

Медицина

- лення // Сучасна гастроентерол. і гепатол. — 2000. — № 1. — С. 17-20.
6. Звенигородська Л.А., Лазебник Л.Б., Таранченко Ю.В. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы // Эксперим. и клини. гастроэнтэрол. — 2003. — № 5. — С. 139-140.
7. Иващенко В.Т., Буеверов А.О. Клиническая гепатология сегодня и завтра // Рос. журн. гастроэнтэрол., гепатол., колопроктол. — 2002. — № 1. — С. 4-8.
8. Лутай М.І. Профілактика і лікування ішемічної хвороби серця // Нова медицина. — 2002. — № 3. — С. 30-35.
9. Хорченко Н.В., Черненко В.В. 14th Объединенная европейская гастроэнтерологическая неделя // Сучасна гастроэнтэрол. — 2006. — № 6 (32). — С. 100-102.
10. Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації діагностики та лікування / За ред. В.М. Колаленка та М.І. Лутая. — Київ: Здоров'я України, 2005. — 542 с.
11. Fox K. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of European Society of Cardiology // Europ. Heart J. — 2006. — Vol. 27, № 11. — P. 1341-1381.
12. Evaluation of patterns of perfusion and metabolism in dobutamine-responsive myocardium / Sawada S., Eisner G., Segar D.S. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — Vol. 29. — P. 55-61.
13. Relation of initial infarct size to extent of left ventricular remodeling in the year after acute myocardial infarction / Wee P.C., Christian T.F., Hirose K. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — Vol. 25. — P. 567-573.

Надійшла до редакції 27.01.2009

УДК: 615.32: [616.36-002-003.826+616.12-005.4]-036.82

Л.М. Шевченко, Л.М. Іванова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА КРИШТАЛЬ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАВИЛИТАЦИИ ВОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, ишемическая болезнь сердца, медицинская реабилитация, кришталь

В период диспансерного наблюдения больным с неалкогольным стеатогепатитом в сочетании с ишемической болезнью сердца назначался кришталь, что позволило добиться стойкой клинико-лабораторной ремиссии коморбидной патологии и рекомендовать данный фитопрепарат для включения в комплекс медицинской реабилитации.

L.N. Shevchenko, L.N. Ivanova

APPLICATION OF THE FITOPREPARRATION KRISHTAL IN MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN COMBINATION WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, ischemic heart disease, medical rehabilitation, krishtal.

Krishtal was appointed in the period of regular medical check-up to the patients with nonalcoholic steatohepatitis in combination with ischemic heart disease. That allowed to obtain by clinic-laboratory remission of comorbid pathology and recommend this fitopreparation for the inclusion in the complex of medical rehabilitation.

УДК 616.366-002-036.12-08:616.34-002.2

- О.В. Круглова, асист. каф. інфекц. хвороб та епідеміології
В.М. Фролов, д.м.н., проф., зав. каф. інфекц. хвороб та епідеміології
- Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТЧИЗНЯНОГО ФІТОЗАСОБУ ХОЛЕНОРМУ У КОМПЛЕКСІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦІСТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА І ДІСБІОЗОМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РІВЕНЬ ПЕРЕКІСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ

У теперішній час все більш увагу дослідників та практичних лікарів привертують коморбідні хвороби, які характеризуються

сполученням двох або більш окремих нозологічних одиниць [15, 20]. При наявності такої поєднаної патології має місце так званий

синдром «взаємного обтяження» [15], завдяки якому погіршується клінічний перебіг та навіть вихіди коморбідної патології. Особливо часто сполучена патологія зустрічається у хворих гастроenterологічного профілю, в яких, як правило, поєднуються хронічні запальні процеси у жовчовивідних шляхах та кишечнику [15, 17, 24]. Нашу увагу в цьому плані привернула дуже часто зустрічаємість у сучасних умовах хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) з синдромом подразненого кишечника (СПК) та його дисбіозом.

ХНХ є великою важливістю медичною та навіть соціальною проблемою завдяки дуже високій розповсюдженості, розвитку тимчасової або стійкої втрати працевидатності, а у окремих хворих – формуванням ускладнень [4, 9, 14]. За даними різних авторів, хворі на ХНХ становлять 18-29% серед загальної популяції населення в індустриально розвинених країнах [14, 18, 24]. При цьому результати епідеміологічних досліджень останніх років свідчать про неухильне зростання даної патології в загальній структурі захворювань гастроenterологічного профілю в Україні [9, 24]. СПК – одне з найбільш поширеніх захворювань людини в сучасних умовах, що широко розповсюджене не тільки у державах третього світу, але й у розвинених країнах [28]. СПК протягом останніх 15 років інтенсивно досліджується, однак, незважаючи на відомий прогрес, як і раніше залишається недостатньо вивченим у патогенетичному плані захворюванням, яке важко піддається лікуванню [31]. Відомо, що у хворих на хронічну патологію жовчного міхура (ЖМ) та кишечника майже у 80-90% випадків спостерігається наявність дисбіозу [13, 26]. Це зумовлено зміною середовища існування мікроорганізмів у товстій кишці внаслідок пригнічення функціонального стану печінки, порушень жовчовиділення, а також секреторно-ферментативної діяльності шлунково-кишкового тракту в цілому [13, 14, 15, 20].

Одним з найважливіших патогенетичних механізмів при більшості гострих та хронічних патологічних процесів, у тому числі органів травлення, є активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що нерідко сполучається з пригніченням активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ), з яких найбільшу значущість мають каталаза (КТ) та супероксиддисмутаза (СОД) [5, 12, 27]. При тривалому перебігу хворобі, застосуванні повторних курсів антибактеріальних препаратів відмічається виснаження захисних механізмів системи АОЗ. У таких умовах суттєво знижується продукція вільних радикалів, які посилюють процеси пероксидації ліпідів клітинних та внутрішньоклітинних мембрани [5, 27].

Незважаючи на значне розмаїття існуючих лікарських засобів, в останній час насьогодні все частіше спостерігається зниження ефективності традиційних схем лікування

[20]. Клінічний досвід показує, що в багатьох випадках використання лише синтетичних препаратів є недостатнім та часто викликає побічні ефекти та ускладнення, в тому числі дисбіоз кишечника та різноманітні алергічні стани [17]. Тому в останній час все більше уваги приділяється розробці нових схем лікування із застосуванням препаратів рослинного походження, які не є ксенобіотиками та можуть тривалий час застосовуватися хворими [8, 23, 28].

Виходячи з цього нашу увагу привернула можливість використання в комплексі засобів медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника, сучасного вітчизняного фітозасобу холенорму.

Холенорм відноситься до групи комбінованих засобів рослинного походження, ефект яких спрямований на нормалізацію функції гепатобіліарної системи, кишечника та травної системи в цілому [10, 25]. До складу фітозасобу входять трава звіробою (Нв. *Hyperici perforati*), трава полину (Нв. *Artemisiae vulgaris*), плоди фенхелю (*Fructis Foeniculum vulgari*), квітки цмину піскового (*Flores Helichrysi arenarii*), кукурудзяні приймочки (*Stigmatae Maydis*), листя зеленого чаю (*Folia Camelina sinensis*), листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*).

Трава зіробою звичайного (Нерва *Hyperici perforati*) містить у своєму складі флавоніди (гіперозид, рутин, кверцетин), ефірну олію, дубильні речовини переважно похідних пірокатехіну, сапоніни, холін, вітамін С і каротин, фітонциди та антибіотики, смолисті речовини, атоциани, чим і пояснюється різnobічна його лікувальна дія. Має протизапальні властивості, стимулює процеси репаративної регенерації, виявляє в'язкучу та сечогінну дію, збуджує апетит, стимулює роботу серця, володіє адаптогенным ефектом [2, 6, 8, 28]. У приймочках кукурудзи (*Stigmatae Maydis*) містяться вітаміни А, В₁, В₂, К, Е, Р, аскорбінова та пантотенова кислоти, сапоніни, глікозидні речовини, жирні та леткі олії, смоли. Виражена противіспальна та сечогінна дія препаратів зі стовпчиків кукурудзи обумовлює детоксикуючу дію при різних хворобах. Також володіють жовчогінним, кровоспинним, проапетитним ефектами, зменшують вміст білірубіну [3, 8, 23, 28]. До складу трави полину звичайного (Нв. *Artemisiae vulgaris* L.) входять ефірні олії, глікозиди, таніни. Препарати з трави полину звичайного стимулюють секрецію шлунка, виділення жовчі і тому зменшують застійні явища у жовчних шляхах і жовчному міхуру, що робить їх корисними при ХНХ [2, 8, 11]. У плодах фенхелю звичайного (*Fructis Foeniculum vulgari*) містяться летка олія, жирні олії, цукор, білок. До складу леткої олії входять анетол, анісова кислота, анісовий альдегід, анісовий кетон та терпени (пінен, камфор, феландрен). Препарати з фенхелю зви-

чайного застосовують в якості спазмолітичного, вітрогінного засобу, мають слабку сечогінну дію, збуджують та поліпшують травлення [6, 23, 28]. Квітки цмину піскового (*Flores Nellichrysii agenarii*) традиційно використовують як гепатозахисний та жовчогінний засіб при гепатитах різного генезу, запальніх процесах у жовчних шляхах та жовчному міхурі [2, 6, 11, 28]. Застосовують препарати цмину піскового як жовчогінний, гепатопротекторний, дезинфікуючий жовчні протоки, також як кровоспинний та глистогінний засіб (міститься у собі багато флавонів і флавонглікозидів, стерин, каротин, вітаміни K і C). [11, 16]. Листя зеленого чаю (*Folia Camelina sinensis*) володіють антиоксидантним, судиннопротекторним, сечогінним ефектами, що сприяє детоксикаційній дії препаратів з цієї рослини [6, 16]. Листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*) застосовують для збудження і поліпшення травлення, як жовчогінний, вітрогонний та спазмолітичний засіб, що обумовлено наявністю у складі листя м'яти перцевої ефірної олії, дубильних речовин, каротину [2, 8].

Холенорм вважається ефективним при гострих та хронічних ураженнях печінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми печінки, при ураженнях печінки внаслідок використання гепатотоксичних препаратів, а також при хронічних ураженнях запального характеру жовчного міхура та жовчовивідніх шляхів [3, 10, 22, 25, 29].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт Луганського державного медичного університету за темою: "Оцінка ефективності препаратів рослинного походження у хворих з патологією органів травлення" (№ держреєстрації 0102U02349).

Метою роботи було вивчення ефективності вітчизняного фітозасобу холенорму в комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника та його вплив на показники перекисного окислення ліпідів та активність ферментів системи антиоксидантного захисту.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 64 хворих у віці від 20 до 55 років, у яких був встановлений ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника у фазі нестійкої ремісії або помірного загострення. Хворі, що знаходилися під наглядом, були розподілені на дві групи – основну (31 особа) та зіставлення (33 хворих). Пацієнти основної групи в комплексі медичної реабілітації отримували вітчизняний фітозасіб холенорм по 20-25 крапель на півсклянки води за півгодини до вживання їжі протягом 20-30 діб поспіль та додатково з метою корекції дисбіозу кишечника – біфіформ по 1 капсулі

2 рази на добу 14 діб поспіль, хворі групи зіставлення вживали лише загальноприйняті препарати (спазмолітики, антигістамінні препарати, вітаміни, при необхідності – препарати нітрофуранового ряду).

Діагноз дисбіозу кишечника встановлювали виходячи з даних мікробіологічного дослідження фекалій [13, 14]. У хворих, що знаходилися під наглядом, спостерігався переважно дисбіоз кишечника II ступеню. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження в усіх хворих, які були під наглядом, додатково проводили біохімічне обстеження, яке включало вивчення концентрації продуктів ПОЛ у крові: кінцевого – малонового диальдегіду (МДА) [1] та проміжних – дієнових кон'югат (ДК) [7], активності ферментів системи АОЗ – каталази (КТ) [19] і супероксиддисмутази (СОД) [27]. Підраховували коефіцієнт Ф, який віддзеркалює співвідношення прооксидантних та антиоксидантних властивостей крові [30]. Математична обробка отриманих даних здійснювалася на персокомп'ютері Celeron 300A з використанням стандартних пакетів прикладних програм [21], при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях [9].

Результати дослідження та їх обговорення

До початку проведення медичної реабілітації в клінічному плані в усіх хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом, що були під наглядом, спостерігалися астенічні та астено-невротичні прояви, метеоризм, бурчання у животі, порушення випорожнення у вигляді проносів або, навпаки, закрепів, тяжкість або помірний біль у правому підребер'ї, абдомінальний дискомфорт та позитивний симптом Кера (табл. 1).

При мікробіологічному досліджені фекалій хворих основної групи та групи зіставлення встановлена II ступінь дисбіозу, яка характеризувалася зниженням рівня біфідобактерій до 10⁶-10⁷, лактобактерій з низькою ферментативною активністю – до 10⁵-10⁶, підвищеннем вмісту умовно патогенних мікроорганізмів, а саме протеїв (*Proteus mirabilis* або *P. vulgaris*) – до 10⁵, ентеробактерій (цитробактер, ентеробактер, клебсієла) – до 10⁵, стафілококів (переважно *Staph. aureus* та *Staph. saprophyticus*) – до 10⁵, а також наявність підвищеного рівня кишкової палички зі зміненими ферментативними властивостями до 10⁵-10⁶, та дріжджоподібних грибів роду *Candida*, вміст яких становив 10⁴-10⁵.

При застосуванні холенорму в основній групі хворих, які отримували в якості засобу медичної реабілітації холенорм, у комбінації з біфіформом, відмічалася чітко виражена позитивна динаміка, яка характеризувалася покращанням загального самопочуття та стану хворих, нормалізацією сну та апетиту, поступовим зменшенням та навіть повною

Таблиця 1

Клінічна симптоматика у обстежених хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом до проведення медичної реабілітації (абс./%)

Клінічні показники	Основна група n=31		Група зіставлення (n=33)	
	абс.	%	абс.	%
Почуття тяжкості у правому підребер'ї	26	83,8	28	84,8
Абдомінальний біль	25	80,6	24	72,7
Позитивний симптом Кера	24	77,4	25	75,7
Больові відчуття при пальпації кишечника	29	93,5	30	90,9
Метеоризм	26	83,8	27	81,8
Бурчання в животі	23	74,2	22	66,6
Порушення випорожнення	18	58,0	20	60,6
Загальне недужання	27	87,1	30	90,9
Загальна слабкість	29	93,5	30	90,9
Зниження апетиту	23	74,2	24	72,7
Порушення сну	16	51,6	15	45,5
Емоційна лабільність	17	54,8	18	54,5
Підвищена втомлюваність	28	90,3	28	84,8
Знижений емоційний настрій	19	61,3	20	60,6

ліквідацією бульових відчуттів у животі, підвищеннем емоційного настрою, зменшеннем втомлюваності, нормалізацією працездатності, покращанням характеру стільця, зниженням метеоризму. В цілому у хворих основної групи мали місце більш ранні терміни зникнення суб'єктивної та об'єктивної симптоматики загострення хронічної сполученої патології жовчного міхура та кишечника (табл. 2). Як видно з даних цієї таблиці, зникнення в обстежених з основної групи відбувалося тяжкості у правому підребер'ї в середньому на $3,6 \pm 0,3$ днів раніше, ніж в групі зіставлення, абдомінального дискомфорту – на $4,1 \pm 0,2$ днів раніше, позитивного симптому Кера – на $3,1 \pm 0,1$ дні, бульових відчуттів при пальпації кишеч-

ника – на $3,6 \pm 0,1$ дні, метеоризму – на $4,3 \pm 0,1$ дні, бурчання в животі – на $4,0 \pm 0,4$ дні, порушення випорожнення – на $2,9 \pm 0,1$ дні раніше, ніж у хворих з групи зіставлення.

Відновлення апетиту у хворих основної групи відбувалося на $2,7 \pm 0,1$ доби раніше, ліквідація загальної слабкості – на $4,4 \pm 0,1$ доби, порушення сну – на $4,2 \pm 0,2$ доби, емоційної лабільністі – на $3,2 \pm 0,3$ доби, підвищеної втомлюваності – на $3,0 \pm 0,2$ доби, зниженого настрою – на $2,6 \pm 0,2$ доби швидше, ніж у пацієнтів з групи зіставлення (табл. 2).

У хворих основної групи при застосуванні холенорму та біфіформу відмічена позитивна динаміка стану кишкової мікрофлори, яка полягала у зростанні популяційного рівня

Таблиця 2

Тривалість збереження клінічної симптоматики в обстежених хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом

Клінічні показники	Основна група n=31	Група зіставлення (n=33)	P
Тяжкість у правому підребер'ї	$5,6 \pm 0,5$	$9,2 \pm 0,8$	<0,05
Абдомінальний біль	$4,7 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,6$	<0,05
Позитивний симптом Кера	$5,8 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,4$	<0,05
Больові відчуття при пальпації кишечника	$7,9 \pm 0,3$	$11,5 \pm 0,4$	<0,05
Метеоризм	$8,1 \pm 0,6$	$11,8 \pm 0,7$	<0,05
Бурчання в животі	$8,9 \pm 0,4$	$12,9 \pm 0,5$	<0,05
Порушення випорожнення	$7,2 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,3$	<0,05
Загальне недужання	$8,1 \pm 0,4$	$10,6 \pm 0,3$	<0,05
Загальна слабкість	$10,6 \pm 0,3$	$15,0 \pm 0,5$	<0,05
Зниження апетиту	$6,4 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,3$	<0,05
Порушення сну	$4,7 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,5$	<0,05
Емоційна лабільність	$6,1 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,7$	<0,05
Підвищена втомлюваність	$11,2 \pm 0,3$	$14,2 \pm 0,5$	<0,05
Знижений настрій	$6,9 \pm 0,3$	$9,5 \pm 0,5$	<0,05

біфідобактерій до 108-109, вмісту лактобактерій до 108-109, зниженні кількості протеїв <104, кількість кишкових паличок із зміненими ферментативними властивостями <104, деконтамінації вмісту кишечника від умовно патогенних ентеробактерій та (цитробактер, ентеробактер, клебсіела), золотистого стафілококу.

При проведенні спеціального біохімічного дослідження було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обстежених хворих мали місце однотипові зсуви з боку біохімічних показників, що характеризують стан ПОЛ та функціональну активність системи АОЗ. Вони характеризувалися підвищеннем концентрації у сироватці крові метаболітів ліпопероксидаз - МДА і ДК, зниженням активності СОД на тлі різносприямованих зсувів активності КТ: підвищення у 11 (35,4%) хворих основної групи та 11 (33,3%) пацієнтів групи зіставлення, зниження активності цього ферменту у 15 (48,3%) основної групи та 16 (48,5%) групи зіставлення; у 5 (16,1%) хворих основної групи та 6 (18,2%) пацієнтів групи зіставлення активність КТ залишалася в цей період обстеження в межах фізіологічної норми.

Концентрація кінцевого продукту ПОЛ - МДА у крові хворих основної групи до початку медичної реабілітації в середньому була в 2,14 рази вища за норму ($P<0,001$), у групі зіставлення - в 2,11 рази ($P<0,001$). Вміст у сироватці крові хворих основної групи проміжних продуктів ПОЛ - ДК був у середньому в 2 рази вище норми ($P<0,001$), у групі зіставлення - в 1,96 рази ($P<0,001$). Отримані дані свідчать про суттєве підвищення активності ПОЛ у хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом. Посилення процесів ліпопероксидаз в обстежених пацієнтів супроводжувалося пригніченням функціональних спроможностей ферментативної ланки системи АОЗ. Так, активність КТ у хворих основної групи до початку лікування була в середньому в 1,3 рази нижче норми ($P<0,05$), у групі зі-

ставлення - в 1,26 рази ($P<0,05$), СОД - відповідно в 1,38 і 1,76 рази ($P<0,01$) (табл. 3).

Інтегральний показник Ф, який відзеркалює співвідношення прооксидантних та антиоксидантних властивостей крові [30], був знижений у хворих основної групи в середньому в 5,3 рази відносно норми ($P<0,001$) та групи зіставлення - в 4,7 рази ($P<0,001$), що свідчило про істотне зниження антиоксидантних спроможностей крові.

У цілому отримані дані додаткового біохімічного обстеження свідчили про суттєво виражений дисбаланс прооксидантних активностей та ферментної ланки системи АОЗ крові хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом. Виходячи з цього, застосування при проведенні медичної реабілітації хворих з даною коморбідною патологією можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним.

При повторному обстеженні через 30 днів з моменту початку проведення медичної реабілітації було встановлено, що майже в усіх хворих основної групи, які отримувала фітоасіб холенорм та пробіотик біфіформ, відмічалося істотне зниження та навіть нормалізація вмісту у крові продуктів ПОЛ - МДА і ДК (табл. 4).

У групі зіставлення також мала місце позитивна динаміка показників ліпопероксидаз, однак суттєво менш виражена. Тому концентрація продуктів ПОЛ у пацієнтів цієї групи на момент завершення медичної реабілітації залишалася вірогідно вище як показників норми, так і відповідних значень у хворих основної групи, що свідчило про збереження підвищеної активності ліпопероксидаз.

Дійсно, концентрація МДА у хворих групи зіставлення в цей період обстеження була в середньому в 1,62 рази вище норми ($P<0,05$) та в 1,58 рази вище, ніж в основній групі ($P<0,05$). Вміст проміжних продуктів ліпопероксидаз - ДК в крові хворих групи зіставлення становив у середньому в 1,52 рази вище норми ($P<0,05$) та в 1,5 рази -

Показники ПОЛ та ферментів системи АОЗ у обстежених хворих до початку проведення медичної реабілітації ($M\pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=31)	зіставлення (n=33)	
МДА (мкмоль/л)	3,5±0,1	7,5±0,15***	7,4±0,20***	>0,1
ДК (мкмоль/л)	9,25±0,2	18,8±0,5***	18,2±0,4***	>0,1
КТ (МО/мгHb)	365±10	274±13*	290±14*	>0,05
СОД (МО/мгHb)	28,5±1,6	15,3±1,1***	16,2±1,3***	>0,05
Ф	2972±18	559±6,4***	635±8,5***	=0,05

Примітки: у табл. 3-4 вірогідність розбіжності з показником норми

* - при $P<0,05$, ** - при $P<0,01$, *** - при $P<0,001$; стовпчик P - вірогідність розбіжності між показниками основної групи та групи зіставлення.

Таблиця 4

Показники ПОЛ та системи АОЗ у хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом, після проведення медичної реабілітації, ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=31)	зіставлена (n=33)	
МДА (мкмоль/л)	3,5±0,1	3,6±0,12	5,7±0,15**	<0,05
ДК (мкмоль/л)	9,25±0,2	9,4±0,22	14,1±0,3**	<0,05
КТ (МО/мгHb)	365±10	352±12	310±11*	<0,05
СОД (МО/мгHb)	28,5±1,6	27,1±1,8	22,7±1,6*	<0,05
Ф	2972±18	2613±22*	1234±18***	<0,001

вище концентрації ДК у крові хворих основної групи ($P<0,05$). Активність КТ у хворих групи зіставлення була в 1,2 рази нижче норми ($P<0,05$) та в 1,14 рази нижче, ніж в основній групі ($P=0,05$). Активність СОД у хворих групи зіставлення на 30 добу з початку проведення медичної реабілітації була в середньому в 1,26 рази нижче норми ($P<0,05$) та в 1,19 рази нижче, ніж в основній групі ($P<0,05$). Показово, що інтегральний коефіцієнт Ф у хворих основної групи в ході проведення медичної реабілітації підвищувався в середньому в 4,7 рази відносно вихідного рівня ($P<0,001$), тоді як у групі зіставлення – лише в 1,9 рази. При цьому на момент завершення основного курсу медичної реабілітації інтегральний індекс Ф у хворих групи зіставлення був в 2,1 рази нижче, ніж у пацієнтів основної групи ($P<0,001$). Це свідчить про збереження у більшості хворих групи зіставлення, яка отримувала лише загально-прийняті засоби медичної реабілітації, суттєвого дисбалансу у співвідношенні прооксидантних та антиоксидантних властивостей крові з перевагою прооксидантних потенцій.

За даними диспансерного нагляду після завершення основного курсу медичної реабілітації тривалість збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії у 27 (87,1%) хворих основної групи становила понад 12 місяців (тривалість диспансерного нагляду) та у 4 (12,9%) – від 6 до 11 місяців. У групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була менше і становила у 19 (57,6%) від 3 до 8 місяців, у 8 (24,2%) – від 7 до 11 місяців і лише у 6 (18,2%) – 12 місяців та більше. Таким чином, повноцінна клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік та більше у хворих на ХНХ, сполучений з СПК та дисбіозом кишечника основної групи, які отримували холенорм та біфіформ відмічалася в 4,8 частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення.

Отже, застосування в комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника, вітчизняного засобу рослинного походження холенорму в комбінації з пробіотиком біфіформом забезпечує істотне покращання загального стану хворих, ліквідацію або значне зниження інтенсивності клінічної симптоматики, яка ха-

рактеризує наявність хронічної патології гепатобіліарної системи та кишечника. При цьому відмічається суттєве покращання та навіть нормалізація лабораторних (біохімічних) показників, які характеризують активність ліпопероксидациї (зменшення вмісту продуктів ПОЛ – МДА та ДК у крові) та посилення активності ферментів системи АОЗ (КТ та СОД), що свідчить про ліквідацію порушення метаболічного гомеостазу в обстежених пацієнтів. При проведенні диспансерного нагляду було встановлено, що використання холенорму в комбінації з біфіформом сприяє збільшенню тривалості збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії коморбідної патології дигестивної системи, а саме ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника. Виходячи з цього, можна вважати, що використання фітозасобу вітчизняного виробництва холенорму у комбінації з пробіотиком біфіформом у хворих на ХНХ, поєднаний з СПК і дисбіозом кишечника у фазі помірного загострення або нестійкої ремісії, патогенетично обґрунтовано, клінічно доцільне та перспективне.

Висновки

1. У хворих на ХНХ, сполучений з СПК та дисбіозом кишечника у помірного загострення або нестійкої ремісії мали місце наявність астенічної та астено-невротичної симптоматики, поєднаної з синдромом правого підребер'я (тижкість або помірний біль, позитивний симптом Кера) та проявами хронічної патології кишечника у вигляді метеоризму, бурчания у животі, порушення випорожнення (проноси або, навпаки, закрепи), абдомінального дискомфорту.

2. У хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника, відмічається активізація процесів ліпопероксидациї, що характер-

ризується підвищеннюм вмісту у сироватці крові продуктів ПОЛ – кінцевого (МДА) та проміжних (ДК) на тлі пригнічення активності ферментів системи АОЗ – КТ та СОД. Суттєве зниження інтегрального індексу Φ свідчить про виражене порушення балансу між прооксидантними та антиоксидантними властивостями крові у бік перевалювання прооксидантних потенцій, що можна вважати патогенетично значущим для збереження та навіть прогресування патологічного процесу у жовчному міхурі та кишечнику.

3. Застосування вітчизняного фітозасобу холенорму в комбінації з пробіотиком біфіформом у комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК та дисбіозом кишечника, сприяє покращанню загального стану хворих, ліквідації проявів загострення хронічної патології жовчного міхура та кишечника, нормалізації співвідношень та кількісних характеристик кишко-

вої мікрофлори та в цілому досягнення стійкої клінічної ремісії хвороби.

4. У патогенетичному плані використання фітозасобу холенорму у медичній реабілітації хворих на ХНХ, сполучений із СПК і дисбіозом, сприяє нормалізації показників ліпопероксидації і стану системи антиоксидантного захисту, зокрема зниженню вмісту у сироватці крові продуктів ПОЛ – кінцевого (МДА) і проміжних (ДК) та посиленню активності ферментів системи АОЗ – КТ і СОД, що свідчить про тенденцію до відновлення метаболічного гомеостазу у таких пацієнтів.

5. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним та перспективним включення фітозасобу холенорму в комбінації з пробіотиком біфіформом до загальної програми медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений із СПК і дисбіозом кишечника.

Література

1. Андреев Л.И., Кожемякин Л.А. Методика определения малонового дисульфигида // Лаб. дело. – 1988. – №11. – С. 41-43.
2. Бобак О.Я., Соломенцева Т.А. Современная фототерапия заболеваний органов пищеварения. – Киев: Диаліз комюнікейшнз, 1998. – 48 с.
3. Бобак О.Я., Фролов В.М. Влияние холенорму на стан енергетического метаболизма у хворых с хронической патологией печени и нейтрального генеза // Укр. мед. слъманах. – 2004. – Том 7, №4. – С. 9-11.
4. Бобринникова Л.Р., Хворостинка В.М., Ільченко І.А. Патогенетичні механізми хронічного безкам'яного холециститу // Сучасна гастроентерол. – 2002. – №2 (8). – С. 88-89.
5. Буеверов А.О. Оксидативный стресс и его роль в повреждении печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – №4. – С. 21-25.
6. Водіс Р.Ф., Фіндельман Ф. Фототерапія. Руководство: пер. с нем. – М.: Медицина, 2004. – 552 с.
7. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело. – 1983. – № 3. – С. 33-36.
8. Гарник Т.П., Мітченко Ф.А., Шурова Т.К. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині // Фототерапія. Часопис. – 2002. – № 1-2. – С. 70-72.
9. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворювання населення України на хвороби печінки та жовочно-відінших шляхів // Сучасна гастроентерол. і гепатол. – 2000. – №2. – С. 53-85.
10. Гриневич Ю.А. Влияние фітотрепаратів НВТ «Екомед» на імунну систему та протипухлинну резистентність організму // Модульовані лікувально-профілактичні фітозасоби, їх застосування в медичній практиці: Зб. наук. праць – Київ, 2001. – С. 13-34.
11. Грицук А.Р., Гузь Н.М., Пасацька Н.М. Пошук лікарських рослин, які застосовуються для лікування захворювань гепатобіліарної системи // Фітотерапія. Часопис. – 2007. – №2. – С. 47-51.
12. Гридин Е.О. Перекисное окисление липидов печени // Сучасна гастроентерол. – 2005. – №5 (25). – С. 80-83.
13. Деятирева И.И., Скрыпник И.Н., Скопченко С.В. Влияние микробиоценоза толстой кишки на патогенетические механизмы развития заболеваний внутренних органов // Мед. світу. Спец. випуск: Гастроентерол. – 2000. – С. 63-69.
14. Журавльова І.В. Клінічне значення мікрофлори жовчі та біоценозу кишечника при хронічному холециститі у дітей: дис... канд. мед. наук: 14.01.10 І.В. Журавльова / Харків. держ. мед. ун-т. – Х., 2006. – 196 с.

Медицина

15. Залевский В.И., Арделян В.Н., Фотина А.В. Синдром сочетанных поражений органов пищеварения у работников промышленного предприятия // Другий український тиждень гастроентерології: Тези доповідей. – Дніпропетровськ, 1997. – С. 59-60.
16. Зинченко Т.В., Стакеев И.В., Мякушко Т.Я. Лекарственные растения в гастроэнтерологии. – Киев: Наукова думка, 1990. – 240 с.
17. Иванова Л.Н. Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга. – Луганск: Изд-во ЛГМУ, 2000. – 170 с.
18. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Атмосфера, 2006. – 416 с.
19. Королок М.А., Иванова Л.И., Майдорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16-18.
20. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клинич. мед. – 2000. – № 1. – С. 56-58.
21. Лапоть С.Н., Чубенко А.В., Бобич П.Н. Основные принципы применения стати-стических методов в клинических испытаниях. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
22. Левандовский В.В. Справочник по применению фитопрепаратов «Экомед» в практической медицине. – 2-е изд. – Киев, 2001. – 38 с.
23. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / Під ред. А.М. Гродзинського. – Київ: УРЕ, 1990. – 544 с.
24. Москаленко В.Ф., Хорченко Н.В., Голубчиков М.В. Заболевания гепатобилиарной системы (распростра-
- ненность, нерешенные проблемы) // Зб. наук. праць співр. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Вип. 9, Кн. 4. – С. 5-10.
25. Моцич О.П. Новітні фітозасоби лікувально-профілактичної дії НВП „Екомед“ у педіатричній та сімейній медичній практиці. – Київ, 2002. – 56 с.
26. Полій І.Г. Порушення нормального стану кишкової мікрофлори у хворих з синдромом подразнення товстої кишки та можливості їх корекції // Ліки. – 2007. – № 3-4. – С. 21-24.
27. Повережко Н.Б., Осинская Л.Ф. Биологическая роль супероксиддисмутазы // Укр. біохим. журн. – 1989. – Т. 61, № 2. – С. 14-27.
28. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений. – Донецк: ООО ПКФ «Бао», 2006. – 592 с.
29. Фролов В.М., Дранник Г.Н. Ефективність холенорму та манаксу в медичній реабілітації хворих із синдромом підвищеної стомілюваності на фоні хронічної патології гепатобіліарної системи // Укр. мед. альманах. – 2004. – Том 7, № 4. – С. 172-173.
30. Чевары С., Андял Т., Штренгер Я. Определение антиоксидантных параметров крови и их диагностическое значение // Лаб. дело. – 1991. – № 10. – С. 9-13.
31. Spiller R., Aziz Q., Creed F. et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management // Gut. – 2007. – Vol. 56, № 12. – P. 1770-1798.

Надійшла до редакції 23.02.2009

УДК: 616.366-002-036.12-08:616.34-002.2

О.В. Круглова, В.М. Фролов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ФИТОСРЕДСТВА ХОЛЕНОРМА В КОМПЛЕКСЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫХ ХОЛЕЦИТИС-ТИТОМ, СОЧЕТАЕМЫМ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ДИСБИОЗОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСЕВОГО ОКСИЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АВТОНОМНОЙ ЗАЩИТЫ

Ключевые слова: холенорма, хронический некалькулезный холецистит, синдром раздраженного кишечника, дисбактериоз, медицинская реабилитация.

Использование в комплексе медицинской реабилитации больных хроническим холециститом, сочетающимся с синдромом раздраженного кишечника и дисбактериозом, средства растительного происхождения холенорма обеспечивает нормализацию клинических показателей и лабораторных показателей, характеризующих активность перекисевого окисления липидов и состояние системы антиоксидантной защиты, что свидетельствует о ликвидации нарушений метаболического гомеостаза и в целом способствует достижению клинической ремиссии коморбидной патологии. Полученные данные позволяют считать патогенетически оправданным и клинически целесообразным включение холенорма в комплексную программу медицинской реабилитации больных хроническим холециститом, сочетающимся с синдромом раздраженного кишечника ХНХ.

О.В. Kruglova, V.M. Frolov

THE EFFICIENCY OF PHYTOPREPARATION CHOLENORM AT MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC UNCALCULOUS CHOLECYSTITIS WHICH CONNECTED WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND DISBIOSES AND HIS INFLUENCE ON ACTIVITY OF LIPOPEROXIDATION AND SYSTEM OF ANTIOXIDATION PROTECTION

Key words: cholenorm, chronic uncaculous cholecystitis, irritable bowel syndrome, disbiosis, medical rehabilitation.

Use in the complex of medical rehabilitation of patients with chronic cholecytitis which connected with irritable bowel syndrome and disbiosis, provides facilities of plant genesis as cholenorm normalization of clinical indexes and laboratory indexes, that characterized of activity of lypoperoxidation and system of antioxiadation protection, that testifies to liquidation of violations of metabolic homeostasis and take place of clinical remission. Finding allow to consider pathogenetically justified and clinically expedient inclusion of cholenorm in the complex program of medical rehabilitation of patients with chronic cholecytitis which connected with irritable bowel syndrome and disbiosis.