

Н. А. КОРЖ, В. А. ФИЛИППЕНКО, Ф. С. ЛЕОНТЬЕВА,
В. А. ТУЛЯКОВ, С. Е. БОНДАРЕНКО (Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОКАРНИТ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины» <post@sytenko.org.ua>

В статье приведены результаты клинических исследований эффективности Кокарнита у больных после эндопротезирования крупных суставов. Показано, что у больных, получавших Кокарнит в послеоперационном периоде, наблюдалось снижение количества жалоб на общесоматическое состояние. Кокарнит положительно оценивали больные. Существенных побочных реакций, ставших причиной отмены препарата, не отмечено. При приёме Кокарнита большинство исследованных лабораторных показателей (содержание глюкозы, β -липопротеинов, суммарных хондроитинсульфатов, продуктов тиобарбитуровой кислоты (ТБК-продуктов) – малонового диальдегида, активность аспаратаминотрансферазы, щёлочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы), показатели клинического анализа крови и лейкоцитарные индексы в процессе наблюдения достоверно не отличались от показателей в контрольной группе, что подтверждает хорошую переносимость указанного препарата. Применение Кокарнита в составе схемы лечения больных после эндопротезирования крупных суставов приводило к снижению содержания холестерина, липопротеинов, ТБК-продуктов (малоновый диальдегид), активности аланинаминотрансферазы, что свидетельствует о нормализующем влиянии указанного препарата на основные виды обмена веществ.

Ключевые слова: Кокарнит, биохимические исследования, клинические исследования.

Введение. В современной медицине эндопротезирование суставов является широко распространённой операцией, эффективным и часто единственным способом полноценного восстановления утраченной функции сустава при различных его заболеваниях и повреждениях [5, 6, 16].

Стресс организма, вызванный эндопротезированием, приводит к снижению функциональных резервов гемодинамики, кислородтранспортной функции крови, систем перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты. Эти изменения происходят на фоне большой кровопотери и обширных повреждений тканей в зоне операции, проведения спинальной анестезии, назначения массивной анальгетической и антибактериальной терапии в послеоперационном периоде [14].

В настоящее время для коррекции нарушений всё шире применяют метаболические средства [4]. Их действие основано на восстановлении биохимических реакций обмена веществ, нарушенных патологическим процессом [10]. Биоэнергетические свойства метаболических препаратов и способность воздействовать на универсальные звенья в обмене веществ обеспечивают им широкий спектр защитного действия и восстановительного влияния на метаболическую адаптацию и гомеостаз организма [17].

Применение комбинированных препаратов, поддерживающих метаболизм в организме пациента в послеоперационном периоде, является целесообразным. Один из представителей таких препаратов – Кокарнит (компания «World Medicine»), форма выпуска – порошок, лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций, в состав которого входят 20 мг никотинамида, 50 мг кокарбоксилазы, 0,5 мг цианокобаламина, 10 мг динатрия аденозинтрифосфат тригидрата.

Препарат рекомендован для метаболической терапии при болезнях сердца и нервной системы и является кардионейропротектором [7, 9]. Характеристики пре-

парата [15] обуславливают клинический интерес к нему как составной метаболической витаминной терапии в послеоперационном периоде у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и сопутствующей патологией, подвергшихся операционному стрессу при эндопротезировании тазобедренных и коленных суставов.

Цель исследования – оценка эффективности Кокарнита в послеоперационном периоде у больных после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 больных обоего пола в возрасте от 30 до 75 лет деформирующим остеоартрозом тазобедренного и коленного суставов III–IV стадии по Kellgren – Lawtence, находившихся на стационарном лечении в отделении ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов НАМН Украины» (Харьков), которым выполнено эндопротезирование. После эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава больные случайной выборкой разделены на основную (30 лиц) и контрольную (30 лиц) группы. Больным основной группы применён Кокарнит, больным контрольной группы его не назначали. Кокарнит применяли по 1 ампуле внутримышечно 1 раз в сутки, курс лечения – 9 дней, начиная с первого послеоперационного дня.

В период исследования больным после оперативного лечения назначали стандартный курс антибактериальной, инфузионной и антикоагулянтной терапии.

В исследование не включали лиц с гиперчувствительностью к любому из компонентов препарата, а также перенесших инфаркт миокарда, с гиперкоагуляцией, артериальной гипертензией III степени.

Всем обследованным проводили опрос и осмотр с целью выявления жалоб и возможных побочных реакций, а также измеряли артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и температуру тела. На 1-е сутки после операции (до начала приёма препарата), на 4-е (3-и сутки после начала приёма препарата) и на 10-е сутки (после окончания курса лечения Кокарнитом) применяли лабораторные методы исследования: клинический анализ крови (гемоглобин цианогемоглобиновым методом, определение количества эритроцитов, лейкоцитов, подсчёт лейкоцитарной формулы, тромбоцитов в камере Горяева, скорость оседания эритроцитов – СОЭ капиллярным методом) [11]. На основании результатов клинического анализа крови рассчитывали индекс лейкоцитарного сдвига – ИЛС (частное суммы количества эозинофильных и базофильных гранулоцитов, сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов, миелоцитов и метамиелоцитов – гранулоцитов к сумме лимфоцитов и моноцитов – агранулоцитов. Данный индекс является чувствительным показателем воспаления и активизации защитных сил организма [13].

Проводили также биохимическое исследование крови, включавшее определение содержания в сыворотке крови глюкозы глюкозооксидазным методом, холестерина энзиматическим методом, β -липопротеинов турбидиметрическим методом по Бурштейну и Самой [3], суммарных хондроитинсульфатов по реакции с риванолом [8], продуктов тиобарбитуровой кислоты – ТБК-продуктов (малоновый диальдегид) по инструкции к набору реактивов фирмы «Агат-Мед» (Россия), гликопротеинов по реакции с молибдатом аммония в сернокислой среде [8], активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы кинетическим методом [2]. Комплекс биохимических показателей позволил оценить функциональное состояние печени, влияние препарата на липидный и углеводный обмен, а также на метаболизм соединительной ткани.

Данные показатели сравнивали с таковыми у 20 практически здоровых доноров, сопоставимых по возрасту и полу.

Показатели статистически обработаны по методу Фишера – Стьюдента с вычислением средней арифметической и её среднеквадратичной ошибки [1]. При сравнении результатов групп достоверными считали различия при вероятности $> 95 \%$ и соответствующем показателе достоверности $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Основными жалобами в послеоперационном периоде после эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава у больных, кроме боли в области раны, были: тошнота, рвота, головная боль и головокружение при вертикальном положении, появление слабости после ходьбы с помощью костылей.

В основной группе на 3-и сутки лечения тошнота отмечалась на 23,33 % меньше, рвота – на 13,33 %, головная боль при вертикальном положении – на 16,66 %, головокружение – на 26,67 %, слабость после ходьбы – на 23,34 %. На 10-е сутки лечения Кокарнитом больные отмечали на 20 % меньше тошноты, на 13,33 % – рвоты, на 16,67 % – головной боли. На фоне приёма Кокарнита у больных наблюдали на 20 % реже головную боль и на 23,34 % слабость после ходьбы (табл. 1).

Таблица 1. Субъективные жалобы больных основной и контрольной групп

Показатель	3-и сутки лечения				10-е сутки лечения			
	основная группа (n = 30)		контрольная группа (n = 30)		основная группа (n = 30)		контрольная группа (n = 30)	
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%
Тошнота	2	6,67	9	30	1	3,33	7	23,33
Рвота	0	0	4	13,33	0	0	4	13,33
Головная боль	2	6,67	7	23,33	2	6,67	7	23,33
Головокружение	1	3,33	9	30	1	3,33	7	23,33
Слабость после ходьбы	1	3,33	8	26,67	1	3,33	8	26,67

Следовательно, при приёме Кокарнита в основной группе в послеоперационном периоде отмечалось меньше жалоб, связанных с нарушением метаболических процессов в организме.

Во время осмотра и опроса пациентов основной и контрольной групп в процессе клинического исследования не выявлены какие-либо жалобы, побочные реакции, осложнения или явления непереносимости исследуемого препарата при его ежедневном назначении в течение 9 дней.

Препарат не оказывал отрицательного влияния на АД и ЧСС, являющихся основными показателями сердечной деятельности и гемодинамики: после окончания исследования у больных обеих групп не отмечено достоверных изменений этих показателей по сравнению с исходным уровнем до лечения.

Оперативное вмешательство приводило к достоверному снижению содержания гемоглобина в крови больных обеих групп, которое оставалось достоверным на протяжении всего исследования (табл. 2). При этом отмечено значительное увеличение СОЭ, что можно объяснить операционной раной, а также изменение лейкоцитарной формулы крови, заключающееся в повышении процента палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов и в снижении количества лимфоцитов.

На фоне лечения на основании данных лабораторных показателей выявлена положительная динамика, проявляющаяся увеличением количества пациентов, у которых нормализовалось содержание гемоглобина до 85 % против 75 % уже на 3-и сутки после начала введения препарата. Данное соотношение сохранялось и на 10-е сутки после операции, что составило соответственно 87 % против 77 %. При этом среднее значение содержания гемоглобина не имело достоверных различий между собой на 3-и сутки лечения Кокарнитом. На 10-е сутки лечения у больных основной группы наблюдалось достоверное превышение данного показателя по сравнению с контрольной группой. Достоверных изменений содержания лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, а также лейкоцитарной формулы при применении Кокарнита не выявлено (см. табл. 2).

При применении Кокарнита у пациентов в послеоперационном периоде не отмечено достоверного изменения значений содержания глюкозы, β -липопротеинов, общих хондроитинсульфатов, активности АсАТ, γ -глутамилтранспептидазы в сыворотке крови.

Таблица 2. Результаты клинического обследования больных после эндопротезирования крупных суставов в процессе изучения эффективности препарата Кокарнит ($M \pm m$)

Показатель	Группа практически здоровых	До применения препарата		На 3-и сутки лечения		На 10-е сутки лечения	
		контрольная	основная	контрольная	основная	контрольная	основная
Гемоглобин, г/л	125,00 ± 3,61	97,36 ± 2,33*	102,37 ± 2,58*	98,92 ± 2,33*	102,83 ± 2,72*	99,68 ± 2,16*	107,00 ± 2,15*
Эритроциты, · 10 ⁹	3,94 ± 0,28	3,23 ± 0,06*	3,43 ± 0,08	3,30 ± 0,07*	3,45 ± 0,08	3,24 ± 0,06*	3,47 ± 0,07
Лейкоциты, · 10 ⁶	6,94 ± 0,77	8,11 ± 0,57	6,89 ± 0,41	6,59 ± 0,46	8,21 ± 1,79	6,60 ± 0,35	6,77 ± 0,43
Тромбоциты, · 10 ⁹	228,00 ± 5,53	209,60 ± 2,41	214,33 ± 3,86	210,00 ± 4,47	216,33 ± 2,47	218,40 ± 4,99	218,00 ± 2,42
СОЭ, мм	12,42 ± 1,74	18,40 ± 2,18*	21,27 ± 2,86*	33,24 ± 2,96*	31,17 ± 3,08*	21,68 ± 2,44*	25,53 ± 2,20*
Эозинофилы, %	2,10 ± 0,31	1,55 ± 0,53	2,10 ± 0,52	3,55 ± 0,69	2,5 ± 0,3	1,75 ± 0,31	3,13 ± 0,40
Юные, %	—	—	—	0,24 ± 0,11	—	—	—
Палочкоядерные, %	3,42 ± 0,64	6,76 ± 0,81*	6,87 ± 1,12*	4,72 ± 0,73	4,10 ± 0,47	4,36 ± 0,51	4,33 ± 0,76
Сегментоядерные, %	63,21 ± 1,67	73,08 ± 1,61	68,27 ± 1,49	61,56 ± 2,09	63,83 ± 2,02	62,52 ± 1,84	65,20 ± 1,68
Лимфоциты, %	24,38 ± 2,54	14,16 ± 1,52*	17,83 ± 1,29*	21,68 ± 1,66	22,40 ± 1,61	22,96 ± 1,49	21,37 ± 0,53
Моноциты, %	6,58 ± 0,62	5,68 ± 0,57	5,73 ± 0,66	7,92 ± 0,67	7,13 ± 0,60	6,04 ± 0,63	5,47 ± 0,53
Индекс сдвига лейкоцитов	2,10 ± 0,14	4,10 ± 0,17*	3,40 ± 0,18*	2,37 ± 0,16	2,33 ± 0,14	2,24 ± 0,18	2,70 ± 0,12

* $P < 0,05$ по сравнению с данными группы практически здоровых.

В группе больных, получавших Кокарнит, отмечено достоверное снижение содержания холестерина в сыворотке крови, что указывает на активацию под влиянием данного препарата липидного обмена.

Выявлены достоверные различия в содержании ТБК-продуктов на 10-е сутки лечения Кокарнитом, что соответствует свойствам его компонентов, которым присуща способность замедлять процессы перекисного окисления липидов и образования свободных радикалов (табл. 3). В связи с этим можно предположить, что Кокарнит способствует более полному окислению продуктов метаболизма с меньшим образованием вредных веществ.

Установлены низкие значения активности АЛАТ у пациентов, в схему лечения которых включали Кокарнит, что подтверждает его позитивное влияние на выживаемость гепатоцитов. Снижение уровня активности АЛАТ может свидетельствовать о более ранней нормализации функционального состояния печени.

В более позднем сроке наблюдения (10-е сутки) необходимо отметить низкое значение содержания гликопротеинов в сыворотке крови пациентов, получавших Кокарнит. Данный показатель в этом случае на фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов можно рассматривать скорее не как маркер воспаления, а как индекс общей интоксикации.

По другим показателям исследования достоверных различий между основной и контрольной группами не отмечено.

Таблица 3. Результаты биохимического исследования больных после эндопротезирования крупных суставов в процессе изучения эффективности препарата Кокарнит ($M \pm m$)

Показатель	Группа практически здоровых	До применения препарата		На 3-и сутки лечения		На 10-е сутки лечения	
		контрольная	основная	контрольная	основная	контрольная	основная
Глюкоза, ммоль/л	5,10 \pm 0,05	5,54 \pm 0,29	5,68 \pm 0,13	5,06 \pm 0,26	5,37 \pm 0,26	5,17 \pm 0,23	5,18 \pm 0,19
Гликопротеины, г/л	0,43 \pm 0,01	0,65 \pm 0,04*	0,61 \pm 0,03*	0,77 \pm 0,04*	0,65 \pm 0,03* ^Δ	0,79 \pm 0,04*	0,63 \pm 0,03* ^Δ
Аланинаминотрансфераза, ед./л	21,40 \pm 1,40	26,88 \pm 2,50	21,73 \pm 3,22 ^Δ	38,40 \pm 1,83	30,67 \pm 2,72 ^Δ	39,28 \pm 1,51	31,23 \pm 2,72 ^Δ
Аспаргатаминотрансфераза, ед./л	17,20 \pm 10,2	49,04 \pm 4,04*	50,27 \pm 3,88*	43,60 \pm 6,11*	58,90 \pm 17,35*	34,80 \pm 3,63*	34,07 \pm 2,28*
Холестерин, ммоль/л	4,97 \pm 0,20	3,88 \pm 0,12 ^Δ	3,48 \pm 0,10	4,68 \pm 0,20	4,25 \pm 0,12 ^Δ	4,93 \pm 0,16	4,32 \pm 0,14 ^Δ
β-Липопroteины, г/л	4,68 \pm 0,19	4,03 \pm 0,24	4,26 \pm 0,29	5,5 \pm 0,4	5,15 \pm 0,86	5,98 \pm 0,45	6,53 \pm 0,44
Хондроитинсульфаты, г/л	0,076 \pm 0,004	0,066 \pm 0,009	0,087 \pm 0,013	0,108 \pm 0,012*	0,128 \pm 0,020*	0,121 \pm 0,014*	0,121 \pm 0,012*
Щелочная фосфатаза, ед./л	195,20 \pm 1,90	219,12 \pm 17,93	260,83 \pm 18,10*	217,60 \pm 23,55	262,17 \pm 19,71*	220,20 \pm 16,41	263,23 \pm 21,29*
Активность γ-глутамилтранспептидазы, ед./л	25,6 \pm 1,6	46,56 \pm 11,77*	54,07 \pm 10,33*	77,04 \pm 16,96*	76,20 \pm 13,79*	74,76 \pm 15,79*	63,48 \pm 10,63*
ТБК-зависимые продукты, мкмоль/л	3,26 \pm 0,12	4,61 \pm 0,18*	4,00 \pm 0,23* ^Δ	6,91 \pm 0,56*	6,01 \pm 0,30* ^Δ	5,48 \pm 0,21*	4,06 \pm 0,13* ^Δ

* $P < 0,05$ по сравнению с данными группы практически здоровых.^Δ $P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой в тот же срок наблюдения.

Поскольку применение Кокарнита приводило к более выраженной нормализации биохимических и клинико-микроскопических показателей у пациентов после оперативного вмешательства с эндопротезированием крупных суставов, можно предположить, что его использование будет полезным для ускорения реабилитации больных и повышения качества их жизни в послеоперационном периоде.

Выводы. 1. Включение комплексного метаболического препарата Кокарнит в стандартную терапию больных с деформирующим остеоартрозом тазобедренного и коленного суставов III–IV стадии после эндопротезирования способствовало более успешному прохождению пациентами послеоперационного периода, что проявлялось уменьшением количества жалоб больных на общесоматическое состояние по сравнению с контрольной группой. 2. Препарат Кокарнит положительно оценивали больные, существенных побочных реакций, ставших причиной его отмены, не отмечено. 3. Включение Кокарнита в схему лечения пациентов после эндопротезирования крупных суставов приводило к снижению содержания холестерина, что указывает на нормализующее его влияние на обмен липидов. 4. Достоверно более низкое содержание ТБК-продуктов в сыворотке крови при лечении Кокарнитом указывает на способность замедлять процессы перекисного окисления липидов и образования свободных радикалов. 5. Отмечено снижение уровня активности аланинаминотрансферазы в сыворотке крови после применения Кокарнита, что может свидетельствовать о более ранней нормализации функционального состояния печени.

С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Камышников В. С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика: Справочник. В 2 т. – Минск: Интерсервис, 2003. – Т. 1. – 495 с.
3. Карташов М. І., Тимошенко О. П., Кібкало Д. В. та ін. Ветеринарна клінічна біохімія / За ред. М. І. Карташова, О. П. Тимошенко. – Х.: Еспада, 2010. – 400 с.
4. Киричек Л. Т., Щербань Н. Г. Метаболитные и метаболитотропные препараты в системе стресс-протекции // Міжнар. мед. журн. – 2012. – Т. 18, № 2 (70). – С. 103–108.
5. Корж Н. А., Филиппенко В. А., Танькут В. А. Проблема эндопротезирования суставов в Украине и пути её решения // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2008. – № 2. – С. 5–9.
6. Корж Н. А., Филиппенко В. А., Танькут В. А. 40-летний опыт Института им. М. И. Ситенко в развитии эндопротезирования суставов (история и современность) // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Актуальні проблеми ендопротезування». – Вінниця, 2008. – С. 46–48.
7. Курята А. В., Лисуец Т. К., Нода О. Ю. Эффективность кокарнита в комплексной терапии у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани с поражением миокарда и проявлениями сердечной недостаточности // Междунар. мед. журн. – 2012. – № 2. – С. 44–49.
8. Левченко В. І., Новожитська Ю. М., Сахнюк В. В. та ін. Біохімічні методи дослідження крові хворих: Метод. рекомендації для лікарів хіміко-токсикологічних відділів державних лабораторій ветеринарної медицини України. – К., 2004. – 104 с.
9. Литвиненко Л. А., Короленко Г. Г. Использование кокарнита в комплексном лечении диабетической полинейропатии // Мед. новости. – 2009. – № 3. – С. 87–88.
10. Мазур И. А., Чекман И. С., Беленичев И. Ф. и др. Метаболитотропные препараты. – Запорожье, 2007. – 309 с.
11. Меньшиков В. В., Делекторская Л. И., Золотицкая Р. П. и др. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под ред. проф. В. В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
12. Морозенко Д. В., Левченко В. І., Тимошенко О. П. Біохімічні показники стану сполучної тканини у діагностиці хвороб собак і котів: Метод. рекомендації. – Біла Церква, 2012. – 42 с.
13. Островский В. К., Алимов П. Р., Мащенко А. В. Некоторые данные о показателях нормы лейкоцитарного индекса интоксикации // Клини. лаб. диагностика. – 2003. – № 1. – С. 45–46.
14. Плоткин Г. Л., Адибекова Д. У., Николаева И. П. и др. Влияние квантовой терапии на течение восстановительного периода у больных, перенесших операцию эндопротезирования // Соврем. наукоёмкие технологии. – 2006. – № 3. – С. 41.
15. Трисветова Е. Л., Лихачева А. Е. Новый комплекс метаболитических веществ // Мед. новости. – 2008. – № 10. – С. 55–56.
16. Филиппенко В. А., Танькут В. А. Эволюция проблемы эндопротезирования суставов // Междунар. мед. журн. – 2009. – Т. 15, № 1 (57). – С. 70–74.
17. Чекман И. С., Горчакова Н. А., Французова С. Б., Нагорная Е. А. Метаболитные и метаболитотропные препараты в системе кардио- и органопротекции. – К.: Здоровья, 2009. – 155 с.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КОКАРНІТ У ХВОРИХ ПІСЛЯ
ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО І КОЛІННОГО СУГЛОБІВ

М. О. Корж, А. А. Філіпенко, Ф. С. Леонтьєва, В. О. Туляков, С. Є. Бондаренко (Харків)

Наведено результати клінічних досліджень ефективності препарату Кокарніт у хворих після ендопротезування великих суглобів. Показано, що у хворих, які отримували Кокарніт у післяопераційному періоді, спостерігали зниження кількості скарг на загальносоматичний стан. Кокарніт позитивно оцінювали хворі, суттєвих побічних реакцій, що стали б причиною його відміни, не відмічено. При прийомі Кокарніту більшість досліджених лабораторних показників (вміст глюкози, β-ліпопротеїнів, сумарних хондроїтинсульфатів, продуктів тіобарбітурової кислоти (ТБК-продуктів) – малонового діальдегіду, активність аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази і γ-глутамілтранспептидази), показники клінічного аналізу крові і лейкоцитарні індекси в процесі спостереження не мали достовірної різниці порівняно з контрольною групою, що підтверджує добру переносимість вказаного препарату. Включення препарату кокарніт до схеми лікування пацієнтів після ендопротезування великих суглобів приводило до зниження вмісту холестерину, глікопротеїнів, ТБК-продуктів (малонового діальдегіду), активності аланінамінотрансферази, що вказує на нормалізуючий вплив зазначеного препарату на основні види обміну речовин.

Ключові слова: Кокарніт, біохімічні дослідження, клінічні дослідження.

APPLICATION OF PREPARATION OF COCARNIT FOR PATIENTS
AFTER ENDOPROSTHESIS OF HIP AND KNEE JOINTS

N. A. Korzh, V. A. Filippenko, F. S. Leont'eva, V. A. Tulyakov, S. E. Bondarenko (Kharkiv, Ukraine)

State Institution «Institute of Spine and Joint Pathology named
after M. I. Sytenko of Academy of Medical Sciences of Ukraine»

In the article the results of clinical researches of efficiency of preparation of Cocarnit are re-sulted for patients after endoprosthesis of large joints. It is routine that for patients, receiving prepara-tion of Cocarnit after the operation period there was a decline in the amount of complaints of patients on the total somatical state. Preparation of Cocarnit was positively estimated outside patients, mean-ingful by-reactions, serving reason of abolition of preparation, was not marked. At the reception preparation of Cocarnit greater part of investigational laboratory indexes (table of contents of glucose, β -lipoproteines, total chondroitinsulfates, TBC-products (malonic dialdehyde), activity of aspartataminotransferase, alkaline phosphatase and β -glutamyltranspeptidase), the indexes of clinical blood test and leucocyta indexes during a supervision did not have reliable differences from such as the persons of the control group, that confirms good bearab leness of the indicated preparation. Ap-plication preparation of Cocarnit for patients in composition the chart of treatment of patients after endoprosthesis of large joints brought maintenance over of cholesterol to the decline, glycoproteins, TBC-products (malonic dialdehyde), activity of alaninaminotransferase, that specifies on normalizing influence of the indicated preparation in relation to the basic types of exchange of matters.

Key words: Cocarnit, biochemistry researches, clinical researches.

УДК 616.36–002–08:[616.91+616.839

Надійшла 03.07.2013

Я. Л. ЮГАН, Я. А. СОЦЬКА, А. В. ХАБАРОВА (Луганськ)

**ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНОГО ІМУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ
ІМУНОФАНУ ПРИ МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ
З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО
ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією (зав. – проф. Я. А. Соцька)
Луганського медичного університету <sotckaya@mail.ru>

У хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з нейроциркуляторною дистонією, після перенесеного інфекційного мононуклеозу встановлено зміни клітинного імунітету – Т-лімфопенія, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно із зниженням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+), зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 та функціональної активності Т-клітин за даними реакції бласттрансформації лейкоцитів. Включення в комплекс медичної реабілітації таких хворих імунофану сприяло практично повній корекції виявлених порушень клітинної ланки імунітету.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, інфекційний мононуклеоз, нейроциркуляторна дистонія, клітинний імунітет, імунофан, медична реабілітація.

За результатами сучасних клініко-епідеміологічних досліджень останніх років, захворюваність на інфекційний мононуклеоз (ІМ) в різних країнах становить від 4 до 45 на 100 000 дорослого населення, при цьому рецидивуючий перебіг хвороби можливий у 10–20 % [23]. Останніми роками відмічено збільшення захворюваності на ІМ серед дорослого населення, що пояснюють погіршенням стану здоров'я населення в цілому. Встановлено, що активна проліферація вірусу в усіх органах, що містять лімфоїдну тканину, призводить до змін в усіх ланках імунної системи. Імунні порушення при ІМ мають комбінований характер, стосуються як клітинної, так і гуморальної ланок та, імовірно, можуть бути причиною тривало-