ЛИТЕРАТУРА:

1. **Топоркова О.А.** Імунні порушення у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЄС, які перенесли інсульт / О.А. Топоркова, С.Є. Казакова, В.Г Пінькас., І.Ю. Ватанська // Фізіологічний журнал 2003; Т. 49 № 2. С. 120 — 122.
2. **Карвасарский Б.Д.** Неврозы: Учебник / Б.Д. Карвасарский — Москва: «Высшая школа», 1980. — 477 с.
3. **Липгарт Н.К., Марута Н.А.** Клинические особенности эмоциональных нарушений у больных с неврозами / Н.К. Липгарт, Н.А. Марута // Республиканский Межведомственный сборник 1991; вып. 20. - С. 117-119.
4. **Марута Н.А.** Оценка эффективности аутогенной тренировки с биологической обратной связью у больных различными формами неврозов / Н.А. Марута // Вестник гипнологии и психотерапии 1991; №17 — С. 73-76.

Топоркова О.А. Психотерапія у підвищенні іммунного статуса особ, які перенесли інсульт // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 213-214.

Під наглядом знаходилось 198 хворих. Було враховано їх неврологічну симптоматику, психічний статус, неврологічні синдроми. Врахування неврологічних проявів, викликаних інсультом, дозволило застосувати терапію, яка прискорила динаміку покращення психічних і неврологічних прявів за більш короткий термін та нормалізувала імунні показники.

Ключові слова: психотерапія, імунний статус, інсульт.

Топоркова О.А. Психотерапия в повышении иммунного статуса лиц, перенесших инсульт // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 213-214.

Было обследовано 198 больных с инсультом. Учтено неврологическую симптоматику, психический статус, неврологические синдромы. Учет неврологических проявлений, вызванный инсультом, позволяет применять различную терапию и ускоряет динамику улучшения психических и неврологических проявлений за более краткие сроки нормализует иммунные показатели.

Ключевые слова: психотерапия, иммунный статус, инсульт.

Toporkova O.A. Psychotherapy in enhancing the immune status of persons with strohe // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 213-214.

198 patients with insult were examined and treated. Neurologic symptomatology, as well as psychical status including neuroidens syndromes, were taken into consideration. Registrayion of neuroideus manifestations, caused by insult, and permits to accelerate the dynamics of psychacal and neuroiogic manifestations in earlier terms, normalizes the immune showing.

Key words: psychotherapy, immune status, stroke.

Надійшла01.10.2011 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова

УДК 615.3:616.321-002.1-084
© Трофименко О.М., 2011

КОНЦЕНТРАЦІЯ «СЕРЕДНІХ МОЛЕКУЛ» У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ СИНДРОМУ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЕНОСТІ В ДИНАМІЦІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУЧАСНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ АРТИШОКУ ЕКСТРАКТ ЗДОРОВ´Я ТА КОМБІНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ ІНТЕЛЛАНУ

Трофименко О.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. За останні десятиріччя за даними клініко-епідеміологічних досліджень, серед загальної захворюваності на хронічну патологію внутрішніх органів суттєво підвищилася частка захворювань гепатобіліарної системи (ГБС), в тому числі стеатозом печінки (СП), який є початковою стадією неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) [4, 23]. Вважають, що дуже часте розповсюдження НАЖХП обумовлено прогресуючим забрудненням оточуючого середовища токсичними агентами (ксенобіотиками), поширеним застосуванням консервантів та барвників синтетичного походження у харчовій промисловості, частим вживанням лікарських засобів, які є ксенобіотиками та які метаболізуються у печінці і негативно впливають на її функціональний стан [21]. Поряд зі СП дуже частою патологією ГБС є хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ), який в теперішній час є дуже розповсюдженим та найбільш частим захворюванням жовчного міхура (ЖМ) в загальній структурі гастроентерологічної патології як в Україні, так і в інших країнах світу [24, 32]. Встановлено, що СП досить часто зустрічається з хронічним захворюваннями жовчовивідних шляхів, та поперед усього, ХБХ [22].

Відомо, що в сучасних умовах хронічна патологія ГБС нерідко поєднується з межевими психопатологічними станами, зокрема синдромом підвищеної стомленості (СПС), патогенез якого тісно пов'язаний з порушеннями імунного та метаболічного гомеостазу, та суттєво обтяжує клінічний перебіг хронічних захворювань печінки [13, 25]. Клінічний досвід показує, що коморбідна патологія у вигляді СП, сполученого з ХБХ на тлі СХВ має тенденцію до тривалого перебігу з частими загостреннями та нерідко формуванням резистентності до традиційних методів лікування та медичної реабілітації (МР), що слід розглядати як свідоцтво істотного послаблення захисних систем організму [14, 27, 29].

Встановлено, що в основі загострень хронічної патології органів ГБС лежать порушення в організмі хворих метаболічних процесів з формуванням так званого синдрому «метаболічної інтоксикації» (СМІ) [10]. Автор концепції «метаболічної інтоксикації» проф. Л.Л. Громашевська підкреслює універсальне значення СМІ в патогенезі різних захворювань, з хронічним перебігом, та виділяє в якості достатньо інформативного лабораторного тесту, що свідчить про наявність СМІ, концентрацію «середніх молекул» (СМ) в крові [9].

В теперішній час значна увага дослідників приділяється розробці патогенетично обрунтованих підходів до лікування та МР хворих з коморбідною патологією органів травлення [31]. При цьому вважають, що перспективними засобами для лікування та, особливо, МР хворих з такою коморбідною патологією можна вважати саме засоби рослинного походження, оскільки вони не викликають побічних ефектів, в тому числі алергічних, та можуть тривалий час призначатися хворим, як це потрібно при проведенні МР [5, 7].

Так, при розробці патогенетично обгрунтованих підходів до МР хворих на СП, поєднаний із ХБХ на тлі СПС, нашу увагу привернула можливість застосування комбінації вітчизняного фітопрепарату артишоку екстракт Здоров´я (АЕЗ) [1-3] та сучасного комбінованого фітозасобу інтелану [15]. Зокрема, у наших попередніх роботах був показаний позитивний ефект комбінації сучасних фітозасобів інтеллану та АЕЗ при проведенні МР хворих на СП, поєднаний із ХБХ на тлі СПС, та зменшення внаслідок застосування цих фітопрепаратів показників перекисного окислення ліпідів [19]. Відомо також, що фітозасоби з артишоку колючого позитивно впливають на клінічний перебіг та показники ліпопероксидації у хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням [6]. Препарати з артишоку польового (Cynara scolymus L.), до яких відносяться АЕЗ, вважаються перспективними в плані різноманітної патології [2, 8, 28]. Встановлений також позитивний ефект комбінованого фітозасобу інтеллану в лікуванні хворих з синдромом психоемоційного вигорання [16]. Виявлена позитивна динаміка клінічних показників у хворих з синдромом менеджера при застосуванні сучасного комбінованого фітозасобу інтеллану [11]. Виходячи з цього, ми вважали доцільним та перспективним вивчити можливий вплив комбінації АЕЗ та інтеллану при проведенні МР хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС на динаміку концентрації СМ у сироватці крові.

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-патогентичні особливості лікування та медична реабілітація хворих на стеатоз печінки, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомленості» (№ держреєстрації 0110U003843), «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією органів системи травлення та вторинними імунодефіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463) та «Артишоку екстракт-Здоров'я: механізми фармакологічної дії та клінічна ефективність" (№ держреєстрації 0105U002306).

Метою роботи було вивчення впливу комбінації препарату АЕЗ та інтеллану на концентрацію СМ у сироватці крові при проведенні МР хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом було 78 осіб з наявністю на СП, поєднаний з ХБХ, в яких експертним шляхом було встановлено наявність СПС [12, 27]. Вік обстежених хворих складав від 23 до 50 років, з них було 34 чоловіка (43,6%) та 44 жінки (56,4%). Більшість пацієнтів знаходилися на обстеженні та МР у спеціалізованому гастроентерологічному денному стаціонарі або проходили курс МР 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 ХБХ та стадії СПС. Діагнози СП та ХБХ були встановлені у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.) [18] 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. Для виключення вірусного ураження печінки було проведено дослідження сироватки крові обстежених на маркери вірусних гепатитів (ВГ) − ВГВ, ВГС та ВГD за допомогою ІФА. При наявності маркерів ВГ у сироватці крові ці хворі були виключені з подальшого дослідження. Наявність СПС у обстежених хворих було діагностовано на підставі клініко-імунологічних критеріїв, запропонованих проф. Г.М. Дранніком [12].

Комплекс МР обстежених хворих з коморбідною 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.) [18]. Всі хворі обох груп обстеження отримували комплекс загальноприйнятих реабілітаційних заходів − дієтичне харчування, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК та медикаментозне лікування, а саме есенціальні фосфоліпіди (ессенціале Н), препарати з розторопші плямистої (карсил або сілібор), полівітаміни, за показами − ферментні препарати та спазмолітики [13, 26]. Пацієнти основної групи в комплексі МР також додатково отримували АЕЗ по 2 капсули 3 рази на день за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль та інтеллан по 1 капсулі 2 рази на день (зранку та ввечері) після вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль.

Сучасний комбінований фітозасіб інтеллан зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/ 2009/02/01) та дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ України № 18 від 22.01.2007 р. [15]. До складу цього фітозасобу входять сухі екстракти плодів амому шилоподібного, листя гінкго двулопастевого, плодів ембліки лікарської, трави коріандру посівного, трави херпестису манієра, трави центели азіатської [15]. 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 [33]. У індійській медицині він вважається одним з кращих стимуляторів травлення, що не оказує подразнюючої дії на слизисту оболонку шлунково-кишкового тракту [34]. У традиційній медицині Китаю амомум використовують для лікування респіраторних захворювань, лихоманки, хвороб сечостатевої і травної систем, а

також в якості антидепресивного засобу [33]. Кардамон регулює виділення шлункового соку, підвищує апетит, надає протизапальну, збудливу, сечогінну, а також чітко виражену стимулюючу дію [34]. Плоди емблікі лікарської (Emblica officinalis L.) містять в значній кількості аскорбінову та нікотинову кислоти, а також каротин, рибофлавін, тіаміну бромід, метіонін, триптофан, кальцій, залізо, фосфор; крім того, у м'якуші плодів багато флавоноїдів, дубильних речовин і пектину [33]. Застосовують плоди емблікі та препарати з них для стимуляції процесів травлення, а також з метою сповільнення процесів старіння, лікування депресивних станів, підсилення антиінфекційних спроможностей сироватки крові та шкіри. Коріандр посівний містить ефирне масло, борнеол, тимол, камфен, бетапинен, цитронеллол, нерол . Засоби з коріандру володіють капіллярозміцнюючим, антиоксидантним та тонізуючим ефектами. Херпестис монієра (Herpestis monniera) - містить алкалоїди (брахмин, 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. Центела азіатська або готу кола (Hydrocotyle asiatica) — багаторічна рослина сімейства зонтичних. Листя центели містять тритерпенові глікозиди (азіатикозид, мадекассозид, брахмозид, центелозид), стероли (β-стерин, стигматерол), еферні масла. Засоби із Hydrocotyle asiatica надають дозозалежну вазорегулюючу дію - стимулюють продукцію ендотеліального релаксуючого фактору, підвищують тонус вен, регулюють кровонаповнення судин, що в цілому поліпшує мікроциркуляцію. Гінкго дволопастеве (Ginkgo biloba) – реліктова рослина, що містить у своєму складі флавоноідні глікозиди та терпенлактони. 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 інгібірують зворотне захоплення біогенних амінів (норадреналіну, дофаміну), підвищують чутливість постсинаптичних мускаринових рецепторів до ацетілхоліну. 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. В цілому інтеллан діє як нейрогуморальний модифікатор трансмісії і має стимулюючий ефект на обмін речовин кори головного мозку, стимулює активність мозку, покращує кровообіг в головному мозку, підвищує забезпечення живлення нервових клітин, видалення продуктів метаболізму тощо.

АЕЗ − сучасний фітозасіб з артишока колючого, є розробкою вітчизняних фармакологів, яка реалізована у вигляді препарату АЕЗ, що випускається фармацевтичною компанією «Здоров'я» (Харків) [1]. АЕЗ володіє вираженою гепатопротекторною дією, яка обумовлена антиоксидантним і мембраностабілізуючим ефектами комплексу біологічно активних речовин, що містяться в препараті [2]. Фармакологічні властивості АЕЗ обумовлені дією на організм хворого усього комплексу біологічно активних речовин, що входять до складу листя артишоку польового (Cynara scolymus L.) [2, 3]. Так, фенольна сполука цинарин в поєднанні з фенокислотами та біофлавоноїдами, що містяться у складі артишоку, чинять жовчогінну, сечогінну та гепатопротекторну дію препарату [8, 28].

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки, у відповідності з протоколам дослідження, вивчалися біохімічні показники з використанням уніфікованих методів, які включали визначення у крові рівня загального білірубіну 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 гамаглутамілтраспептидази (ГГТП); показника тимолової проби [20]. При цьому біохімічні показники, які характеризують функціональний стан печінки, визначалися в динаміці лікування та оцінювались в комплексі з клінічними даними.

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали біохімічні показники СМІ, а саме рівень СМ у сироватці крові за методом [17].

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, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [30].

Отримані результати та їхнє обговорення. На момент початку МР всі хворі обох груп (основної та зіставлення) мали ознаки нестійкої ремісії або помірного загострення хронічної патології ГБС. В клінічному плані СП, поєднаний з ХБХ 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, периодичним диспептичним синдромом, проявами якого були нудота, 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. Нерідко наголошувався періодично виникаючий субфебрилітет, переважно ввечері, збільшення і чутливість при пальпації задньошийних лімфовузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова). При вивченні функціональних проб печінки було встановлено, що до початку проведення МР у обстежених хворих відмічалися зсуви з боку біохімічних показників, більш значні при сполученні водночас загострення як СП, так і ХБХ. Так, мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубіну у крові (в середньому в 1,3 рази стосовно норми; $P<0,05$); рівень прямого білірубіну 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 у хворих на на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС, у частини осіб було виявлено збільшення косого верхнього розміру лівої або правої частки печінки на 11–19 мм, дифузним рівномірним підвищенням лунощільності печінкової паренхіми, помірним збільшенням дрібних сегментів судинного малюнка в печінці, а також досить гарна візуалізація внутрішньопечінкового відділу нижньої полої та ворітної вен і жовчних протоків у воротах печінки. У решти пацієнтів при сонографічному дослідженні виявлялася виражена дифузна гепатомегалія, внаслідок чого відмічалося збільшення косого верхнього розміру усієї печінки на 20–29 мм, дифузна однорідна гіперлунощільність паренхіми печінки у вигляді так званої «білої печінки», погіршення візуалізації та порушення ангіоархітектоніки печінкових вен, досить гарна візуалізація внутрішньопечінкового відділу нижньої полої та ворітної вен і жовчних протоків у воротах печінки, та в той же час була значно погіршена візуалізація капсули печінки та границі між нею та жировою тканиною навколо. Сумарно сонографічні ознаки СП II ступеня за С.С. Бацковим (1988) були виявлені у 45 осіб (57,7 %) та III ступеня - у 33 хворих (42,3 %). При УЗД органів черевної порожнини було також встановлено потовщення стінки ЖМ, переважно в межах 3-7 мм, у частини хворих - двоконтурність його стінки. У 50 пацієнтів (64,1 %) виявлено деформація ЖМ спайками або перетинками, при цьому у порожнині ЖМ нерідко виявлялася наявність концентрованої жовчі (детриту) та мікролітів.

При проведенні спеціального біохімічного дослідження до початку лікування було встановлено, що на момент першого обстеження в обох групах обстежених хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, були виявлені однотипові зміни з боку вивчених показників, що характеризують СМІ (табл. 1).

Таблиця 1. Концентрація СМ у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС до початку проведення МР, г/л (M±m)

Рівень СМ у сироватці крові (г/л)	Норма	Групи хворих		P_2
		основна (n=44)	зіставлення (n=36)	
	0,52±0,02	2,03±0,05 P_1<0,001	1,97±0,05 P_1<0,001	>0,05

Примітки: в табл.1, 2 P1 - ймовірність різниці показників відносно норми; P2 - вірогідність розбіжностей між показниками основної групи і групи зіставлення.

Як відображено у табл. 1 та рис. 1, до початку МР концентрація СМ у сироватці крові була підвищена в основній групі хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС в середньому в 3,9 рази стосовно норми, в групі зіставлення – в 3,79 рази (P<0,001), що про наявність у осіб, які знаходилися під наглядом, порушень метаболічного гомеостазу, що свідчать про наявність СМІ.

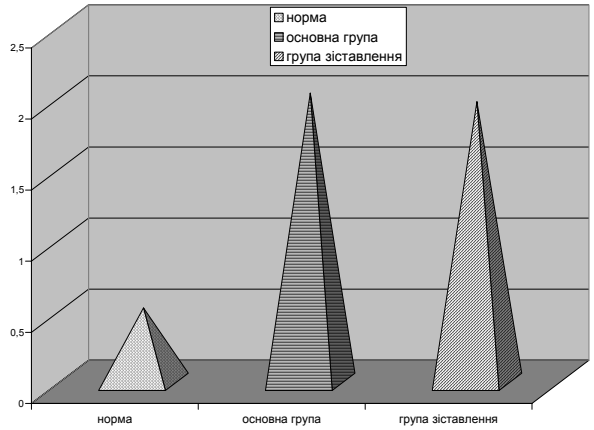

Рис. 1. Рівень СМ у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС до початку проведення МР, г/л.

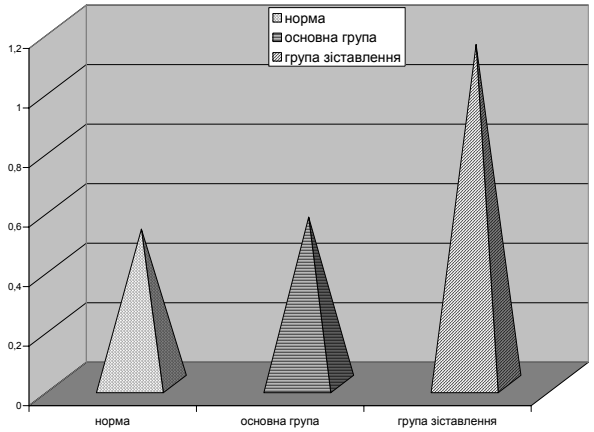

Рис. 2. Рівень СМ у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС після завершення курсу МР, г/л.

Клінічне обстеження у динаміці дозволило встановити, що в ході МР в основній групі хворих вже протягом перших двох тижнів з моменту початку МР з використанням комбінації АЕЗ та інтеллану зменшується та потім зникає більшість клінічних симптомів, які свідчать про загострення захворювання. В групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйняті препарати, тривалість збереження клінічної симптоматики загострення хронічного патологічного процесу у ГБС зберігалося у середньому на 6-7 днів довше (P<0,05). Одночасно з поліпшенням клінічної симптоматики під впливом терапії з додатковим включенням комбінації АЕЗ та інтеллану відмічається також позитивна динаміка з боку біохімічних показників крові, що характеризують функціональний стан печінки (відмічається зниження до норми вмісту білірубіну, в тому числі його прямої фракції, ліквідація гіпертрансфераземії, нормалізація показника тимолової проби та інш.).

При аналізі біохімічних показників, що характеризують СМІ, було встановлено, що в основній групі пацієнтів, які додатково в комплексі МР отримували комбінацію АЕЗ та інтеллану, відмічалася позитивна динаміка вивчених показників, причому в більшості випадків концентрація СМ нормалізувалася (табл. 2). У той же час у групі зіставлення позитивна динаміка вивчених показників була суттєво менше виражена. Так, в динаміці МР у осіб основної групи рівень СМ у сироватці крові знижувався в середньому в 3,62 рази, та при цьому досягав значення (0,56±0,03) г/л, що вірогідно від норми не відрізнялося (рис. 2).

У осіб групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняті засоби, концентрація СМ у крові в динаміці МР знизилася лише в 1,73 рази, але при

цьому залишалася в середньому в 2,19 рази більше норми (P<0,001) та в 2,03 рази вище (P<0,001). Отримані дані свідчать про збереження у осіб, хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС, які в комплексі засобів МР отримували лише загальноприйняті засоби, клініко-біохімічного СМІ.

Таблиця 2. Концентрація СМ у сироватці крові хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, після завершення курсу МР, г/л (M±m)

Рівень СМ у сироватці крові (г/л)	Норма	Групи хворих		P_2
		основна (n=44)	зіставлення (n=36)	
	0,52±0,02	0,56±0,03 P_1>0,05	1,14±0,04 P_1<0,001	<0,001

За даними диспансерного нагляду тривалість збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії хронічної патології ГБС у 37 пацієнтів основної групи (84,1 %) складала 1 рік та більше (період диспансерного нагляду) та у 7 осіб (15,9 %) – від 6 до 11 місяців. В групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була менше та становила у 17 хворих (47,2 %) від 3 до 6 місяців, у 7 обстежених (19,4 %) - від 7 до 11 місяців, і у 12 пацієнтів (33,3 %) – 1 рік та більше. Отже, клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік та більше у хворих основної групи, яка в комплексі МР отримували комбінацію АЕЗ та інтеллану відмічалася в 2,53 рази частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення (P<0,01).

Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обгрунтованим та клінічно перспективним включення комбінації АЕЗ та інтеллану до загальної програми МР хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС.

Висновки: 1. В клінічному плані СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, на момент початку МР 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 нудота, гіркота або металевий присмак у роті, метеоризм тощо. Клінічними проявами хвороби, характерними для СПС, було підвищена стомлюваність, знижена працездатність, дратівливість, емоційна лабільність. Нерідко наголошувався періодично виникаючий субфебрилітет, переважно ввечері, збільшення і чутливість при пальпації задньошийних лімфовузлів (позитивний симптом Дранніка-Фролова).

2. При вивченні біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки, було встановлено, що до початку проведення МР у обстежених хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубіну у сироватці крові, переважно за рахунок його прямої фракції, збільшення активності сироваткових амінтрансфераз (АлАТ та АсАТ), підвищення показника тимолової проби. У частини хворих відмічено також помірне підвищення активності екскреторних ферментів - ГГТП та ЛФ, що свідчило про наявність у цих пацієнтів часткового внутрішньопечінкового холестазу.

3. Концентрація СМ у сироватці крові до початку МР була підвищена в основній групі хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, у середньому в 3,9 рази стосовно норми, в групі зіставлення – в 3,79 рази, що свідчило про наявність клініко-біохімічного синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації (СМІ).

4. Включення до комплексу МР хворих СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, комбінації фітозасобів АЕЗ та інтеллану сприяє прискоренню досягнення клініко-біохімічної ремісії хронічного ураження печінки у вигляді СП та водночас ліквідації СМІ, що документується нормалізацією вмісту СМ у сироватці крові.

5. У хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняту терапію, у частини хворих зберігалися ознаки неповної ремісії хронічної патології печінки, що характеризувалася збереженням вірогідно виражених зсувів з боку функціональних проб печінки. В цієї групі була також менш виражена позитивна динаміка з боку рівня СМ: концентрація СМ у крові на момент завершення лікування зберігалася у середньому в 2,19 рази вище норми та в 3,2 рази вище, ніж в основній групі пацієнтів, що свідчить про збереження СМІ.

6. Отримані дані надають підставу вважати застосування у комплексі МР хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС, комбінації АЕЗ та інтеллану, патогенетично обгрунтованим, доцільним та клінічно перспективним, що буде сприяти підвищенню ефективності МР пацієнтів з вказаною коморбідною патологією.

7. Перспективою подальших досліджень можна вважати продовження вивчення механизмів фармакологічної дії комбінації АЕЗ та інтеллану при проведенні МР хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС, зокрема можливий вплив даної комбінації препаратів на імунологічні показники, а саме на стан клітинної ланки імунітету.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Артишока екстракт-Здоров'я: інструкція до клінічного застосування / затверджена 11.12.03 Наказом МОЗ України № 572.
2. Артишок посевной (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, И.В. Белоусова, В.С. Гришина // Фітотерапія. Часопис. – 2006. - № 4. – С. 3-11.
3. **Бабак О.Я.** Артишока экстракт-Здоровье (фармакологические свойства и клиническое применение) / **О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Н.В. Харченко**. – Харьков; Луганск: изд-во Элтон, 2006. – 102 с.
4. **Бабак О.Я**. Причины и метаболические последствия неалкогольной жировой болезни печени / **О.Я. Бабак** // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4 (54). – С. 8-16.
5. **Бабак О.Я.** Современная фитотерапия заболеваний органов пищеварения / О.Я. Бабак Т.А. Соломенцева. – Киев: Диалла комьюникейшенз, 1998. – 48 с.
6. Вплив фітозасобів з артишока колючого на показники ліпопероксидації у хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням / **В.М. Фролов, Т.П. Гарник, М.О. Пересадін** [та інш.] // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 4. – С. 185-191.
7. **Гарник Т.П**. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині / **Т.П. Гарник, Ф.А. Мітченко, Т.К. Шураєва** // Фітотерапія. Часопис. – 2002. - № 1-2. – С. 70-73.
8. **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, Н.А. Пересадин** // Проблеми екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків. - 2006. – Вип. 6 (75). – С. 17 - 36.
9. **Громашевская Л.Л**. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической интоксикации» в организме / **Л.Л. Громашевская** // Лабораторная диагностика. - 1997. – №1. – С. 11 – 16.

10. **Громашевская Л.Л.** Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / **Л.Л. Громашевская** // Лабораторная диагностика. – 2006. – №1 (35). – С. 3 – 13
11. Динаміка концентрації «середніх молекул» у сироватці крові хворих на синдром менеджера при застосуванні сучасного комбінованого фітозасобу інтеллану / **Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін, В.О. Петріщева** // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – 2010. – Вип. 4 (100). – С. 187-189.
12. **Дранник Г.Н**. Клиническая иммунология и аллергология / **Г.Н. Дранник**. - [4-е изд.]. – Киев, Полиграф Плюс, 2010. – 552 с.
13. **Драннік Г.М.** Синдром підвищеної стомленості в практичній медицині / **Г.Н. Дранник, В.М. Фролов** // Проблеми екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць.- Київ; Луганськ; Харків, 2003.- Вип. 1 (47).- С. 74-82
14. **Иванова Л.Н**. Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / **Л.Н. Иванова**. – Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. – 170 с.
15. Інтеллан: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 22.01.07 р. Наказом МОЗ України № 18.
16. **Пересадін М.О**. Ефективність комбінованого фітозасобу 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.
17. Способ определения «средних молекул» / **В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Кирковский** [и др.] // Лабораторное дело. – 1991. – № 10. – С. 13 - 18.
18. 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.
19. **Трофименко О.М**. Вплив сучасного комбінованого фітозасобу інтеллану та артишоку екстракт Здоров´я на показники перекисного окислення ліпідів при медичній реабілітації хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомленості / **О.М. Трофименко** // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С.
20. Унифицированные биохимические методы обследования больных: метод. рекомендации // под. ред. **Л.Л. Громашевской**. – Киев: МЗ Украины, 1990. – 64 с.
21. **Фадеенко Г.Д.** Патофизиологические и молекулярные механизмы развития стеатоза и стеатогепатита / **Г.Д. Фадеенко, Н.А. Кравченко, С.В. Виноградова** // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 3 (23). – С. 88 – 95.
22. **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.
23. **Філіппов Ю.О**. Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / **Ю.О. Філіппов** // Новости медицины и фармации. – 2008. - № 239. – С. 6-7.
24. **Філіпов Ю.О.** Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр.. / **Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скирда** // Сучасні медичні технології. – 2010. - № 2 (6). – С. 56-59.
25. **Фролов В.М.** Проблемы иммуноэкологии: от синдрома повышенной утомляемости до синдрома хронической усталости / **В.М. Фролов, Г.Н. Дранник** // Иммунология та алергология. – 1998. – №1. – С. 69 – 81.
26. **Фролов В.М**. Синдром «метаболической интоксикации» как основа болезней печени и подходы к его коррекции / **В.М. Фролов** // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунол.: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків, 2003. – Вип. 5 (51). – С. 187-198.
27. **Фролов В.М**. Синдром повышенной утомляемости - патогенетические и клинические аспекты / **В.М. Фролов, Г.Н. Дранник** // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунол.: зб. наук. праць.- Київ; Луганськ, 2001. - Вип. 6 (38). - С. 195-199.
28. **Фролов В.М.** Артишок посевной (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение (обзор литературы) / **В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Б.П. Романюк** / Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 3. – С. 158-163.
29. **Хворостинка В.Н.** Патогенетические механизмы хронических холециститов / **В.Н. Хворостинка, Л.Р. Бобронникова, И.А. Ильченко** // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 3 (18). – С. 32 – 34.
30. **Юнкеров В.И.** Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / **В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев**. – [2-е изд.]. – СПб.: ВМедА, 2005. – 292 с.
31. Elshtein N. Polymorbidity in gastroenterological practic / N. Elshtein // Acta Medico. – 2006. - № 5. – P. 70–73.
32. **Elwood D.R.** Cholecystitis / **D.R. Elwood** // Surg. Clin. North. - 2008. - Vol. 88, № 6. – P. 1241- 1252.
33. **Pengelly A.** The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines / **A. Pengelly**. – Sunflower herbalis, 2006. – 105 p.
34. **Wiart C.** Medicinal plants of Asia and Pacific / **C. Wiart**. - Taylor&Francis Group, 2006. – 295 p.

Трофименко О.М. Концентрація «середніх молекул» у сироватці крові хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним безкам'яним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомленості в динаміці медичної реабілітації при застосуванні сучасного фітопрепарату артишоку екстракт здоров´я та комбінованого фітозасобу інтеллану // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 214-219.

Вивчена концентрація «середніх молекул» (СМ) у сироватці крові хворих на стеатоз печінки (СП), поєднаний з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ) на тлі синдрому підвищеної стомленості (СПС) в динаміці медичної реабілітації (МР) при застосуванні сучасного фітопрепарату - артишоку екстракт-Здоров´я (АЕЗ) та комбінованого фітозасобу інтеллану. Встановлено, що включення до комплексу МР комбінації АЕЗ та інтеллану сприяє прискоренню досягнення клініко-біохімічної ремісії СП, попередженню подальшого прогресування СПС та водночас ліквідації синдрому «метаболічної» інтоксикації (СМІ), що документувалося нормалізацією вмісту в сироватці крові хворих концентрації СМ. Це свідчить про патогенетичну обгрунтованість використання комбінації АЕЗ та інтеллану у МР хворих на СП, сполучений з ХБХ на тлі СПС.

Ключові слова: стеатоз печінки, хронічний безкам'яний холецистит, синдром підвищеної стомленості, «середні молекули», артишоку екстракт-Здоров´я, інтеллан, медична реабілітація.

Трофименко А.Н. Концентрация «средних молекул» в сыворотке крови больных стеатозом печени, сочетанном с хроническим бескаменным холециститом на фоне синдрома повышенной утомляемости в динамике медицинской реабилитации при применении современного фитопрепарата артишока экстракт-Здоровье и комбинированного фитопрепарата интеллана // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 214-219.

Изучена концентрация «средних молекул» (СМ) в сыворотке крови больных стеатозом печени (СП), сочетанном с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) на фоне синдрома повышенной утомляемости (СПУ) в динамике медицинской реабилитации (МР) при применении современного фитопрепарата артишока экстракт-Здоровье (АЭЗ) и комбинированного фитопрепарата интеллана. Установлено, что включение в комплекс средств МР комбинации АЭЗ и интеллана способствует ускорению достижения клинико-биохимической ремиссии СП, предупреждению дальнейшего прогрессирования СПУ и одновременно ликвидации синдрома «метаболической» интоксикации, что документировалось нормализацией содержания СМ в сыворотке крови больных. Это свидетельствует о патогенетической обоснованности применения комбинации АЭЗ и интеллана в комплексе средств МР больных СП, сочетанным с ХБХ на фоне СПУ.

Ключевые слова: стеатоз печени, хронический бескаменный холецистит, синдром повышенной утомляемости, «средние молекулы», артишока экстракт-Здоровье, интеллан, медицинская реабилитация.

Trofimenko O.N. Concentration of «average molecules» at serum of the patients with hepatic steatosis, combined with chronic uncalculosis cholecystitis on background at increases facibility syndrome at dynamic of medical rehabilitation with application of modern phytopreparation artichoke extract-Zdorovje and combined phytopreparation intellan // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 214-219.

Concentration of «average molecules» (AM) at serum of the patients with hepatic steatosis (HS), combined with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) on background at increased facibility syndrome (IFS) at dynamic of medical rehabilitation (MR) with application of modern phytopreparation artichoke extract-Zdorovje (AEZ) and combined phytopreparation intellan was investigated. It was set that including at complex MR combination of AEZ and intellan provided archievment of clinical-biochemical remission of HS, and normalisation of AM concentration at serum. The data testifies to nosotropic validity of using the AEZ and intellan combination to the MR of the patients with HS, combined with CUC on background of IFS.

Key words: hepatic steatosis, chronic uncalculosis cholecystitis, increased facibility syndrome, «average molecules», artichoke extract-Zdorovje, intellan, medical rehabilitation.

Надійшла 12.09.2011 р.
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак