

УДК 616.233-002-007.27+616.24-002.5+616.36-002
© Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Хапіліна В.Ф., 2009

СТАН БРОНХІАЛЬНОЇ ПРОХІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, НА ТЛІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФЛУІМУЦИЛ-АНТИБІОТИКУ ІТ, АЛЬФА-ЛІПОНУ ТА ЕКСТРАКТУ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Хапіліна В.Ф.

Луганський державний медичний університет

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Хапіліна В.Ф. Стан бронхіальної прохідності у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з неалкогольним стеатогепатитом на тлі туберкульозу легень при застосуванні флуімуцил антибіотику ІТ, альфа-ліпону та ехінацеї пурпурової // Український морфологічний альманах. – 2009. – Т.7, № 2. – С. 47-51.

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з неалкогольним стеатогепатитом на тлі туберкульозу легень при спірографічному дослідженні спостерігалось зниження показників, що характеризують функцію зовнішнього дихання. Включення в лікувальний комплекс комбінації флуімуцил-антибіотика ІТ, альфа-ліпону та ехінацеї пурпурової сприяло позитивній динаміці вивчених спірографічних показників у цих хворих.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, неалкогольний стеатогепатит, туберкульоз легень, спірографія, флуімуцил антибіотик, альфа-ліпосва кислота, ехінацея пурпурова.

Іванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Хапилина В.Ф. Состояние бронхиальной проходимости у больных хроническим обструктивным заболеванием легких, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом, на фоне туберкулеза легких при применении флуимуцил антибиотика ИТ, альфа-липона и эхинацеи пурпурной // Украинский морфологический альманах. – 2009. – Т.7, № 2. – С. 47-51.

У больных хроническим обструктивным заболеванием легких, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом, на фоне туберкулеза легких при спирографическом обследовании наблюдалось снижение показателей, характеризующих функцию внешнего дыхания. Включение в лечебный комплекс комбинации флуимуцил-антибиотика ИТ, альфа-липона и эхинацеи пурпурной способствовало положительной динамике изученных спирографических показателей этих больных.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, неалкогольный стеатогепатит, туберкулез легких, спирография, флуимуцил-антибиотик, эхинацея пурпурная, альфа-липовая кислота.

Ivanova L.N., Sidorenko J.V., Hapilina V.F. Dynamics of morphological and cytochemical indexes of bronchoalveolar secret at patient with chronic obstructive pulmonary disease, combined with nonalcoholic steatohepatitis and pulmonary tuberculosis at application of flumucil-antibiotic IT, extract of echinacea purpurea end alpha-lipon // Украинский морфологический альманах. – 2009. – Т.7, №1. – С. 47-51.

At patients with chronic obstructive pulmonary disease, combined with nonalcoholic steatohepatitis and pulmonary tuberculosis had decline of indexes characterizing the function of the external breathing. Including in the medical complex of these patients of flumucil-antibiotic IT, alpha-lipon and extract of echinacea purpurea was instrumental in the positive dynamics of spirographical indexes.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, nonalcoholic steatohepatitis, pulmonary tuberculosis, spirography, flumucil-antibiotic, alpha-lipon, echinacea purpurea.

Вступ. На сучасному етапі часто зустрічається поєднання ХОЗЛ та туберкульоз легень (ТЛ) [14,17], що ускладнює діагностику обох захворювань та негативно впливає на подальший їх перебіг, причому в патогенетичному плані в таких хворих формується синдром взаємного обтяження [4]. При цьому значна увага водночас приділяється вивченню патології печінки при хронічних ураженнях системи дихання як неспецифічного так і туберкульозного генезу, внаслідок наявності спільних ланок патогенезу [3,8,10]. Вивчення основних механізмів розвитку сполученої патології органів дихання та печінки з метою подальшої корекції виявлених порушень можна вважати доцільним та перспективним напрямком науково-практичних досліджень.

ХОЗЛ характеризується порушеннями механіки дихання, основою яких є експіраторний стеноз повітряних шляхів [9,12]. Згідно з рекомендаціями провідних науковців дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) за допомогою спірометрії є обов'язковим для встановлення діагнозу ХОЗЛ, а також для оцінки ступеню тяжкості та темпів прогресування цього захворювання [9,17,18]. В наших попередніх роботах показано важливу роль порушення морфо-функціональних показників бронхоальвеолярного секрету в патогенезі ХОЗЛ, сполученого з НАСГ, на тлі ТЛ та доведено ефективність

комбінації флуімуцил-антибіотику, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї пурпурової в корекції виявлених порушень [13]. Тому вважаємо доцільним вивчити вплив даної комбінації препаратів на стан бронхіальної прохідності у пацієнтів зі сполученою патологією органів дихання та печінки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконується відповідно з основним планом науково-дослідних робіт Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми "Вивчення ефективності імунорегулюючих та метаболічно активних препаратів при лікуванні ХОЗЛ, поєданого з хронічною патологією гепатобіліарної системи, у хворих на туберкульоз легень" (№ держреєстрації 0109U0052765) та „Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією" (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було вивчення стану бронхіальної прохідності за даними спірографічного обстеження у хворих на ХОЗЛ, поєднаний з НАСГ на тлі ТЛ при застосуванні комбінації флуімуцил-антибіотику ІТ, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням в умовах протитуберкульозного стаціонару знаходилось 83 хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ. Вік хворих, які знаходилися під наглядом, складав від 20 до 59 років, серед них

було 59 (71,1%) чоловіків та 24 (28,9%) жінок. Діагноз ХОЗЛ та ступінь тяжкості його перебігу виставлявся згідно з наказом МОЗ України на основі анамнестичних та рентгенологічних даних і результатів спірографії [12]. І стадія ХОБЛ реєструвалася у 22 пацієнтів (26,5%), II - у 53 (69,9%) і III - у 8 (9,6%) обстежених хворих. Патологія печінки неалкогольного та невірусного генезу у вигляді НАСГ діагностувалася за допомогою клініко-лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) обстеження хворих. У всіх хворих, що знаходилися під спостереженням, визначали наявність в крові маркерів вірусів гепатитів В та С - HBeAg та HBsAg - радіоімунним методом, анти-HBe, анти-HBe на анти-НСV за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). З дослідження виключалися ті особи, в яких виявляли позитивні результати даних тестів, та крім цього, які зловживали алкогольними напоями, з приводу чого вони знаходилися на диспансерному обліку у лікаря-нарколога.

За даними комплексного клінічно-мікробіологічного, рентгенологічного та інструментального дослідження у всіх пацієнтів встановлено діагноз вперше діагностованого ТЛ та віднесено до I категорії диспансерного спостереження [11]. Дослідження чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів проводили після отримання культури мікобактерій методом абсолютних концентрацій на середовищі Льовенштейна-Єнсена. Визначали стійкість виділених пгтамів МБТ до стрептоміцину, ізоніазиду, рифампіцину, етамбутолу, канаміцину. У 44,6 % обстежених нами хворих на ТЛ були виділені МБТ, стійкі до двох або більше протитуберкульозних препаратів (полі- та мультирезистентні).

Параметри функції зовнішнього дихання у обстежуваних хворих визначали на початку та наприкінці лікування за допомогою мікропроцесорного портативного спірографа СМП-21/01-,P-Д" (НПП "Монитор", Ростов-на-Дону, РФ). Досліджували як загальні параметри функції зовнішнього дихання, так й показники кривої "потік-об'єм", за допомогою яких визначали рівень порушення бронхіальної прохідності та її ступінь шляхом співставлення отриманих показників з належними величинами [16].

Спірографічне обстеження проводили зранку, натще, до прийому хворими медикаментів. Окрім того, попередньо хворому відміняли прийом препаратів, які впливають на бронхіальну прохідність: бронхолітики (короткодіючі β_2 -агоністи відміняли за 6 годин до обстеження), довготривалі адреноміметичні засоби (за 12 год. до обстеження), пролонговані метилксантини (за 24 год. до обстеження), антигістамінні препарати (за 24 год., а пролонговані – за 72 год. до початку обстеження). Зворотність обструкції оцінювали за допомогою фармакологічних проб шляхом визначення бронхолітичної реакції на беродуал. Оцінку результатів проводили за показниками об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁), життєва ємність легень (ЖЕЛ), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ_{впд}), миттєва об'ємна швидкість видиху на рівні великих бронхів (МОШ₂₅), миттєва об'ємна швидкість видиху на рівні середніх бронхів (МОШ₅₀), миттєва об'ємна швидкість видиху на рівні дрібних бронхів (МОШ₇₅), середня об'ємна швидкість руху повітря від великих до дрібних бронхів (СОШ_{25/75%}). Якщо збільшення ОФВ₁ після інгаляції препаратів складало більше 12% та в абсолютному значенні – ≥ 200 мл, фармакологічна проба вважалась позитивною. При цьому I стадія (легкий ступінь) ХОЗЛ діаг-

ностувалась при ОФВ₁ – $\geq 80\%$ належних, II стадія (помірний ступінь) при ОФВ₁ $\geq 50\%$, але $< 80\%$ від належних, III стадія (тяжкий ступінь) при ОФВ₁ $< 50\%$ від належних [6,12].

Для вивчення впливу лікувального комплексу з включенням флуїмуцил-антибіотику ІТ в комбінації з альфа-ліпоном та фітозасобом з ехінацеї пурпурової на динаміку показників бронхіальної прохідності, усіх хворих були поділені на 2 групи: основну, в якій пацієнти (42 особи) додатково отримували дану комбінацію препаратів, зіставлення, до складу якої входили хворі (41 особа), що лікувалися загальноприйнятими препаратами. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю пацієнтів, тяжкістю перебігу ХОЗЛ та НАСГ та клінічними формами туберкульозного процесу в легенях.

Пацієнти обох груп отримували в комплексі загальноприйнятого лікування сполученої патології бронхо-легеневої системи та печінки на тлі ТА в якості бронходилататорів - комбівент або беродуал по 2 інгаляційні дози 3 рази на добу протягом 2-3 місяців, для лікування НАСГ використовували есенціалє Н та препарати роторопіни п'ятнистої - карсіл або силібор та стандартну хімотерапію ТЛ згідно діючих наказів МОЗ України, що складалась із 4-5 препаратів (ізоніазид, стрептоміцин, рифампіцин, етамбутол і/або піразинамід) і продовжувалась до визначення антибіотикочутливості. Після цього хворим корегувалась хімотерапія згідно профілю антибіотикорезистентності. Пацієнти основної групи додатково з отримували курс внутрішньобронхального введення препарату флуїмуцил-антибіотик ІТ N 10 по 500 мг на добу. Внутрішньобронхальне введення проводилося 3 рази на тиждень (в середньому протягом 1 місяця). Одночасно цим хворим призначали внутрішньо альфа-ліпон по 0,9 г (3 таблетки) одноразово вранці протягом 2-3 місяців та фітозасіб з ехінацеї пурпурової - 40% екстракт рідкий спиртовий (виробництва ВАТ "Лубнифарм") по 30 крапель 3 рази на добу протягом того ж періоду. Курс флуїмуцил-антибіотику ІТ та фітозасобу з ехінацеї пурпурової за показанням повторювали.

Флуїмуцил-антибіотик ІТ (тіамфенікол гліцинат ацетилцистеїнат) – це сучасний комбінований препарат, до складу якого входить N-ацетилцистеїн та тіамфенікол [15]. Ацетилцистеїн володіє вираженою муколітичною, антиоксидантною та детоксикаційною дією, посилює фагоциттарну активність мононуклеарів [17]. Тіамфенікол представляє собою антибіотик широкого спектру дії, до якого чутливі більшість патогенних мікроорганізмів дихальних шляхів, причому унікальність цього засобу полягає в тому, що це єдиний відомий антибіотик, який можна застосовувати внутрішньобронхально. Муколітичні властивості ацетилцистеїну полегшують проникнення тіамфеніколу в нижні дихальні шляхи та внутрішньопросвітний слиз, що недоступно для антибіотиків, які вводяться іншим шляхом [15].

Альфа-ліпон містить у своєму складі в якості діючої речовини α -ліпоєву кислоту, яка синтезується в організмі й виступає як коензим в окислювальному декарбоксилюванні α -кетокислот у циклі Кребса [1]. Порушення обміну α -ліпоєвої кислоти в результаті інтоксикації чи накопичення деяких метаболітів (наприклад, кетонів тіл) приводить до порушення аеробного гліколізу. У ході окислювально-відновних реакцій обидві форми α -ліпоєвої кислоти (окисна й відновна) переходять у гідроксильні й пероксильні радикали, хлорноватисту кислоту, зв'язують йони заліза й міді. α -Ліпоєва кислота приймає участь у регуляції

вуглеводного й ліпідного обмінів (сприяє зниженню вмісту глюкози в крові й накопиченню глікогену в печінці, впливає на обмін холестерину), покращує функцію печінки (гепатопротекторна, антиоксидантна й дезінтоксикаційна дія). При введенні α -ліпосевої кислоти як лікувального засобу вона здібна поновлювати інші антиоксиданти [7]. Альфа-ліпон випускається ВАТ «Київський вітамінний завод», затверджений Наказом МОЗ України № 499 від 20.07.06 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/4766/01/01).

Екстракт ехінацеї пурпурової володіє імуномодулюючими, антиоксидантними та гепатопротекторними властивостями, що сприяє прискоренню процесів репаративної регенерації пошкоджених тканин бронхолегеневої системи та водночас печінки [3]. Цей засіб випускається ВАТ «Лубніфарм», затверджений Наказом МОЗ України №485 від 21.08.08 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/6079/02/01).

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях [5].

Отримані результати та їх обговорення. Клінічна картина ХОЗЛ, сполученого з НАСГ, на тлі ТЛ характеризувалася наявністю чітко виражених інтоксикаційного та астено-неврогічного синдрому. При цьому, практично всі обстежені пацієнти мали

Таблиця 1. Показники бронхіальної прохідності у хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ, до початку лікування, (% від належного)

Показники	Практично здорові люди	Групи хворих		P
		основна (n=42)	зіставлення (n=41)	
ЖСЛ, %	103,9±4,1	64,7±2,1	65,2±1,9	>0,05
ФЖСЛ, %	100,6±3,1	65,4±1,8	66,7±2,2	>0,05
ОФВ ₁ , %	96,1±3,1	52,5±2,0	54,1±1,7	>0,05
ОФВ ₁ /ФЖСЛ, %	96,5±3,5	63,6±2,2	65,1±1,8	>0,05
МОШ _{выд} , %	94,6±3,9	65,3±2,2	66,7±1,7	>0,05
МОШ ₂₅ , %	92,7±5,4	58,5±1,6	61,4±2,1	>0,05
МОШ ₅₀ , %	88,9±4,9	44,1±1,3	44,8±1,7	>0,05
МОШ ₇₅ , %	86,9±5,5	32,7±1,2	33,1±1,1	>0,05
СОШ _{25/75} , %	93,4±6,4	42,6±1,4	43,4±1,6	>0,05

Водночас у пацієнтів основної групи до початку лікування середнє значення ОФВ₁ складало 52,5±2,0 %, і в групі зіставлення - 54,1±1,7 % від належного. Також констатовано зниження інших показників бронхіальної прохідності, зокрема, найбільших змін зазнав показник МОШ₇₅ %, який був знижений в середньому в 2,7 рази в основній групі (P<0,01) та в 2,6 рази – в групі зіставлення (P<0,01), складаючи 32,7±1,2 % та 33,1±1,1% відповідно по групах (рис.1). Виявлені зміни ми пояснювали розповсюдженням набряком слизової оболонки бронхів, скученням слизового чи слизово-гнійного мокротиння в дистальних відділах бронхів.

Таким чином, до початку лікування у обох досліджуваних групах хворих на ХОЗЛ, сполучений з НАСГ, на тлі ТЛ спостерігались однотипові порушення бронхіальної прохідності здебільшого в дистальних відділах бронхів на тлі рестриктивних змін. Під впливом комплексної терапії з включенням комбінації препаратів флуїмуцил-антибіотику ІТ, ехінацеї пурпурової та альфа-ліпону у хворих основної групи відмічена виражена позитивна динаміка показ-

скарги з боку бронхо-легеневої системи: кашель з виділенням слизового або слизово-гнійного харкотиння, рідко - сухий, задішка змішаного експираторно-інспираторного характеру, іноді неінтенсивний постійний біль у міжлопатковій ділянці та/або латеральних відділах грудної клітки. Зі скарг, що мали безпосереднє відношення до патології печінки мали місце помірна тяжкість у правому підбер'ї, іноді гіркота у роті. У всіх хворих мала місце помірно виражена гепатомегалія, у переважній більшості випадків визначалась чутливість або помірна болочість печінкового краю при пальпації.

При біохімічному дослідженні до початку лікування у обстежених пацієнтів мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубину у крові за рахунок фракції прямого (зв'язаного) білірубину. В сироватці крові хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ, на тлі ТЛ було виявлено підвищення активності сироваткових амінотрансфераз - АЛАТ та АсАТ, показника тимолової проби, у частини пацієнтів також екскреторних ферментів - ГГТП та ЛФ. У переважній більшості осіб, що знаходилися під спостереженням, був підвищений вміст у крові "анаеробних" фракцій ЛДГ₄₊₅ на тлі помірного підвищення загальної активності ЛДГ (КФ 1.1.1.27).

Спірографічне обстеження хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ, на тлі ТЛ до початку лікування виявило суттєві порушення функції дихання за змішаним варіантом. Так, у обстежених пацієнтів констатовано зниження показників ЖСЛ до 64,7±2,1 % в основній групі та 65,2±1,9 % – в групі зіставлення та ФЖСЛ до 65,4±1,8% та 66,7±2,2% відповідно по групах, що свідчить про наявність рестриктивної складової в дихальній дисфункції у хворих з коморбідною патологією органів дихання та печінки.

ніків бронхіальної прохідності у хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ.

Так, встановлено у пацієнтів основної групи збільшення ФЖСЛ в 1,2 рази (P<0,05), хоча даний параметр залишався нижчим за показник практично здорових осіб в 1,23 рази (P<0,05). Показника ОФВ₁ також вірогідно підвищився відносно початкового значення в середньому в 1,3 рази (P<0,05), але залишався нижче від належного в 1,4 рази (P<0,05). Серед показників, які характеризують анатомічний рівень порушення бронхіальної прохідності, звертало на себе увагу достовірне підвищення МОШ₂₅ (в 1,2 рази; P<0,05), МОШ₅₀ (в 1,6 рази; P<0,05) та МОШ₇₅ (в 1,35 рази; P<0,05), однак нормалізації зазначені параметри не зазнавали і відрізнялись від показників практично здорових осіб (P<0,05). Показник СОШ_{25/75} після лікування з використанням комбінації флуїмуцил-антибіотику ІТ, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї пурпурової зростав в середньому в 1,35 рази (P<0,05), однак залишався в 1,6 рази нижчим за належне значення (P<0,05) (рис.2).

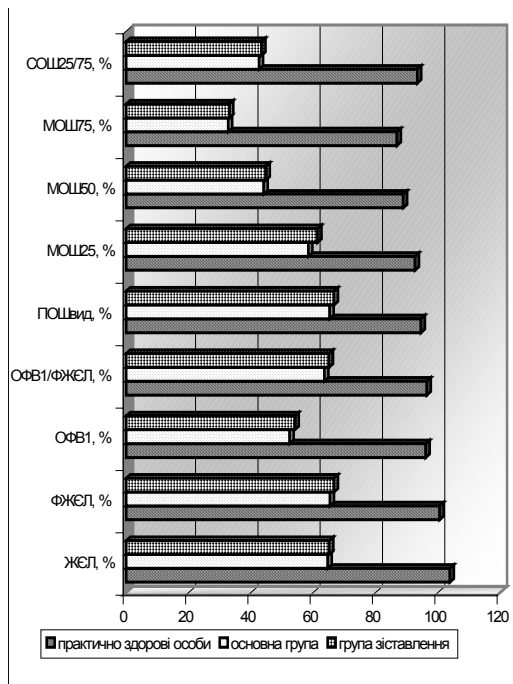


Рис. 1 Показники бронхіальної прохідності у хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ, до початку лікування.

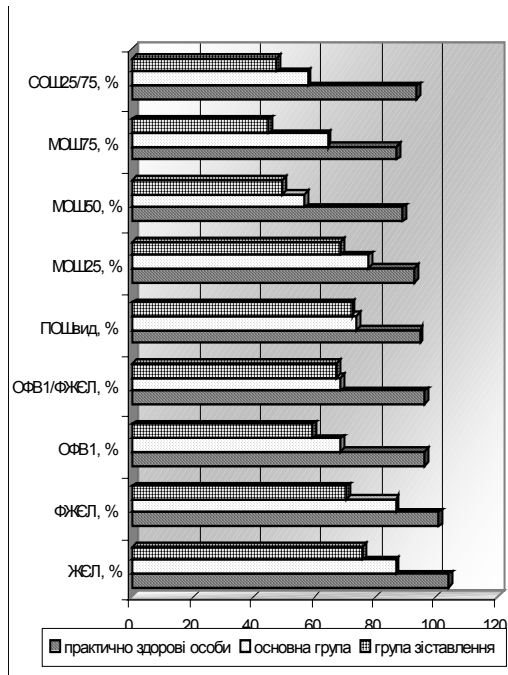


Рис. 2 Показники бронхіальної прохідності у хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ, після завершення лікування

Таблиця 2. Показники бронхіальної прохідності у хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ, після завершення лікування, (% від належного)

Показники	Практично здорові люди	Групи хворих		P
		основна (n=42)	зіставлення (n=41)	
ЖЄЛ, %	103,9±4,1	86,7±2,1*	75,8±1,5**	<0,05
ФЖЄЛ, %	100,6±3,1	86,7±1,5*	70,7±2,1**	<0,05
ОФВ ₁ , %	96,1±3,1	68,45±1,1*	59,3±1,2**	<0,05
ОФВ ₁ /ФЖЄЛ, %	96,5±3,5	68,75±1,2	67±1,3	>0,05
ПОШ _{вид} , %	94,6±3,9	73,7±1,1*	72,2±1,5*	>0,05
МОШ ₂₅ , %	92,7±5,4	77,8±1,6*	68,7±2,1*	<0,05
МОШ ₅₀ , %	88,9±4,9	56,9±1,3*	49,7±2,1*	<0,05
МОШ ₇₅ , %	86,9±5,5	64,3±1,4*	45,1±1,6**	<0,05
СОШ _{25/75} , %	93,4±6,4	57,7±1,6*	47,4±1,4**	<0,05

Отже, використання даної комбінації препаратів сприяє вираженому підвищенню у хворих на ХОЗЛ, сполучений з НАСГ, на тлі ТЛ показників бронхіальної прохідності: ОФВ₁, МОШ₅₀, МОШ₇₅ і СОШ_{25/75}, що свідчить про більш суттєве покращення бронхіальної прохідності, особливо на рівні середніх та дрібних бронхів.

У хворих групи зіставлення також спостерігалось певне підвищення спірографічних показників, але більшість з них залишались вірогідно від'ємними як від норми так і значень в основній групі. Дійсно, показник ФЖЄЛ був нижче належного в середньому в 1,4 рази (P<0,01) та даних основної групи в 1,2 рази (P<0,05), ОФВ₁ – в 1,6 (P<0,01) та 1,2 (P<0,05) рази відповідно. Подібна тенденція відмічена і стосовно показників, що характеризують рівень порушення бронхіальної прохідності (МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅).

Застосування лікувального комплексу з включенням даної комбінації препаратів сприяло вираженій позитивній клінічній динаміці поєднаної патології бронхолегеневої системи та печінки. При цьому патологічні симптоми, що характеризують стан печінки, під впливом комплексного лікування з включенням запропонованої комбінації препаратів у більшості хворих зазнали зворотного розвитку, у низки пацієнтів хоча і зберігалися скарги та об'єктивні дані виявлені

до початку лікування, але вони не прогресували під час тривалого лікування гепатотоксичними протитуберкульозними засобами. Включення флуїмуцил-антибіотику ІГ, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї пурпурової до комплексу лікувальних заходів обстежених пацієнтів сприяло підвищенню кінцевої ефективності лікування ТЛ, в тому числі скороченню термінів знебацелення в 1,3 рази та рубцюванню порожнин розпаду в 1,49 рази у порівнянні з хворими, що лікувалися лише загальноприйнятими засобами.

Таким чином, отримані дані свідчать, що застосування комбінації флуїмуцил-антибіотику ІГ, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї пурпурової в лікувальний комплекс хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ, на тлі ТЛ патогенетично обгрунтоване та клінічно доцільне, оскільки дана комбінація сприяє ліквідації клінічних проявів та досягненню стійкої клініко-біохімічної ремісії захворювання, а також нормалізації показників імунологічного гомеостазу, а саме рівня ЦІК та їхнього молекулярного складу.

Висновки

1. Клінічна картина ХОЗЛ, сполученого з НАСГ, на тлі ТЛ характеризувалася наявністю чітко виражених інтоксикаційного та астено-невротичного синдромів. При цьому, практично всі обстежені пацієнти мали скарги з боку бронхо-легеневої системи: кашель з виділенням слизового або слизово-гнійного харко-

тиння, рідко - сухий, задішка змішаного експіраторно-інспіраторного характеру, іноді неінтенсивний постійний білий у міжлопатковій ділянці та/або латеральних відділах грудної клітки. Зі скарг, що мали безпосереднє відношення до патології печінки мали місце помірна тяжкість у правому підребер'ї, іноді гіркота у роті. У всіх хворих мала місце помірно виражена гепатомегалія, у переважній більшості випадків визначалась чутливість або помірна болючість печінкового краю при пальпації.

2. При біохімічному дослідженні до початку лікування у обстежених пацієнтів мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубину у крові за рахунок фракції прямого (зв'язаного) білірубину. В сироватці крові хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ, на тлі ТЛ було виявлено підвищення активності сироваткових амінотрансфераз - АЛАТ та АсАТ, показника тимолової проби, у частини пацієнтів також екскреторних ферментів - ГГТП та ЛФ. У переважній більшості осіб, що знаходилися під спостереженням, був підвищений вміст у крові „анеробних” фракцій ЛДГ₄₊₅ на тлі помірного підвищення загальної активності ЛДГ (КФ 1.1.1.27).

3. При спірографічному обстеженні до початку лікування у обстежених хворих спостерігались порушення бронхіальної прохідності здебільшого в дистальних відділах бронхів на тлі рестриктивних змін, що проявлялось зменшенням вивчених показників, які характеризують функцію зовнішнього дихання.

4. Застосування лікувального комплексу з включенням фітозасобу - екстракту ехінацеї пурпурової, флуїмуцил-антибіотику ІТ та альфа-ліпону сприяло вираженій позитивній динаміці поєднаної патології бронхолегеневої системи та печінки. При цьому проведено лікування забезпечило підвищення кінцевої ефективності лікування ТЛ, в тому числі скорочення термінів знебацлення в 1,3 рази та рубцювання порожнин розпаду в 1,49 рази у порівнянні з хворими, що лікувалися лише загальноприйнятими засобами.

6. Включення комбінації флуїмуцил антибіотику ІТ, альфа-ліпону та екстракту ехінацеї пурпурової до комплексу лікування пацієнтів з ХОЗЛ, сполученим з НАСГ, на тлі ТЛ сприяє в більшості випадків вірогідному підвищенню показників, що характеризують функцію зовнішнього дихання (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁, ПОШ_{вид}, МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅ та СОШ_{25/75%}).

7. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обгрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення флуїмуцил-антибіотику ІТ в комбінації з альфа-ліпоном та екстрактом ехінацеї пурпурової до комплексу лікування хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ, на тлі ТЛ.

8. В подальшому можна вважати доцільним вивчити вплив комбінації даних препаратів на інші патогенетичні ланки сполученої патології дихальної системи та печінки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альфа-ліпон: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 20.07.2006 р. Наказ МОЗ України № 499.
2. Гарник Т.П. Эхинацея пурпурная как лекарственное растение и перспективы применения новых лекарственных препаратов из этого растения / Т.П.Гарник, В.М.Фролов, Н.А. Пересадин // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вып. 1-2 (76-77). - С.19-39.

3. Гришук Л.А. Частота і структура порушень гепатобіліарної системи у хворих на туберкульоз легень / Л.А. Гришук // Інфекційні хвороби. - 2002. - № 4. - С. 55-57.

4. Иванова Л.Н. Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / Л.Н.Иванова. - Луганск: Изд-во ЛГМУ, 2000. - 170 с.

5. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. - Киев: Морюн, 2002. - 160 с.

6. Лешенко И.В. Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / И.В.Лешенко, Н.А.Эсаулова // Пульмонология. - 2005. - №3. - С.101-112.

7. Лукьянчук В.Д. Современный взгляд на фармакологию α-липовой кислоты / В.Д.Лукьянчук, О.Д.Немятых // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 3. - С. 61-64.

8. Миронова Г.Е. Изменение функционального состояния печени в течении хронической обструктивной болезни бронхита / Г.Е.Миронова, З.Н.Кривошапкина, Б.Т.Величковский // Вестник РАМН. - 2004. - № 3. - С. 13-16.

9. Нефедов В.Б. Оценка тяжести течения хронической обструктивной болезни легких по классификациям Европейского респираторного общества и глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких / В.Б.Нефедов, Е.А.Шергина, Л.А.Попова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2006. - № 2. - С. 44-48.

10. Особенности течения туберкулеза легких у больных патологией печени / В.А.Краснов, Е.Г.Роньжина, Т.И.Петренко [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - № 4. - С. 26-28.

11. Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.2006 р.

12. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Пульмонологія”: Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.

13. Сидоренко Ю.В. Динаміка морфологічних та цитохімічних показників бронхо-альвеолярного секрету у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з неалкогольним стеатогепатитом на тлі туберкульозу легень при застосуванні флуїмуцил антибіотику ІТ, ехінацеї пурпурової та альфа-ліпону / Ю.В.Сидоренко // Український морфологічний альманах. - 2009. - Т.7, №1. - С.

14. Тамашкина Г.Н. Частота и характер поражения бронхиальной системы у больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях / Г.Н.Тамашкина // Проблемы туберкулеза. - 1999. - № 6. - С.26-30.

15. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Горovenko Н.Г. Эффективность и безопасность современного антибактериального и противовоспалительного препарата - флуимучила-антибиотика-ИТ в ингаляционном применении в лечении хронического обструктивного бронхита // Укр. пульмон. журнал. - 2003. - № 3. - С.48-55.

16. Чикина С.Ю. Спирометрия в повседневной врачебной практике / С.Ю. Чикина, А.В. Черняк // Пульмонология и аллергология. - 2007. - № 1. - С. 6-11.

17. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention: NHLBI / WHO Updated 2007. - 28 p.

18. Miller M. R. General considerations for lung function testing / M.R.Miller, R.Crapo // Eur. Respir. J. - 2005. - № 26. - P.153-161.

Надійшла 15.02.2009 р.
Рецензент: проф. С.М.Федченко