

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ОЖИРІННЯМ, ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНАЦІЇ СУЧАСНИХ ФІТОЗАСОБІВ ІМУНОПЛЮСУ ТА АРТІХОЛУ В ХОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Шаповалова І.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. Проблема хронічного токсичного гепатиту (ХТГ), є однією з найбільш важливих у сучасній гастроентерології [14, 21, 22, 25]. Медичне й соціальне значення ХТГ визначається їх суттєвим розповсюдженням та досить високим рівнем захворюваності внаслідок несприятливого екологічного стану та значного забруднення довкілля токсичними агентами (ксенобіотиками), погіршення здоров'я населення, що вимушене з приводу хронічних захворювань тривалий час приймати різноманітні ліки, більшість з яких по своїй суті є ксенобіотиками [2, 14, 17]. При цьому для сучасної клініки внутрішніх хвороб вважається характерним наявність сполученої патології, яка охоплює водночас два та більше органа [11]. Клініко-патогенетичні особливості сполученої патології гепатобіліарної системи (ГБС) у вигляді ХТГ, поєднаного з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) та ожирінням, яке провідні науковці вважають пандемією XXI сторіччя [1, 23], вивчаються нами протягом тривалого часу та проводиться робота з оптимізації лікування та розробки заходів медичної реабілітації у хворих з даною коморбідною патологією [16]. В періоді диспансерного спостереження з метою профілактики загострень запального процесу в печінці та ЖМ багатьма дослідниками перевага надається засобам рослинного походження [7, 15]. В теперішній час дуже поширене розповсюдження в гастроентерології набули препарати з артишоку польового (*Synapsis scolymus L.*), який добре відомий як харчова та лікарська рослина, перспективна для створення нових гепатозахисних препаратів [4, 15]. Оскільки сьогодні характеризується виникненням вторинних імунодефіцитних станів у більшості пацієнтів з хронічною гастроентерологічною патологією, в тому числі гепатитами [10, 14, 20], значна увага приділяється рослинним препаратам імунокорегуючої дії, зокрема з ехінацеї пурпурової [5, 24]. В теперішній час встановлено, що препарати з ехінацеї крім імунокорегуючої дії володіють також чітко вираженою гепатопротекторною активністю [6]. Тому можна вважати доцільним та перспективним використання при хронічній патології ГБС комбінації фітозасобів з артишоку колючого та ехінацеї пурпурової [15]. В цьому плані нашу увагу привернула комбінація у складі імуноактивного препарату з ехінацеї пурпурової – імуноплюсу [9] та засобу з артишоку колючого – артіхолу [3].

В наших попередніх роботах вже доведено позитивний вплив комбінації засобів рослинного походження імуноплюсу та артіхолу на активність ферментів системи антиоксидантного захисту у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням [16]. Тому ми вважали доцільним продовжити вивчення ефективності застосування даної комбінації препаратів, зокрема більш поглиблений аналіз її впливу на імунопатогенез вказаної коморбідної

патології ГБС, та, поперед усього, на показники клітинної ланки імунітету у пацієнтів з ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі ожиріння в періоді диспансерного спостереження, тобто в амбулаторних умовах.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент тем НДР: "Клініко-патогенетичні особливості, лікування та медична реабілітація хворих на хронічний токсичний гепатит, поєднаний з хронічним бескам'яним холециститом та ожирінням" (№ держреєстрації 0108U004716) та «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією органів системи травлення та вторинними імунодефіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою роботи було вивчення динаміки показників клітинної ланки імунітету у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням, під впливом медичної реабілітації з включенням комбінації сучасних засобів рослинного походження імуноплюсу та артіхолу.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося дві групи хворих на ХТГ, поєднаний з ХНХ та ожирінням, які були рандомізовані за віком і статтю. Вік хворих складав від 18 до 58 років. Основна група включала 48 осіб та група зіставлення - 45 пацієнтів. Діагноз встановлювався експертним шляхом з урахуванням даних анамнезу, результатів клінічного та лабораторного (біохімічного) обстеження, яке характеризувало функціональний стан печінки та жовчного міхура, а також даних сонографічного дослідження органів черевної порожнини у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.).

Хворі обох груп отримували курс медичної реабілітації загальноприйнятими гепатопротекторами (есенціале Н, карсил або сілібор) [14, 21, 22]. Крім того, хворі основної групи отримували додаткове введення імуноактивного препарату рослинного походження (з ехінацеї пурпурової) імуноплюсу внутрішньо по 1 таблетці (100 мг) 1 раз на добу протягом 20 днів поспіль та фітозасіб з артишоку колючого артіхол внутрішньо по 2 таблетки (0,4 г) 3 рази на добу після вживання їжі також протягом 20 днів поспіль.

Імуноплюс являє собою сухий віджатиий сік ехінацеї пурпурової [9]. Коріння, листя та суцвіття рослини містять фізіологічно активні речовини різних хімічних класів: гідрофільні сполуки: полісахариди, прості цукри, фенольні сполуки, похідні кофейної кислоти, алкалоїди, аскорбінова кислота

– найбільш вивчені в експериментальних та клінічних дослідженнях; ліпофільні речовини: ефірна олія, алкіламіди ненасичених жирних кислот, фітостероли, смоли виявляють різноманітну фармакологічну активність; біометали: макроелементи (алюміній, залізо, калій, кальцій, магній) і мікроелементи (барій, берилій, ванадій, кобальт, марганець, молибден, нікель, селен, срібло, цинк) ідентифіковані в ехінацеї пурпуровій, які виявляють імуномодуючий вплив на організм [5]. Такий склад фізіологічно активних речовин ехінацеї пурпурної зумовлює різноманітні фармакологічні властивості імуноплюсу. Насамперед, це імуномодулятор природного походження, що стимулює клітинний імунітет, збільшує кількість Т-лімфоцитів, підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів і хемотаксис гранулоцитів, сприяє вивільненню цитокинів, тим самим активізуючи неспецифічну резистентність організму [24]. Крім регулюючого впливу на імунну систему, ехінацея справляє протимікробну, противірусну, фунгіцидну, протизапальну, антиоксидантну, протиалергічну, радіопротекторну дію, стимулює функцію центральної нервової системи, володіє гепатопротекторним ефектом [5, 24]. Імуноплюс зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/5398/01/01) та дозволений до клінічного застосування (Наказ МОЗ України № 758 від 16.11.06 р.) [9].

Артихол – це препарат рослинного походження, фармакологічні властивості якого обумовлені фізіологічно активними речовинами, що входять до складу артишоку колючого [3]. Він володіє жовчогінною (холеретичною і холекінетичною), гепатопротекторною, антиоксидантною, мембраностабілізуючою і детоксикуючою діями. Цей лікарський засіб нормалізує процеси жовчоутворення і жовчовиділення, здійснює дезінтоксикаційну дію, володіє гіпохолестеринемічним ефектом, через поліпшення клубочкової фільтрації нирок сприяє виведенню з організму сечовини, креатиніну, а також різних токсичних речовин [4]. Артихол зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (№ реєстраційного посвідчення UA/5383/01/01) та дозволений до клінічного використання (Наказом МОЗ України № 758 від 16.11.2006 р.) [3]. Ці обидва препарати рослинного походження є в достатній кількості в аптечній мережі України та доступні за ціною.

Обсяг біохімічного обстеження включав визначення загального білірубину та його фракцій, активності сироваткових амінотрансфераз (АлАТ, АсАТ), екскреторних ферментів (лужної фосфатази - ЛФ та гамаглутамілтранспептидази - ГГТП), показника тимолової проби, рівня холестерину та β-ліпопротеїдів уніфікованими методами.

При визначенні імунологічних показників, які характеризували стан клітинної ланки імунітету аналізували вміст у периферійній крові популяцій Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+), який вивчали у цитотоксичному тесті [18] із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ). У роботі використовували комерційні МКАТ класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ НВЦ „МедБіоСпектр” (РФ – Москва). При цьому МКАТ класу CD3+ вважали відносними до тотальної популяції Т-лімфоцитів, CD4+ - до популяції Т-хелперів/індукторів, CD8+ - до Т-супресорів/кілерів, CD22+ - до В-клітин [10]. Вираховували іму-

норегуляторний індекс CD4/CD8, який трактували як співвідношення лімфоцитів з хелперною та супресорною активністю (Th/Ts), при цьому оцінку імунного статусу проводили з використанням методу «імунологічного компаса» [19]. Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали за допомогою РБТЛ при її постановці мікрометодом [8] з використанням в якості неспецифічного мітогену фітогемаглютиніну (ФГА).

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 2000+ MHz за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Windows^{XP} professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel, Stadia 6.1/prof та Statistica) [12], враховуючи основні принципи застосування статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських препаратів [13].

Отримані результати та їх обговорення. При клінічному обстеженні було встановлено, що у хворих обох груп до початку медичної реабілітації відмічалось наявність підвищеної стомлюваності, зниження працездатності та емоційного тону. Нерідко також відмічались скарги на зниження апетиту, порушення сну, підвищену дратівливість, значну емоційну лабільність. Зі скарг, що мали безпосередньо відношення до патології ГБС, треба відмітити тяжкість у правому підребір'ї, гіркоту, іноді металевий присмак у роті. Язик у всіх обстежених був щільно обкладений білим або брудним жовтуватим нальотом. Як правило, відмічалась помірна гепатомегалія: печінка виступала на 2-4 см. з-під реберного краю, ушільнена; край печінки був частіше тупий, заокруглений, чутливий при пальпації. З біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки, в обстежених хворих на момент початку курсу медичної реабілітації реєструвалася наявність помірного підвищення рівня прямого (зв'язаного) білірубину, гіпертрансфераземії, нерідко був також підвищений показник тимолової проби.

До початку проведення медичної реабілітації стан клітинного імунітету обстежених хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням характеризувався Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно за рахунок зниження кількості циркулюючих у периферійній крові Т-хелперів/індукторів (CD4+), у той час як кількість CD8+-клітин (Т-супресорів/кілерів) понижувалася суттєво менше (табл. 1). Виходячи з цих обставин, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 у більшості випадків знижувався, внаслідок чого серед обстежених хворих до початку проведення медичної реабілітації переважав відносний супресорний варіант ВІДС. Дійсно, відносна кількість CD3+-клітин у цей період обстеження була знижена стосовно норми у основній групі хворих у середньому в 1,3 рази (P<0,05), абсолютна кількість CD3+-лімфоцитів – в 1,51 рази (P<0,01), відносна кількість CD4+-лімфоцитів – в 1,3 рази (P<0,01), абсолютний їх вміст у крові – в 1,55 рази (P<0,01). У той же час відносна кількість CD8+-лімфоцитів у хворих цієї групи залишалася у межах норми, а їхній абсолютний вміст у крові – помірно знижений (у середньому в 1,27 рази; P<0,05) (рис.1).

Кратність зниження імунорегуляторного індексу CD4/CD8 складала у хворих основної групи до початку проведення медичної реабілітації

1,77 рази стосовно норми (P<0,01). Як абсолютна, так і відносна кількість В-лімфоцитів (CD22+) у хворих цієї групи була у межах норми. У той же

час показник РБТЛ з ФГА був істотно знижений і складав (42,5±1,9)%, тобто в 1,53 рази менше норми (P<0,01).

Таблиця 1. Показники клітинної ланки імунітету в обстежених хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням до початку проведення медичної реабілітації (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=48)	Зіставлення (n=45)	
CD3+, %	69,6±1,6	54,2±2,1*	53,8±2,0*	>0,1
Г/л	1,3±0,03	0,86±0,03**	0,87±0,03**	>0,1
CD4+, %	45,5±1,2	35,2±1,25**	35,1±1,2**	>0,1
Г/л	0,86±0,02	0,54±0,02***	0,53±0,02***	>0,1
CD8+, %	22,5±0,8	19,8±0,8	20,1±0,7	>0,1
Г/л	0,42±0,015	0,33±0,01*	0,33±0,01*	>0,1
CD4/CD8	2,02±0,03	1,77±0,03***	1,7±0,03***	>0,1
CD22+, %	21,6±0,9	22,8±0,8	22,4±0,85	>0,1
Г/л	0,41±0,02	0,38±0,01	0,37±0,01	>0,1
РБТЛ, %	65,5±2,3	42,5±1,9**	42,8±2,1**	>0,1

Примітки: в табл.1 та 2 стовпчик P – різниця між показниками в основній групі та групі зіставлення, ймовірність різниці відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001.

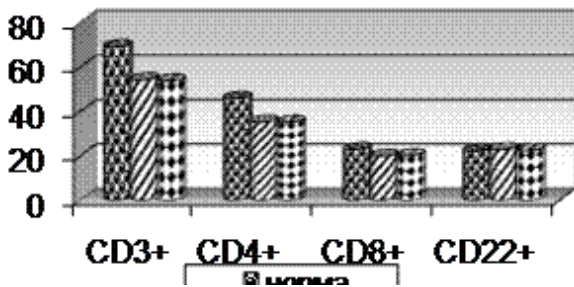


Рис.1. Відносний вміст основних популяцій та субпопуляцій лімфоцитів в обстежених хворих до початку проведення медичної реабілітації, %.

В групі зіставлення до початку проведення реабілітації спостерігались аналогічні зсуви показників клітинної ланки імунітету. Так, абсолютна кількість CD3+-клітин була знижена у хворих групи зіставлення в 1,29 рази (P<0,01); кратність зниження абсолютної кількості CD4+-лімфоцитів складала у цей період обстеження в середньому 1,3 рази (P<0,01), показника РБТЛ з ФГА – 1,54 рази (P<0,01).

Отже, до початку проведення медичної реабілітації в обох обстежених групах пацієнтів були виявлені чітко виражені ознаки вторинного імунodefі-

цитного стану при дослідженні стандартних показників клітинної ланки імунітету. Вони характеризувалися класичними ознаками, характерними для таких імунних зсувів, а саме – Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно за рахунок зниження кількості циркулюючих лімфоцитів з фенотипом CD4+ (Т-хелпери/індуктори) та зменшенням показників імунорегуляторного індексу CD4/CD8, що дає підставу говорити про відносний супресорний варіант ВІДС. Поряд із зниженням загальної кількості тотальної популяції Т-лімфоцитів (CD3+) та субпопуляції Т-хелперів/індукторів (CD4+) в обстежених хворих були суттєво знижені показники РБТЛ з ФГА, що свідчить також про зменшення функціональної активності Т-клітин. Не виявлено вірогідної різниці між кількісними показниками тих чи інших імунологічних тестів, які характеризують стан клітинного імунітету, у хворих обох обстежених груп (P>0,05), що свідчить про однотиповість імунологічних зсувів.

Повторне проведення імунологічних досліджень показників клітинної ланки імунітету після завершення медичної реабілітації показало, що застосування комбінації імуноплюсу та артіхолу сприяло нормалізації імунологічних показників у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням (табл. 2).

Таблиця 2. Показники клітинної ланки імунітету в обстежених хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням після завершення медичної реабілітації (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=48)	Зіставлення (n=45)	
CD3+, %	69,6±1,6	68,2±2,1	58,1±2,0*	<0,05
Г/л	1,3±0,03	1,25±0,06	0,89±0,04**	<0,05
CD4+, %	45,5±1,2	44,7±1,4	36,7±1,24**	<0,05
Г/л	0,86±0,02	0,8±0,03	0,66±0,02**	<0,05
CD8+, %	22,5±0,8	21,9±0,9	19,4±0,5	>0,05
Г/л	0,42±0,015	0,39±0,02	0,32±0,01**	=0,05
CD4/CD8	2,02±0,03	2,04±0,04	1,88±0,03**	<0,05
CD22+, %	21,6±0,9	21,7±1,9	21,8±0,9	>0,1
Г/л	0,41±0,02	0,4±0,02	0,36±0,01	>0,05
РБТЛ, %	65,5±2,3	64,1±2,8	48,4±1,9**	<0,05

У групі зіставлення, хворі якої отримували лише загальноприйняті засоби медичної реабілітації, встановлена лише незначно виражена позитивна динаміка імунологічних показників, які характеризують стан клітинної ланки імунної відповіді. Дійсно, у цій групі хворих залишалося зниження як відносної (в середньому в 1,2 рази відносно норми;

P<0,05), так і абсолютної кількості CD3+-клітин (у середньому 1,4 рази; P<0,05) та CD4+-лімфоцитів – відповідно в 1,24 рази (P<0,05) та 1,27 рази (P<0,05), зменшенні абсолютної кількості CD8+-клітин – в 1,27 рази (P<0,05) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8 – в 1,06 рази (P<0,05) і показника РБТЛ з ФГА – в 1,34 рази (P<0,05), як це видно з рисунка 2.

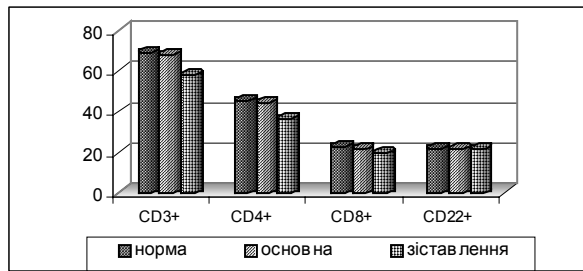


Рис. 2. Відносний вміст основних популяцій та даних субпопуляцій лімфоцитів в обстежених хворих після завершення курсу медичної реабілітації, %.

Аналіз динаміки клінічних показників та даних біохімічного обстеження, які характеризують функціональний стан печінки, дозволило відмітити, що в основній групі хворих вже протягом перших двох тижнів з моменту початку реабілітаційних заходів з включенням комбінації імуноплюсу та артіхолу зникає більшість астеничних симптомів та скарг з боку ГБС, тоді, як у групі зіставлення це відмічається у середньому на 6-10 днів пізніше.

За даними диспансерного нагляду тривалість повноцінної клініко-біохімічної ремісії хронічної патології ГБС у 40 (83,3%) пацієнтів основної групи складала 1 рік (період диспансерного нагляду) та у 8 (16,7%) – від 6 до 11 місяців. В групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була менше та становила у 27 осіб (60%) від 3 до 6 місяців, у 10 пацієнтів (22,2%) - від 7 до 11 місяців, і лише у 8 хворих (17,8%) – 1 рік та більше. Отже клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік та більше у хворих основної групи відмічалася в 4,7 рази частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення ($P < 0,01$).

Виходячи з отриманих нами даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним включення комбінації лікарських засобів рослинного походження – імуноплюсу та артіхолу до комплексу реабілітаційних заходів у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожиріння.

Висновки.

1. До початку проведення медичної реабілітації у хворих на ХТГ, сполучений із ХНХ та ожирінням, відмічалось наявність підвищеної стомлюваності, зниження працездатності та емоційного тону. Нерідко також відмічались скарги на зниження апетиту, порушення сну, підвищену дратівливість, значну емоційну лабільність. Зі скарг, що мали безпосередньо відношення до патології ГБС, виявлялись тяжкість у правому підребр'ї, гіркота, іноді металевий присмак у роті.

2. При біохімічному дослідженні, що характеризує функціональний стан печінкової паренхіми, на момент початку курсу медичної реабілітації у хворих на ХТГ, сполучений із ХНХ та ожирінням мала місце наявність помірного підвищення рівня прямого (зв'язаного) білірубину, гіпертрансфераземії, нерідко був також підвищений показник тимолової проби.

3. При імунологічному дослідженні пацієнтів зі сполученою патологією ГБС та ожирінням до початку медичної реабілітації було встановлено зниження відносної кількості CD3+-клітин в основній групі хворих у середньому в 1,3 рази, абсолютної кількості CD3+-лімфоцитів – в 1,51 рази, від-

носної кількості CD4+-лімфоцитів – в 1,3 рази, абсолютного вмісту CD4+-лімфоцитів – в 1,55 рази, а також зменшення імунорегуляторного індексу CD4/CD8 в 1,77 рази, показника РБТЛ з ФГА – в 1,53 рази стосовно норми. У хворих групи зіставлення абсолютна кількість CD3+-клітин була знижена у в середньому в 1,29 рази; відносна кількість CD3+-клітин – у середньому в 1,28 рази, абсолютна кількість CD4+-лімфоцитів – в 1,3 рази, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 – в 1,2 рази, показник РБТЛ з ФГА – 1,54 рази.

4. Проведення реабілітаційних заходів з включенням комбінації вітчизняних препаратів рослинного походження імуноплюсу та артіхолу у хворих на ХТГ, сполучений із ХНХ та ожирінням, сприяло досягненню стійкої клініко-лабораторної ремісії коморбідного захворювання, а в патогенетичному плані – нормалізації показників, що характеризують стан клітинної ланки імунітету. Так, відносна кількість CD3+-клітин в основній групі хворих, які додатково отримували комбінацію артіхолу та імуноплюсу підвищилася стосовно першопочаткових значень у середньому в 1,26 рази, абсолютна кількість CD3+-лімфоцитів – в 1,35 рази, відносна кількість CD4+-лімфоцитів – в 1,27 рази, абсолютний вміст CD4+-лімфоцитів – в 1,4 рази, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 – в 1,15 рази, показник РБТЛ з ФГА – в 1,51 рази, при цьому вивчені показники клітинної ланки імунітету вірогідно від норми не відрізнялися.

5. При застосуванні лише загальноприйнятих засобів медичної реабілітації хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ та ожирінням мала місце незначна позитивна динаміка вивчених показників клітинної ланки імунітету, при цьому на момент завершення курсу медичної реабілітації спостерігалось зниження відносної кількості CD3+-клітин в середньому в 1,2 рази, абсолютної кількості CD3+-лімфоцитів у середньому 1,4 рази, відносної кількості CD4+-лімфоцитів – в 1,24 рази та абсолютної кількості CD4+-клітин в 1,27 рази, зменшення абсолютної кількості CD8+-клітин – в 1,27 рази, імунорегуляторного індексу CD4/CD8 – в 1,06 рази та показника РБТЛ з ФГА в 1,34 рази стосовно норми.

6. У пацієнтів з ХТГ, сполучених із ХНХ та ожирінням, клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік та більше (тобто увесь період диспансерного нагляду) при використанні комбінації сучасного імуноактивного препарату рослинного походження з ехінацеї пурпурової імуноплюсу та гепатозахисного фітозасобу з артишоку колючого артіхолу спостерігалась в 4,7 рази частіше, ніж у пацієнтів, що отримували курс медичної реабілітації із застосуванням лише загальноприйнятих препаратів.

7. Виходячи з цього, можна вважати доцільним використання комбінації препаратів рослинного походження імуноплюсу та артіхолу в амбулаторно-поліклінічній практиці, в тому числі діяльності сімейних лікарів, при проведенні медичної реабілітації хворих на ХТГ, сполучений із ХНХ та ожирінням.

8. Перспективою подальших досліджень можна вважати вивчення впливу комбінації вітчизняних фітопрепаратів імуноплюсу та артіхолу на інші патогенетичні ланки сполученої патології ГБС та ожиріння, зокрема на стан системи глутатіону в періоді медичної реабілітації, в тому числі в амбулаторно-поліклінічних умовах.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века / А.С. Аметов // Терапевтический архив. – 2002. - № 10. – С. 5 – 7.

2. Архій Е.Й. Токсичні гепатити: етіологія, патогенез, клінічні прояви та можливості лікування з використанням

- препарату Hepar Compositum / **Е. Й. Архій, О. М. Паш** // Биологическая терапия. - 2003. - № 2. - С. 11-16.
3. Артіхол: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 16.11.2006 р. Наказом МОЗ України № 758.
 4. **Гарник Т.П.** Артишок полевой (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение, перспективное для создания новых гепатозащитных препаратов / **Т.П.Гарник, В.М.Фролов, М.О.Пересадин** // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2006. - Вип. 6 (75). - С.17-36.
 5. **Гарник Т.П.** Эхинацея пурпурная как лекарственное растение и перспективы применения новых лекарственных препаратов из этого растения / **Т.П.Гарник, В.М.Фролов, Н.А.Пересадин** // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 1-2 (76-77). - С. 19-39.
 6. Гепатопротективное действие полисахаридов эхинацеи пурпурной / **Э.И.Хасина, М.Н.Сребнева, В.А.Хоменко, Т.Ф.Соловьёва** // С эхинацеей в третье тысячелетие: Матер. Международной научн. конф. - Полтава, 2003. - С. 212-217.
 7. **Грицик А.Р.** Пошук лікарських рослин, які застосовуються для лікування захворювань гепатобіліарної системи / **А.Р.Грицик, Н.М.Гузь, Н.М.Посацька** // Фітотерапія. - 2007. - № 2. - С. 47 - 51.
 8. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных / **Е.П. Киселева, А.С. Цвейбах, Е.И. Гольдман, Н.В. Пигарева** // Иммунология. - 1985. - № 1. - С. 76 - 78.
 9. Імуноплюс: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 16.11.2006 р. Наказом МОЗ України № 758.
 10. Клиническая иммунология / под ред. **А.В. Караулова**. - М.: МИА, 1999. - 604 с.
 11. **Крылов А.А.** К проблеме сочетаемости заболеваний / **А.А.Крылов** // Клиническая медицина. - 2000. - № 1. - С.56-58.
 12. **Лапач С.Н.** Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / **С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич**. - Киев: Моррион, 2002. - 160 с.
 13. **Лапач С.Н.** Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / **С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич**. - Киев: Моррион, 2002. - 160 с.
 14. **Попова Ю.С.** Болезни печени и желчного пузыря. Ди-

агностика, лечение, профилактика / **Попова Ю.С.** - Спб.: Крылов, 2008. - 192 с.

15. **Турищев С.Н.** Фитотерапия гепатитов: подходы и ресурс / **С.Н.Турищев** // Хвороби печінки в практиці клініциста: Матер. наук.-практ. конф. з міжнародною участю. - Харків, 2007. - С. 290 - 291.

16. **Шаповалова І.О.** Вплив комбінації сучасних фітозасобів імуноплюсу та артіхолу на активність ферментів системи антиоксидантного захисту у хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням, в періоді медичної реабілітації / **І.О.Шаповалова** // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2009. - Вип. 7 (94). - С. 246-257.

17. **Філіппов Ю.О.** Основные показатели гастроэнтерологической захворюваності в Україні / **Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петречук** // Гастроентерологія: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3 - 9.

18. **Фролов В.М.** Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин** // Лабораторное дело. - 1989. - № 6. - С. 71 - 72.

19. **Фролов В.М.** Использование «иммунологического компаса» для диагностики иммунных нарушений / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, С.Е. Казакова** // Клиническая лабораторная диагностика. - 1994. - № 1. - С. 10 - 13.

20. **Фролов В.М.** Иммунные и микрогемодинамические нарушения при патологии печени и их коррекция / **В.М. Фролов, Б.П. Романюк, А.М. Петруня**. - Луганск: изд-во ЛГМУ, 1994. - Т. 1. - 194 с.

21. **Фролов В.М.** Токсические и медикаментозные поражения печени и их лечение / **В.М. Фролов, Б.П. Романюк, А.М. Петруня**. - Луганск, изд-во ЛГМУ, 1994. - 108 с.

22. **Харченко Н.В.** Клиническая гастроэнтерология / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохина, Н.Д. Опанасюк**. - Киев: Здоровья, 2000. - 448 с.

23. **Ahima R.** Obesity: much silence makes a mighty noise / **R.Ahima** // Gastroenterol. - 2007. - 132. - P. 2085-2086.

24. **Barrett V.** Medicinal properties of Echinacea: critical review / **V.Barrett** // Phytomedicine. - 2003. - V. 10 (1). - P. 66-68.

25. **Marino G.** Management of drug-induced liver disease / **G.Marino, H.J.Limmerman** // Cur. Gastr. Reports. - 2007. - Vol. 3. - P. 38-48.

Шаповалова І.О. Динаміка показників клітинної ланки імунітету у хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням, під впливом комбінації сучасних фітозасобів імуноплюсу та артіхолу в ході медичної реабілітації // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С. 246-250.

У хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням, встановлені порушення з боку клітинної ланки імунітету, які характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням кількості CD4+клітин (Т-хелперів/індукторів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, суттєвим зменшенням функціональної активності Т-клітин за даними РБТЛ з ФГА. Проведення медичної реабілітації з включенням комбінації препаратів рослинного походження імуноплюсу і артіхолу у цих хворих сприяло вираженій позитивній клінічній динаміці, досягненню стійкої ремісії коморбідної патології та нормалізації показників клітинної ланки імунітету.

Ключові слова: хронічний токсичний гепатит, хронічний некалькульозний холецистит, ожиріння, клітинний імунітет, імуноплюс, артіхол, медична реабілітація.

Шаповалова І.А. Динамика показателей клеточного звена иммунитета у больных с хроническим некалькулезным холециститом и ожирением, под влиянием комбинации современных фитопрепаратов иммуноплюса и артихола в ходе медицинской реабилитации // Украинский медицинский альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С. 246-250.

У больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом и ожирением, в периоде медицинской реабилитации установлены нарушения со стороны клеточного звена иммунитета, которые характеризовались Т-лимфопенией, снижением количества CD4+-клеток (Т-хелперов/индукторов) и иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, существенным уменьшением функциональной активности Т-клеток по данным РБТЛ с ФГА. Проведение медицинской реабилитации с использованием комбинации препаратов растительного происхождения иммуноплюса и артихола у этих больных способствовало позитивной клинико-биохимической динамике, достижению стойкой клинической ремиссии и нормализации показателей клеточного звена иммунитета.

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, хронический некалькулезный холецистит, ожирение, клеточный иммунитет, иммуноплюс, артихол, медицинская реабилитация.

Shapovalova I.O. Dynamic of cellular immunity indexes at the patients with chronic toxic hepatitis, combined with chronic uncalculous cholecystitis and obesity at application of combination modern phitopreparations of immunoplus and arthol at the period of medical rehabilitation // Украинский медицинский альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С. 246-250.

The patients with chronic toxic hepatitis combined with chronic uncalculous cholecystitis and obesity have violations from the side of cellular immunity at the period medical rehabilitation. They were characterized by T-lymphopenia, by the disbalance of the subpopulation T-lymphocytes, mainly due to the decline of amount of circulatory in a peripheral blood CD4+ (T-helper/inductor) and immunoregulatory index CD4/CD8, by substantial reduction of the functional activity T-cell. Conducting of medical rehabilitation with the use of modern phitopreparations of immunoplus and arthol at these patients was assistance to increase of treatment's efficiency, and normalization of cellular immunity indexes.

Key words: chronic toxic hepatitis, chronic uncalculous cholecystitis, obesity, immunoplus, arthol, cellular immunity, medical rehabilitation.

Надійшла 11.12.2010 р.
Рецензент: проф. І.В.Лоскутова