

Я. Л. Юган, Я. А. Соцька

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУНИХ КОМПЛЕКСІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНАЦІЇ СІРІНУ ТА ЛІКОПІДУ В КОМПЛЕКСІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ, НА ТЛІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, інфекційний мононуклеоз, нейроциркуляторна дистонія, циркулюючі імунні комплекси, молекулярний склад, сирін, лікопід, медична реабілітація.

Був проаналізований рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та їхньої молекулярної складу у сироватці крові хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), після перенесеного інфекційного мононуклеозу (ІМ), на тлі нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Відмічено збільшення загального рівня ЦІК переважно за рахунок найбільш патогенних середньо- та дрібно молекулярних фракцій. Встановлено, що застосування комбінації препаратів гепатопротектора рослинного походження сиріну та сучасного імуноактивного препарату лікопіду додатково до загальноприйнятої медичної реабілітації НАСГ, після перенесеного ІМ, на тлі НЦД, поряд з позитивним клінічним ефектом, має позитивний вплив на імунологічні показники та у більшості випадків сприяє нормалізації концентрації ЦІК та їхнього молекулярного вмісту у сироватці крові хворих. Застосування комбінації препаратів гепатопротектора рослинного походження сиріну та сучасного імуноактивного препарату лікопіду сприяє покращанню ефективності медичної реабілітації та збільшує кількість хворих з повноцінною ремісією НАСГ.

Я. Л. Юган, Я. А. Соцька

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНАЦИИ СИРИНА И ЛИКОПИДА В КОМПЛЕКСЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, НА ФОНЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, инфекционный мононуклеоз, нейроциркуляторная дистония, циркулирующие иммунные комплексы, молекулярный состав, сирин, ликопид, медицинская реабилитация.

Был проанализирован уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их молекулярный состав в сыворотке крови больных неал-

когольным стеатогепатитом (НАСГ), после перенесенного инфекционного мононуклеоза (ИМ), на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Отмечено увеличение общего уровня ЦИК в основном за счет наиболее патогенных средне- и мелко- молекулярных фракций. Установлено, что применение комбинации препаратов гепатопротектора растительного происхождения сирина и современного иммуноактивного препарата ликопида дополнительно к общепринятой медицинской реабилитации НАСГ, после перенесенного ИМ, на фоне НЦД, наряду с положительным клиническим эффектом, оказывает положительное влияние на иммунологические показатели и в большинстве случаев способствует нормализации концентрации ЦИК и их молекулярного состава в сыворотке крови больных. Применение комбинации препаратов гепатопротектора растительного происхождения сирина и современного иммуноактивного препарата ликопида способствует улучшению эффективности медицинской реабилитации и увеличивает количество больных с полноценной ремиссией НАСГ.

Ya. L. Yugan, Ya. A. Sotskaya

DYNAMICS OF CIRCULATING IMMUNE COMPLEXES WITH THE COMBINATION OF SIRIN AND LIKOPID IN COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS, AFTER INFECTIOUS MONONUCLEOSIS, ON BACKGROUND NEUROCIRCULATORY DYSTONIA

Keywords: nonalcoholic steatohepatitis, infectious mononucleosis, neurocirculatory dystonia, circulating immune complexes, molecular composition, sirin, likopid, medical rehabilitation.

Been analyzed and the level of circulating immune complexes (CIC) and their molecular composition in serum of patients nonalcoholic steatohepatitis (NASH), after infectious mononucleosis (IM), on background neurocirculatory dystonia (NCD). Noted that the increase in the level of public CIC mainly due to most pathogenic medium- and small- molecular fractions. Found that the combination of drugs modern herbal - hepatoprotector Sirin and Immunoactive drug licopid in addition to conventional medical rehabilitation NASH, after IM, on background NCD, along with the positive clinical effect has a positive impact on immunological parameters and most cases helps to normalize the concentration of CIC and their molecular content in the serum of patients. With the combination Sirin and licopid improves the effectiveness of medical rehabilitation and increases the number of patients with complete remission of NASH.



ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЗАСОБІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ В ПОЄДНАННІ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

■ Р. В. Разумний, д. мед. н., доц. каф. внутр. мед. з профпатол.

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет»

На сьогодні негоспітальна пневмонія (НП) належить до найбільш поширених гострих захворювань респіраторної системи інфекційного генезу [3, 4, 5, 15].

За даними медичної статистики, захворюваність дорослих в Україні складає 459 випадків, смертність – 11 на

100 тис. населення, тобто померло 2,4 % з числа тих, хто захворів на пневмонію [7, 8]. У хворих старше 55 років і при наявності хронічної фонової патології летальність досягає 15-30 % [10, 11]. Сполучені ураження інших органів, в тому числі печінки, передусім у вигляді стеатозу печінки

(СП), виникнення якого зумовлено змінами стилю життя, погіршенням його якості, шкідливими звичками, несприятливими екзогенними факторами тощо, розцінюються як модифікуючі фактори, які визначають клінічний перебіг, тривалість, тяжкість пневмонії та летальність [6, 9, 12, 13, 14].

Тому доцільним є вивчення патогенетичного значення порушень імунологічного гомеостазу у хворих на НП у сполученні з СП та можливостей оптимізації медичної реабілітації з використанням сучасних комбінованих рослинних препаратів [1].

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування сучасного комбінованого фітопрепарату імупрету в медичній реабілітації хворих на негоспітальну пневмонію у сполученні з стеатозом печінки та його вплив на імунологічні показники.

Матеріали та методи дослідження

Оцінка ефективності комбінованого фітозасобу імупрету була проведена у 72 хворих на НП, сполучену зі СП, (чоловіків – 56,9 %, жінок – 43,1 %), які склали основну групу; група зіставлення включала 38 пацієнтів, які були рандомізовані за віком, статтю, особливостями клінічного перебігу НП та вираженістю змін імунного гомеостазу.

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

Хворим основної групи, поряд з традиційними засобами реабілітації (ессенціале Н по 2 капсули 3 рази на добу, силбор по 2 таблетки 3 рази на добу під час їди протягом 30-40 діб поспіль), призначали комбінований фітозасіб (імупрет по 20 крапель 3 рази на день внутрішньо протягом 25-30 діб поспіль), який містить екстракти коренів алтеї, квіток ромашки, трави хвоща, кульбаби, деревію, листя грецького горіха, кори дуба, що мають різні фармакологічні властивості, в тому числі імуностимулюючий ефект. 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.

Імунологічні дослідження включали вивчення показників клітинної та гуморальної ланок імунітету, ЦПК. Стан клітинної ланки імунітету – кількість загальної популяції Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+) у периферичній крові у цитотоксичному тесті із застосуванням комерційних моноклональних антитіл (МКАТ) класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ виробництва НВЦ «Медбіоспектр» (РФ-Москва). Виразювався імунорегуляторний індекс CD4/CD8, що трактувався як співвідношення Т-лімфоцитів з хелперною та супресорною активністю (Th/Ts). Оцінка виявлених зсувів здійснювалась методом «імунологічного компасу» (Фролов В. М. та співавт., 1994). Функ-

ціональна активність Т-лімфоцитів вивчалася за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) при постановці її мікрометодом.

Стан макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) визначали за показниками фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ), яку досліджували чашечковим методом (Фролов В. М. та співавт., 1990) з вивченням фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного індексу (ФІ), індексу атракції (ІА) та індексу перетравлення (ІП).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою пакетів ліцензійних програм «Біостатистика» і «Statistica 6.0».

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведених імунологічних досліджень було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах хворих встановлювалося зменшення показника РБТЛ з ФГА, що свідчило про пригнічення функціонального стану Т-лімфоцитів, наявність Т-лімфопенії різного ступеня вираженості та дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, який переважно полягав у суттєвому зменшенні числа циркулюючих у периферичній крові CD4+-клітин (Т-хелперів/індукторів), в той час як кількість Т-супресорів/кілерів (CD8+-лімфоцитів) та В-клітин (CD22+) знаходилася біля нижньої межі норми (табл. 1).

Проведене імунологічне дослідження дозволило встановити, що у пацієнтів обох груп до проведення медичної

Таблиця 1

Показники клітинної ланки імунітету в обстежених хворих на НП, сполучену зі СП, до початку медичної реабілітації (M ± m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P ₂
		основна (n = 72)	зіставлення (n = 38)	
CD3+, % г/л	69,2 ± 2,3	54,1 ± 1,6 P ₁ < 0,01	53,8 ± 1,7 P ₁ < 0,001	> 0,1
	1,3 ± 0,04	0,93 ± 0,03 P ₁ < 0,001	0,94 ± 0,03 P ₁ < 0,001	> 0,1
CD4+, % г/л	45,8 ± 1,6	37,0 ± 1,4 P ₁ < 0,01	37,3 ± 1,3 P ₁ < 0,01	> 0,1
	0,86 ± 0,03	0,64 ± 0,02 P ₁ < 0,001	0,65 ± 0,02 P ₁ < 0,01	> 0,1
CD8+, % г/л	22,9 ± 1,1	21,8 ± 0,6 P ₁ > 0,05	21,6 ± 0,9 P ₁ > 0,05	> 0,1
	0,43 ± 0,02	0,37 ± 0,01 P ₁ > 0,05	0,38 ± 0,02 P ₁ > 0,05	> 0,1
CD4 / CD8	2,00 ± 0,02	1,7 ± 0,03 P ₁ < 0,001	1,73 ± 0,04 P ₁ < 0,001	> 0,1
CD22+, % г/л	22,1 ± 1,2	21,2 ± 0,9 P ₁ > 0,05	21,0 ± 1,1 P ₁ > 0,05	> 0,1
	0,42 ± 0,02	0,36 ± 0,03 P ₁ > 0,05	0,37 ± 0,02 P ₁ > 0,05	> 0,1
РБТЛ %	66,5 ± 2,1	48,6 ± 2,5 P ₁ < 0,001	49,1 ± 2,7 P ₁ < 0,001	> 0,1

Примітка: у табл. 1, 2, 3 та 4 – P₁ – відображає вірогідність розбіжностей кожного показника відносно норми; P₂ – вірогідність різниці між відповідними показниками у хворих основної групи та групи зіставлення.

Таблиця 2

Показники ФАМ у обстежених хворих на НП, сполучену зі СП, до початку медичної реабілітації (M±m)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих		P ₂
		основна (n = 72)	зіставлення (n = 38)	
ФІ, %	26,8 ± 1,6	15,8 ± 1,3 P ₁ < 0,01	16,1 ± 1,2 P ₁ < 0,01	> 0,1
ФЧ	4,0 ± 0,15	2,2 ± 0,2 P ₁ < 0,01	2,4 ± 0,2 P ₁ < 0,01	> 0,1
ІА, %	14,8 ± 0,2	11,8 ± 0,3 P ₁ < 0,01	12,0 ± 0,2 P ₁ < 0,01	> 0,1
ІІ, %	25,1 ± 1,5	16,7 ± 0,9 P ₁ < 0,01	17,8 ± 0,7 P ₁ < 0,01	> 0,1

реабілітації відбувалося порушенням МФС, що виражалося у зниженні ФІ, ФЧ, ІА, а також ІІ, який характеризує завершеність процесів фагоцитозу (табл. 2). При порівняльному аналізі показників ФАМ в основній групі та групі зіставлення було встановлено відсутність вірогідної різниці між їхніми значеннями (P > 0,1), що свідчить про однотиповість виявлених зсувів фагоцитарних показників та однакову ступінь їхньої вираженості.

Повторно проведене дослідження через 3-4 тижні після початку медичної реабілітації, тобто на момент завершення прийому імупрету пацієнтами основної групи, дозволило встановити, що темп і вираженість покращення клітинної ланки імунітету у хворих основної групи та групи зіставлення був різний (табл. 3).

Так, відносний вміст лімфоцитів з фенотипом CD3+

Таблиця 3

Показники клітинної ланки імунітету в обстежених хворих на НП, сполучену зі СП, після завершення медичної реабілітації (M ± m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P ₂
		основна (n = 72)	зіставлення (n = 38)	
CD3+, % г/л	69,2 ± 2,3	68,7 ± 2,1 P ₁ > 0,05	58,3 ± 1,9 P ₁ < 0,05	< 0,05
	1,3 ± 0,04	1,29 ± 0,04 P ₁ > 0,05	1,0 ± 0,04 P ₁ < 0,01	< 0,01
CD4+, % г/л	45,8 ± 1,6	45,1 ± 1,6 P ₁ > 0,05	39,5 ± 1,5 P ₁ < 0,05	< 0,05
	0,86 ± 0,03	0,85 ± 0,03 P ₁ > 0,05	0,69 ± 0,03 P ₁ < 0,05	< 0,05
CD8+, % г/л	22,9 ± 1,1	22,2 ± 1,1 P ₁ > 0,05	22,4 ± 1,3 P ₁ > 0,05	> 0,1
	0,43 ± 0,02	0,42 ± 0,02 P ₁ > 0,05	0,39 ± 0,02 P ₁ > 0,05	> 0,1
CD4/CD8	2,00 ± 0,02	2,03 ± 0,04 P ₁ > 0,05	1,76 ± 0,03 P ₁ < 0,001	< 0,05
CD22+, % г/л	22,1 ± 1,2	21,7 ± 0,9 P ₁ > 0,05	21,5 ± 1,0 P ₁ > 0,05	> 0,1
	0,42 ± 0,02	0,41 ± 0,02 P ₁ > 0,05	0,38 ± 0,02 P ₁ > 0,05	> 0,1
РБТЛ, %	66,5 ± 2,1	64,8 ± 2,3 P ₁ > 0,05	52,1 ± 2,2 P ₁ < 0,01	< 0,05

у пацієнтів основної групи на відміну від хворих групи зіставлення, не відрізнявся від референтної норми. При міжгруповому зіставленні відносний вміст CD3+-клітин у пацієнтів основної групи в середньому був в 1,2 разів (P < 0,05) вищим, ніж аналогічний показник у досліджених групі зіставлення. Кратність зростання абсолютної кількості загальної популяції Т-лімфоцитів (CD3+) у реконвалісцентів основної групи складала 1,39 разів, в той час як у групі зіставлення – лише 1,06 разів (P < 0,05). Крім того, абсолютне число лімфоцитів з фенотипом CD3+ у пацієнтів основної групи, на відміну від хворих групи зіставлення, не відрізнявся від референтної норми. При міжгруповому зіставленні абсолютне число CD3+-клітин у пацієнтів основної групи, в середньому було в 1,2 разів (P < 0,05) вищим, ніж аналогічний показник у досліджених групі зіставлення. Кількість Т-хелперів/індукторів (CD4+) в основній групі хворих, на відміну від хворих групи зіставлення, на момент виписки зі стаціонару, не відрізнявся від референтної норми. При міжгруповому зіставленні кількість Т-хелперів/індукторів (CD4+) в основній групі була вищою, ніж їх вміст у хворих групи зіставлення в 1,2 разів (P < 0,05) як у відносному, так і в абсолютному вирахованні.

В основній групі значення CD4/CD8 збільшилося у середньому в 1,2 разів (P < 0,05) та вірогідно не відрізнялося від норми (P > 0,01). У групі зіставлення спостерігалася лише тенденція до зростання даного індексу, який після завершення медичної реабілітації залишався в 1,14 разів нижче норми (P < 0,05). При міжгруповому зіставленні значення CD4/CD8 в основній групі було в 1,2 разів (P < 0,05) вище, ніж у хворих групи зіставлення.

Показник РБТЛ з ФГА, після завершення застосування імупрету в основній групі був вище початкового рівня в 1,33 разів (P < 0,05) та вірогідно не відрізнявся від норми. В групі зіставлення кратність зростання показника РБТЛ з ФГА впродовж періоду медичної реабілітації складала лише 1,06 разів, що було в середньому в 1,28 разів нижче норми (P < 0,01) та в 1,24 разів менше показника РБТЛ у реконвалісцентів основної групи (P < 0,05).

Темп і вираженість покращення функціональної активності МФС у хворих основної групи та групи зіставлення під час медичної реабілітації також був різний. Так, в основній групі після завершення медичної реабілітації відбувалася практично повна нормалізація показників ФАМ (табл. 4). При цьому рівень ФІ зріс в середньому в 1,6; ФЧ – в 1,7; ІА – в 1,2; ІІ – в 1,4 разів відносно вихідного показника. В той же час в групі зіставлення збільшення ФІ відбулося лише в 1,3 разів, що було в 1,28 разів менше за норму (P < 0,05); ФЧ – в 1,33 та в 1,25 (P < 0,05) відповідно; ІА – в 1,1 рази та в 1,13 (P < 0,05) відповідно; ІІ – в 1,1 та в 1,28 разів (P < 0,05) відповідно.

Крім того, кратність різниці ФІ між хворими основної групи та групи зіставлення після завершення медичної реабілітації складала в середньому 1,2 разів (P < 0,05). Значення ІА та ІІ в цей період дослідження в основній групі в середньому в 1,1 разів (P < 0,05) та в 1,2 рази (P < 0,05)

Таблиця 4

Показники ФАМ у обстежених хворих на НП, сполучену зі СП, після завершення медичної реабілітації (M ± m)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих		P ₂
		основна (n = 72)	зіставлення (n = 38)	
ФІ, %	26,8 ± 1,6	25,1 ± 1,5 P ₁ > 0,05	20,9 ± 1,3 P ₁ < 0,05	< 0,05
ФЧ	4,0 ± 0,15	3,7 ± 0,3 P ₁ > 0,05	3,2 ± 0,2 P ₁ < 0,05	> 0,05
ІА, %	14,8 ± 0,2	14,3 ± 0,3 P ₁ > 0,05	13,1 ± 0,4 P ₁ < 0,05	< 0,05
ІІ, %	25,1 ± 1,5	23,4 ± 1,3 P ₁ > 0,05	19,6 ± 1,2 P ₁ < 0,05	< 0,05

відповідно було вище аналогічного показника у досліджених групи зіставлення. Таким чином, в основній групі хворих в ході медичної реабілітації була досягнута практично повна нормалізація фагоцитарних показників, які характеризують функціональний стан МФС, в той час як в групі зіставлення позитивна динаміка показників ФАМ була менш значуща, а вивчені фагоцитарні індекси залишалися вірогідно нижче як відповідних показників норми,

так і аналогічних показників у пацієнтів, що отримували імупрет.

Таким чином, можна вважати, що використання комбінованого фітозасобу імупрету в медичній реабілітації хворих на НП, сполучену з СП, сприяє ліквідації Т-лімфопенії, дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, а також нормалізації функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ та фагоцитарних показників, які характеризують функціональний стан МФС.

Висновки

1. Для хворих на НП у сполученні з СП характерно пригнічення показників клітинної ланки імунітету, функціональної активності МФС та показників ІФС.
2. Застосування комбінованого рослинного препарату імупрету в медичній реабілітації хворих, що перенесли НП, сполучену зі СП, сприяє ліквідації Т-лімфопенії, дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, нормалізації функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ, а також нормалізації фагоцитарних показників, які характеризують функціональний стан МФС.

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. Драккина, А. О. Буевров // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 4. – С. 21-24.

3. Ноников В. Е. Внебольничные пневмонии: эмпирическая антибактериальная терапия / В. Е. Ноников // 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. 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. Шутулин В. П. Неалкогольный стеатогепатит / В. П. Шутулин // Therapia. Український медичний вісник. – 2007. – № 9. – С. 28-32.

7. Canoy D. Abdominal obesity and respiratory function in men and women in the EPIC-Norfolk Study, UK / D. Canoy, R. Luben, A. Welch [et al.] // American Journal of Epidemiology. – 2004. – Vol. 159. – № 12. – P. 1140-1149.

8. Deane S. Obesity and the pulmonologist / S. Deane, A. Thomson // 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 / A. S. Jubber // 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 / M. Poulain, M. Douce, G. C. Major [et al.] // 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 30.12.2013

УДК 616.24-002+616.36-036.12

Р. В. Разумний
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЗАСОБІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ В ПОЄДНАННІ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

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

Використання комбінованого фітопрепарату імупрету в медичній реабілітації хворих на негоспітальну пневмонію в поєднанні зі стеатозом печінки є ефективним, про що свідчить ліквідація Т-лімфопенії, дисбалансу головних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, нормалізація функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ, а також нормалізація фагоцитарних показників, які характеризують функціональний стан МФС.

Р. В. Разумный

ЭФФЕКТИВНОСТЬ 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 эффективным, о чем свидетельствует ликвидация Т-лимфопении, дисбаланса основных регуляторных субпопуляций Т-клеток, нормализация функциональной активности Т-лимфоцитов по данным РБТЛ, а также нормализация фагоцитарных показателей, которые характеризуют функциональное состояние МФС.

R. V. Razumnyy

EFFECTIVENESS OF HERBAL REMEDIES IN THE MEDICAL REHABILITATION OF 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 effective, as evidenced by the elimination of T-lymphopenia, imbalance of the main regulatory subpopulations of T-cells, the normalization of the functional activity of T-lymphocytes according blasttransformation reaction test and normalization of phagocytes indicators that characterize the functional state of monofagocities cells.



УДК: 612.13:[616.24-002+616.36-003.826]:615.37

ВПЛИВ ДЕРИВАТИВ ДРІЖДЖОВОЇ РИБОНУКЛЕЙНОВОЇ КИСЛОТИ В КОМБІНАЦІЇ З МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИМ ПРЕПАРАТОМ ГЕПА-МЕРЦ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

- М. В. Труняков, ас. каф. інф. хвор. з епідем.
- ДЗ «Луганський державний медичний університет»

В умовах великих промислових регіонів, зокрема Донбасу, які характеризуються високим рівнем забруднення довкілля, викидами та відходами промислових підприємств хімічної, металургійної, коксохімічної, гірновугільної галузей важкої індустрії, відзначається підвищений рівень захворюваності на хронічну патологію гепатобіліарної системи (ГБС), з якою досить часто сполучається хронічний токсичний гепатит (ХТГ) [4, 5, 14]. Встановлено, що виникнення ХТГ у теперішній час обумовлено не тільки гепатотропним впливом токсичних агентів в умовах промислового виробництва, але й також поширеним застосуванням консервантів та барвників синтетичного походження у харчовій промисловості, частим вживанням лікарських засобів, які є ксенобіотиками та метаболізуються у печінці й негативно впливають на її функціональний стан [1, 18, 19].

У сучасних умовах питому вагу в структурі хронічної патології бронхопульмональної системи займає також хронічне необструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [13, 17]. За даними клініко-епідеміологічних досліджень, ХОЗЛ вельми часто сполучається з ХТГ. Клінічний досвід показує, що наявність хронічної фонової патології, зокрема такої як ХОЗЛ, у хворих з ХТГ, обумовлює не тільки розмаїття клінічної картини захворювання, але, крім того, має негативний вплив на перебіг патологічного процесу в гепатобіліарній системі [8].

Вивчення патогенетичних особливостей токсичних уражень печінки, що перебігають на тлі ХОЗЛ, та розробка раціональних підходів до лікування даної патології має суттєве значення для практичної медицини. При розробці раціональної програми лікування хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ нашу увагу привернула можливість застосування комбінації препарату природнього походження нуклеїнату [12] та метаболічно активного засобу Гепа-мерц [3]. Раніше нами вже відзначалась ефективність сучасного імуноактивного препарату комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц при проведенні імунокорекції хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, зокрема позитивна дія на показники клітинної ланки імунітету і рівень циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад [15, 16]. Тому було актуальним і перспективним проаналізувати можливий позитивний вплив комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц на інші патогенетичні ланки ХТГ на тлі ХОЗЛ, а саме інтерфероновий статус (ІФС) хворих з даною сполученою патологією.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Робота виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: "Клініко-патогенетична характеристика та лікування хворих на хронічний токсичний гепатит, поєдна-