

55. *Leite C. C., Wajchenberg B. L., Radominski R. et al.* Intraabdominal thickness by ultrasonography to predict risk factors for cardiovascular disease and its correlation with anthropometric measurements // *Metabolism*. – 2002. – Vol. 51, N 8. – P. 1034–1040.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

*А. В. Савченко, Т. В. Завальская, В. Г. Лизогуб, А. Г. Кужель,
М. С. Байцер, Ю. С. Запека (Киев)*

В статье описаны анатомо-физиологические, гистологические и топографические особенности жировой ткани по взаимосвязи с метаболическими нарушениями, синдромом инсулино-резистентности и сердечно-сосудистой патологией. Приведены современные методы диагностики общего объёма жировых отложений и количественного содержания висцерального жира как наиболее метаболически активного.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, жировая ткань, триглицериды, адипоциты, гипертрофический тип ожирения, гиперцеллюлярный тип ожирения, экзогенно-конституциональное ожирение, индекс массы тела.

METHODS ABDOMINAL OBESITY

O. Savchenko, T. Zavalskaya, V. Lizogub, O. Kuzhel, M. Baitser, Y. Zapeka (Kiev, Ukraine)
Bogomolets National Medical University

This article describes the anatomical and physiological, histological and topographic features of adipose tissue on the relationship of metabolic syndrome, insulin resistance and cardiovascular disease. An advanced diagnostic techniques of total body fat and visceral fat content quantification as the most metabolically active are described.

Key words: abdominal obesity, adipose tissue, triglycerides, adipocytes, hypertrophic type of obesity, hypercellular type of obesity, exogenous-constitutional obesity, body mass index.

УДК 616.37–002.2–08 : 616.34–008.6

Надійшла 03.07.2013

І. Г. КРИВУЛЯ, В. О. ТЕРЬОШИН, Я. А. СОЦЬКА (Луганськ)

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ СУЧАСНИХ ПРЕПАРАТІВ НУКЛЕЇНАТУ ТА АЛФАГІНУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХНІЙ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА НА ФОНІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ В КОМПЛЕКСІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією (зав. – проф. Я. А. Соцька)
ДЗ «Луганський державний медичний університет» <V.Teryshin_lsmu@mail.ru>

Вивчено вплив комбінації нуклеїнату та алфагіну в комплексі медичної реабілітації на рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦК) у сироватці крові хворих та їхній молекулярний склад при синдромі подразненого кишечника (СПК) на фоні нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Встановлено, що застосування комбінації нуклеїнату та алфагіну в медичній реабілітації хворих з даною коморбідною патологією сприяє нормалізації загальної концентрації ЦК та їхнього молекулярного складу; це свідчить про патогенетичну обґрунтованість застосування даної комбінації фітозасобів у комплексі медичної реабілітації хворих із СПК на фоні НЦД.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, нейроциркуляторна дистонія, циркулюючі імунні комплекси, молекулярний склад, нуклеїнат, алфагін, медична реабілітація.

Вступ. Синдром подразненого кишечника (СПК) – один з найбільш поширених функціональних захворювань травного каналу (ТК) [18]. У розвинених країнах СПК реєструють, за даними різних авторів, у 3–25 % населення. Необхідно зазначити, що патогенез синдрому залишається до кінця не з'ясованим [3, 23]. Разом з тим є дані про важливу роль у патогенезі СПК порушень вегетативної реактивності. Слід відмітити, що СПК часто перебігає з нейроциркуляторною дистонією (НЦД) [15]. При цьому в деяких дослідженнях відмічено погіршення якості життя, більш тяжкий перебіг захворювання [12]. У сучасній літературі відмічено, що у хворих із СПК на фоні НЦД закономірно відмічають підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та дисбаланс їхнього складу в сироватці крові хворих з даною коморбідною патологією, що спричинює прогресування хронічного патологічного процесу в ТК [20]. Наявність ЦІК у хворих із СПК на фоні НЦД потребує розробки нових схем для лікування та медичної реабілітації з використанням сучасних препаратів.

Мета дослідження – вивчення динаміки концентрації ЦІК та їхнього молекулярного складу у сироватці крові хворих із СПК на фоні НЦД при медичній реабілітації із застосуванням сучасних імуноактивних препаратів нуклеїнату та фітозасобу алфагіну.

Матеріали і методи. Обстежено 78 хворих із СПК на фоні НЦД. Вік обстежених становив від 23 до 50 років; 34 (43,6 %) чоловіки та 44 (56,4 %) жінки. Більшість хворих обстежено у спеціалізованому гастроентерологічному денному стаціонарі або під час курсу медичної реабілітації в амбулаторних умовах. Всі обстежені постійно проживали в умовах великого промислового регіону Донбасу з високим рівнем забруднення навколишнього середовища, що негативно впливало на стан їхнього здоров'я [7]. Для реалізації мети дослідження пацієнтів розподілено на дві групи: основну (42 особи) та групу порівняння (36 хворих), яких рандомізовано за віком, статтю, тяжкістю перебігу СПК і НЦД.

Клінічний діагноз СПК ґрунтувався на Римських критеріях III [24]. До них належать: дискомфорт або абдомінальний біль, що тривали протягом трьох останніх місяців від початку симптомів не менше 6 міс назад і мали не менше двох таких ознак: полегшення після дефекації; поява одночасно із зміною частоти випорожнень; поява одночасно із зміною вигляду і консистенції випорожнень. Діагноз СПК підтверджено ознаками, що виникали протягом понад 25 % часу однієї доби: зміни частоти випорожнень: запор (випорожнення рідше трьох разів на тиждень) або пронос (випорожнення частіше трьох разів на день); зміна консистенції калу (твердий або, навпаки, рідкий водянистий); порушення процесу дефекації (надмірна наруга, раптові позиви на дефекацію, відчуття неповного випорожнення кишечника); виділення слизу з калом; здуття живота, метеоризм; відчуття розпирання і урчання в животі. Критеріями виключення були: кров у калі; лихоманка; нез'ясоване схуднення; анемія; прискорення ШОЕ; органічні зміни при інструментальних та інших дослідженнях.

Діагноз НЦД встановлено відповідно до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» (наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р.) [14], картина була типовою та характеризувалася лабільністю пульсу, артеріального тиску (АТ), кардіалгією, дихальним дискомфортом, вегетативними і психоемоційними порушеннями, порушенням судинного тону, низькою толерантністю до фізичного навантаження і стресових факторів.

Комплекс медичної реабілітації обстежених хворих з коморбідною патологією ТК на фоні НЦД здійснювали відповідно до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.) [16]. Хворі обох груп отримували комплекс загальноприйнятих методів медичної реабілітації – дієтичне харчування та ЛФК. Пацієнти основної групи також додатково отримували фітопрепарат алфагін по 2 капсули 2 рази на день після споживання їжі протягом 30–40 діб та нуклеїнат по 1 капсулі 3 рази на день після споживання їжі протягом 2–3 тиж.

Комбінований фітозасіб алфагін зареєстровано в Україні як лікарський препарат (реєстраційне посвідчення UA 6713/01/01) та дозволено до клінічного використання (наказ МОЗ України № 417 від 23.07.2007 р.). До складу алфагіну входять екстракти коріння женьшеню, плодів ембліки лікарської, стебло та листя люцерни посівної, насіння пажитника грецького, коріння елеутерококу колючого [4].

Женьшень (*Panax ginseng*) виявляє адаптогенну та антистресову дію, усуває стомлення, має виражений антиоксидантний ефект, покращує стан імунної системи, оптимізує серцеву діяльність. За останні десятиріччя проведено спеціальні дослідження, які дозволили виявити протівірусну та протипухлинну дію препаратів женьшеню, їх гепатозахисну активність та гіпоглікемічний ефект. Препарати женьшеню виявляють загальностимулюючу дію на організм, усувають астеничний та депресивний стан, регулюючи обмін речовин у клітинах кори головного мозку, мають тонізуючий ефект, стимулюють біосинтез білків і нуклеїнових кислот, підвищують розумову та фізичну працездатність [4]. Плоди ембліки лікарської (*Fructi Emblicae officinalis*) відомі як засіб для покращання процесів травлення і загального стану організму. Вживання плодів ембліки сприяє покращанню емоційного стану, подоланню астеничних та астенодепресивних проявів, сприяє підсиленню антиінфекційної здатності шкіри й сироватки крові, зміцнює міокард, запобігає процесам старіння організму. Фітозасоби із стебла та листя люцерни посівної (*Hb. Medicago sativae L.*) сприяють зменшенню проявів надмірної нервовості, підвищують апетит, стимулюють життєздатність організму, крім того, мають виражений сечогінний ефект, внаслідок чого виявляють дезінтоксикаційну дію. Насінню пажитника грецького (*Sem. Trigonella foenum graecum L.*) властива протизапальна, кардіотонізуюча, загальнозміцнювальна, імуномодулююча, сечегінна та гіпотензивна дія на організм. Корінь елеутерококу колючого (*Rad. Eleutherococci senticosi Max*) відомий як стимулятор фізичної та розумової діяльності. Препарати з елеутерококу виявляють адаптогенну дію, підвищують стійкість організму до несприятливих чинників навколишнього середовища, посилюють гостроту зору, покращують обмін речовин, мають загальностимулюючий, гонадотропний та помірний гіпоглікемічний ефекти [5].

Нуклеїнат – сучасний імуноактивний препарат, що нормалізує клітинний імунітет, підвищуючи міграцію і кооперацію Т- й В-лімфоцитів та фагоцитарну активність макрофагів, посилюючи активність факторів неспецифічної резистентності [11]. В основі фармакотерапевтичних ефектів нуклеїнату лежать такі метаболічні механізми: стимулювання процесів клітинного метаболізму, посилення біосинтезу ендогенних нуклеїнових кислот, специфічних протеїнів та ферментів; посилення мітотичної активності клітин кісткового мозку, прискорення процесів репаративної регенерації; підвищення енергозабезпечення клітин шляхом стимулювання синтезу макроергічних сполук, зокрема АТФ; нормалізація NO-синтетазної активності, інгібування окисних процесів у клітинних біомембранах [21]. Внаслідок позитивної дії нуклеїнату на метаболічні процеси на клітинному та субклітинному рівнях відмічається стабілізація біомембран клітин і оптимізація окислювально-відновних процесів у тканинах; підвищення продукування ендогенних ІФН та внаслідок цього стимулювання протівірусного захисту; активізація гіпофізарно-наднирковозалозної системи із збільшенням продукування ендогенних глюкокортикоїдів [2]. При застосуванні нуклеїнату в клінічних умовах встановлено його протиалергічну дію, в тому числі у дітей, хворих на бронхіальну астму [10], покращання факторів неспецифічної резистентності у хворих, в тому числі дитячого віку, які часто хворіють на запальну патологію органів дихання [12], корекція клітинних та гуморальних факторів імунітету [6] у хворих на вітряну віспу, в тому числі при тяжкому її перебігу [22].

Для реалізації мети дослідження поряд із загальноклінічним обстеженням [17] в усіх хворих вивчали концентрацію ЦІК у сироватці крові, яку визначали методом преципітації в розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон. Молекулярний склад ЦІК з виділенням фракцій велико- (> 19S), середньо- (11S–19S) та дрібномолекулярних (< 11S) імунних комплексів визначали шляхом диференційованої преципітації у 2, 3,5 та 6 % розчинах ПЕГ [19].

Статистичну обробку одержаних результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ методом дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica [8], при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [9].

Результати та їх обговорення. До початку медичної реабілітації у всіх хворих обох груп (основна та порівняння) були ознаки нестійкої ремісії або помірного загострення хронічної патології ТК на фоні НЦД, спостерігали астеничні та астеноверотичні прояви, метеоризм, бурчання у животі, порушення випорожнень. Характерними були також дратівливість й емоційна лабільність.

При імунологічному дослідженні хворих із СПК на фоні НЦД було встановлено, що у всіх до початку медичної реабілітації відмічали достовірне підвищення загальної концентрації ЦІК у сироватці крові, а у хворих основної групи – в середньому в 1,62 раза, в групі порівняння – у 1,57 раза щодо норми (таблиця).

Концентрація циркулюючих імунних комплексів та їхній молекулярний склад у сироватці крові хворих із синдромом подразненого кишечника на фоні нейроциркуляторної дистонії ($M \pm m$)

Імунологічний показник	Норма	Група		P
		основна (n = 42)	порівняння (n = 36)	
<i>До початку медичної реабілітації</i>				
ЦІК _{заг.} , г/л	1,88 ± 0,06	3,05 ± 0,04***	2,97 ± 0,08***	> 0,05
великомолекулярні				
%	46,2 ± 1,9	29,5 ± 1,7*	30,8 ± 1,6*	> 0,1
г/л	0,87 ± 0,04	0,89 ± 0,05	0,91 ± 0,04	> 0,1
середньомолекулярні				
%	31,5 ± 1,7	47,1 ± 1,9*	46,7 ± 2,3*	> 0,05
г/л	0,59 ± 0,03	1,44 ± 0,06***	1,39 ± 0,08***	> 0,05
дрібномолекулярні				
%	22,3 ± 1,3	23,7 ± 0,9	22,8 ± 1,3	> 0,1
г/л	0,42 ± 0,02	0,73 ± 0,04**	0,68 ± 0,05**	> 0,05
<i>Після завершення медичної реабілітації</i>				
ЦІК _{заг.} , г/л	1,88 ± 0,06	1,93 ± 0,06	2,43 ± 0,09**	< 0,05
великомолекулярні				
%	46,2 ± 1,9	44,9 ± 1,8	36,3 ± 1,5*	< 0,05
г/л	0,87 ± 0,04	0,87 ± 0,04	0,89 ± 0,04	> 0,05
середньомолекулярні				
%	31,5 ± 1,7	32,4 ± 1,3	40,2 ± 1,6*	< 0,05
г/л	0,59 ± 0,03	0,63 ± 0,03	0,98 ± 0,05**	< 0,01
дрібномолекулярні				
%	22,3 ± 1,3	22,9 ± 1,2	23,7 ± 1,1	> 0,1
г/л	0,42 ± 0,02	0,43 ± 0,04	0,58 ± 0,04*	< 0,05

P – достовірність різниці між показниками основної групи та групи порівняння: *P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001.

При цьому підвищення рівня ЦІК відмічалось переважно за рахунок збільшення вмісту в сироватці крові фракції найбільш патогенних (токсигенних) середньомолекулярних імунних комплексів (11S–19S). Так, абсолютна кількість середньомолекулярних ЦІК була підвищена у пацієнтів основної групи в середньому в 2,42 раза (P < 0,001), а в групі порівняння – у 2,33 раза (P < 0,001) щодо норми. Відмічено також суттєве підвищення концентрації у сироватці крові дріб-

номолекулярних (< 11S) ЦІК: у хворих основної групи – в середньому в 1,71 раза щодо норми ($P < 0,05$), в групі порівняння – в середньому в 1,6 раза ($P < 0,05$). Щодо фракції великомолекулярних ЦІК (> 19S), то її відносний вміст був достовірно знижений відносно норми: в основній групі – в середньому в 1,57 раза ($P < 0,05$), в групі порівняння – в 1,56 раза ($P < 0,05$), тоді як абсолютна кількість великомолекулярних ЦІК в обох групах до початку медичної реабілітації залишалася на рівні практично здорових (див. таблицю).

Отже, отримані дані свідчать, що у хворих із СПК на фоні НЦД до початку медичної реабілітації відмічається достовірне підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові переважно за рахунок збільшення вмісту фракції найбільш патогенних середньомолекулярних (11S–19S) імунних комплексів.

При повторному імунологічному дослідженні, проведеному після завершення курсу медичної реабілітації, встановлено, що у більшості хворих основної групи, які, крім загальноприйнятих засобів медичної реабілітації, отримували комбінацію алфагіну та нуклеїнату, концентрація ЦІК у сироватці крові суттєво знизилася щодо вихідного рівня та майже повністю нормалізувалася.

У пацієнтів групи порівняння, які отримували лише загальноприйняті препарати, позитивна динаміка імунологічних показників була суттєво менш вираженою. У цілому рівень ЦІК у сироватці крові хворих в цей період був в 1,29 раза вищим за норму ($P < 0,05$) та в 1,26 раза вищим, ніж концентрація ЦІК у сироватці крові хворих основної групи (див. таблицю).

Збереження підвищеного рівня ЦІК в цей період обстеження відмічалось головним чином за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних (11S–19S) ЦІК (див. таблицю). Так, у цей період у хворих із СПК на фоні НЦД, які отримували лише загальноприйняті препарати, відносна кількість середньомолекулярних ЦІК була в 1,27 раза ($P < 0,05$) та абсолютний вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів (11S–19S) – в 1,64 раза вищими, ніж у нормі ($P < 0,01$). Відмічено також збереження достовірного підвищення абсолютної кількості дрібномолекулярних (< 11S) ЦІК – в середньому в 1,36 раза щодо норми ($P < 0,05$), тоді як відносний вміст даної фракції в цей період знизився до верхньої межі норми ($P < 0,05$).

У клінічному плані практично у всіх хворих, які отримували курс медичної реабілітації з додатковим включенням нуклеїнату та алфагіну, була суттєва позитивна динаміка, зокрема відсутність будь-яких скарг. У частини пацієнтів із СПК на фоні НЦД групи порівняння після завершення курсу медичної реабілітації залишались скарги на підвищену стомлюваність, зниження емоційного тону, періодичні диспепсичні розлади у вигляді метеоризму.

Таким чином, одержані нами дані дають підставу вважати, що включення комбінації імуоактивних препаратів нуклеїнату та алфагіну до комплексу медичної реабілітації хворих із СПК на фоні НЦД має чітко виражені переваги порівняно з використанням лише загальноприйнятих методів медичної реабілітації, оскільки сприяє істотному зниженню або нормалізації у переважній більшості обстежених з коморбідною патологією рівня ЦІК у крові та їхнього фракційного складу, які вважають одними з основних пошкоджувальних факторів у патогенезі хронічних уражень ТК [20]. Це дозволяє дійти висновку про патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне включення цих засобів до комплексу медичної реабілітації хворих із СПК на фоні НЦД.

Висновки. 1. До початку медичної реабілітації у всіх хворих були ознаки нестійкої ремісії або помірного загострення хронічної патології ТК у вигляді СПК у поєднанні з НЦД. У більшості пацієнтів виявлено помірно виражений астеничний та астеноневротичний синдроми, метеоризм, бурчання в животі, порушення випорожнення. Характерними були також дратівливість та емоційна лабільність. 2. При імунологічному дослідженні хворих із СПК на фоні НЦД до початку медичної реабілітації виявлено підвищення загальної концентрації ЦІК у сироватці крові: в основній групі – в середньому в 1,62 раза, в групі порівняння – в 1,57 раза; при цьому підвищення рівня ЦІК відмічалось переважно за рахунок збільшення

вмісту у сироватці крові фракції найбільш патогенних (токсигенних) середньо- та дрібномолекулярних імунних комплексів (11S–19S). Так, абсолютна кількість середньомолекулярних ЦІК була підвищеною в обстежених основної групи у середньому в 2,42 рази, а в групі порівняння – у 2,33 рази, вміст дрібномолекулярних ЦІК – відповідно в 1,71 і в 1,6 рази. 3. Під час повторного вивчення імунологічних показників після завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що в основній групі хворих із СПК на фоні НЦД за цей період відмічено суттєве покращання, а у частини хворих – практично повна нормалізація даних показників, тоді як у хворих групи порівняння, незважаючи на деяку тенденцію до покращання, значення цих величин після курсу медичної реабілітації істотно відрізнялося як від показників норми, так і основної групи. Концентрація ЦІК у сироватці крові хворих групи порівняння була в 1,29 рази вищою від норми, відносна кількість середньомолекулярних ЦІК – в 1,27 рази, абсолютний вміст – в 1,64 рази, абсолютна кількість дрібномолекулярних ЦІК – в середньому в 1,36 рази. 4. У клінічному плані практично у всіх хворих, які отримували курс медичної реабілітації з включенням нуклеїнату та алфагіну, спостерігали суттєву позитивну динаміку, зокрема відсутність будь-яких скарг та практично повної нормалізації біохімічних показників. В групі порівняння після завершення курсу медичної реабілітації у частини хворих із СПК на фоні НЦД залишались скарги на підвищену стомлюваність, зниження емоційного тону, періодичні диспепсичні розлади у вигляді метеоризму, що свідчило про недостатню стійкість ремісії, досягнутої у значної частини пацієнтів із СПК на фоні НЦД. 5. Отримані дані свідчать про те, що застосування комбінації препаратів нуклеїнату та алфагіну в комплексі медичної реабілітації хворих із СПК на фоні НЦД сприяє істотному зниженню або нормалізації у переважної більшості пацієнтів вмісту ЦІК та нормалізації їхнього фракційного складу. Це дозволяє дійти висновку про патогенетично обґрунтоване і клінічно доцільне включення цих препаратів до комплексу медичної реабілітації хворих із СПК на фоні НЦД.

Список літератури

1. *Алфагін*: інструкція для медичного застосування препарату. Затверджена 23.07.2007 р. наказом МОЗ України № 417.
2. *Андріюк Л. В.* Від нуклеїнових кислот до препарату нуклеїнат // *Здоров'я України*. – 2007. – Вип. 174, № 17. – С. 54–55.
3. *Ардатская М. Д.* Синдром раздражённого кишечника: эпидемиология, этиопатогенез, диагностика и лечебная коррекция // *Фарматека*. – 2010. – № 15. – С. 10–16.
4. *Гарник Т. П.* Фітозасіб алфагін в лікуванні хворих на синдром психоемоційного вигорання та його вплив на стан клітинної ланки імунітету // *Пробл. екології та мед. генетики і клін. імунології: зб. наук. праць*. – Київ; Луганськ; Харків. – 2009. – Вип. 91, № 4. – С. 163–173.
5. *Гитун Т. В.* Лекарственные травы и корни. – М.: Мир книги, 2007. – 256 с.
6. *Земсков А. М., Передерий В. Г., Земсков В. М.* Иммунокорректирующие нуклеиновые препараты и их клиническое применение. – К.: Здоровья, 1994. – 232 с.
7. *Иванова Л. Н.* Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга. – Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. – 170 с.
8. *Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
9. *Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н.* Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. – К.: Морион, 2002. – 160 с.
10. *Марусик У. І.* Вплив нуклеїнату на показники активності нейтрофілів та еозинофілів крові школярів, хворих на бронхіальну астму // *Імунологія та алергологія*. – 2008. – № 3. – С. 53–54.
11. *Нуклеїнат*. Інструкція до клінічного застосування. Затверджена наказом МОЗ України № 573 від 18.08.2006 р.
12. *Прилуцкая О. А., Лесниченко Д. А.* Влияние нейроциркуляторной дистонии на отдельные показатели тяжести течения СРК // *Укр. мед. альманах*. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 134–136.
13. *Прилуцкая О. А., Лесниченко Д. А.* СРК, сочетающийся с нейроциркуляторной дистонией: воспаление, клиническое течение, эффективность лечения // *Таврич. мед.-биол. вестн.* – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 70–75.

14. *Про затвердження* клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» // Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. – К., 2006. – 146 с.
15. *Семидоцкая Ж. Д., Бездетко Т. В., Чернякова И. А., Химич Т. Ю.* Опыт применения препарата «Нуклеинат» в лечении часто болеющих воспалительными заболеваниями органов дыхания // Имунологія та алергологія. – 2007. – № 2. – С. 68–69.
16. *Харченко Н. В., Анохіна Г. А., Опанасюк Н. Д.* та ін. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: Метод. рекомендації. – К., 2005. – 56 с.
17. *Унифицированные* биохимические методы обследования больных: Метод. рекомендации / Под ред. Л. Л. Громашевской. – К.: Минздрав Украины, 1990. – 64 с.
18. *Філіппов Ю. О., Скурда І. Ю., Петречук Л. М.* Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3–9.
19. *Фролов В. М., Пересадин Н. А., Рычнев В. Е.* Исследование циркулирующих иммунных комплексов, их диагностическое и прогностическое значение // Лаб. дело. – 1986. – № 3. – С. 159–161.
20. *Фролов В. М., Пересадин Н. А., Бойченко П. К.* Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных // Врачеб. дело. – 1990. – № 6. – С. 116–118.
21. *Фролов В. М., Лоскутова И. В., Пересадин Н. А.* Влияние нуклеината на состояние макрофагальной системы у больных с синдромом повышенной утомляемости // Имунологія та алергологія. – 2009. – № 2–3. – С. 138–141.
22. *Фролов В. М., Лоскутова І. В.* Ефективність нуклеїнату при імунокорекції вітряної віспи // Укр. мед. альманах. – 2008. – Т. 11, № 4. – С. 170–174.
23. *Elshstein N.* Polymorbidity in gastroenterological practik // Acta Medico. – 2006. – N 5. – P. 70–73.
24. *Wold A.* Irritable howel syndrome – diarrhea // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 26, N 5. – P. 573–580.
25. *Wang A. J., Liao X. H., Hu P. J.* A comparison between Rome III and Rome II criteria in diagnosing irritable bowel syndrome // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. – 2007. – Vol. 46, N 8. – P. 644–647.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НУКЛЕИНАТА И АЛФАГИНА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И ИХ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СОСТАВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

І. Г. Кривуля, В. А. Терёшин, Я. А. Соцкая (Луганск)

Изучено влияние комбинации нуклеината и алфагина в комплексе медицинской реабилитации на уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови больных с синдромом раздражённого кишечника (СРК) и их молекулярный состав на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Установлено, что применение комбинации нуклеината и алфагина в медицинской реабилитации больных с данной коморбидной патологией способствует нормализации общей концентрации ЦИК и их молекулярного состава, что свидетельствует о патогенетической обоснованности включения данной комбинации препаратов в комплекс медицинской реабилитации больных с СРК на фоне НЦД.

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, нейроциркуляторная дистония, циркулирующие иммунные комплексы, молекулярный состав, нуклеинат, алфагин, медицинская реабилитация.

THE INFLUENCE OF A COMBINATION OF MODERN DRUGS NUCLEINAT AND ALFAGIN THE CONCENTRATION OF CIRCULATING IMMUNE COMPLEXES AND THEIR MOLECULAR COMPOSITION IN THE SERUM OF PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME ON THE BACKGROUND OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN COMPLEX MEDICAL REHABILITATION

I. G. Krivulya, V. A. Teryshin, Y. A. Sotskaya (Lugansk, Ukraine)

Lugansk state medical university

The effect of the combination nucleinat and alfagin in a complex of medical rehabilitation at the level of circulating immune complexes (CIC) in serum of patients and their molecular composi-

tion with irritable bowel syndrome (IBS), against neurocirculatory dystonia (NCD). It is established that the combination of nucleinat and alfagin in medical rehabilitation of patients with this comorbid disorders contributes to the normalization of the total concentration of the CEC and their molecular composition, which indicates the validity of the application of the pathogenesis combinations of drugs in complex medical rehabilitation of patients with IBS against NCD.

Key words: irritable bowel syndrome, neurocirculatory dystonia, circulating immune complexes, the molecular composition nucleinat, alfagin, medical rehabilitation.

УДК 616.372–002.2:616.366–089.87]–072.85 : 001.53

Надійшла 22.05.2014

Є. С. СІРЧАК

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ¹³C-ЗМІШАНОГО ТРИГЛІЦЕРИДНОГО ТА ¹³C-АМІЛАЗНОГО ДИХАЛЬНИХ ТЕСТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
<szircsak_heni@bigmir.net>

Наведено результати комплексного обстеження 96 хворих після холецистектомії. Виявлено більш високу чутливість та інформативність ¹³C-змішаного тригліцеридного дихального тесту порівняно з ¹³C-амілазним дихальним тестом у хворих після холецистектомії для визначення функціональної недостатності підшлункової залози вже на ранніх стадіях її формування.

Ключові слова: холецистектомія, хронічний панкреатит, ¹³C-змішаний тригліцеридний дихальний тест, ¹³C-амілазний дихальний тест.

Вступ. За даними статистики, хвороби органів травлення виявляють у 40–50 % населення земної кулі. Вважають, що в ХХІ ст. у структурі захворюваності патологія травної системи посяде провідне місце поряд із серцево-судинними хворобами. Нині в Україні захворювання травного каналу (ТК) посідають друге місце в структурі загальної захворюваності серед дорослого населення, а кількість первинних звернень з приводу цих хвороб збільшилась за останні 10 років у 3–4 рази. Крім того, прогнозують збільшення захворюваності на гастроентерологічну патологію, що зумовлює актуальність пошуку і використання ефективних методів її діагностики і лікування [7].

Патологія підшлункової залози (ПЗ) посідає важливе місце серед захворювань органів травлення, бо є однією з найскладніших щодо діагностики і лікування. Точних даних про поширення зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) ПЗ немає, оскільки відмічається невпинне збільшення захворюваності на гострий і хронічний панкреатит (ХП), жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), патологію великого дуоденального сосочка, цукровий діабет, що розцінюють як хвороби століття, які є основою її формування [7].

За останні 30 років спостерігають збільшення захворюваності на ХП майже в 2 рази. В розвинених країнах патологія ПЗ «помолодшала» – вона уражує особи активного працездатного віку. Перебіг ураження ПЗ довготривалий, складно піддається корекції, призводить до тяжких ускладнень та інвалідизації, а також до значних економічних витрат [1, 4, 6].

ПЗ виконує ряд дуже важливих функцій – виділяє в тонку кишку ферменти, необхідні для перетравлення білків, жирів і вуглеводів, в кров – гормони, що регулюють обмін вуглеводів (інсулін, глюкагон), а також гормони, які регулюють функцію ТК (секретин, гастрин, соматостатин) та інших систем організму [5, 6].