

УДК 616.12-009.72-06: 616.414-008

Є.Х., Заремба, О.Р. Макар

E.H. Zaremba, O.R. Makar

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ANTIHOMEOTOXICAL THERAPY OF THYROID GLAND DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Ключевые слова: антигомотоксическая терапия, стенокардия, гипотиреоз

Key words: antihomotoxic therapy, angina pectoris, hypothyroidism.

Использование антигомотоксической терапии в комплексном лечении гипотиреоза у больных нестабильной стенокардией дает позитивный терапевтический эффект без риска обострения коронарной недостаточности.

Using of antihomotoxic therapy in complex treatment of thyroid gland dysfunction in patients with ischemic heart disease give positive therapeutic effect without pointing coronary insufficient.



УДК 616.36-008.8-084-053.5003.96

- Ю.В.Марушко¹, д. м. н., проф., зав. каф. педіатрії № 3
Т.В.Марушко², д.м.н., проф. каф. педіатрії № 2
Т.В.Гищак³, к.м.н., доц. каф. дит. хвороб.

- *Національний медичний університет ім. О.О.Богомольца
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Медичний інститут УАНМ, м. Київ*

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОКОМПЛЕКСУ № 2.1 ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСФУНКЦІЙ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

У структурі хвороб травлення у дітей одне з перших місць займають хвороби жовчовивідної системи (до 53%, [2]) і серед них, головним чином, – функціональні розлади жовчного міхура і жовчовивідних шляхів. Згідно останньої міжнародної класифікації (Римський консенсус по функціональних розладах органів травлення, 1999) дану групу патології рекомендується позначати як “дисфункціональні розлади біліарного тракту”. Проте у вітчизняній педіатрії також застосовується термін “дискінезії жовчовивідних шляхів” (ДЖВШ).

Загальновідомо, що відтік жовчі в дванадцятипалу кишку – процес переривчастий, специфічним подразником якого є їжа, особливо з високим вмістом жирних та білкових інгредієнтів. При цьому складні перистальтичні рухи протоків, скорочення ЖМ, послаблення сфінктерів загального жовчного протока забезпечує надходження жовчі в дванадцятипалу кишку. Істотне значення має регулюючий вплив нервової системи та гормонів шлунково-кишкового тракту, по відношенню до яких встановлена специфічність й полівалентність їх властивостей [6-8, 13].

Функціональні порушення діяльності жовчовивідної системи, зокрема ЖМ, жовчовивідних шляхів, сфінктерного апарату, є одним з найпоширеніших станів, у тому числі й серед дітей та підлітків. Так звані дискінезії, що виникають ще в дитячому та

підлітковому віці, прогресуючи, сприяють розвитку органічних захворювань жовчовивідної системи (ЖВС). Тому їх рання діагностика й лікування саме в ранні періоди життя має велике профілактичне [1, 4, 6, 11].

У структурі хвороб біліарної системи дитячого віку ДЖВШ займає перше місце і складає в цілому до 70 % випадків. Актуальність і соціальна значущість проблеми лікування ДЖВШ у дітей обумовлені значною поширеністю захворювання, високим ризиком розвитку хронічної патології ЖВС та, особливо, ускладнень [12, 13].

Жовч, що продукується гепатоцитами й секретується в жовчні каналці, має розчинні органічні й неорганічні речовини: жовчні кислоти (67 %), фосфоліпіди (22 %), білки (4,5 %), холестерол (4 %), білірубін (0,3 %) та ін. Лецитин, холестерол й солі жовчних кислот – амфифільні сполуки, тому у водному середовищі вони утворюють міцели. Якщо кількість жовчних кислот й лецитину недостатня для утворення міцел, з’являється нерозчинний холестерин й жовч стає перенасиченою або літогенною. При тривалій за перебігом ДЖВШ за гіпокінетичним типом відбувається ще більша зміна біохімічного складу жовчі та її колоїдної нестабільності. Це поступово сприяє розвитку запальних процесів у ЖМ, розвивається хронічний холецистит, виникає жовчнокам’яна хвороба [2,9].

Проведені дослідження показують, що формування дисфункції біліарного тракту у дітей має тісний зв'язок з вираженістю і тривалістю синдрому вегетативної дисфункції і виявляється у вигляді функціональних порушень в дошкільному віці, прогресує в ранньому шкільному періоді, а у віці старше 10 років часто реєструється вже, як хронічна патологія ЖВС, в т.ч. і хронічний холецистит [2, 6].

Необхідність тривалого лікування визначає необхідність удосконалення методів лікування. Широко застосовують жовчогінні препарати. Так, застосовувати холеретики слід тривало з перервами між курсами, систематично змінюючи певні жовчогінні засоби. Такий спосіб лікування попереджає дистрофію гепатоцитів і звикання організму до лікарських препаратів [3, 5]. Звичайно, при виборі медикаменту необхідно враховувати тип ДЖВП, вихідний тону ЖМ та сфінктерного апарату. З цієї точки зору перевага надається засобам рослинного походження, що справляють прокінетичний, холеретичний, протизапальний, бактерицидний та інші ефекти, відновлюють холесинтетичну функцію печінки та дренажну функцію ЖМ [1, 4, 5].

Завдяки дослідженням останніх років, ретельному вивченню і підтвердженню фармакологічних ефектів знову виріс інтерес до використання рослинних лікарських препаратів, особливо в педіатричній практиці [3, 5, 6].

Одним із таких препаратів є "Фітокомплекс №2.1." (Гігієнічне заключення № 05.03.02 – 04/1382, ТУ У 05.03.02 – 06/3837). Препарат розроблено і виготовлено фірмою "Інтерном", Україна.

До складу фітопрепарату (1 капсула 0,5г) входять: росторопша плямиста (плоди) – 30 мг, корінь левея – 10 мг, шишчина – 30 мг, корінь лопуха – 15 мг, звіробій – 40 мг, артишок (корінь) – 30 мг, ферменти – 100 мг, куркума – 20 мг, лецитин 50 мг, вольгець кучерявий – 30 мг, метіонін – 25 мг, інозітол – 40 мг, м'ята перцева (листя) – 10 мг, вітамін В₆ – 0,7 мг. Згідно інструкції є наступні показання до його застосування в клініці: хронічний холецистит, панкреатит, ДЖВП тощо. На сьогодні немає робіт по його застосуванню в педіатричній практиці.

Метою роботи стало вивчення ефективності застосування фітопрепарату "Фітокомплекс № 2.1" у комплексній терапії різних форм ДЖВП у дитячому віці.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 52 дитини, віком від 11 до 17 років, у яких був встановлений діагноз ДЖВП. Серед обстежених було 34 дівчаток і 18 хлопчиків.

До госпіталізації 30 (57,6 %) діти знаходилися під спостереженням у дитячому гастро-

ентеролога. У решти ДЖВП була діагностована вперше при обстеженні в стаціонарі.

До комплексного обстеження пацієнтів включено клініко-анамнестичні, лабораторні, а також інструментальні методи. Діагноз ґрунтувався на результатах клінічного обстеження хворих (скарги, анамнез, клінічні прояви, наявність міхурових симптомів), лабораторних (аналізи крові, калу, сечі, біохімічне дослідження крові) та інструментальних методів дослідження (УЗД печінки, ЖМ, підшлункової залози) [2, 6, 10].

Для визначення моторно-евакуаторної функції ЖВС проводили УЗД з подразником (сорбітом) за методикою [7]. Вивчення функціонального стану ЖВС виконували шляхом вимірювання динамічних змін об'єму ЖМ. Враховували 4 фази скорочення ЖМ. У процесі останньої фази – повільного скорочення, об'єм ЖМ зменшується на 34-64 % порівняно з вихідним [7, 8].

Вивчення стану верхніх відділів травного шляху проводили за допомогою ФЕГДС апаратом «Olympus» з оцінкою виявлених змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки за класифікацією В.А. Мазурина (1989). Одночасно з цим виконували інтрагастральну рН-метрію на апараті ІКШ-2 з визначенням кислото-продукуючої та нейтралізуючої функцій шлунка за методикою В.М. Чорнобрового (1990).

Стан вегетативної нервової системи вивчали за допомогою кардіоінтервалографії в статичній та кліноортостатично за загальновідомими методиками.

При оцінці факторів розвитку ДЖВП було визначено, що найбільше значення в анамнезі мали патології вагітності та пологів у матері, перинатальні стани, енцефалопатії, а також обтяжений анамнез (наявність захворювань органів травлення за материнською лінією). У третини дітей знаходили перегини ЖМ. Серед соціальних факторів істотним було нерегулярне та нераціональне харчування, певні особливості харчування майже в усіх дітей. – використання швидкої у готуванні їжі, часті переїдання, безперервне жування та харчування поза домівкою.

У пацієнтів виявлялися в певній кількості супутні захворювання, перш за все, органів травлення (гастрит, дуоденіт, функціональні порушення кишечника тощо), а також вторинні кардіоміопатії, невротоподібні стани та ін., що наведені в табл. 1.

В усіх дітей спостерігалися ознаки ДЖВП, які превалювали в клінічній картині.

Обстежені пацієнти були поділені на дві репрезентативні групи. До першої групи (І гр.) було включено 30 пацієнтів, які отримували терапію з приводу ДЖВП, гастродуоденальної патології та супутніх захворювань згідно з існуючими протоколами лікування. Одночасно нами був застосований Фітокомплекс № 2.1 по 1 капсулі (в одній капсулі 0,5 г) 2

Розподіл хворих за діагнозами

Діагноз	Кількість хворих	
	n	%
ДЖВПІІ за гіпокінетично-гіпотонічним типом	30	57,6
ДЖВПІІ за гіпокінетично-гіпертонічним типом	22	42,3
Синдром вегетативних дисфункцій	52	100
Хронічна вогнищева інфекція ротової порожнини, носоглотки, придаткових пазух	18	34,6
Хронічний гастродуоденіт (поверхневий) з нормальною кислотоутворюючою функцією шлунка	12	23,1
Хронічний гастродуоденіт (поверхневий) з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка	5	9,6
Невиразкова диспепсія з нормальною кислотоутворюючою функцією шлунка	5	9,6
Диспанкреатизм	19	36,5
Гельмінтні інвазії	10	22,2
Дисметаболічні нефропатії	8	15,4
Неврозоподібні стани	7	13,4
Вторинна кардіоміопатія	5	9,6
Гіперплазія щитовидної залози І ст.	5	9,6
Ожиріння І ст.	3	5,7

рази на день під час їди впродовж 1 місяця, а інші жовчогінні препарати не призначалися.

Групу зіставлення (II гр.) склали 16 хворих, які приймали лише традиційне лікування, а в якості жовчогінних – алохол.

Дані клінічної картини оцінювали в двох групах дітей. Об'єктивізація ефективності лікування проводилась у динаміці спостереження та порівнювалась із вихідними даними.

Контроль ефективності терапії проводили за даними клінічного обстеження (динаміка больового синдрому, інших скарг, дані об'єктивного обстеження), лабораторних методів та за допомогою УЗД. При УЗД досліджувалася динаміка змін об'єму ЖМ і об'ємної кількості залишкової жовчі в ньому, в порівнянні з вихідним рівнем.

УЗ-моніторинг проводили до початку лікування, а також через 14 днів курсового лікування.

Отримані результати оброблені статистично.

Результати дослідження та їх обговорення

При об'єктивному обстеженні у 100 % пацієнтів був больовий синдром переважно в правому підребер'ї, що носив ниючий характер, спостерігалось відчуття важкості. Рідше (у 31,2 %) біль мав різкий нападаподібний характер, і тільки у 9,6 % біль мав невизначені характеристики. Із диспептичних розладів найчастіше зустрічались нудота (51,9%), відрижка (51,9 %), гіркота в роті (42,3 %). Блювання було при грубих порушеннях

дієти у поодиноких дітей, завжди приносило полегшення.

В усіх дітей спостерігалися астеничні прояви, майже у половини – схильність до пониженого тиску. У 71,2 % пацієнтів був поганий апетит.

При обстеженні хворих виявлялися позитивні міхурові симптоми (болючість в точці ЖМ, позитивні симптоми Ортнера і Мерфі).

У 25 % дітей були виявлені функціональні зміни серцево-судинної системи, що супроводжувалися ослабленням серцевих тонів, м'яким систолічним шумом функціонального характеру. У 9,6 % хворих спостерігались ознаки вторинної кардіоміопатії.

В усіх випадках при УЗД виявлявся збільшений в розмірах ЖМ, у 36,5 % дітей спостерігалися деформації ЖМ, а в його просвіті у 34,6 % пацієнтів був видний осад, що займав в середньому до третини від об'єму ЖМ. У всіх дітей була понижена (гіпокінезія) скоротлива ЖМ.

УЗД органів черевної порожнини виявило з боку печінки ознаки холестазу, підвищення ехогенності від перипортальних структур у майже половини пацієнтів. Ознаки запалення у ЖМ (потовщення його стінки, з появою осаду в порожнині, що займав більше половини його об'єму) було діагностовано у 18,2% хворих, переважно у віці старше 13 років.

У 36,5 % дітей на УЗД виявлені зміни підшлункової залози (її збільшення, помірна неоднорідність ехоструктури).

При фіброгастродуоденоскопії у 32,7 % хворих визначали гастрит та дуоденіт, у третини з них – з набряком великого дуоде-

нального сосочка, що сприяє порушенню пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку.

У 36,5 % пацієнтів спостерігався певною мірою синдром холестазу, що проявлялося субіктеричністю шкіри та слизових у 15,3 % дітей, збільшенням печінки у 53,8 %, періодично виникаючою ахолією у 11,5 %, стеатореєю – 36,5 %. При біохімічному обстеженні у 23 % хворих спостерігалось помірне підвищення рівня лужної фосфатази 11,5 % – пацієнтів помірне підвищення рівня білірубіну. Показники АЛТ та АСТ були в нормі.

Діти обох груп отримували терапію згідно протоколу. У першій групі в якості жовчогінного засобу використовували Фітокомплекс № 2.1, у другій - алохол.

У табл. 2 наведено загальні дані щодо впливу Фітокомплексу №2.1 при додаванні його до стандартної схеми лікування гіпокінетично-гіпотонічної та гіпокінетично-гіпертонічної ДЖВШ. Окремо наведено дані про динаміку скарг у дітей, у яких використовувались тільки стандартні схеми лікування та алохол.

Як видно із даних, наведених у табл. 2, упродовж лікування в усіх досліджуваних відмічено позитивні зміни з боку первинних симптомів захворювання. Однак регрес первинних симптомів був більш значим у I (основній) групі хворих.

За результатами досліджень больовий синдром поступово зникав в обох групах хворих. Але при застосуванні Фітокомплексу № 2.1 вже на четверту добу кількість дітей зі скаргами на біль зменшилась виражено – на 21,8 % нижче, ніж в контрольній групі. Через 2 тижні больовий синдром в основній групі не спостерігався, в контрольній – визна-

чався у 9,1 % пацієнтів. Значно кращав апетит та до 14 дня зникали нудота, закрепи.

Значно зменшувалися астеничні симптоми, більш виражено в основній групі. Астеничні прояви залишалися до 14 доби у 22,7% хворих контрольної групи і лише у 6,6 % пацієнтів основної групи.

Вже з 4 доби спостережень статистично достовірно починали зникати міхурові симптоми, більш виражено в основній групі ($\chi^2=31,6$ в I гр. та $\chi^2=15,2$ в II гр., $p<0,001$). Так, до 4 доби міхурові симптоми зникли у 74,4% пацієнтів основної групи, а в контрольній групі – у 59,1 %. Позитивні міхурові симптоми практично повністю зникали до 7 дня в основній групі, однак ще спостерігались у 22,7 % пацієнтів контрольної групи.

В обох групах поступово зменшувалися розміри печінки, більш виразно в основній групі.

За результатами дослідження копрограми в обох групах знижувався і зникав нейтральний жир.

Важливим було скорочення ЖМ та зменшення кількості пацієнтів з осадом в ЖМ, більш виражене в основній групі.

Отже отримані результати свідчать, що Фітокомплекс № 2.1 ефективно та швидко ліквідує основні клінічні прояви дисфункціональних розладів біліарного тракту. Так, до кінця 4 доби вже значно менше реєструвалися скарги, клінічні результати обстеження (міхурові симптоми тощо), зменшувалися розміри печінки. У всіх хворих практично нормалізувалися показники копрограми. У більшості випадків клінічні прояви зникали майже в усіх до 14 дня, хоча в контрольній групі певні прояви ще зберігалися.

Таблиця 2

Узагальнені дані по впливу препарату “Фітокомплекс №2.1” на клінічну картину хворих з ДЖВШ

Скарги	Кількість дітей, що мали скарги (у %)							
	До лікування		Через 4 дні		Через 7 днів		Через 2 тижні	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Періодичний біль у правому підребер'ї	100	100	60	81,8	23,3	45,5	0	9,1
Поганий апетит	70	72,7	50	63,6	16,6	31,8	6,6	18,2
Нудота	53,3	50	26,6	31,8	6,6	22,7	0	9,1
Закрепи	20	22,7	6,6	13,6	3,3	9,1	0	4,5
Астеничний синдром	100	100	46,6	59,1	23,3	40,9	6,6	22,7
Позитивні міхурові симптоми	100	100	26,6	40,9	3,3	22,7	0	9,1
Збільшена печінка	53,3	54,5	33,3	45,5	6,6	22,7	0	4,50
Нейтральний жир у копрограмі	36,6	36,4	-	-	-	-	0	0
Збільшені розміри ЖМ на УЗД	100	100	-	-	-	-	9,9	22,7
Осад у ЖМ	30	31,8	-	-	-	-	3,3	13,6

Паралельно з цим відмічалася нормалізація «печінкових» проб, нормалізувався раніше підвищений у окремих пацієнтів рівень білірубіну.

Внаслідок терапії в обох групах спостерігалася зменшення кількості пацієнтів з ехопозитивним осадом (біліарним сладжем) в ЖМ. Така тенденція була більш виражена в І групі. Це положення стосувалося і об'єму ЖМ. У дітей контрольної групи гіпотонія ЖМ зберігалася у 22,7 % випадків і осад залишався у більшій кількості пацієнтів і в більшому об'ємі. В основній групі гіпотонія ЖМ та осад зберігались тільки у 9,9 та 3,3 % пацієнтів відповідно.

Такі дані, в цілому, вказували на необхідність подальшого прийому жовчогінних препаратів.

Усі хворі відмітили гарну переносимість Фітокомплексу № 2.1 Будь-яких небажаних реакцій не було зареєстровано. Алергічних реакцій і побічних ефектів виявлено не було.

Отримані результати свідчать, що використання Фітокомплексу № 2.1 є перспективним, оскільки він здатний давати позитивний терапевтичний ефект при таких багаточисленних функціональних змінах, які спостерігаються при дисфункціональних розладах біліарного тракту у дітей.

Висновки

1. Патологія жовчовивідних шляхів у дітей складає значну проблему, враховуючи частоту цієї патології та можливий розвиток ускладнень.

2. Фітокомплекс № 2.1 швидко ліквідує суб'єктивні та об'єктивні симптоми дисфункціональних розладів біліарного тракту у дітей, зокрема при гіпокінетично-гіпотонічній та гіпокінетично-гіпертонічній формах ДЖВШ.

3. Терапія Фітокомплексом № 2.1 не має побічних дій, гарно переноситься хворими, що має значення для терапії патології дитячого віку.

4. Фітокомплекс № 2.1 може бути рекомендованим для широкого застосування в клінічній практиці для терапії дисфункціональних розладів біліарного тракту у дітей.

Література

1. Анохіна Г.А. Дискінезії жовчного міхура та сфінктерів жовчних шляхів // Укр. мед. часопис. — 1997. — № 1. — С. 31-36.
2. Белоусов Ю.В. Гастроентерологія дитячого віку. Підручник. — К.: СПД Коляда О.П., 2007. — 440с.
3. Деміна Н.Б., Луцяк Н.К., Бабенко А.А., Виноградов Д.В. Фармакологія захворювань гепатобіліарної системи // Росс. мед. журн. — 2007. — №2. — С.43-46.
4. Зайцева О.В., Номозова О.С., Царькова О.Н., Самсыгина Г.А. Современные представления о лечении детей с дискинезиями желчевыводящих путей // Росс. журн. гастроентерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 1. — С. 84-87.
5. Звягінцева Т., Чернобай А. Корекція дисмоторних порушень при дисфункції жовчного міхура // Ліки України. — 2005. — № 9. — С. 64-67.
6. Казак С.С. Моторно-евакуаторні порушення жовчовиділення та їх корекція // Здоров'я ребенка. — 2006. — № 2. — С.35-39.
7. Клименко Е.Ф. Диагностические критерии заболеваемости желчевыводящих путей и сочетанной патологии поджелудочной железы у детей по данным ультразвукового исследования: Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 1988. — 17 с.
8. Клименко С.Б., Квашіна Л.В., Клименко О.П. Стан моторики жовчних шляхів у здорових дітей молодшого шкільного віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2005. — №1. — С. 40-45.
9. Куткова М.Н., Глазырина Н.В., Юрченко Е.Ю. Опыт применения Гепабене у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктал. Материалы восьмой Российской гастроэнтерологической недели. — 2002. — № 5. — т. XII. — С. 114.
10. Писарев А.Г., Васькова Н.С. Ультразвуковой мониторинг желчегонной терапии у детей с гипомоторной дискинезией желчного пузыря на фоне вирусных гепатитов // Дет. инфек. — 2005. — № 4. — С.68-73.
11. Приворотский В.Ф., Лупцова Н.Е., Румянцева И. В. Функциональные нарушения билиарной системы у детей с деформациями желчного пузыря // Русский мед. журн. — М., 2003. — т. 11. — № 3. — С. 171-172.
12. Хавкин А.И., Вольнец Г.В., Жихарева Н.С., Осипова Э.К. Лечение билирных дисфункций у детей // Русский мед. журн. — 2002. — Т.10, № 18. — С.839-841.
13. Corazzari E., Shaffer E.A., Hogan W.J. et al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas. // Gut. — 1999. — Vol.45 (Suppl.2). P.1148-1154.

Надійшла до редакції 13.03.2009

УДК 616.36-008.8-084-053.5003.96

Ю.В. Марушко, Т.В. Марушко, Т.В. Гишак

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОКОМПЛЕКСА № 2.1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: дети, дискинезия желчевыводящих путей, лечение, фитокомплекс № 2.1

Целью работы было изучение эффективности использования фитопрепарата «Фитокомплекс 2.1» в комплексной терапии разных форм дискинезий желчевыводящих путей (ДЖВП) у детей. Обследовано 52 ребенка с ДЖВП. Установлено, что фитокомплекс 2.1 быстро ликвидирует субъективные и объективные симптомы ДЖВП у детей, особенно при гипокINETическо-гипотонической и гипокINETическо-гипертонической форме ДЖВП. Терапия фитокомплексом 2.1 не имела побочных действий, хорошо переносилась больными.

U. Marushko, T. Marushko, T. Gishak

APPLYING OF PHYTOCOMPLEX 2.1 IN THERAPY OF BILIARY DYSKINESIA IN CHILDREN

Key words: children, biliary dyskinesia, treatment, phytocomplex 2.1

The main objective of the work was to study an effectiveness of Phytocomplex 2.1 in complex treatment of different biliary dyskinesia (BD) in children. There were 52 children with BD examined. It was found that Phytocomplex 2.1 quickly diminished subjective and objective BD symptoms, particularly in hypokinetic-hypotonic or hyperkinetic-hypertonic form. Phytocomplex 2.1 therapy produced no side-effects and patients were heard it well.



УДК: 616.36-002-085.874+615.874+616.71-007.234-06

■ Н.В. Харченко, д. мед. н., проф., зав. каф. гастроентерол. дієтол. та ендоскопії
К.В. Гарник, асист. каф. фітотерапії, гомеопатії, біоенергетичної медицини

■ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ
Медичний інститут УАНМ, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ В ПОЄДНАННІ ІЗ ОСТЕОПОРОЗОМ

Неалкогольний стеатоз печінки та стеатогепатит належать до найбільш поширених обмінних захворювань печінки. За останні роки спостерігається стрімке зростання захворюваності на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у більшості країн світу. НАСГ найчастіше розвивається у осіб, що страждають на ожиріння, цукровий діабет, гіперліппротеїдемії та інші обмінні захворювання [2]. Жінки порівняно із чоловіками частіше хворіють на ожиріння. Захворюваність на НАСГ у них вища порівняно із чоловіками. При цьому частота НАСГ значно збільшується в пред- та післяменопаузальний період. Клімактеричні метаболічні порушення у жінок сприяють невпинному підвищенню частоти серцево-судинних хвороб, цукрового діабету та остеопорозу (ОП).

Згідно даних ВООЗ ОП займає третє місце після хвороб серцево-судинної системи та цукрового діабету в переліку медико-соціальних проблем більшості країн світу. За останні роки проблема профілактики та лікування хворих на ОП обумовлена збільшенням частки населення похилого віку, особливо серед жінок, які складають основну групу хворих на ОП. Подібна тенденція спостеріга-

ється і в Україні. На теперішній час 25,6 % населення України складають люди віком 65 років та старше. Враховуючи, що середня тривалість життя жінок в нашій країні перевищує тривалість життя чоловіків на 11,5 років кількість жінок похилого віку зростає. Серед населення України жінок у віці старше 65 років у 2 рази більше порівняно із чоловіками. Згідно даних ВООЗ до 65 років близько 25 % жінок мають компресійні переломи хребців, 20 % – переломи кісток передпліччя, збільшується частота остеопоротичних переломів стегна [7, 8, 10].

На даний час відомо, що метаболічні порушення при ожирінні, особливо абдоминальному, стосуються більшості органів та систем і є єдиним ланцюгом розвитку багатьох захворювань. Розвиток стеатозу печінки та стеатогепатиту значно поглиблює метаболічні порушення та погіршує перебіг хвороб, в основі яких лежать порушення метаболізму, у тому числі ОП [2, 11].

Печінка бере активну участь у гомеостазі кальцію. У крові кальцій знаходиться у трьох формах:

• у комплексі з органічними і неорганічними кислотами;