

УДК 616.24-002.5-085-036.8

В.П. Мельник, О.В. Панасюк, В.О. Панасюк,
М.Т. Клименко, О.О. Петренко, Г.В. Радиш

АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ЗАСОБІВ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ПРОТИ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ IN VITRO

Ключові слова: засоби народної медицини, лікарські препарати, антимікобактеріальна активність

In vitro показано, що 23 з 31 засоби народної медицини виявляють мінімальну інгібуючу концентрацію (МІК) щодо стандартного лабораторного штаму мікобактерій туберкульозу H37Rv у межах 15 мкг/мл - 31 мкг/мл, а 30 з 33 фармакологічних препаратів - 0,015-12,5 мкг/мл. МІК тигецикліну становить 50 мкг/мл. антимікобактеріальна активність не виявлена у 6 фітоконцентратів, 2 зоозасобів і 3 антибіотиків (зетамакс, азакам, даптоміцин).

В.П. Мельник, А.В. Панасюк, В.А. Панасюк,
М.Т. Клименко, А.А. Петренко, А.В. Радыш

АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ СРЕДСТВ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛЕЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА IN VITRO

Ключевые слова: средства народной медицины, лечебные препараты, антимикобактериальная активность

In vitro показано, что 23 из 31 средства народной медицины проявляют минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) относительно стандартного лабораторного штамма микобактерий туберкулеза H37Rv в пределах 15 мкг/мл - 31 мкг/мл, а 30 из 33 фармакологических препаратов - 0,015-12,5 мкг/мл. МИК тигециклина составляет 50 мкг/мл. Антимикобактериальная активность не выявлена у 6 фитоконцентратов, 2 зоосредств и 3 антибиотиков (зетамакс, азакам, даптомицин).

V.P. Melnyk, O.V. Panasyuk, V.O. Panasyuk, M.T. Mymenko, O.O. Petrenko, G.V. Radysh ACTIVITY OF SOME REMEDIES OF THE FOLK MEDICINE AND PREPARATIONS AGAINST MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN VITRO

Keywords: remedies of the folk medicine, preparations, antimycobacterial activity

In vitro is was studied that 23 from 31 remedies of folk medicine showed the minimal inhibitor concentration (MIC) of relatively standard laboratory stamm of mycobacterium tuberculosis H37Rv within the limits of 15 - 31 mg/ml and 30 from 33 pharmacological preparations - 0,015-12,5 mcg/ml. MIC of tigeccycline was 50 mcg/ml. The antimycobacterial activity was not educed in 6 phytoconcentrates, 2 zooremedies and 3 antibiotics (zetamax, azactam, daptomycin).

УДК 616.22:612.035:159.9.018

- ¹Т.П. Гарник, д.мед.н., проф., зав. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- ²Я.А. Соцька, д.мед.н., проф. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
- ²В.М. Фролов, д.мед.н., проф., зав. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
- ²О.В. Круглова, к.мед.н., асист. каф. інфекц. хвороб та епідеміол.
- *К.В. Гарник, асист. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- ³О.П. Мошнич, д.мед.н., доц. каф. контролю якості і стандарт. лік. засобів.
- ¹Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
- ²Луганський державний медичний університет
- ³Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ АЕРОСІЛ («БІЛЕ ВУГІЛЛЯ») ТА ФІТОЗАСОБУ З АРТИШОКУ КОЛЮЧОГО ГЕПАР-ПОС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На тлі зростання за останнє десятиріччя в Україні, як і в інших країнах СНД, захворюваності на хронічну патологію печінки та жовчного міхура (ЖМ), все більше уваги спеціалістів та практичних лікарів привертає проблема сполученої патології гепатобілярної системи (ГБС), яка нерідко пов'язана з інфікуванням HCV [16, 18, 35]. Відомо, що у зв'язку зі значною поширеністю у сучасних умовах захворювань на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [28] хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), досить часто сполучається із загостренням запальних процесів

ЖМ саме у вигляді ХНХ [26, 32], при цьому при наявності такої коморбідної патології ГБС, у клінічній картині сполученої хвороби нерідко на перший план виступає саме симптоматика загострень хронічного запального процесу у ЖМ, тоді як ХВГС може мати низький або мінімальний ступінь активності (НСА) [16, 18]. Це відповідає сучасній точці зору про превалювання коморбідної та навіть поліморбідної патології у хворих гастроентерологічного профілю [32, 36, 37].

Відомо, що у патогенезі хронічної патології печінки

та ЖМ суттєве значення має активація процесів ліпопероксидації на тлі пригнічення функціональних спроможностей системи антиоксидантного захисту (АОЗ) організму хворого [12, 15], внаслідок чого формується синдром оксидативного стресу [7, 24], при якому ураження паренхіми печінки обумовлено вільними радикалами і продуктами перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що нагромаджуються у крові хворих [12]. Для пацієнтів з хронічною HCV-інфекцією характерним, поряд з розвитком оксидативного стресу, є також інсулінорезистентність [24] та виникнення клініко-біохімічного синдрому ендогенної "метаболічної" інтоксикації (СЕМІ) [14], лабораторним критерієм наявності якого вважають підвищення вмісту "середніх молекул" (СМ) у сироватці крові [13].

Внаслідок активації процесів ПОЛ відбувається перекисне окислення ліпідного шару біомембран гепатоцитів, виникає істотне підвищення їх порозності, що сприяє порушенню іонного потенціалу клітинних мембран, набряканню клітин внаслідок надлишкового надходження ззовні у цитоплазму Na^+ і води, з наступним розвитком апоптозу або некрозу клітин печінки і їх загибелі [12].

Лікуванню хворих на ХВГС останнім часом приділялося досить багато уваги [16, 33-35]. При цьому стандартна терапія ХВГС включає тривале введення великих доз генно-інженерних рекомбінантних інтерферонів (ІФН) - по 3 млн ОД 3 рази на тиждень протягом 6-12 місяців поспіль та водночас призначення противірусних препаратів, переважно рибавіріну у дозі 800 - 1200 мг на добу [34]. С метою підвищення ефективності лікування ХВГС рекомендується також застосування пегілірованих ІФН нерідко у комбінації з рибавірином [33]. У той же час дослідження, що були проведені Кокранівською спілкою доказової медицини дозволили встановити, що поряд з поліпшенням результатів лікування ХВГС, використання пегілірованих ІФН призводить до значного збільшення частоти ускладнень інтерферонотерапії і в результаті цього - до зменшення прихильності хворих до подальшого лікування [26].

Виходячи з цього, на нашу думку, до комплексу засобів лікування коморбідної патології ГБС у вигляді ХВГС НСА, поєданого з ХНХ, доцільно включати ентеросорбенти. Раніше ефективність застосування ентеросорбції як засобу очищення організму в комплексному лікуванні хворих вірусними гепатитами була вже доведена [2, 3]. Встановлена також доцільність проведення ентеросорбції у комплексній терапії хронічних захворювань печінки [5]. Авторі цієї статті мають досить тривалий позитивний досвід застосування кремнеземних ентеросорбентів, зокрема атоксілу, ентеросгелю, сіліксу та аеросілу при вірусних гепатитах та іншій інфекційній патології [10]. Відомо, що сучасні ентеросорбенти на основі діоксиду кремнію мають значні переваги перед пористими сорбентами і поряд зі зниженням інтоксикації покращують низку біохімічних показників у хворих, у тому числі зменшують прояви надмірної активності процесів ПОЛ та інтенсивності СЕМІ, маркерами чого може бути зниження вмісту у крові продуктів ліпопероксидації та рівня СМ [23]. Крім того, нами

накопичений вже досить значний досвід використання сучасних вітчизняних гепатозахисних препаратів, зокрема фітозасобу з артишоку колючого (Сунага *scofymus L.*) гепар-ПОС, у лікуванні хворих з хронічною патологією печінки різного генезу [4, 9, 29]. Вказана позиція виходить з загальної сучасної концепції про ефективність фітотерапії в лікуванні та медичної реабілітації хворих на хронічну патологію печінки [19, 20].

Отже, при розробці конкретної програми корекції метаболічних порушень у хворих на ХВГС НСА, поєданого з ХНХ, нашу увагу привернула можливість використання гепатопротекторних препаратів рослинного походження та ентеросорбентів, створених на основі оксиду кремнію (SiO_2), оскільки автори цієї статті мають у розпорядженні багаторічний досвід застосування саме кремнеземних ентеросорбентів у клінічній практиці, у тому числі при хронічній патології ГБС і переконалися у досить високому клінічному ефекті похідних кремнію і відсутності будь-яких побічних ефектів від їх застосування [23]. Показово, що кремнеземні ентеросорбенти досить ефективні навіть при наявності у хворих синдрому часткового внутрішньопечінкового холестазу (холестатичного компоненту), який традиційно вважається вельми важким для проведення лікування [23].

Внаслідок сорбції різноманітних токсичних субстанцій, проведення курсу лікування з використанням ентеросорбентів істотно зменшує токсичне навантаження на екскреторні органи, у першу чергу на печінку і нирки [17, 23]. Встановлено також, що кремнеземні ентеросорбенти, залишаючись у ході лікування у просвіті кишечника, не всмоктуючись, і не мають тому власної фармакодинаміки, проте, роблять потужну дистантну (системну) позитивну дію на внутрішнє середовище організму, пригнічують надмірно виражену системну запальну реакцію, сприяють компенсації порушень показників імунної системи і покращують функціональну активність внутрішніх органів [6, 23].

Сучасний кремнеземний ентеросорбент аеросіл («Біле вугілля») випускається у вигляді таблеток, які містять у своєму складі 210 мг діоксиду кремнію (SiO_2) та мікрокристалічну целюлозу, а також порошку для приготування суспензії [6]. Виробник надає такі рекомендації щодо споживання аеросілу («Білого вугілля»): з метою профілактики та лікування при харчових отруєннях різного походження (зокрема, грибами та алкоголем), гострих кишкових інфекціях (ГКІ), гепатитах різної етіології, ниркової та печінкової недостатності, алергічних захворюваннях, дерматитах, ендогенній інтоксикації, дисбактеріозі [6]. Встановлено, що ентеросорбент аеросіл («Біле вугілля») сприяє адсорбції з шлунково-кишкового тракту та подальшому виведенню з організму екзо- та ендогенних токсичних речовин різного походження (у тому числі продуктів життєдіяльності патогенних мікроорганізмів, харчових та бактеріальних алергенів) [6]. Виходячи з цього, аеросіл сприяє послабленню токсико-алергічних реакцій, зниженню метаболічного навантаження на органи детоксикації (у першу чергу - печінку та нирки), корекції обмін-

них процесів та імунного статусу, усуненню дисбалансу біологічно активних речовин в організмі, посилює перистальтику кишечника, тому не викликає закрепів [6, 10].

Гепар-ПОС - це сучасний лікарський засіб рослинного походження, який містить у своєму складі екстракт артишоку польового [11]. Цей засіб зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/8975/01/01) та дозволений до клінічного використання в якості лікарського препарату Наказом МОЗ України № 572. Діючою речовиною препарату є рослина сировина - сухий екстракт з листя артишоку посівного (синоніми: артишок польовий, колючий, тобто *Synara scolymus L.*) [11]. Відомо, що екстракти артишоку мають високий ступінь біологічної активності [4]. При цьому основні компоненти цих екстрактів включають три групи фармакологічно активних речовин: фенольні сполуки, з яких найбільш важливими є цинарин, фенолокислоти та біофлавоноїди [9]. Фенольна сполука цинарин у поєднанні з фенолокислотами та біофлавоноїдами, що містяться у складі артишоку, чинить жовчогінну, сечогінну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу та гепатопротекторну дію препарату [9, 29]. Фенолокислоти, які входять до складу екстракту артишоку (кавова, хлорогенова, неохлорогенова, кофейлінна) виявляють високу біологічну активність і обумовлюють імунотропний ефект препаратів з артишоку посівного [29]. Основними фармакологічними механізмами дії екстракту артишоку є холеретичний та детоксикуючий ефекти за рахунок стимулювання секреції води, електролітів, жовчних кислот, холестерину, лецитину та жовчних пігментів [4, 29].

Виходячи з вищевикладеного, ми вважали доцільними провести дослідження, спрямовані на вивчення ефективності сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу ("Біле вугілля") [5] та гепатопротекторного препарату з артишоку колючого гепар-ПОС [11] у хворих на ХВГС НСА, поєднаний з ХНХ, і, зокрема, проаналізувати її вплив на ряд біохімічних показників, що характеризують інтенсивність синдрому оксидативного стресу та СЕМІ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету (ЛДМУ) і являє собою фрагмент тем НДР: «Клініко-патогенетична характеристика коморбідної патології: хронічного вірусного гепатиту С низького ступеня активності поєднаного з хронічним некалькульозним холециститом, на тлі вторинних імунодефіцитних станів, лікування та медична реабілітація» (№ держреєстрації 0108U004716) та «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторинними імунодефіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою роботи була оцінка ефективності сучасного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС у хворих на ХВГС, сполучений з ХНХ у періоді медичної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 136 хворих на ХВГС НСА, поєднаного з ХНХ. Для реалізації мети роботи обстежені пацієнти були розподілені на дві групи - основну (70 осіб) та групу зіставлення (66 осіб), які були рандомізовані за віком, статтю та частотою загострень хронічної патології ГБС протягом останнього календарного року. Діагнози ХВГС НСА та ХНХ були встановлені у відповідності до Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.) на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (сонографічне дослідження органів черевної порожнини) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. В усіх обстежених хворих вірусна етіологія хронічного ураження печінки була встановлена за допомогою імуноферментного аналізу на наявність у крові маркерів вірусу гепатиту С (HCV) і потім підтверджена методом ПЛР. При цьому до роботи включали лише хворих при низькому ступені активності ХВГС, що характеризувалося помірним цитолізом (активність АлАТ не перевищувала 2,0 ммоль/л*год. та активність АсАТ була не вище 1,4 ммоль/л*год.) при вірусному навантаженні не більше 300 тис/мл копій РНК HCV. При проведенні генотипування HCV було встановлено, що в обстежених хворих основним генотипом вірусу гепатиту С був перший (1), який виявлений у 97 осіб (71,3 %), зокрема у 79 пацієнтів (58,1 %) - генотип 1b та у 18 обстежених (13,2 %) - генотип 1a. Генотип 2 HCV був виявлений у 10 хворих (7,4 %), генотип 3 HCV - у 18 хворих (13,2 %). У 11 пацієнтів (8,1 %) генотип HCV встановлений не був.

Медична реабілітація хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, здійснювали у відповідності до Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Київ, 2005). Крім того, пацієнти основної групи у комплексі медичної реабілітації додатково отримували сучасний ентеросорбент аеросіл у вигляді таблеток, які містять по 200 мг діоксиду кремнію - 2-3 таблетки між прийомами їжі 3 рази на добу протягом 3-4 тижні поспіль [5] та фітозасіб з артишоку колючого гепар-ПОС по 1 капсулі (400 мг) 3 рази на добу відразу після вживання їжі протягом 40-60 днів поспіль [11].

Для реалізації мети дослідження у всіх обстежених вивчали активність процесів ПОЛ, стан системи антиоксидантного захисту (АОЗ), а також концентрацію СМ у крові. Рівень СМ досліджували за методом [27] до початку лікування, потім через 10, 20, 30, 40 і 60 днів від початку медичної реабілітації. Показники ПОЛ і системи АОЗ аналізували до початку медичної реабілітації та наприкінці її завершення. З показників ПОЛ вивчали вміст у сироватці крові проміжних продуктів ліпопероксидації - дієнових кон'югат (ДК) [8] та кінцевого продукту ПОЛ - малонового діальдегіду (МДА) [11]. Крім того, вивчали показник перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ). Стан системи АОЗ визначали за показниками активності ферментів з

антиоксидантною активністю - каталази (КТ) [21] та супероксиддисмутизи (СОД) [25], а також вмістом у крові відновленого (ВГ) [22] та окисленого глутатіону (ОГ) [22].

Статистичну обробку одержаних результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo за допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Windowsxp professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica [31], при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів в клінічних випробуваннях ефективності лікарських засобів.

Результати дослідження та їх обговорення

До початку проведення медичної реабілітації більшість обстежених нами хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, скаржилися на підвищену стомлюваність, зниження працездатності та емоційного тону, а також підвищену дратівливість, емоційну нестійкість, порушення сну, апатію та байдужість до оточуючого, відчуття запаморочення, загальний поганий настрій. При аналізі об'єктивної клінічної симптоматики в обстежених хворих до початку медичної реабілітації було встановлено наявність симптомів, характерних для хронічної патології ГБС: гепатомегалія, субіктеричність склер, у частини пацієнтів - блакитність склер (позитивний симптом Високовича). З малих „печінкових" симптомів досить постійними були наявність телеангіоектазій, пальмарної еритеми, розширення дрібних судин шкіри. Серед обстежених осіб також реєструвалася чітко виражена мармуровість долонь та передпліч, яка часто супроводжувалася похолодінням кінцівок та нерідко наявністю холодного липкого поту, тривалий червоний або змішаний дермографізм. Дуже характерним було також обкладення язика білим або сірим брудним нальотом, нерідко відмічалася потріскання червоної облямівки губ, що могло свідчити про наявність полігіповітамінозу.

При лабораторному обстеженні було встановлено, що в обстежених хворих до початку проведення медичної реабілітації мали місце помірно виражені зсуви біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. У цілому загальна концентрація білірубину у крові в середньому була біля верхньої межі норми, при цьому, вміст у сироватці крові прямого (зв'язаного) білірубину був у більшості випадків помірно підвищеним та становив у середньому $(10,4 \pm 0,15)$ мкмоль/л, що свідчить про помірно виражені порушення пігментного обміну. Активність амінотрансфераз сироватки крові в обстежених хворих була підвищеною, що свідчило про наявність в обстежених пацієнтів помірно вираженого синдрому цитолізу. Середні значення показника тимолової проби та активності екскреторних ферментів - ЛФ та ГГТП також були в усіх обстежених групах помірно підвищеними, що дозволяло відмітити поряд із синдромом цитолізу також наявність синдрому часткового внутрішньопечінкового холестазу.

Таким чином, одержані дані свідчать про те, що до початку проведення медичної реабілітації в обох групах хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, які були характерні для загострення запального процесу у печінковій паренхімі або стану нестійкої ремісії, що підтверджувалося даними біохімічного обстеження, які характеризують функціональний стан печінки.

До початку проведення медичної реабілітації в обох групах хворих - основній та зіставлення були однотипові зсуви вивчених показників, що свідчили про розвиток синдрому оксидативного стресу та СЕМІ, які в лабораторному плані характеризувалися значним підвищенням концентрації у сироватці крові обстежених осіб крові СМ (в основній групі в середньому в 4,5 рази вище за норму, в групі зіставлення - в 4,38 рази; $P < 0,001$), збільшенням вмісту продуктів ПОЛ - МДА в середньому в 2,63 рази в основній групі ($P < 0,001$) та в 2,5 рази у групі зіставлення ($P < 0,001$), ДК відповідно в 2,35 та 2,3 рази ($P < 0,001$), показника ПГЕ - в 2,46 та 2,31 рази ($P < 0,001$). Поряд з підвищенням активності процесів ПОЛ у хворих, які були під спостереженням, відмічено зменшення активності ферментів системи АОЗ - КТ і СОД. Так, активність КТ була знижена у хворих основної групи в середньому в 1,34 рази ($P < 0,01$), СОД - в 1,83 рази ($P < 0,001$), у групі зіставлення відповідно в 1,32 рази ($P < 0,01$) та 1,78 рази ($P < 0,001$). Вміст ОГ у крові підвищувався у хворих основної групи в середньому в 2,08 рази ($P < 0,001$), у групі зіставлення - в 1,96 рази ($P < 0,001$). У той же час рівень ВГ був знижений серед хворих основної групи в середньому в 1,67 рази ($P < 0,001$), групи зіставлення - в 1,62 рази ($P < 0,001$).

При проведенні медичної реабілітації відмічено поступове зниження концентрації СМ у крові обстежених хворих, причому в основній групі хворих (яка отримувала аеросіл та гепар-ПОС) темпи зниження даного показника були значно вищі, ніж у пацієнтів групи зіставлення. Дійсно, вже через 10 діб з початку медичної реабілітації в основній групі рівень СМ у сироватці крові хворих знизився в середньому в 1,86 рази відносно вихідного рівня ($P < 0,01$), тоді як у групі зіставлення лише в 1,56 рази ($P < 0,05$). Через 20 діб з початку медичної реабілітації в основній групі концентрація СМ знизилася в середньому в 2,63 рази відносно вихідного рівня ($P < 0,001$), тоді як у групі зіставлення - лише в 1,8 рази ($P < 0,05$). На момент завершення курсу медичної реабілітації концентрація СМ у пацієнтів основної групи, що отримувала аеросіл та гепар-ПОС, знизилася в середньому в 4,25 рази відносно вихідного рівня ($P < 0,001$), та досягла при цьому верхньої межі норми (табл. 2).

У той же час у групі зіставлення на 10-ту добу з моменту початку проведення курсу медичної реабілітації рівень СМ знизився лише в 1,56 рази, на 20-ту добу - в 1,8 рази відносно вихідного значення, на 30-ту добу - в 2,17 рази, на момент завершення курсу медичної реабілітації - лише в 2,59 рази, залишаючись при цьому в 1,69 рази вище норми ($P < 0,01$).

Таблиця 1

Показники ПОЛ та системи АОЗ до початку проведення медичної реабілітації

Біохімічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=70)	зіставлення (n=66)	
МДА, мкмоль/л	3,2±0,3	8,4±0,35***	8,2±0,4***	>0,05
ДК, мкмоль/л	9,3±0,4	21,9±0,5***	21,4±0,6***	>0,05
ПГЕ, %	3,5±0,2	8,6±0,5***	8,1±0,45***	>0,05
КТ, МО/мгНЬ	365±10	273±12**	277±14***	>0,1
СОД, МО/мгНЬ	28,2±1,2	15,4±1,4***	15,8±1,5***	>0,05
ВГ, ммоль/л	1,46±0,05	0,88±0,03***	0,90±0,04***	>0,05
ОГ, ммоль/л	0,25±0,03	0,52±0,03***	0,49±0,05***	>0,05
Коефіцієнт ВГ/ОГ	5,84±0,09	1,69±0,03***	1,92±0,04***	=0,05

Примітки: у табл. 1 та 3 вірогідність різниці відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P - вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення

Таблиця 2

Динаміка концентрації СМ у сироватці крові хворих на ХВГС НСА, сполучений з

Період обстеження пацієнтів	Групи обстежених хворих		P
	основна (n=70)	зіставлення (n=66)	
до початку медичної реабілітації	2,34±0,11***	2,28±0,12***	>0,05
через 10 діб	1,26±0,9***	1,46±0,08***	<0,05
через 20 діб	0,89±0,05**	1,27±0,06***	<0,01
через 30 діб	0,64±0,04*	1,05±0,05***	<0,01
через 40 діб	0,58±0,03	0,93±0,04**	<0,01
через 60 діб з початку медичної реабілітації	0,55±0,33	0,88±0,03**	<0,01
Норма	(0,52±0,03) г/л		

Примітка: вірогідність розбіжностей відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, - P<0,001; стовпчик P - достовірність розбіжності між показниками основної групи та групи зіставлення

Таблиця 3

Показники ПОЛ та системи АОЗ у хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ,

Біохімічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=70)	зіставлення (n=66)	
МДА, мкмоль/л	3,2±0,3	3,3±0,	6,5±0,3**	<0,05
ДК, мкмоль/л	9,3±0,4	9,5±0,3	11,7±0,5**	<0,05
ПГЕ, %	3,5±0,2	3,6±0,25	6,7±0,3**	<0,05
КТ, МО/мгНЬ	365±10	360±11	311±12*	<0,05
СОД, МО/мгНЬ	28,2±1,2	27,8±1,6	20,4±1,6*	=0,05
ВГ, ммоль/л	1,46±0,05	1,44±0,05	1,09±0,05**	<0,05
ОГ, ммоль/л	0,25±0,03	0,27±0,06	0,36±0,04*	>0,05
Коефіцієнт ВГ/ОГ	5,84±0,09	5,33±0,08*	3,02±0,06***	<0,01

При аналізі впливу комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС на біохімічні показники, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ було встановлено, що в основній групі у переважній більшості хворих на момент завершення курсу медичної

реабілітації відмічена практично повна нормалізація усіх вивчених тестів (табл. 3).

Дійсно, при застосуванні комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС вміст МДА у крові осіб основної групи у динаміці медичної реабілітації зменшився в

середньому в 2,55 рази, ДК - в 2,3 рази, показник ПГЕ - в 2,39 рази. У групі зіставлення зниження вивчених показників було менш суттєвим, а саме - МДА в 1,26 рази, ДК - в 1,83 рази та ПГЕ - в 1,21 рази ($P < 0,05$). Тому після завершення курсу медичної реабілітації рівень МДА у крові хворих групи зіставлення був в 2,03 рази вище за норму ($P < 0,001$), концентрація ДК у крові хворих групи зіставлення після завершення медичної реабілітації була в середньому в 1,27 рази вище за норму ($P < 0,01$), показник ПГЕ після завершення медичної реабілітації у хворих групи зіставлення був у 1,91 рази вище за норму. У хворих основної групи, які отримували у комплексі медичної реабілітації додатково комбінацію ентеросорбенту аеросіл та фітозасобу гепар-ПОС протягом 30 днів медичної реабілітації відмічалася практично повна нормалізація активності ферментів системи АОЗ - КТ і СОД, а також концентрації у крові фракції ОГ та ВГ; при цьому активність КТ і СОД, а також вміст у крові фракції ВГ підвищувалися, а концентрація ОГ - знижувалася. В той же час відмічена вірогідна різниця між активністю КТ у хворих основної групи та групи зіставлення ($P < 0,05$), а також активністю СОД ($P = 0,05$) та вмістом у крові фракції ВГ та ОГ ($P < 0,05$).

Таким чином, застосування комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС у комплексі медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, сприяє істотному зниженню а потім повній нормалізації концентрації СМ, тобто ліквідації СЕМІ, а також нормалізації біохімічних показників, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ. У осіб, що отримували лише загальноприйняті засоби медичної реабілітації, відмічалася незначна позитивна динаміка концентрації СМ та біохімічних тестів, які характеризують рівень ПОЛ та стан системи АОЗ і на момент завершення терапії вивчені показники залишалися вірогідно зміненими як відносно відповідного показника в основній групі, так і щодо відповідних показників норми.

Поряд з нормалізацією або вираженим покращанням вивчених показників у обстежуваних хворих основної групи (яка отримувала комбінацію аеросілу та гепар-ПОС) у ході медичної реабілітації відмічалася також чітко виражена позитивна динаміка клінічної симптоматики, а саме - поступово зменшувалося вираження астеничних або астено-невротичних проявів та ознак загострення хронічної патології ГБС, підвищувався загальний емоційний тонус і працездатність пацієнтів, у більшості випадків у них нормалізувалися нічний сон і апетит. У групі зіставлення, яка одержувала тільки симптоматичну терапію, у більшості випадків не виявлено стійких позитивних результатів медичної реабілітації. В них залишалася знижена працездатність, загальна слабкість, нездужання, гіркота у роті, дискомфорт у правому підбер'ї та інша суб'єктивна та об'єктивна симптоматика загострення хронічної патології ГБС.

Таким чином, одержані дані свідчать про клінічну ефективність, патогенетичну обґрунтованість та доцільність використання комбінації сучасного кремнеземного

ентеросорбенту аеросілу та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС з метою оптимізації медичної реабілітації хворих з СХВ.

Висновки

1. У клінічному плані у хворих на ХВГС НСА на тлі ХНХ, у період загострення хронічного патологічного процесу у ГБС, відмічається поєднання диспептичного, больового, гепатоспленомегалічного, астено-невротичного або астено-депресивного симптомокомплексів. У хворих з даною коморбідною патологією є характерним часті загострення запального процесу у ЖМ (4 разів на рік та більше), а також астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики, тривале збереження загострення запального процесу у ЖМ та паренхімі печінки.

2. Для пацієнтів з на ХВГС НСА на тлі ХНХ, характерна наявність помірно виражених порушень з боку біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки у вигляді незначного підвищення рівня загального білірубіну за рахунок фракції прямого білірубіну, збільшення активності сироваткових амінотрансфераз - АЛАТ та АсАТ, показника тимолової проби. У більшості обстежених (98 осіб, тобто 65,3 % випадків) мало місце також помірно виражене підвищення активності в сироватці крові екскреторних ферментів - ЛФ та ГГТП, а також збільшення вмісту холестерину та Р-ліпопротеїдів, що свідчило про наявність в них часткового синдрому внутрішньопечінкового холестазу, тобто холестатичного компоненту при загостренні хронічної сполученої патології ГБС.

3. При спеціальному біохімічному обстеженні хворих на ХВГС НСА на тлі ХНХ до початку проведення медичної реабілітації було встановлено наявність ознак оксидативного стресу та СЕМІ, що у лабораторному плані проявлялося підвищенням концентрації в сироватці крові СМ (в основній групі в середньому в 4,5 рази, у групі зіставлення - в 4,38 рази), збільшенням вмісту продуктів ПОЛ - МДА в середньому в 2,63 рази в основній групі та в 2,5 рази в групі зіставлення, ДК відповідно в 2,35 та 2,3 рази, показника ПГЕ - в 2,46 та 2,4 рази; а також зменшення активності ферментів системи АОЗ - КТ у хворих основної групи в середньому в 1,34 рази, СОД - в 1,83 рази, в групі зіставлення відповідно в 1,32 рази та 1,78 рази; вміст ОГ у крові підвищувався у хворих основної групи в середньому в 2,08 рази, в групі зіставлення - в 1,96 рази, рівень ВГ був знижений серед хворих основної групи в середньому в 1,67 рази, групи зіставлення - в 1,62 рази.

4. Застосування комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС у комплексі медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА на тлі ХНХ сприяло чітко вираженій позитивній динаміці клінічної симптоматики, а в лабораторному плані призначення цієї комбінації препаратів обумовило нормалізацію вивчених біохімічних показників, що свідчило про

ліквідацію синдрому оксидативного стресу та СЕМІ.

5. В осіб групи зіставлення, які одержували тільки симптоматичну терапію, у більшості випадків не виявлено стійких позитивних результатів медичної реабілітації, а також зберігалися зсуви вивчених біохімічних показників: рівень МДА у крові хворих групи зіставлення був у 2,03 рази вище за норму, ДК - у 1,27 рази, показник ПГЕ після завершення лікування у хворих групи зіставлення був у 1,91 рази, концентрація ОГ - в 1,44 рази вище за норму; активність КТ залишалася в 1,2 рази нижче норми, активність СОД - в 1,38 рази, рівень ВГ - в 1,34 рази нижче відносно норми. Одержані дані свідчать про збереження порушень метаболічного гомеостазу при застосуванні лише загальноприйнятих препаратів у комплексі медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ.

Л і т е р а т у р а

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида /Л.И. Андреев, Л.А. Кожемякин //Лабор. дело. -1988. - № 11. - С. 41-43.

2. Андрейчин М.А. Энтеросорбция, як засіб очищення організму /М.А. Андрейчин. - Київ: Знання, 1992. - 48 с.

3. Андрейчин М.А. Опыт применения энтеросорбентов в комплексном лечении больных вирусными гепатитами /М.А. Андрейчин, Р.П. Хомич / 4-й з'їзд інфекціоністів України (Вінниця, 23-26 вересня, 1993 р.): тези доп. - Вінниця, 1993. - С. 88.

4. Артишок посевной (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение /В.М. Фролов, Т.П. Гарник, И.В. Белоусова, В.С. Гришина // Фітотерапія. Часопис. - 2006. - № 4. - С. 3-11.

5. Беляева О.А. Применение энтеросорбции в комплексной терапии заболеваний печени / О.А. Беляева, В.Г. Семенов // Аптека. - 2003. - № 30. - С. 7-8.

6. «Біле вугілля 400» - Київ: ТОВ «Омніфарма Київ», 2008./Біле вугілля. Режим доступу: www.omnifarma.kiev.ua

7. Буеверов А.О. Оксидативный стресс и его роль в повреждении печени /А.О. Буеверов //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. - 2002. - № 4. - С. 21 - 25.

8. Гаврилов Б.В. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов /Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Н. Ф. Хмара // Лабор. дело. - 1988. - № 2. - С. 60-63.

9. Гарник Т.П. Артишок полевой (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение, перспективное для создания новых гепатопротективных препаратов / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин //Пробл. екол. та мед. генетики і клін. імунол.: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків. - 2006. - Вып. 6 (75). - С. 17 - 36.

10. Гарник Т.П. Эффективность современного энтеросорбента «Белыйуголь» у больных с острыми кишечными инфекциями, вызванными условно патогенными микроорганизмами / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Фітотерапія. Часопис. - 2011. - № 4. - С. 16-22.

11. Гепар-ПОС (Hepar-POS): інструкція для медичного застосування препарату / затверджена Наказом МОЗ України № 572 від 07.10.2008р.

6. Выходячи з одержаних даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним і перспективним використанням комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС у комплексі заходів медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ.

7. Перспективою подальших досліджень можна вважати продовження вивчення ефективності комбінації аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку колючого гепар-ПОС при медичній реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ., зокрема її можливий вплив на клініко-лабораторні показники синдрому імунотоксикозу.

12. Гріднев О.Є. Перекисне окислення ліпідів і печінка / О.Є. Гріднев // Сучасна гастроентерол. - 2005. - № 5 (25). - С. 80 - 83.

13. Громашевская Л.Л. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической интоксикации» в организме / Л.Л. Громашевская //Лабор. диагн. - 1997. - № 1. - С. 11-16.

14. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов /Л.Л. Громашевская //Лабор. диагн. - 2006. - № 1 (35). - С. 3 - 13.

15. Зборовская И.А. Антиоксидантная система организма. Ее значение в метаболизме. Клинические аспекты /И.А. Зборовская, М.В. Банникова // Вест. Рос. акад. мед. наук. - 1995. - № 6. - С. 53 - 60.

16. Змызгова А.В. Хронический вирусный гепатит С с минимальной активностью: диагностика и подходы к терапии / А.В. Змызгова //Пробл. вирусных гепатитов в клинике: сб. работ науч.-практ. конф., (Москва, 2005 г.). - М., 2005. - С. 123-126.

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

18. Карпов С.Ю. Клиническая характеристика и особенности течения хронического гепатита С низкой степени активности / С.Ю. Карпов, П.Е. Крель //Клин. мед. - 2005. - № 1. - С. 14-19.

19. Корсун О.В. Сучасні підходи до фітотерапії хронічного гепатиту / О.В. Корсун, В. Ф. Корсун // Фітотерапія. Часопис. - 2006. - №3. - С. 3 - 7.

20. Литвинова Е.В. Гепатопротекторы растительного происхождения в лечении заболеваний печени /Е.В. Литвинова // Фітотерапія. Часопис. - 2007. - № 3. - С. 75 - 80.

21. Метод определения активности каталазы /М.А. Королюк, Л.И. Иванова, И.Г. Майорова, В.Е. Токарев //Лабораторное дело. - 1988. - № 1. - С. 16 - 18.

22. Мальцев Г.Ю. Методы определения содержания глутатиона и активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / Г.Ю. Мальцев, Н.В. Тышко // Гиг. и санит. - 2002. - № 2. - С. 69-72.

23. Медицинская химия и медицинское применение диоксида кремния / под ред. А.А. Чуйко. - Киев: Наукова думка, 2003. - 416 с.

24. Пентюк Н.О. Оксидативний стрес та інсулінорезистентність у пацієнтів з хронічною HCV-інфекцією: зв'язок з генотипом вірусу, стеатозом та фіброзом печінки /Н.О. Пентюк, Н.В. Харченко, В.В. Харченко // Сучасна гастроентерол. - 2008. - № 3 (41). - С. 25-30.

25. Поберезкина Н.Б. Биологическая роль супероксиддисмутазы /Н.Б. Поберезкина, Л. Ф. Осинская // Укр. биохим. журн. - 1989. - Т. 61, № 2. - С. 14 -

26. Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика /Ю.С. Попова. - СПб.: изд-во «Крылов», 2008. - 192 с.

27. Способ определения «средних молекул» /В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Курковский [и др.] // Лабор. дело. - 1991. - № 10. - С. 13-18.

28. Філіпов Ю.О. Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр. /Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скурда // Сучасні мед. технол. - 2010. - № 2 (6). - С. 56-59.

29. Фролов В.М. Артишок посевной (Сутт *scolytus L.*) как пищевое и лекарственное растение (обзор литературы) / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Б.П. Романюк // Укр. мед. альм. - 2006. - Т. 9, № 3. - С. 158-163.

30. Чевари С. Определение антиоксидантных параметров крови и их диагностическое значение / С. Чевари, Т. Андял, Я. Штрэнгер // Лабор. дело. - 1991. - № 10. - С. 9 - 13.

31. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. - [2-е изд., доп.]. - СПб.: ВМедА, 2005. - 292 с.

32. Elshstein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshstein // Acta Medica. - 2006. - № 5. - P. 70-73.

33. Poordad F. Emerging therapeutic options in hepatitis C virus infection / F. Poordad, V. Khungar // Am. J. Manag. Care. - 2011. - № 4. - P. 123-130.

34. Results of treatment with peginterferon plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C / С. Pizarro, M. Venegas, K. Holo [et al.] // Rev. Med. Chil. - 2011. Vol. 139, № 6. - P. 704-709.

35. Schiff E.R. Diagnosing and treating hepatitis C virus infection / E.R. Schiff // Am J. Manag. Care. - 2011. - Vol. 17. - P. 108-115.

36. Van den Akker M. Multimorbidity in general practice prevalence, incidence and determinations of co-occurring chronic and recurrent diseases / M. Van den Akker, F. Bruntix, J.F. Metsemakers // J. Clin. Epidemiol. - 1998. - Vol. 51 (5). - P. 367-375.

37. Van Weel C. Comorbidity and guidelines conflicting interests / Van Weel C. // Lancet. - 2006. - Vol. 367. - P. 350-551.

Надійшла до редакції 06.01.2012

УДК 616.22:612.035:159.9.018

Т.П. Гарник, Я.А. Соцька, В.М. Фролов,
О.В. Круглова, К.В. Гарник, О.П. Мощич

Т.П. Гарник, Я.А. Соцкая, В.М. Фролов,
О.В. Круглова, К.В. Гарник, А.П. Мощич

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ АЕРОСІЛ («БІЛЕ ВУГІЛЛЯ») ТА ФІТОЗАСОБУ З АРТИШОКУ КОЛЮЧОГО «ГЕПАР-ПОС» У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЭНТЕРОСОРБЕНТА АЭРОСИЛ («БЕЛЫЙ УГОЛЬ») И ФИТОПРЕПАРАТА ИЗ АРТИШОКА КОЛЮЧЕ- ГО «ГЕПАР-ПОС» У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, СОЧЕТАННЫМ С ХРО- НИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, хронічний некалькульозний холецистит, ліпопероксидація, система антиоксидантного захисту, аеросіл («Біле вугілля»), гепар-ПОС, медична реабілітація

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, хронический некалькулезный холецистит, липопероксидация, система антиоксидантной защиты, аэросил («Белый уголь»), гепар-ПОС, медицинская реабилитация

Вивчена ефективність комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу з артишоку гепар-ПОС у комплексі медичної реабілітації хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) низького ступеня активності (НСА), сполученого з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). Встановлено, що включення даної комбінації препаратів до комплексу медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, сприяє покращанню клінічної симптоматики та біохімічних тестів, що характеризують функціональний стан печінки в обстежених пацієнтів та нормалізації в них показників ліпопероксидації і системи антиоксидантного захисту.

Изучена эффективность комбинации современного кремнеземного энтеросорбента аэросила («Белый уголь») и фитопрепарата из артишока гепар-ПОС в медицинской реабилитации больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) низкой степени активности (НСА), сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Установлено, что включение данной комбинации препаратов в комплекс медицинской реабилитации больных ХВГС НСА на фоне ХНХ способствует улучшению клинической симптоматики и лабораторных тестов, которые характеризуют функциональное состояние печени у обследованных пациентов и нормализации у них показателей липопероксидации и системы антиоксидантной защиты.

T.P. Garnik, Ya.A. Sotskaya, V.M. Frolov, O.V. Krnglova,
K.V. Garnik, A.P. Moschich

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF MODERN ENTEROSORBENT AEROSIL («WHITE COAL») AND PHYTOPREPARATION FROM CYNARA SCOLYMUS L. HEPAR-POS AT PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C WITH LOW DEGREE ACTIVITY COMBINED WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT MEDICAL REHABILITATION PERIOD

Keywords: chronic viral hepatitis C, chronic uncalculosis cholecystitis, lipoperoxidation, antioxidant system, aerosil («White

coal»), hepar-POS, medical rehabilitation

The efficiency of the modern silicon enterosorbent aerosil («White coal») and phytopreparation from artochoke hepar-POS at medical rehabilitation of patients with chronic viral hepatitis C (CVHC) with the low degree activity (LDA) combined with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) was studied. It was set that inclusion of this combination of preparations in the complex of medical rehabilitation of patients with CVHC with LDA combined with CUC promoted the improvement of clinical symptoms and laboratory indexes which characterized the functional state of the liver and, thus, stipulated the achievement of a clinical and biochemical remission of liver and gallbladder combined chronic pathology and the normalization of indexes of lipoperoxidation and the antioxidant system.

УДК :616.33/.34-008.6-085.243/.246:615.874.2

• О.М Герасименко, асп. каф. гастроентерол., дістол. і ендоскоп.

• *Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Необхідність вивчення функціональних розладів шлунково-кишкового тракту (ФРШКТ) обумовлені їх високою поширеністю серед населення розвинених країн світу та в Україні. ФРШКТ складають 60-65% випадків у хворих, які звертаються за медичною допомогою з приводу болю або дискомфорту в животі [7,8,11]. ФРШКТ характеризуються тривалим перебігом, переважним ураженням осіб молодого та середнього віку, значними порушеннями психоемоційного стану та якості життя пацієнтів, зниженням працездатності та низькою ефективністю існуючих методів лікування [7,11].

Відомо, що між органами травної системи існує тісний нейрогуморальний та функціональний взаємозв'язок, обумовлений послідовністю процесів травлення, починаючи зі шлунка та закінчуючи товстою кишкою. Часто ФД може поєднуватись із дисфункцією жовчного міхура і функціональними кишковими розладами, тобто нерідко у хворих має місце поєднана функціональна патологія, так званий overlap-syndrom [10]. Його розповсюдженість за деякими даними становить близько 27% [7,10]. Питання особливостей перебігу, психоемоційного стану та лікування хворих при поєднаній функціональній патології органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у доступній літературі висвітлені недостатньо.

Не розроблене дієтичне та медикаментозне лікування хворих із наявністю поєднаних ФРШКТ [10]. Традиційне використання гастроентерологічних середників не дає стійкого ефекту: антисекреторні препарати, прокінетики, спазмолітики, ферментні препарати, пробіотики тільки на певний час зменшують клінічну симптоматику та не впливають на психоемоційний стан хворих [3,4,5]. Через короткий час після відміни вказаних препаратів клінічні

ознаки відновлюються. Відсутність вираженого лікувального ефекту від традиційного лікування у ще більшій мірі поглиблює порушення психоемоційного стану пацієнтів та призводить до розвитку депресії. За даними ВООЗ, близько 30% пацієнтів із соматичними захворюваннями страждають на депресію, з них 15-42% складають хворі гастроентерологічного профілю, серед яких переважають пацієнти із ФРШКТ [4,5].

Для лікування психосоматичних розладів при ФРШКТ використовують в основному антидепресанти, нейрелептики та анксиолітики. Зазначені середники мають ряд побічних впливів, серед яких найбільша кількість припадає на органи травлення, що обмежує їх широке застосування при ФРШКТ [4,9]. В останні роки доведений позитивний вплив на психоемоційний стан людини окремих нутрієнтів, а саме, амінокислоти глутаміну, тирозину, s-аденілметіоніну, гліцину, магнію, вітаміну B6, PP, омега-3 жирних кислот [6]. Проте, до цього часу не розроблене лікування хворих із поєднаною функціональною патологією органів травлення та методи безпечної корекції психоемоційного стану хворих.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу та підвищити ефективність лікування хворих на поєднані ФРШКТ шляхом призначення диференційованого дієтичного харчування, корекції психоемоційного стану та порушень щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 1000 пацієнтів гастроентеролога у поліклініках Оболонського та Деснянського районів м. Києва, з яких відібрано 165 хворих з ФРШКТ: 28 (17%) хворих з ФД, 54