

УДК 616.24-002+616.36-036.12

ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРСПЕКТИВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЗАСОБІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

- Л. М. Іванова, д. мед. н., проф., зав. каф. пропер. внутр. мед.
Р. В. Разумний, д. мед. н., доц. каф. внутр. мед. з профпатол.
- ДЗ «Луганський державний медичний університет»

В Україні, як і у всьому світі, відбувається зростання захворюваності на негоспітальну пневмонію (НП), яка представляє важливу медико-соціальну і економічну проблему [3, 4, 5, 7, 8, 10].

Водночас у мешканців промислових регіонів, яким є Донбас, нерідко зустрічається хронічна патологія печінки, в тому числі стеатоз печінки (СП) [2, 6, 9, 12, 13].

Відомо, що тяжкі бактеріальні інфекції несприятливо впливають на функціональний стан печінки, сприяючи прогресуванню хронічної патології та формуванню так званого «синдрому взаємного обтяження», при якому клінічний перебіг та наслідки кожного з двох поєднаних захворювань суттєво гірші, ніж при їх окремому існуванні [11, 14, 15].

Метою дослідження було з'ясування перспективності застосування сучасних комбінованих фітопрепаратів (імупрету) в комплексі засобів медичної реабілітації хворих на негоспітальну пневмонію, сполучену зі стеатозом печінки.

Матеріали і методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 72 хворих на НП, сполучену зі СП, з них 41 чоловік (56,9 %) та 31 жінка (43,1 %) у віці від 18 до 55 років, які склали основну групу. Середня тяжкість НП в гострому періоді хвороби була у 43 пацієнтів (59,7 %), тяжка – у 29 хворих (40,3 %). Групу зіставлення склали 38 пацієнтів. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю, особливостями клінічного перебігу НП, сполученої з СП.

Діагноз НП (шифр j18 за МКХ-10) встановлювали згідно з вимогами діючого клінічного протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [1]; СП (шифр K76.0) – відповідно до існуючих рекомендацій.

Хворим основної групи, крім загальноприйнятих реабілітаційних заходів (ессенціале Н по 2 капсули 3 рази на добу, препарати розторопші плямистої – силібор по 2 таблетки 3 рази на добу під час їжі протягом 30-40 діб поспіль), призначали комбінований фітозасіб, який застосовується при кашлі і простудних захворюваннях (імупрет) по 20 крапель 3 рази на день усередину протягом 25-30 діб поспіль. До складу імупрету входять екстракти лікарських рослин: коренів алтеї (*radix althaeae*) 0,4 г; квіток ромашки (*flores chamomillae*) 0,3 г; трави хвоща (*herba equiseti*)

0,5 г; листя грецького горіха (*folia juglandis*) 0,4 г; трави деревію (*herba millefolii*) 0,4 г; кори дуба (*cortex quercus*) 0,2 г; трави кульбаби (*herba taraxaci*) 0,4 г. Рослинні компоненти, які входять до складу препарату, мають комплексну активність, що виявляється у протизапальній дії, зменшенні набряку слизової оболонки дихальних шляхів та навколоносових пазух, місцевій обволікаючій дії (зменшення больових відчуттів), імуностимулюючому та протівірусному ефектах. Під впливом препарату підвищується фагоцитарна активність макрофагів і гранулоцитів, прискорюється елімінація патогенних мікроорганізмів. Препарат також сприяє запобіганню розвитку ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали з використанням пакетів ліцензійних програм «Біостатистика» і «Statistica 6.0».

Результати дослідження та їх обговорення

При виписуванні зі стаціонару до початку медичної реабілітації хворих турбували такі респіраторні прояви перенесеної НП, як малопродуктивний кашель, відчуття дискомфорту в грудній клітці при глибокому вдиху на стороні перенесеного раніше запального процесу у легеневій тканині, наявність незначної задишки змішаного характеру при помірному фізичному навантаженні, окрім того, в більшості випадків, зберігалися загальна слабкість, підвищена втомлюваність та дратівливість, емоційна нестабільність, зниження апетиту.

При об'єктивному обстеженні у 20 хворих основної групи (27,8 %) та 12 (31,6 %) групи зіставлення була встановлена наявність підвищеної загальної пітливості (гіпергідроз), у 15 (20,8 %) та 7 хворих (18,4 %) відповідно, інколи виникали епізоди підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. При аускультатії легень у 43 пацієнтів (59,7 %) основної групи та у 21 (55,3 %) групи зіставлення в цей період дослідження на боці перенесеного запального процесу легеневої тканини вислуховувалося жорстке дихання. Наявність поодиноких сухих хрипів на боці ураження легеневої тканини було виявлено у 29 хворих основної групи (40,3 %) та 14 групи зіставлення (36,8 %). У 5 хворих основної групи (6,9 %) та 4 групи зіставлення (10,5 %) вислуховувався шум тертя плеври.

За даними рентгенологічного дослідження органів

грудної клітки, що було проведено при виписці хворих із пульмонологічного відділення, у 32 пацієнтів основної групи (44,4 %) та 15 (39,5 %) групи зіставлення на рентгенограмі легень виявлялося локальне збільшення та збагачення легеневого рисунку у частці легені, де раніше локалізувався запальний процес, а також ущільнення, тяжистість та нечіткість зовнішніх контурів кореня легені на боці перенесеної НП. Ознаки адгезивного плевриту у вигляді локальної деформації куполу діафрагми за рахунок плевральних нашарувань у зовнішньому та/або задньому косто-діафрагмальному зовнішньому синусах зберігалися у 5 обстежених основної групи (6,9 %) та 4 групи зіставлення (10,5 %).

Помірно виражені ознаки хронічного ураження печінки в цей період обстеження такі як відчуття тяжкості або тупого болю у правому підребер'ї спостерігалися у 41 хворого основної групи (56,9 %) та 23 групи зіставлення (60,6 %), здуття живота – у 11 (15,3 %) та 7 обстежених (18,4 %) відповідно, на відчуття гіркоти у роті вказували 35 пацієнтів (48,6 %) в основній групі та 16 (42,1 %) з групи зіставлення, обкладеність язика білим, брудним сірим або жовтуватим нальотом виявлялося у 35 (48,6 %) та 17 осіб (44,7 %) відповідно.

У клінічному аналізі крові у 29 пацієнтів основної групи (40,3 %) рівень лейкоцитів реєструвався у межах $7,6-9,3 \times 10^9/\text{л}$, підвищення ШОЕ – в межах 15-20 мм/год – у 31 обстеженого (43,1 %). У групі зіставлення аналогічні лабораторні зміни реєструвалися у 14 (36,8 %) та 18 реконвалесцентів (47,4 %), відповідно. Біохімічне дослідження у 34 пацієнтів основної групи (47,2 %) та 15 групи зіставлення (39,5 %) виявляло помірне підвищення рівня загального білірубіну (в межах 20,6-23,5 мкмоль/л), збільшення вмісту в крові фракції прямого білірубіну (в межах 5,8-9,5 мкмоль/л) спостерігалось у 28 (38,9 %) та 13 обстежених (34,2 %) відповідно. Помірно підвищення активності АлАТ (в межах 0,85-1,3 ммоль/год·л) та АсАТ (в межах 0,65-0,95 ммоль/год·л) у хворих основної групи було задокументовано у 26 (36,1 %) та 22 обстежених (30,6 %) відповідно, показник тимолової проби був збільшений (в межах 5,5-7,6 од.) у 8 осіб (11,1 %). У групі зіставлення підвищення активності АлАТ та АсАТ в аналогічних межах було констатовано у 12 (31,6 %) та 11 обстежених (28,9 %) відповідно, показник тимолової проби був збільшений (в межах 5,5-7,6 од.) у 5 хворих (13,2 %).

Клінічне обстеження, яке було проведено через 4 тижні після початку медичної реабілітації, тобто на момент завершення прийому імупрету пацієнтами основної групи, дозволило встановити суттєве покращення стану здоров'я та практично повну ліквідацію залишкових респіраторних проявів перенесеної НП і симптоматики післяінфекційного астеничного синдрому.

Так, частота збереження у хворих основної групи непродуктивного кашлю була в середньому в 2,4 рази ($P < 0,05$), відчуття дискомфорту в грудній клітці – в 3,8 рази ($P < 0,05$), задишки – в 2,2 рази ($P < 0,05$) рідше, ніж в групі зіставлення. На загальну слабкість в цей

період дослідження в основній групі вказували в 2,9 рази ($P < 0,05$); відчуття нездужання та зниження працездатності відповідно в 3,8 та 2,8 рази рідше ($P < 0,05$), ніж у групі зіставлення. Нестабільність емоційного настрою в основній групі після завершення медичної реабілітації виявлялася в 3,5 рази ($P < 0,05$), підвищена дратівливість – в 3,1 рази ($P < 0,05$), пригнічення загального психоемоційного настрою – в 2,7 рази ($P < 0,05$), розлади сну – в 3,1 рази ($P < 0,05$) рідше в порівнянні з обстеженими групи зіставлення.

При об'єктивному обстеженні у 2 хворих основної групи (12,8 %) була встановлена наявність підвищеної загальної пітливості (гіпергідроз), жодних випадків підвищення температури тіла до субфебрильних цифр в цей період дослідження не було виявлено. Частота збереження у хворих основної групи жорсткого дихання та поодиноких сухих хрипів була в середньому в 2,5 та 7,5 рази рідше, ніж в групі зіставлення ($P < 0,05$).

Рентгенологічне дослідження грудної клітки, що було проведено після завершення медичної реабілітації, в основній групі в 2,7 рази ($P < 0,05$) рідше, ніж в групі зіставлення, виявляло локальне збільшення та збагачення легеневого рисунку в частці легені, де раніше локалізувався запальний процес, а також ущільнення, тяжистість та нечіткість зовнішніх контурів кореня легені на боці перенесеної НП. Частота виявлення ознак адгезивного плевриту у пацієнтів обох груп відносно початкових даних практично не змінювалася.

Помірно виражені ознаки хронічного ураження печінки у вигляді тяжкості або тупого болю в правому підребер'ї після завершення медичної реабілітації в основній групі виявлялися лише у 19 пацієнтів (26,4 %), в групі зіставлення – у 12 хворих (31,6 %), здуття животу – у 3 (4,2 %) та 3 досліджених (7,9 %) відповідно, відчуття гіркоти у роті спостерігалось у 11 (15,3 %) та 13 хворих (34,2 %) відповідно.

Проведення повторного біохімічного обстеження дозволило встановити, що в основній групі у переважній більшості обстежених повністю нормалізувався вміст загального білірубіну в сироватці крові, який становив $18,4 \pm 0,6$ мкмоль/л, і лише у 8 хворих (11,1 %) із збереженням клінічних проявів бронхіту та синдрому післяінфекційної астенії відмічалися помірно підвищені показники, що характеризують функціональний стан печінки. В групі зіставлення в цей період дослідження підвищення вмісту прямого білірубіну зберігалось у 9 осіб (23,7 %), підвищена активність АлАТ – у 7 (18,4 %), АсАТ – у 6 (15,8 %), показника тимолової проби – у 3 (7,9 %) хворих. Це свідчило про збереження у даних пацієнтів помірно вираженого загострення СП. У клінічному плані у цих осіб зберігалася симптоматика бронхіту та синдрому післяінфекційної астенії після перенесеної НП, що було представлено вище.

Таким чином, застосування комбінованого фітозасобу імупрету з метою медичної реабілітації пацієнтів, які перенесли на НП на тлі СП, у 84,7 % випадків забезпечує

чітко виражений позитивний вплив на динаміку клінічних показників та сприяє повній ліквідації проявів бронхіту та синдрому післяінфекційної астениї після перенесеної пневмонії. В той же час ліквідація симптомів бронхіту відмічена лише у 65,8 % хворих групи зіставлення. Збереження синдрому післяінфекційної астениї після перенесеної НП, що перебігала на фоні СП, мало місце у 26,3 % хворих групи зіставлення та лише у 8,3 % пацієнтів, які отримували імупрет, тобто в 3,2 рази частіше ($P < 0,05$).

У клінічному плані застосування сучасного комбінованого фітозасобу імупрету в комплексі медичної реабілітації хворих на НП, сполучену зі СП, сприяло зменшенню строків ліквідації залишкових явищ хвороби у пацієнтів основної групи в середньому на $3,8 \pm 0,7$ діб у порівнянні з особами групи зіставлення, які отримували загальнопри-

йняті засоби медичної реабілітації. Це свідчить про позитивний вплив імупрету на стан здоров'я хворих, які перенесли НП, сполучену зі СП, та в цілому про підвищення якості життя таких осіб.

Висновки

Про перспективність застосування комбінованого фітозасобу імупрету в медичній реабілітації хворих, що перенесли НП, сполучену зі СП, свідчить повна ліквідація симптомів бронхіту та синдрому післяінфекційної астениї після перенесеної пневмонії у 84,7 % випадків, а також зменшенню строків ліквідації залишкових явищ НП в середньому на 3,8 діб у порівнянні з особами, які отримували загальноприйняті засоби медичної реабілітації.

Література

1. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну пневмонію у дорослих. Додаток до наказу МОЗ №128 від 19-03-2007.
2. Корнеева О. Н. Неалкогольная жировая болезнь печени как проявление метаболического синдрома / О. Н. Корнеева, О. М. Драпкина, А. О. Буеверов // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 4. – С. 21-24.
3. Ноников В. Е. Внебольничные пневмонии: эмпирическая антибактериальная терапия / Ноников В. Е // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 22. – С. 1268-1272.
4. Сильвестров В. П. Пневмония: исторические аспекты и современность / В. П. Сильвестров // Тер. архив. – 2003. – № 9. – С. 63-69.
5. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Яковлев С. В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: Пособие для врачей / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, С. В. Яковлев // Инфекции и антимикробная терапия. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 99-117.
6. Штулин В. П. Неалкогольный стеатогепатит / В. П. Штулин // Therapia. Український медичний вісник. – 2007. – № 9. – С. 28-32.
7. Canoy D., Luben R., Welch A. et al. Abdominal obesity and respiratory function in men and women in the EPIC-Norfolk Study, UK // American Journal of Epidemiology. – 2004. – Vol. 159. – № 12. – P. 1140-1149.

8. Deane S., Thomson A. Obesity and the pulmonologist // Archives of Diseases in Childhood. – 2006. – Vol. 91. – P. 188-191.
9. Diagnostic value of a computerized hepatorenal index for sonographic quantification of liver steatosis / M. Webb, H. Yeshua, S. Zelber-Sagi [et al.] // AJR. – 2009. – Vol. 192. – P. 909-914.
10. Jubber A. S. Respiratory complications of obesity // International Journal of Clinical Practice. – 2004. – Vol. 58. – P. 573-580.
11. Poulain M., Doucet M., Major G. C. et al. The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies // Canada's Leading Medical Journal. – 2006. – Vol. 1503-1513.
12. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity / J. D. Browning, L. S. Szczepaniak, R. Dobbins [et al.] // Hepatology. – 2004. – Vol. 40. – P. 1387-1395.
13. Kotronen A. Fatty liver: a novel component of the metabolic Syndrome / A. Kotronen, H. Yki-Jarvinen // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2008. – Vol. 28. – P. 27-38.
14. Targher G. Non-alcoholic fatty liver disease and increased risk of cardiovascular disease / G. Targher, G. Arcaro // Atherosclerosis. – 2007. – Vol. 191. – P. 235-240.
15. Veale D., Rabec C., Labaan J. P. Respiratory complications of obesity // Breathe. – 2008. – Vol. 4. – № 3. – P. 211-223.

Надійшла до редакції 29.11.2013

УДК 616.24-002+616.36-036.12

Л. М. Иванова, Р. В. Разумный

ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРСПЕКТИВ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЗАСОБІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, стеатоз печінки, медична реабілітація, фітопрепарати.

Використання комбінованого фітопрепарату імупрету в медичній реабілітації хворих на негоспітальну пневмонію в сполученні зі стеатозом печінки є перспективним, про що свідчить ліквідація симптомів бронхіту і синдрому післяінфекційної астениї після перенесеної пневмонії.

Л. Н. Иванова, Р. В. Разумный

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСПЕКТИВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, стеатоз печени, медицинская реабилитация, фитопрепараты.

Использование комбинированного фитопрепарата имупрета в медицинской реабилитации больных негоспитальной пневмонией в сочетании со стеатозом печени является перспективным, о чем свидетельствует ликвидация симптомов бронхита и синдрома послеинфекционной астении после перенесенной пневмонии.

L. N. Ivanova, R. V. Razumnyy

RATIONALE FOR USE OUTLOOK PHYTOPREPARATIONS IN MEDICAL REHABILITATION PATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN COMBINATION WITH HEPATIC STEATOSIS

Keywords: community acquired pneumonia, hepatic steatosis, medical rehabilitation, herbal.

Using combined phytopreparation Imupret in medical rehabilitation of patients with community acquired pneumonia in combination with hepatic steatosis is promising, as evidenced by the elimination of the symptoms of bronchitis and fatigue syndrome послеинфекционной after pneumonia.

