

Торопчин В.І. Вплив комбінації нуклекса та енерліву на показники аденілової системи крові у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі синдрому хронічної втоми // Український медичний альманах. – 2011. – Т. 14, № 2. – С.195-200.

Вивчений вплив комбінації нуклекса та енерліву на показники аденілової системи крові у хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі синдрому хронічної втоми (СХВ). Встановлено, що до початку лікування у обстежених хворих мають місце істотні порушення з боку системи аденінових нуклеотидів, які характеризуються зниженням концентрації АТФ в крові при компенсаторному збільшенні змісту АДФ і АМФ і падінні енергетичного заряду еритрона. Застосування комбінації нуклексу та енерліву сприяє нормалізації вивчених показників аденілової системи, що свідчить про патогенетичну обґрунтованість використання комбінації цих препаратів у лікуванні хворих на НАСГ на тлі СХВ.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, синдром хронічної втоми, аденілова система, нуклекс, енерлів, лікування.

Торопчин В.И. Влияние комбинации нуклекса и энерлива на показатели адениловой системы крови у больных с неалкогольным стеатогепатитом на фоне синдрома хронической усталости // Український медичний альманах. – 2011. – Т. 14, № 2. – С. 195-200.

Изучено влияние комбинации нуклекса и энерлива на показатели адениловой системы крови у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) на фоне синдрома хронической усталости (СХУ). Установлено, что до начала лечения у обследованных больных наблюдаются существенные нарушения со стороны системы адениновых нуклеотидов, которые характеризуются снижением концентрации АТФ в крови при компенсаторном увеличении содержания АДФ и АМФ и падении энергетического заряда эритрона. Применение комбинации нуклекса и энерлива способствует нормализации изученных показателей адениловой системы, что свидетельствует о патогенетическом обосновании использования комбинации этих препаратов в лечении больных НАСГ на фоне СХУ.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, синдром хронической усталости, адениловая система, нуклекс, энерлив, лечение.

Toropchin V.I. Influence combination of nuclex and enerliv at state of adenyn's nucleotids system at the patients with non-alcoholic steatohepatitis on a background of chronic fatigue syndrome // Український медичний альманах. – 2011. – Т. 14, № 2. – С. 195-200.

Influence combination of nuclex and enerliv at state of adenyn's nucleotids system at the patients with non-alcoholic steatohepatitis (HASH) on a background of a chronic fatigue syndrome (CFS) are investigated. It was set substantial violations of the adenyn's nucleotids system what are characterized the decline of concentration ATP in blood at the scray increase of maintenance of ADP and AMP and increase of erythron energetic. Using nuclex and enerliv combination provided normalization of adenyn's nucleotids system that testify about pathogenic basis of using this preparation at treatment of the patients with NASH on background CFS.

Key words: non-alcoholic steatohepatitis, chronic fatigue syndrome, adenyn's nucleotids system, nuclex, enerliv, treatment.

Надійшла 13.01.2011 р.

Рецензент: проф. Л.М.Іванова

УДК 611-018.54:616.24-002+616.36-003.82

© Трофименко О.М., 2011

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ФІТОЗАСОБІВ ІНТЕЛЛАНУ ТА АРТИШОКУ ЕКСТРАКТУ-ЗДОРОВ'Я НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХНІЙ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ СИНДРОМУ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЕНОСТІ

Трофименко О.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. В теперішній час, проблема хронічної патології печінки та гепатобіліарної системи (ГБС) в цілому як в Україні та інших країнах СНД займає одне з найбільш провідних місць у загальній структурі внутрішніх хвороб [13, 24]. За даними сучасних епідеміологічних досліджень, які присвячені загальному огляду захворюваності населення України гастроентерологічного профілю, досить значну питому вагу в структурі хронічної патології печінки займають такі хвороби, як неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та стеатоз печінки (СП), а серед хронічних уражень жовчовивідних шляхів та жовчного міхура (ЖМ) - хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [13, 24, 25, 26]. Епідеміологічні дані свідчать, що реальна поширеність СП може бути ще вище за рахунок осіб з відсутністю вираженої клінічної маніфестації хронічної патології печінки, але в яких при сонографічному дослідженні вже є чітко виражені ознаки СП [25, 33]. Встановлено, що у частини хворих СП має прогресуючий перебіг та згодом трансформується у НАСГ, а в деяких випадках - потім навіть у фіброз та цироз печінки [1, 21, 22].

У патогенетичному плані поєднана патологія органів травлення нерідко обумовлена дією на ор-

ганізм різноманітних негативних факторів, в тому числі екологічних [23, 32]. Результати епідеміологічних досліджень дозволили встановити досить широке поширення СП серед мешканців екологічно несприятливих регіонів із високим рівнем забруднення навколишнього середовища ксенобіотиками внаслідок накопичення відходів великого промислового виробництва: хімічних, коксохімічних, металургійних, гірновугільних підприємств, зокрема у великому промисловому регіоні Донбасу [7, 14]. У цьому плані доведений негативний вплив на дигестивну систему та організм людини в цілому забруднення довкілля екологічно шкідливими речовинами в умовах великих промислових регіонів, в тому числі Донбасу, що викликає підвищений рівень захворюваності саме на поєднану (коморбідну) патологію органів ГБС [7, 14, 29]. При коморбідній патології органів травлення можливе взаємне обтяження цих патологічних станів [7, 16], що пов'язано з посиленням негативного впливу на стан регулюючих систем, у тому числі імунної, нервової та ендокринної, що супроводжується розвитком в таких пацієнтів синдрому підвищеної стомленості (СПС) [5, 6]. СПС був вперше описаний через 3 роки після

аварії на ЧАЕС при обстеженні 1030 практично здорових осіб, які постійно мешкали в м. Києві та Київській області та працювали на різних промислових підприємствах [5]. При цьому в цих класичних дослідженнях, було встановлено, що у значній кількості так званих «практично здорових» мешканців Київської області та м. Києва (710 осіб, тобто 69%) в умовах помірно виражених професійних шкідливостей (виробництво антибіотиків та інших лікарських препаратів, електрогазозварювання та інш.) мало місце збільшення частоти ГРВІ, загострень хронічної супутньої патології ЛОР-органів, хронічних неспецифічних захворювань верхніх дихальних шляхів, серцево-судинної патології на тлі зниження працездатності, підвищеної стомлюваності, немотивованої тривоги, погіршеної пам'яті, першіння та болю у горлі, періодично виникаючого субфебрилітету [29]. Саме цей патологічний симптомокомплекс отримав назву СПС [6].

При зіставленні клінічної картини і особливостей імунних порушень у осіб з наявністю СПС, було виділено три стадії, які характеризують різні клініко-імунологічні фази даного синдрому [4, 5, 29]. Стосовно сучасних поглядів характеризують такі стадії СПС: I - стадія компенсації, при якій на імунограмах в динаміці визначається велика амплітуда коливань імунологічних показників, у той час, як ознаки клінічно маніфестної патології ще не виявляються, тобто має місце стан передхвороби; II - стадія субкомпенсації, коли на імунограмах реєструється зниження функціональної активності одних і активізація інших популяцій імунокомпетентних клітин (наприклад, CD4+ та CD8+ лімфоцитів, регуляторний дисбаланс, який зокрема характеризується змінами імунорегуляторного індексу CD4/CD8), а в клінічному плані характеризується частим розвитком повторних епізодів ГРВІ, загостренням хронічних вогнищ інфекції, особливо ХТ, ХФ, синуситів та інш.; III - стадія декомпенсації, при якій на імунограмах у динаміці виявляється виражена депресія Т-клітинної ланки імунної відповіді, в той час, як В-ланка системи імунітету може бути активована або також пригнічена; в клінічному плані при III стадії СПС вторинна імунологічна недостатність проявляється конкретно нозологічною патологією у вигляді хронічних рецидивуючих бактеріальних і вірусних інфекцій, а також аутоімунних процесів [4, 6].

Проведені клінічні дослідження дозволили встановити, що СПС дуже часто сполучається з хронічною гастроентерологічною патологією, зокрема ураженнями ГБС, переважно у вигляді ХНХ, в тому числі нерідко поєднаного з СП [6, 9, 16, 25]. При цьому загострення СП або ХНХ закономірно викликають посилення клінічних симптомів, характерних для СПС, особливо збільшення порушень стану психоемоційної сфери в бік посилення астеничних проявів та розвитку межової симптоматики астено-депресивного регістру [29].

У клінічному плані показником наявності вторинного імунodefіцитного стану у хворих на СПС при об'єктивному обстеженні та ретельному зборі анамнезу є дані щодо суттєвого зростання частоти повторних ГРВІ, гострого тонзиліту, та формування хронічної тонзиллярної патології, причому дані захворювання як правило, мають змішану вірусно-бактеріальну етіологію [5, 6]. СПС також характеризується періодичним субфебрилітетом, першінням і болем у горлі, пов'язаним із наявністю ХТ та ХФ, почастищенням випадків рецидивуючого герпесу внаслідок наявності хронічної персисту-

ючої герпетичної інфекції [29]. Це важливо для розуміння патогенезу СПС, оскільки відомо, що вірус простого герпесу при тривалому персистенції в організмі сприяє подальшому пригніченню імунітету, особливо його клітинної ланки, і в той же час нерідко обумовлює підвищення алергічного настрою організму в зв'язку з активацією В-клітинної ланки імунітету [6]. Дійсно, клінічний досвід показує, що у хворих з частими рецидивами герпетичної інфекції, обумовленої вірусом простого герпесу як I, так і II типів, імунокорекція за допомогою препаратів, що містять баластні білки (тактивін, тималін), нерідко викликає алергічні реакції, і тому вважається, що при імунокорекції та імунореабілітації таких хворих доцільне використання синтетичних препаратів (тимогену, імунофану, поліоксидонію), в яких баластні білки та інші потенційно алергічні речовини відсутні [29].

Відомо, що питання стосовно тактики лікування та медичної реабілітації пацієнтів з наявністю хронічної коморбідної патології ГБС у вигляді СП та ХНХ на тлі СПС є вельми складним внаслідок потреби застосування значної кількості препаратів, що впливають на різні ланки патогенезу цієї складної сполученої патології та водночас необхідності уникнення негативного впливу ліків на паренхіму печінки [3, 7, 8, 29]. За останні роки все більше прихильників знаходить концепція використання фітозасобів в лікуванні та реабілітації хворих з хронічною патологією ГБС та межевими психопатологічними станами [31]. Відомо, що фітозасоби мають досить широкий спектр фармакологічної дії та при цьому, як правило, не викликають негативних побічних ефектів та ускладнень навіть при тривалому використанні. Тому у теперішній час все більшу увагу науковців та практичних лікарів привертає перспективність використання саме засобів фітотерапії з метою лікування та медичної реабілітації пацієнтів з хронічною патологією внутрішніх органів, в тому числі при наявності водночас хронічних уражень ГБС [9, 35]. Нашу увагу привернули сучасний фітозасоб інтеллан та вітчизняний фітопрепарат артишоку екстракт Здоров'я (АЕЗ).

Сучасний комбінований фітозасіб інтеллан зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/2009/02/01) затверджений Наказом МОЗ України № 18, від 22.01.2007 р., [10]. Інтеллан діє як нейрогуморальний модифікатор трансмісії і має стимулюючий ефект на обмін речовин кори головного мозку, стимулює активність мозку і розвиток пам'яті, покращує кровообіг в головному мозку, підвищує забезпечення живлення нервових клітин, видалення продуктів метаболізму тощо. М'який нейростимулюючий ефект інтеллан знижує неспокій і допомагає при лікуванні підгострих депресивних станів [10, 15]. Дія препарату є сукупною дією його компонентів; а саме сухих екстрактів плодів амомуму шилоподібного, листя гінкго двулопастевого, плодів ембліки лікарської, трави коріандру посівного, трави херпестису манієра, трави центели азійської [10]. Амомум (кардамон) шилоподібний або непальський (*Amomum subulatum*) - багаторічна трав'яниста рослина сімейства імбирних. Плоди цієї рослини містять до 8% ефірного масла, до складу якого входять α -терпинеол, мірцин, лимонин, сабінин, β -фелладрин, борнеол. У індійській медицині він вважається одним з кращих стимуляторів травлення, який, на відміну від перців, гірчиці, лу-

ка, часнику, хріну не надає дратівливої дії на слизисту оболонку рота і шлунку [36]. У традиційній медицині Китаю амомум використовують для лікування респіраторних захворювань, лихоманки, хвороб сечостатевої і травної систем, а також в якості антидепресивного засобу [31]. Кардамон регулює виділення шлункового соку, підвищує апетит, надає протизапальну, збудливу, сечогінну, а також чітко виражену стимулюючу дію. Гінкго дволопастеве (*Ginkgo biloba*) – реліктова рослина, що містить у своєму складі флавоноїдні глікозиди та терпенлактони [31]. Засоби із гінкго білоба чинять перешкоджаючий вплив на утворення вільних радикалів і перекисне окислення ліпідів клітинних мембран, сприяють збільшенню кількості мітохондрій і накопиченню АТФ в клітинах організму, підвищують утилізацію кисню і глюкози, володіють судиннорозширюючим ефектом, протинабряковою дією, стимулюють вивільнення з пресинаптичних терміналей і інгібують зворотне захоплення біогенних амінів (норадреналіну, дофаміну), підвищують чутливість постсинаптичних мускаринових рецепторів до ацетилхоліну [36]. Спрямованість на ацетилхолінергічну систему обумовлює ноотропний, а на катехоламінергічну систему – антидепресивний ефект, що в клінічному плані сприяє поліпшенню когнітивних функцій, покращує пам'ять і здібність до навчання, надає позитивний ефект відносно порушень пам'яті, уваги, психомоторних функцій, оптимізації біоелектричної активності головного мозку [36]. Плоди ембліки лікарської (*Emblica officinalis* L.) містять в значній кількості аскорбінову та ніотинову кислоти, а також каротин, рибофлавін, тіаміну бромід, метіонін, триптофан, кальцій, залізо, фосфор; крім того, у м'якуші плодів багато флавоноїдів, дубильних речовин і пектину [31]. Застосовують плоди ембліки та препарати з них для стимуляції процесів травлення, а також з метою сповільнення процесів старіння, зміцнення серцевого м'язу, подолання депресивних станів, підсилення антиінфекційних спроможностей сироватки крові та шкіри [36]. Коріандр посівний містить ефірне масло, борнеол, тимол, камфен, бетапінен, цитронеллол, нерол [31]. Засоби з коріандру володіють капіляррозміцнюючим, тонізуючим та антиоксидантним ефектами [31]. Херпестис монієра (*Herpestis monniera*) – містить алкалоїди (брахмін, херпестин), глікозиди, сапоніни, амінокислоти (аспаргінова та глютамінова кислоти, серін, аланін, гліцин, лейцин). Оказує стимулюючу дію, покращує мозковий кровообіг, підвищує постачання до мозку кисня і глюкози [36]. Центела азіатська або готу кола (*Hydrocotyle asiatica*) – багаторічна рослина сімейства зонтичних. Листя центели містять тритерпенові глікозиди (азіатикозид, мадекассозид, брахмозид, центелозид), стероли (бета-стерин, стигматерол), ефірні масла [36]. Засоби із *Hydrocotyle asiatica* надають дозозалежну вазорегулюючу дію – стимулюють продукцію ендотеліального релаксуючого фактору, підвищують тонус вен, регулюють кровонаповнення судин, що в цілому поліпшує мікроциркуляцію. У експерименті показана антиоксидантна активність азіатикозиду, застосування якого протягом тижня показало суттєве збільшення ферментативних та неферментативних антиоксидантів [36].

Артишок посівний (синонім – артишок колючий) – *Synara scolymus* L. добре відомий в якості харчової та лікарської рослини, яка, зокрема володіє гепатозахисною, антиоксидантною та детоксуючою властивостями [3, 31]. Артишоку екстракт

Здоров'я – сучасний фітозасіб з артишока колючого, є розробкою вітчизняних фармакологів, яка реалізована у вигляді препарату АЕЗ, що випускається фармацевтичною компанією «Здоров'я» (Харків). При виготовленні цього препарату застосована особлива технологія отримання субстанції екстракту артишока у вигляді густого екстракту, на відміну від зарубіжних аналогів, де субстанція використовується у вигляді сухого екстракту [2]. Ця технологія дозволяє уникати висушування соку листя артишока, і тому забезпечує збереження в густому екстракті, і надалі в аптечному препараті, всього комплексу речовин, що діють, властивих свіжій рослині [2]. АЕЗ володіє вираженою гепатопротекторною дією, яка обумовлена антиоксидантним і мембраностабілізуючим ефектами комплексу біологічно активних речовин, що містяться в препараті [2, 3].

У попередніх роботах відмічено, що у хворих на СП та ХНХ на тлі СПС, закономірно відмічається підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові та дисбаланс їхнього складу, які сприяє прогресуванню хронічного патологічного процесу у ГБС [19]. Тому було доцільним та перспективним проаналізувати ефективність застосування в комплексі медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, комбінації фітопрепарату інтеллану та рослинного гепатопротектору та антиоксиданту АЕЗ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: робота виконувалася у відповідності до основного плану науково-дослідницьких робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент тем НДР «Клініко-патогенетичні особливості лікування та медична реабілітація хворих на стеатоз печінки, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомленості» (№ держреєстрації 0110U003843) та «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією органів системи травлення та вторинними імунodefіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою роботи було вивчення динаміки концентрації циркулюючих імунних комплексів та їхнього молекулярного складу у сироватці крові хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомленості при медичній реабілітації із застосуванням сучасного комбінованого фітозасобу інтеллану та артишоку екстракт Здоров'я.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом було 78 хворих на СП, поєднаний з ХНХ, в яких експертним шляхом було встановлено наявність СПС [4, 6]. Вік обстежених пацієнтів складав від 23 до 50 років, з них було 34 чоловіка (43,6%), 44 жінки (56,4%). Більшість обстежених знаходилися на обстеженні та медичній реабілітації у спеціалізованому гастроентерологічному денному стаціонарі або проходили курс медичної реабілітації в амбулаторних умовах. Всі обстежені хворі постійно проживали в умовах крупного промислового регіону Донбасу з високим рівнем забруднення навколишнього середовища, що негативно впливало на стан їхнього здоров'я [14]. Для реалізації мети роботи обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (42 особи) та групу зіставлення (36 хворих), які були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу СП і ХНХ та стадії СПС.

Діагнози СП та ХНХ були встановлені у відпо-

відності 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 (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки [17]. Для виключення вірусного ураження печінки було проведено дослідження сироватки крові обстежених на маркери вірусних гепатитів (ВГ) – ВГВ, ВГС та ВГД за допомогою ІФА. При наявності маркерів ВГ у сироватці крові ці хворі були виключені з подальшого дослідження. Наявність СПС було діагностовано на підставі клініко-імунологічних критеріїв, запропонованих проф. Г.М. Дранніком [4].

Комплекс медичної реабілітації обстежених хворих з комор бідною патологією ГБС на тлі СПС, здійснювали у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.). Всі хворі обох груп обстеження отримували комплекс загальноприйнятих методів медичної реабілітації – дієтичне харчування, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК та медикаментозне лікування, а саме есенціальні фосфоліпіди (есенціальне Н), препарати з розторопші плямистої (карсил або сілібор), полівітаміни, за показами – ферментні препарати та спазмолітики. Пацієнти основної групи також додатково отримували фітопрепарат інтеллан по 1 капсулі 2 рази на день (зранку та ввечері) після вживання їжі протягом 30-40 днів поспіль та АЕЗ по 2 капсули 3 рази на день за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 30-40 днів поспіль.

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки, у відповідності з протоколами дослідження, вивчалися біохімічні показники з використанням уніфікованих методів, які включали визначення у крові рівня загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз – АлАТ і АсАТ; вмісту холестерину та альбуміну у сироватці крові, активності екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутаміл-траспептидази (ГГТП); показника тимолової проби [20]. При цьому біохімічні показники, які характеризують функціональний стан печінки, визначалися в динаміці лікування та оцінювалися в комплексі з клінічними даними. Для реалізації мети роботи поряд із загальноклінічним та вище вказаним лабораторним обстеженням, усім хворим, які були під наглядом, проводили вивчення концентрації ЦІК у сироватці крові, що визначали методом преципітації в розчині поліетиленгліколя (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [27]. Молекулярний склад ЦІК з виділенням фракцій велико- (>19S), середньо- (11S-19S) та дрібномолекулярних (<11S) імунних комплексів визначали шляхом диференційованої преципітації у 2,0%, 3,5% та 6% розчинах ПЕГ [28].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ методом дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2005, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica [11], при цьому враховували ос-

новні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [12].

Отримані результати та їхній аналіз. На момент початку медичної реабілітації всі хворі обох груп (основної та зіставлення) мали ознаки нестійкої ремісії або помірного загострення хронічної патології ГБС. В клінічному плані СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, мав типовий перебіг та характеризувався наявністю помірно вираженого синдрому «правого підребір'я», який проявлявся тяжкістю або дискомфортом в правому підребір'ї, посилювався після прийому жирної, смаженої їжі, періодичним диспептичним синдромом, проявами якого були гіркота або металевий присмак у роті, метеоризм тощо. Типові клінічні прояви СПС включали підвищену стомлюваність, та знижену працездатність. Характерним було також наявність дратівливості та емоційної лабільності. Серіdkо наголошувався періодично виникаючий субфебрилітет, переважно у вечірньої пори, збільшення і чутливість при пальпації задньошийних лімфовузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова). При вивченні функціональних проб печінки було встановлено, що до початку проведення медичної реабілітації у обстежених хворих відмічалися зсуви з боку біохімічних показників, більш значні при сполученні водночас загострення як СП, так і ХНХ. А саме, мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубину у крові (в середньому в 1,3 рази стосовно норми; $P < 0,05$); рівень прямого білірубину був підвищений в середньому в 2,8 рази ($P < 0,01$), активність АлАТ – в 1,8 рази ($P < 0,01$), АсАТ – в 1,5 рази ($P < 0,05$), показник тимолової проби – в 1,6 рази ($P < 0,05$). У частини хворих відмічено також помірне підвищення активності екскреторних ферментів – ГГТП та ЛФ, що свідчило про наявність у цих пацієнтів часткового внутрішньопечінкового холестазу. За даними сонографічного дослідження органів черевної порожнини встановлена наявність збільшення розмірів печінки, нерівномірності її контурів, підвищення або нерівномірності ехогенності паренхіми з наявністю дрібнозернистих включень, розмитий або стертий судинний малюнок, нечітка візуалізація діафрагмального контуру печінки; у частини хворих – розширення внутрішньопечінкових жовчаних протоків. У частини хворих характерними були патологічні зміни з боку жовчного міхура, які свідчать про наявність хронічного безкам'яного холециститу (збільшення об'єму, деформація міхура, ущільнення стінки та її двоконтурність).

При проведенні імунологічного обстеження хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, що знаходилися під наглядом, було встановлено, що у всіх пацієнтів, до початку медичної реабілітації відмічалася вірогідне підвищення загальної концентрації ЦІК у сироватці крові, а саме – у хворих основної групи в середньому в 1,62 рази, а у пацієнтів групи зіставлення – у 1,57 рази відносно показника норми (табл. 1). При цьому підвищення рівня ЦІК відмічалася переважно за рахунок збільшення вмісту у сироватці крові фракції найбільш патогенних (токсигенних) середньомолекулярних імунних комплексів (11S-19S). Дійсно, абсолютна кількість середньомолекулярних ЦІК була підвищена в обстежених пацієнтів основної групи у середньому в 2,42 рази ($P < 0,001$), а у пацієнтів групи зіставлення – у 2,33 рази ($P < 0,001$) відносно показника норми. Відмічено також суттєве підвищення концентрації у сироватці крові дрібномолекуляр-

них (<11S) ЦК – у хворих основної групи в середньому в 1,71 рази відносно норми (P<0,05), у пацієнтів групи зіставлення – в середньому в 1,6 рази (P<0,05). Щодо фракції великомолекулярних ЦК (>19S), то її відносний вміст був вірогідно знижений відносно показника норми – в середньому в

1,57 рази в основній групі (P<0,05) та в 1,56 рази – в групі зіставлення (P<0,05), в той час як абсолютна кількість великомолекулярних ЦК в обох обстежених групах до початку медичної реабілітації залишалася на рівні, характерному для практично здорових осіб (дивись табл. 1).

Таблиця 1. Концентрація ЦК та їхній молекулярний склад у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, до початку медичної реабілітації (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		Основна (n=42)	Зіставлення (n=36)	
ЦК заг., г/л	1,88±0,06	3,04±0,05***	2,96±0,09***	>0,05
в тому числі:				
велико- %	46,2±1,9	29,4±1,6*	30,7±1,5*	>0,1
молекулярні г/л	0,87±0,04	0,89±0,05	0,91±0,04	>0,1
середньо- %	31,5±1,7	47,0±1,8*	46,6±2,2*	>0,05
молекулярні г/л	0,59±0,03	1,43±0,05***	1,38±0,07***	>0,05
дрібно- %	22,3±1,3	23,6±0,9	22,7±1,2	>0,1
молекулярні г/л	0,42±0,02	0,72±0,03**	0,67±0,04**	>0,05

Примітка: у табл. 1 та 2 вірогідність різниці з нормою * - при P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001; стовпчик P - достовірність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

Отже, отримані дані свідчать, що у хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС до початку медичної реабілітації відмічається вірогідне підвищення концентрації ЦК у сироватці крові, переважно за рахунок збільшення вмісту фракції найбільш патогенних середньомолекулярних (11S-19S) імунних комплексів.

При повторному імунологічному обстеженні, яке було проведено після завершення курсу медичної реабілітації, було встановлено, що у більшості пацієнтів основної групи, які крім загальноприйнятих засобів медичної реабілітації додатково отримували комбінацію інтеллану та АЕЗ, концентрація ЦК у сироватці крові суттєво знизилася відносно вихідного рівня та майже повністю нормалізувалася (рисунок).

в цей період був в 1,29 рази вищим за норму (P<0,05) та в 1,26 рази вище концентрації ЦК у сироватці крові хворих основної групи (табл. 2).

Збереження підвищеного рівня ЦК в цей період обстеження відмічалось, головним чином, за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних (11S-19S) ЦК (табл. 2). Так, у цей період обстеження у групі хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, які отримували лише загальноприйняті препарати, відносна кількість середньомолекулярних ЦК була в 1,27 рази (P<0,05) та абсолютний вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів (11S-19S) – в 1,64 рази вище, ніж у нормі (P<0,01). Було відмічено також збереження вірогідного підвищення абсолютної кількості дрібномолекулярних (<11S) ЦК, в середньому в 1,36 рази стосовно норми (P<0,05), у той час як відносний вміст даної фракції в цей період обстеження знизився до верхньої межі норми (P<0,05).

В клінічному плані практично всі хворі, що отримували курс медичної реабілітації з додатковим включенням інтеллану та АЕЗ, мали суттєву позитивну динаміку у вигляді відсутності будь-яких скарг та практично повної нормалізації біохімічних показників. Пацієнти, що входили в групу зіставлення, після завершення курсу медичної реабілітації у частини хворих на СП, сполучений з ХНХ на тлі СПС, залишались скарги на підвищену стомлюваність, зниження емоційного тону, періодичні диспетичні розлади у вигляді метеоризму, гіркоти у роті. Відмічалась позитивна динаміка біохімічних показників крові, що характеризують функціональний стан печінки (рівень білірубину, активність амінотрансфераз, показник тимолової проби), однак у більшості обстежених не відбувалася їх повна нормалізація, що свідчило про недостатню стійкість ремісії, що була досягнута у значної частини обстежених пацієнтів з СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС.

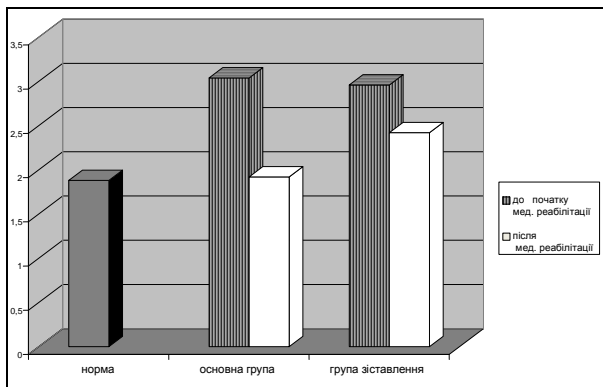


Рисунок. Динаміка рівня ЦК у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС в ході медичної реабілітації.

У пацієнтів групи зіставлення, що отримували лише загальноприйняті препарати, позитивна динаміка вивчених імунологічних показників була суттєво менш виражена. У цілому рівень ЦК у сироватці крові хворих групи зіставлення

Таблиця 2. Концентрація ЦК та їхній молекулярний склад у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, після завершення медичної реабілітації (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		Основна (n=42)	Зіставлення (n=36)	
ЦК заг., г/л	1,88±0,06	1,92±0,05	2,42±0,09**	<0,05
в тому числі:				
велико- %	46,2±1,9	44,8±1,7	36,2±1,4*	<0,05
молекулярні г/л	0,87±0,04	0,86±0,03	0,88±0,03	>0,05
середньо- %	31,5±1,7	32,3±1,2	40,1±1,5*	<0,05
молекулярні г/л	0,59±0,03	0,62±0,02	0,97±0,04**	<0,01
дрібно- %	22,3±1,3	22,9±1,1	23,7±1,2	>0,1
молекулярні г/л	0,42±0,02	0,44±0,02	0,57±0,03*	<0,05

Таким чином, одержані нами дані дозволяють вважати, що включення комбінації фітозасобів

препаратів рослинного походження інтеллану та АЕЗ до комплексу медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, має чітко виражені переваги в порівнянні із виникненням лише загальноприйнятих методів медичної реабілітації, оскільки сприяє істотному зниженню або навіть нормалізації у переважній більшості обстежених пацієнтів з вказаною коморбідною патологією вмісту рівня ЦіК у крові та їхнього фракційного складу, які вважаються одними з основними пошкоджуючими факторами в патогенезі хронічних уражень паренхіми печінки, що негативно впливають на стан біомембран гепатоцитів [4, 19, 28]. Це дозволяє зробити висновок про патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне включення цих фітозасобів до комплексу медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС.

Висновки:

1. До початку медичної реабілітації всі хворі мали ознаки нестійкої ремісії або помірного загострення хронічної патології ГБС у вигляді СП поєднаного з ХНХ, на тлі СПС. Більшість пацієнтів мала типовий перебіг захворювання, який характеризувався наявністю помірно вираженого синдрому «правого підреб'я», диспетичним синдромом. Прояви СПС включали підвищену стомлюваність, та знижену працездатність, дратівливість та емоційна лабільність. Нерідко наголошувався періодично виникаючий субфебрилітет, переважно вечірньої пори, збільшення і чутливість при пальпації задньощийних лімфовузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова). За даними сонографічного дослідження органів черевної порожнини встановлена наявність стеатозу печінки, та характерними ознаками ХНХ.

2. При імунологічному обстеженні хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС до початку медичної реабілітації виявлено підвищення загальної концентрації ЦіК у сироватці крові, а саме – у хворих основної групи в середньому в 1,62 рази, а у пацієнтів групи зіставлення – у 1,57 рази; при цьому підвищення рівня ЦіК відмічалось переважно за рахунок збільшення вмісту у сироватці крові фракції найбільш патогенних (токсигенних) середньомолекулярних та дрібномолекулярних імунних комплексів (11S-19S). Дійсно, абсолютна кількість середньомолекулярних ЦіК була підвищена в обстежених пацієнтів основної групи у середньому в 2,42 рази, а у пацієнтів групи зіставлення – у 2,33 рази, дрібномолекулярних ЦіК у хворих основної групи в середньому в 1,71 рази, у пацієнтів групи зіставлення – в середньому в 1,6 рази.

3. При повторному вивченні імунологічних показників після завершення курсу медичної ре-

абілітації було встановлено, що в основній групі хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, за вказаний термін відмічено суттєве покращення та у частини хворих – практично повна нормалізація вивчених показників, в той час як у хворих групи зіставлення, незважаючи на деяку тенденцію до покращення, значення даних показників на момент завершення курсу медичної реабілітації істотно відрізнялися як від показників норми так і основної групи – концентрація рівень ЦіК у сироватці крові хворих групи зіставлення в цей період був в 1,29 рази вищим за норму, відносна кількість середньомолекулярних ЦіК була в 1,27 рази та абсолютний вміст – в 1,64 рази вище, ніж у нормі, абсолютна кількість дрібномолекулярних ЦіК - в середньому в 1,36 рази.

4. В клінічному плані практично всі хворі, що отримували курс медичної реабілітації з додатковим включенням інтеллану та АЕЗ, мали суттєву позитивну динаміку у вигляді відсутності будь-яких скарг та практично повної нормалізації біохімічних показників. Пацієнти, що входили в групу зіставлення, після завершення курсу медичної реабілітації у частини хворих на СП, сполучений з ХНХ на тлі СПС, залишались скарги на підвищену стомлюваність, зниження емоційного тону, періодичні диспетичні розлади у вигляді метеоризму, гіркоти у роті. Відмічалась позитивна динаміка біохімічних показників крові, що характеризують функціональний стан печінки (рівень білірубину, активність амінотрансфераз, показник тимолової проби), однак у більшості обстежених не відбувалась їх повна нормалізація, що свідчило про недостатню стійкість ремісії, що була досягнута у значній частині обстежених пацієнтів з СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС.

5. Отримані дані дозволяють вважати, що додаткове застосування комбінації фітозасобів інтеллана та АЕЗ в комплексі медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС сприяє істотному зниженню або навіть нормалізації у переважній більшості пацієнтів вмісту рівня ЦіК та нормалізації їхнього фракційного складу. Це дозволяє зробити висновок про патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне включення цих фітозасобів в комплекс медичної реабілітації хворих на СП, поєднаного з ХНХ на тлі СПС.

6. Перспективою подальших досліджень можна вважати продовження вивчення механізмів фармакологічної дії комбінації інтеллану та АЕЗ у хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС, в періоді медичної реабілітації, зокрема їхній вплив на показники клітинної ланки імунітету при даній коморбідній патології.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Бабак О.Я.** Причини і метаболіческие последствия неалкогольной жировой болезни печени / **О.Я. Бабак** // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4 (54). – С. 8-16.
2. **Бабак О.Я.** Артишока екстракт-Здоровье (фармакологическое свойства и клиническое применение) / **О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Н.В. Харченко.** – Харьков; Луганск: изд-во Элтон, 2006. – 102 с.
3. **Гарник Т.П.** Артишок полевой (*Synara scolymus L.*) как пищевое и лекарственное растение, перспективное для создания новых гепатозащитных препаратов / **Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин** // Проблемы экологич. та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків. – 2006. – Вип. 6 (75). – С. 17 - 36.
4. **Дранник Г.Н.** Клиническая иммунология и аллергология / **Г.Н. Дранник.** – [3-е изд.]. – Киев: Полиграф Плюс, 2006. – 482 с.

5. **Дранник Г.Н.** Синдром повышенной утомляемости в клинической практике: клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования / **Г.Н. Дранник, В.М. Фролов** // Проблемы экологич. та медич. генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків, 2002. – Вип. 3 (45). – С. 124-126.
6. **Дранник Г.М.** Синдром підвищеної стомленості в практичній медицині / **Г.Н. Дранник, В.М. Фролов** // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків, 2003. – Вип. 1 (47). – С. 74-82.
7. **Иванова Л.Н.** Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / **Л.Н. Иванова.** – Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. – 170 с.
8. **Ильин В.Ф.** Болезни печени. Рациональные методы лечения. / **В.Ф.Ильин.** – СПб.: Невский проспект; Вектор. – 2007. – 128 с.

9. **Ильченко А.А.** Заболевания желчного пузыря и желчных путей / **А.А. Ильченко.** – М.: Анахарсис, 2006. – 448 с.
10. Интеллан: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 22.01.07 р. Наказом МОЗ України № 18.
11. **Лапач С.Н.** Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / **С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич.** – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
12. **Лапач С.Н.** Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / **С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич.** – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
13. **Москаленко В.Ф.** Заболевания гепатобилиарной системы (распространенность, нерешенные проблемы) / **В.Ф. Москаленко, М.В. Голубчиков:** зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. Шупіка. – 2000. – Вип. 9, Кн. 4. – С. 5-10.
14. Особенности влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения промышленных городов Донецкого района / **И.С. Киреева, И.Г. Чудова, В.П. Ермоленко, С.М. Могильный** // Довкілля та здоров'я. – 1997. – № 3. – С. 33-35.
15. **Пересадін М.О.** Ефективність комбінованої фітозасоби інтеллану в лікуванні хворих з синдромом психоемоційного вигорання / **М.О. Пересадін, В.М. Фролов, М.О. Березовська:** матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю [«Нейроінфекції у практиці клініциста: проблеми діагностики та лікування»], (Харків, 31 березня – 1 квітня 2011 р.). – С. 197-199.
16. **Попова Ю.С.** Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика / **Ю.С. Попова.** – СПб.: изд-во «Крылов» – 2008. – 192 с.
17. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк** [та інш.] – Київ, 2005. – 56 с.
18. **Степанов Ю.М.** Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / **Ю.М. Степанов, А.Ю. Филиппова** // Здоров'я України. – 2004. – №18 (103). – С. 20 – 21.
19. **Трофименко О.М.** Концентрація циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад у сироватці крові хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом / **О.М. Трофименко** // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 52-53.
20. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендації / под ред. **Л.Л. Громашевской.** – Киев: МЗ Украины, 1990. – 64 с.
21. **Фадеев Г.Д.** «Жировая печень»: этиопатогенез, диагностика, лечение / **Г.Д. Фадеев** // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – №3 (13). – С. 9 – 17.
22. **Фадеев Г.Д.** Патофизиологические и молекулярные механизмы развития стеатоза и стеатогепатита / **Г.Д. Фадеев, Н.А. Кравченко, С.В. Виноградова** // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 3 (23). – С. 88 – 95.
23. **Філіпов Ю.О.** Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / **Ю.О. Філіпов** // Новітні медицини і фармації. – 2008. – №239. – С. 6-7.
24. **Філіпов Ю.О.** Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / **Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петручук** // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3 – 9.
25. **Філіпов Ю.О.** Стеатоз печінки при захворюваннях жовчовивідних шляхів / **Ю.О. Філіпов, Л.Я. Мельниченко, С.С. Ягмур** // Гастроентерологія: міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2005. – Вип. 36. – С. 312 – 318.
26. **Філіпов Ю.О.** Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр. / **Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скірда** // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 2 (6). – С. 56-59.
27. **Фролов В.М.** Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадін, В.Е. Рычнев** // Лабораторное дело. – 1986. – № 3. – С. 159 – 161.
28. **Фролов В.М.** Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадін, П.К. Бойченко** // Врачебное дело. – 1990. – № 6. – С. 116 – 118.
29. **Фролов В.М.** Проблемы иммунологии: от синдрома повышенной утомляемости до синдрома хронической усталости / **В.М. Фролов, Г.Н. Дранник** // Иммунология та алергологія. – 1998. – №1. – С. 69 – 81.
30. **Циммерман Я.С.** Хронический холецистит и его клинические «маски»: диагностика и лечение / **Я.С. Циммерман.** – Пермь: изд-во ПГМА, 2006. – 76 с.
31. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / **Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грассар, М. Юнен** [и др.]. – Б.м. - изд-во «Ридерз Дайджест», 2004. – 350 с.
32. **Jeffrey D.** Molecular mediators of hepatic steatosis and liver injury / **D. Jeffrey, J. Browning, D. Horton** // Clin. Invest. – 2004. – Vol. 114, №2. – P. 147 – 152.
33. **Festí O.** Hepatic steatosis in obese patients: clinical aspects and prognostic significance / **O. Festí, A. Colechia, T. Sacco** // Obes. Rev. – 2004. – V. 5, № 1. – P. 27–42.
34. **Moseley R.** Liver and biliary tract / **R. Moseley** // Curr. Opin. Gastroenterology. – 2003. – Vol. 19. – P. 181 – 184.
35. **Pelvig A.** Management of chronic hepatobiliary diseases / **F. Pelvig, J. Ungen** // Brit. Medical J. – 2003. – Vol. 113. – P. 817-820.
36. **Wiart C.** Medicinal plants of Asia and Pacific / **C. Wiart.** – London; New York, Taylor&Francis Group, 2006. – 295 p.

Трофименко О.М. Вплив комбінації фітозасобів інтеллану та артишоку екстракту Здоров'я на концентрацію циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад у сироватці крові хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдромом підвищеної стомленості // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 200-206.

Вивчений вплив комбінації інтеллану та артишоку екстракту Здоров'я на рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦИК) у сироватці крові хворих та їхній молекулярний склад при стеатозі печінки (СП), поєднаному з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) на тлі синдромом підвищеної стомленості (СПС). Встановлено, що застосування комбінації інтеллану та артишоку екстракту Здоров'я у медичній реабілітації хворих з даною коморбідною патологією сприяє нормалізації загальної концентрації ЦИК та їхнього молекулярного складу, що свідчить про патогенетичну обґрунтованість застосування даної комбінації фітозасобів в комплексі медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ на тлі СПС.

Ключові слова: стеатоз печінки, хронічний некалькульозний холецистит, синдром підвищеної стомленості, циркулюючі імунні комплекси, молекулярний склад, інтеллан, артишоку екстракт Здоров'я, медична реабілітація.

Трофименко А.Н. Влияние комбинации фитопрепаратов интеллана и артишока экстракта Здоровье на концентрацию циркулирующих иммунных комплексов и их молекулярный состав в сыворотке крови больных стеатозом печени, сочетанным с хроническим некалькульозным холециститом на фоне синдрома повышенной утомляемости // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 200-206.

Изучено влияние комбинации интеллана и артишока экстракта Здоровье на уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их молекулярный состав в сыворотке крови больных стеатозом печени (СП), сочетанным с хроническим некалькульозным холециститом (ХНХ) на фоне синдрома повышенной утомляемости (СПУ). Установлено, что применение комбинации интеллана и артишока экстракта Здоровье при медицинской реабилитации больных с данной коморбидной патологией способствует нормализации общей концентрации ЦИК и их молекулярного состава, что свидетельствует о патогенетическом обосновании использования данной комбинации фитопрепаратов в комплексе медицинской реабилитации больных с СП, сочетанным с ХНХ на фоне СПУ.

Ключевые слова: стеатоз печени, хронический некалькульозный холецистит, синдром повышенной утомляемости, циркулирующие иммунные комплексы, интеллан, артишока экстракт Здоровье, медицинская реабилитация.

Trofimenko O.M. Influence combination of phytopreparation intellan and extract artyschok Zdorovya on the level of circulating immune complexes, and their molecular composition at the patients with hepatic steatosis, combined with chronic uncalculus cholecystitis on background increased facibility syndrome // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 200-206.

Influence combination of intellan and extract artyschok Zdorovya on a level of circulating immune complexes (CIC) and their molecular structure in the serum of the patients with hepatic steatosis (HS), combined with chronic uncalculus cholecystitis (CUC) on background increased facibility syndrome (IFS) is investigated. It is established, that application of combination intellan and extract artyschok Zdorovya at medical rehabilitation at the patients with given this a pathology promotes normalization of the general concentration CIC and their molecular structure that testifies to a pathogenetic substantiation of use of the given combination in medical rehabilitation of the patients with CIC combined with CUC on background IFS.

Key words: hepatic steatosis, chronic uncalculus cholecystitis, increased facibility syndrome, circulating immune complexes, molecular composition, intellan, extract artyschok Zdorovya, medical rehabilitation.

Надійшла 17.12.2010 р.
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак