаркт миокарда и страдающих ожирением. Вероятно повышение толерантности к физическим нагрузкам на фоне уменьшения показателей артериального давления указывает на благоприятное течение восстановительного периода после перенесенного инфаркта миокарда у больных с ожирением.

Ключевые слова: *инфаркт миокарда, ожирение, карведилол.*

Summary. One of the possible risk factors for coronary heart disease is obesity, which significantly increases, in turn, the risk of myocardial infarction. Preference in the treatment of patient with obesity and myocardial infarction should be given β-adrenergic blocking with no adverse metabolic effect and have the ability to improve lipid and carbohydrate metabolism. The effect of carvedilol the course of recovery period after acute coronary syndrome in patient with obesity. During the study examination 60 patients who had Q- and non-Q- myocardial infarction and obesity. Likely increase tolerance to exercise along with a reduction of blood pressure in dices indicate a favorable course of recovery period after myocardial infarction in patient with obesity.

Key words: *myocardial infarction, obesity, carvedilol.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. За останні десятиліття кількість хворих на ішемічну хворобу серця різко зросла в багатьох країнах світу і в Україні, зокрема. Одним з можливих факторів ризику розвитку ішемічної хвороби серця є ожиріння, який значно підвищує, у свою чергу, ризик виникнення інфаркту міокарда. Так, згідно з опублікованими даними ВООЗ, у світі зареєстровано понад 200 млн осіб з наявністю ожиріння, і кількість їх невинно зростає. Початок третього тисячоліття лише в США характеризується збільшенням на 25 % кількості людей з ожирінням (19,8%) та надлишковою масою тіла (35,1%), а ВООЗ ще у 1997 р. оголосила ожиріння глобальною неінфекційною епідемією [2]. На першому місці у лікуванні інфаркту міокарда стоять β-адреноблокатори як препарати, в яких поєднується пряма та опосередкована дія на механізми формування гострого коронарного синдрому. Фармакологічний ефекти БАБ здійснюється за допомогою блокаторів α- та β-адренорецепторів, які мають відмінності в селективності, внутрішній симпатоміметичній активності, розчинності та впливають на різні типи адренорецепторів практично в кожній системі організму [1]. Перевагу у терапії хворих з ожирінням та перенесеним інфарктом міокарда слід надавати висококардіоселективним β-адрено-

блокаторам, які не мають негативного метаболічного впливу, та мають здатність покращувати показники ліпідного і вуглеводного обміну (карведілол). Ці препарати впливають на метаболізм вуглеводів і жирів. Блокуючи β₂-адренорецептори β-клітин підшлункової залози, вони зменшують секрецію інсуліну і підвищують базальний рівень глюкози. В осіб без порушень вуглеводного обміну ці зміни не викликають клінічних наслідків. Не менш важливі клінічні значення мають позасудинні ефекти α₁-адреноблокаторів. Встановлено, що селективні блокатори α₁-адренорецепторів покращують ліпідний спектр крові. Вони значно знижують вміст у крові загального холестерину за рахунок його атерогенної фракції - холестерину ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів, одночасно підвищуючи рівень антиатерогенних ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Вплив α₁-адреноблокаторів на ліпідний склад крові особливо виражено у хворих з атерогенними дисліпідеміями. Також α₁-адреноблокатори здатні підвищувати чутливість тканин до дії інсуліну, зменшуючи інсулінорезистентність при її наявності, що призводить до зниження рівня глюкози та інсуліну у хворих на АГ. Таким чином, селективні блокатори α₁-адренергічних рецепторів сприятливо впливають на ліпідний і вуглеводний обмін [3]. Доказано,

що у людей хворих на ішемічну хворобу серця поєднання вогнищ ураження, зумовлених порушенням жирового обміну з вогнищами кардіосклерозу після перенесеного ІМ суттєво знижує функціональні можливості серця. Ожиріння призводить також до ендотеліальної дисфункції, яку вносить холестерин, зростає в середньому, на 20 мг. При збільшення індексу маси тіла з 20 до 30 кг/м² рівень атерогенного холестерину ЛПНГ підвищується на 10-20 мг/дл, що збільшує ризик розвитку ІХС протягом 5-10 років приблизно на 10%. В товстих людей знижується здатність антиатерогенних ліпопротеїдів високої щільності акцептувати холестерин з клітинних мембран. Такі порушення ліпідного спектру крові істотно впливають на розвиток та прогресування атеросклерозу.

Мета дослідження: оцінка впливу карведілолу на перебіг відновного періоду після перенесеного гострого коронарного синдрому у хворих з ожирінням.

Матеріали і методи

У процесі дослідження обстежено 60 пацієнтів віком від 40 до 75 років, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарду та страждають на ожиріння. Всі хворі розподілені на дві групи по 30 осіб – контрольну та дослідну. Хворі отримували стандартне лікування: статини, аспірин, антикоагулянти, інгібітори АПФ. Карведілол призначали по 3,125 мг/д; методом титрування доза доводилась до 25-50 мг/д; середня досягнута доза склала 27,5±9,4 мг/д. У подальшому потреба в призначенні додаткових лікарських засобів не виникала. Період спостереження тривав 3 місяці. Хворих обстежували на початку лікування, через 1 та 3 місяці. Виконували добове моніторування артеріального тиску використовуючи апарат «Bosso», ЕхоКС за стандартним протоколом на апараті «SONOACE-4800» «Medison», Koga, оцінювали наступні показники: кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО), кінцевий діастолічний розмір (КДР), товщину задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ), товщину міжшлуночкової перегородки (МШП), діаметр аорти, діаметр лівого передсердя (ЛП), діаметр правого шлуночка (ПШ), фракцію викиду (ФВ), а також 6-хвилинний тест, оцінювали динаміку рівнів загального холестерину, тригліцеридів, бета-ліпопротеїдів, глікозильованого гемоглобіну та С-реактивного протеїну. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали в програмі «Microsoft Excel Access». Розраховували середні значення показників, їх відсоткові частки та критерії Стьюдента. Порівнювали між собою величини даних осіб дослідної та контрольної груп, а також значення всередині кожної групи на різних етапах дослідження. Статистично достовірними вважали, коли різниця значень була при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи результати клінічного спостереження за хворими після ІМ, встановлено, що упродовж трьох місяців відновного періоду розширення фізичних навантажень супроводжувалось поступовим зменшенням ангінального болювого синдрому, задишки, серцебиття, що отримували, як стандартне лікування, так і карведілол. Більше того, у групі хворих, що ліковані карведілолом, позитивний клінічний ефект зустрічався частіше, наприклад за частотою ангінального болю через 3 місяці лікування у 21,00% та 8,0% хворих відповідно. Позитивний ефект від лікування був констатований і за іншими ознаками – головним боєм та запамороченням.

Позитивний клінічний ефект супроводжувався вірогідним зменшенням САТ і ДАТ, а також отриманням вірогідного зменшення ЧСС. Більше того, чітко констатовано

Таблиця 1. Динаміка показників АТ і ЧСС у хворих на інфаркт міокарда та ожирінням у процесі відновного лікування (M±m)

Показник, од. виміру	До лікування	1 місяць	3 місяці
Стандартна терапія (n=30)			
САТ, мм.рт.ст.	152,00±6,10	141,00±5,20	135,00±3,60
		$P_1 > 0,05$	$P_1 < 0,05$
ДАТ, мм.рт.ст.	94,00±5,30	89,00±4,20	85,00±3,50
		$P_1 > 0,05$	$P_1 > 0,05$
ЧСС, уд/хв.	80,00±4,30	76,00±1,50	70,00±1,50
		$P_1 > 0,05$	$P_1 < 0,05$
Карведілол (n=30)			
САТ, мм.рт.ст.	148,00±5,90	132,00±4,50	122,00±2,90
		$P_1 < 0,05$	$P_1 < 0,05$
ДАТ, мм.рт.ст.	97,00±4,40	86,00±2,30	82,00±2,10
		$P_1 < 0,05$	$P_1 < 0,05$
ЧСС, уд/хв.	75,00±2,30	72,00±1,50	66,00±1,50
		$P_1 > 0,05$	$P_1 < 0,05$

Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами до лікування

вищу оптимальність терапії при тривалому тримісячному лікуванні. Так, якщо у пацієнтів із стандартною терапією САТ знизився з (152,00±6,10) мм.рт.ст. до (135,00±3,60) мм.рт.ст., то під впливом карведілолу через три місяці лікування були констатовані оптимальні рівні як САТ, так і ДАТ відповідно (122,00±2,90) мм.рт.ст. і (84,00±2,10) мм.рт.ст. ($p < 0,05$) (табл. 1).

Стан серцевої гемодинаміки впродовж відновного лікування чітко вказував на позитивну динаміку ряду показників постінфарктного ремоделювання ЛШ.

Зокрема, якщо в групі хворих, які отримували стандартну терапію, показники КДО суттєво не змінилися, то під впливом карведілолу величина КДО вірогідно знизилася на 3 місяці лікування ($p < 0,05$).

В той же час зменшення метричних показників ЛШ було менш суттєвим в обох групах хворих. Так, товщина ЗСЛШ і МШП залишались без вірогідних змін ($p > 0,05$).

Не було відзначено вірогідного зменшення діаметру ПШ, а діаметр лівого передсердя мав тенденцію до зменшення у хворих, які отримували карведілол.

Такий стан серцевої гемодинаміки сприяв поступовому зростанню фракції викиду ЛШ. Так в групі стандартної терапії ФВ зросла з (49,20±2,10)% до (52,00±1,20)% через оди місяць лікування і до (55,00±2,00)% через три місяці терапії ($p < 0,05$). У групі хворих, що ліковані карведілолом ФВ, склала на початку лікування (47,70±0,96)%, через один місяць (51,00±1,15)%, через три місяці (58,00±2,00)% ($p < 0,05$) (табл.2).

Аналізуючи показник шестихвилинного тесту ходьби у хворих, що перенесли ІМ і приймали стандартну терапію, його рівень до лікування склав (467,00±18,50) м. на 3 міс. лікування (477,00±18,50) м., що у порівнянні з пацієнтами, які знаходились на карведілолі, є значно меншим (520,00±21,40) м. Ці дані є свідченням про підвищення толерантності до фізичних навантажень у хворих при застосуванні карведілолу.

Вивчаючи ліпідний спектр крові, відзначено стійку тенденцію до зниження рівня в крові загального холестерину, тригліцеридів і бета-ліпопротеїдів (табл.3). Вказана динаміка ліпідного спектру крові супроводжувалась зниженням рівня СРП і HbA1c. Так рівень HbA1c у хворих, що знаходились на стандартній терапії на початку лікування склав (7,30±0,40)%, через 1 міс. лікування (6,80±0,30)%, через 3 міс. (5,40±0,50)%. У осіб, що ліковані карведілолом, рівень HbA1c відповідно склав до лікування (7,40±0,30)%, на 1 міс. лікування

Таблиця 2. Динаміка показників гемодинаміки у хворих на інфаркт міокарда та ожиріння в процесі відновного лікування (M±m)

Показник, од. виміру	До лікування	1 місяць	3 місяці
Стандартна терапія (n=30)			
КДО, мл	172,4±11,40	166,30±8,30	160,00±4,40
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
КСО, мл	89,00±7,60	63,40±6,20	64,00±3,40
		P ₁ <0,05	P ₁ <0,05 P ₂ >0,05
КДР, см	5,50±1,10	5,50±1,16	5,40±1,10
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
КСР, см	4,20±0,20	4,00±0,19	4,20±0,18
		P ₁ <0,05	P ₁ >0,05 P ₂ <0,05
товщина ЗСЛШ, см	1,40±0,20	1,40±0,20	1,30±0,07
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
товщина МШП, см	1,10±0,05	1,10±0,05	1,20±0,06
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
УО, мл	71,22±2,30	78,10±4,20	85,00±0,87
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
діаметр аорти, см	3,50±0,10	3,90±0,12	3,60±0,17
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
діаметр ЛП, см	3,90±0,12	3,84±0,13	3,50±0,17
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ >0,05
діаметр ПШ, см	3,00±0,10	3,40±0,10	3,40±0,07
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
ФВ, %	49,20±2,10	52,00±1,20	55,00±2,00
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ >0,05
Карведілол (n=30)			
КДО, мл	168,70±10,70	157,70±9,50	127,00±3,80
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
КСО, мл	90,00±6,40	78,30±5,30	70,50±3,60
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ >0,05
КДР, см	6,10±0,70	5,70±1,30	5,70±1,20
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
КСР, см	4,80±0,30	4,20±0,20	4,20±0,30
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
товщина ЗСЛШ, см	1,60±0,30	1,60±0,40	1,40±0,20
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
товщина МШП, см	1,30±0,40	1,30±0,50	1,20±0,60
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
УО, мл	75,00±3,30	78,50±3,60	80,00±0,70
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
діаметр аорти, см	3,60±0,20	3,60±0,10	3,60±0,10
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
діаметр ЛП, см	4,10±0,15	3,6±0,30	3,2±0,40
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ >0,05
діаметр ПШ, см	3,40±0,30	3,40±0,10	3,40±0,20
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
ФВ, %	47,70±0,96	51,00±1,15	58,00±2,00
		P ₁ <0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05

Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами: p₁ – до лікування, p₂ – через 1 міс. лікування.

Таблиця 3. Динаміка біохімічних показників у хворих на інфаркт міокарда та ожирінням в процесі відновного лікування (M±m)

Показник, од. виміру	До лікування	1 місяць	3 місяці
Стандартна терапія (n=30)			
Холестерин, ммоль/л	6,10±1,10	5,70±0,70	4,90±0,30
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
Тригліцериди, ммоль/л	2,10±0,80	1,80±0,90	1,40±0,30
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
Беталіпопротеїни, ммоль/л	5752,00±483,00	5034,00±104,00	4330,0±112,00
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
НЬА1с, %	7,30±0,40	6,80±0,30	5,40±0,50
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
СРП, мг./дл.	2,20±0,60	1,80±0,30	1,40±0,40
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
Карведілол (n=30)			
Холестерин, ммоль/л	5,80±0,80	4,70±0,50	3,60±0,30
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
Тригліцериди, ммоль/л	2,00±0,90	1,80±0,70	0,90±0,10
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05
Беталіпопротеїни, ммоль/л	5315,000±521,00	4435,00±194,00	3440,00±154,00
		P ₁ >0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
НЬА1с, %	7,40±0,30	6,20±0,20	4,00±0,20
		P ₁ <0,05	P ₁ <0,05 P ₂ <0,001
СРП, мг./дл.	1,90±0,40	1,50±0,10	1,30±0,20
		P ₁ >0,05	P ₁ >0,05 P ₂ >0,05

Примітка. Достовірність різниці показників у порівнянні з величинами: p₁ – до лікування, p₂ – через 1 міс. лікування

(6,20±0,20)%, на 3 міс. лікування (4,00±0,20)%, (p<0,05).

Таким чином, аналізуючи дані результатів дослідження у хворих, що перенесли ІМ і супутнім ожирінням відзначено позитивний клінічний ефект після 3 місяців відновного лікування з покращенням клінічних, гемодинамічних та біохімічних показників та підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Вірогідне підвищення толерантності до фізичних навантажень на фоні зменшення показників артеріального тиску вказує на сприятливий перебіг відновного періоду після перенесеного інфаркту міокарда у хворих з ожирінням.

Висновки

1. Встановлено: клінічні особливості, показники системного запалення (С-реактивний протеїн), стан коронарного кровообігу у хворих на ожиріння, що перенесли інфаркт міокарда та способи запобігання прогресуванню ішемічної хвороби серця шляхом диференційованого призначення β-адреноблокаторів.

2. Доведено доцільність призначення карведілолу у хворих на ішемічну хворобу серця та ожирінням при гіперінсулінемії, збільшенні рівня С-реактивного протеїну, ліпідного спектру крові.

Перспектива подальших досліджень

Зважаючи на отримані дані щодо ефективності карве-

ділолу у хворих на ожиріння, що перенесли інфаркт міокарда, перспективним вважаємо проведення подальших рандомізованих клінічних досліджень щодо вивчення впливу цього бета-блокатора на клінічні, гемодинамічні біохімічні показники та підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Література

1. Блокатори в-адренорецепторів в ліченні серцево-судинистих захворювань: місце карведілола / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, И.С. Дедова // Кардиология. – 2006. - №12. – С. 63-72.

2. Лікування хронічного панкреатиту, поєданого з метаболічним синдромом / В. Свиридюк // Ліки України. – 2005. – № 7–8 (96–97). – С. 126.

3. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф / В.П. Лупанов // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 6. — С. 331–337.

4. Prevalence of cardiovascular disease risk factor in the Chinese population: the 2007-2008 China National Diabets and Metabolic Disorders Study /Zhao-Jun Yang, Jie Liu, Jia-Pu Ge, Li Chen, Zhi-Gang Zhao //European Heart Journal (2012) 33, 213-220

Одержано 19.03.2012 року.

УДК 577.115.3+616-08+616.37-002+616.379-008.64+616.12-008.331.1

ВИКОРИСТАННЯ ОМЕГА-3 ПНЖК У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ПРИ ПОЄДНАННІ ЙОГО З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Глушко Л.В., Романуха В.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОМЕГА-3 ПНЖК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ПРИ СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Глушко Л.В., Романуха В.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

THE OMEGA-3 PFA USE IN THE COMPLEX MEDICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND IN ITS COMBINATION WITH METABOLIC SYNDROME

Glushko L.V., Romanukha V.V.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Вивчено стан продукції інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у хворих на хронічний панкреатит (ХП) та при поєднанні його з метаболічним синдромом (МС) та 20 здорових осіб. На основі отриманих даних виявлено підвищення його продукції у хворих з ХП, більшою мірою виражене у пацієнтів із супутнім метаболічним синдромом. Обґрунтовано доцільність включення препарату омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) у комплексне лікування хронічного панкреатиту та при поєднанні його з метаболічним синдромом, що знижує продукцію інтерлейкіну-6, сприяє отриманню вираженого терапевтичного ефекту. Даною роботою пропонується новий спосіб корекції цитокинового дисбалансу у хворих з ХП при поєднанні його з МС.

Ключові слова: *хронічний панкреатит, метаболічний синдром, інтерлейкін-6, омега-3 ПНЖК.*

Резюме. Изучено состояние продукции интерлейкина-6 у больных с хроническим панкреатитом и в сочетании с метаболіческим синдромом и в 20 здоровых лиц. На основе полученных данных обнаружено повышение его продукции у больных с ХП, в большей мере выраженное у пациентов из сопутствующим метаболіческим синдромом. Обоснована целесообразность применения препарата омега-3 ПНЖК в комплексное лечение хронического панкреатита и при сочетании его с метаболіческим синдромом, что снижает продукцию интерлейкина-6, содействует получению более выраженного терапевтического эффекта. Данной работой предлагается новый способ коррекции цитокинового дисбаланса у больных на хронический панкреатит и в сочетании с метаболіческим синдромом.

Ключевые слова: *хронический панкреатит, метаболіческий синдром, интерлейкин-6, омега-3 ПНЖК.*

Summary: A state of products of interleykin-6 is studies at 129 patients by chronic pancreatitis and combined with metabolic syndrome and in the 20 healthy persons. On the basis of finding it is product increase in its number of patients with chronic pancreatitis, are more pronounced in patients with concomitant metabolic syndrome. An expediency of inclusion of omega-3 PUFA in the complex medical treatment of chronic pancreatitis and combined with the metabolic syndrome, that lowers a product of interleykin-6, is grounded, assist to the receipt of expressed therapeutic effect. This work a new method for correction of cytokine imbalance in patients with chronic pancreatitis combined with the methabolic syndrome.