

Романенко І.Ю. Аналіз психоемоціональних особливостей жінок з бесплодием ендокринного генеза // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, №1. – С. 125-127.

Обстежено 43 пацієнтки з бесплодием ендокринного генеза. Показано часте поєднання бесплодия з психоемоціональними розладами, тривожними і депресивними проявленнями, що потребує проведення своєчасного адекватного лікування.

Ключевые слова: бесплодие, психоемоциональные нарушения.

Романенко І.Ю. Аналіз психоемоційних особливостей жінок з бесплодістю ендокринного генезу // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, №1. – С. 125-127.

Обстежено 43 пацієнтки з бесплодістю ендокринного генезу. Показано часте поєднання бесплодия з психоемоційними розладами, тривожними і депресивними проявами, що вимагає проведення своєчасного адекватного лікування.

Ключові слова: бесплодия, психоемоційні порушення.

Romanenko I.Y. Analysis of the psycho-emotional characteristics of women with infertility endocrine genesis // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, №1. – С. 125-127.

43 patients with sterility of endocrine origin were surveyed. Displaying the frequent combination of infertility with psychoemotional disorders, anxiety and depressive symptoms, which requires timely and adequate treatment.

Key words: infertility, psychoemotional disorders.

Надійшла 21.11.2011 р.
Рецензент: проф. В.В.Сіпрук

УДК 616.36-002.576.343-57 05-12

© Соцька Я.А., Круглова О.В., Санжаревська І.В., 2012

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» ТА ФІТОЗАСОБУ БОНДЖИГАРУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА КОНЦЕНТРАЦІЮ «СЕРЕДНІХ МОЛЕКУЛ» У КРОВІ ОБСТЕЖЕНИХ

Соцька Я.А., Круглова О.В., Санжаревська І.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. За останні десятиріччя в Україні та інших країнах СНД відмічається суттєве підвищення частоти захворюваності на хронічну патологію печінки та, поперед усього, на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), який в теперішній час досягає вже епідемічного характеру та убіквітарної розповсюдженості [7, 10, 24]. Відомо, що в більшості випадків ХВГС має низьку активність, що викликає труднощі у його діагностиці [12]. Серед іншої патології гепатобілярної системи (ГБС) провідне значення має хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), який в теперішній час дуже поширений в Україні [22]. Клінічний досвід показує, що ХВГС та ХНХ досить часто сполучаються, та така поєднана хвороба має характер сполученої (коморбідної) патології [13].

Відомо, що питання стосовно тактики лікування та медичної реабілітації з наявністю коморбідної патології ГБС у вигляді ХВГС та ХНХ є вельми складним внаслідок необхідності застосування значної кількості лікарських засобів, що впливають на різні ланки патогенезу поєднаної патології та водночас уникнення негативного впливу на паренхіму печінки за рахунок поліпрагмації [18].

При створенні програми раціональних підходів до медичної реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, нашу увагу привернула можливість використання сучасних ентеросорбентів, а саме аеросілу («Білого вугілля») [2] та комбінованих фітозасобів, що володіють полівалентною фармакологічною дією, а саме комбінації, зокрема бонджигару (БДГ) [3, 4].

БДГ являє собою сучасний комбінований фітозасіб, до складу якого входять екстракти з традиційних європейських та екзотичних східних аюрведичних лікарських рослин [3]. Цей комбінований фітопрепарат володіє гепатопротекторними та антиоксидантними властивостями, протизапальною дією, покращує функціональний стан печінки та відтік жовчі з ЖМ [4].

БДГ вважається ефективним при гострих та хронічних захворюваннях печінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми печінки, при ураженнях печінки внаслідок дії гепатотоксичних препаратів, а також при наявності системних інфекцій, які сприяють формуванню неспецифічної патології печінки та жовчовивідних шляхів [3,4]. Раніше нами вже вивчена ефективність комбінованого фітозасобу БДГ в медичній реабілітації хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ [11]. Встановлено також позитивний вплив цього фітопрепарату на динаміку ферментів системи антиоксидатного захисту у крові хворих на ХВГС, коморбідний з ХНХ [19].

Аеросіл («Біле вугілля») сприяє послабленню токсико-алергічних реакцій, зниженню метаболічного навантаження на органи детоксикації (в першу чергу - печінку та нирки), корекції обмінних процесів і імунного статусу, усуненню дисбалансу біологічно активних речовин в організмі, посиленню перистальтики кишечника, та тому не викликає закріпів [2, 5]. Відомо, що кремнеземні ентеросорбенти, до яких відноситься аеросіл, володіють максимальним ступенем абсорбції різноманітних токсичних речовин, яка суттєво більша, ніж у пористих ентеросорбентів [17].

Відомо, що в патогенезі хронічних захворювань печінки та жовчовивідних шляхів суттєву роль грає так званий синдром «метаболічної» (ендогенної) інтоксикації, який має значення загальнобіологічного патологічного механізму [9]. Важливим лабораторним (біохімічним) критерієм цього синдрому є підвищення вмісту у сироватці крові «середніх молекул» (СМ), тобто речовин молекулярною масою від 300-500 до 5000 D, які володіють значною токсичністю [8]. Крім того відомо, що в патогенезі багатьох захворювань, в тому числі з ураженнями печінки та білярного тракту, суттєву увагу приділяють активації процесів ліпопероксидації, що характеризується накопиченням у крові продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) [27].

Виходячи з цього, ми вважали доцільним проаналізувати вплив комбінації сучасного фітозасобу БДГ та ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») на активність процесів ліпопероксидації та рівень СМ у сироватці крові хворих на ХВГС НСА, поєднаний з ХНХ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету (ЛДМУ) і являє собою фрагмент теми НДР: «Клініко-патогенетична характеристика коморбідної патології: хронічного некалькульозного холециститу, поєднаного з хронічним вірусним гепатитом С низького ступеня активності на тлі вторинних імунodefіцитних станів, лікування та медична реабілітація» (№ держреєстрації 0108U004716) та комплексної наукової теми Київського медичного університету УАНМ і ЛДМУ «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторинними імунodefіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463).

Мета роботи – вивчення ефективності комбінації сучасного кремнеземного ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ при лікуванні хворих на ХВГС НСА, поєднаний з ХНХ.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 80 осіб, хворих на ХВГС НСА, поєднаний з ХНХ, у фазі помірного загострення або нестійкої ремісії. Діагноз хронічної сполученої патології ГБС було встановлено у відповідності до Наказу МОЗ України № 271 (2005 р.), а також стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення [21]. В усіх обстежених осіб вірусна етіологія хронічного ураження печінки була встановлена за допомогою імунферментного аналізу крові на наявність маркерів вірусу гепатиту С (НСV) та потім підтверджена методом ланцюгової полімеразної реакції. При цьому до роботи включали лише хворих з наявністю низького ступеню активності ХВГС, що характеризувалося помірним цитолізом (активність АЛАТ не перевищувала 2,0 ммоль/л*год та активність АсАТ була не вище 1,4 ммоль/л*год) при вірусному навантаженні не більше 300 тис/мл копій РНК НСV та з наявністю помірного загострення хронічного запального процесу у ЖМ. При проведенні генотипування НСV було встановлено, що основним генотипом вірусу гепатиту С був перший (1), який виявлений у 53 осіб (66,3%), зокрема у 28 пацієнтів (35,0%) – генотип 1b. Генотип 2 НСV був виявлений у 6 хворих (7,5%), генотип 3 НСV – у 17 хворих (21,2%). У 4 пацієнтів (5,0%) генотип НСV встановлений не був.

Для реалізації мети дослідження обстежені пацієнти були розподілені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю, тривалістю та частотою загострень хронічної патології ГБС. Основну групу склали 42 осіб, які в комплексі медичної реабілітації отримували аеросіл («Біле вугілля») [2] по 2 таблетки 2 рази на день протягом 10-14 діб поспіль та БДГ по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль, до групи зіставлення увійшло 38 пацієнтів, що отримували загальноприйнятні препарати (гепабене або карсил) у середньотерапевтичному дозуванні.

Фітозасіб БДГ зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/1061/02/01) та дозволений до клінічного застосування в якості лікарського препарату (Наказ МОЗ України № 18 від 22.01.07 р.) [3]. До складу БДГ входять екстракти з лікарських рослин: розторопші плямистої (*Silybum marianum*), барбарису остистого (*Berberis aristata*), пасльону чорного (*Solanum nigrum*), редьки посівної (*Raphanus sativus*), цикорію звичайного (*Cichorium intybus*), вербезини білої (*Eclipta alba*), тамарикса двудомного (*Tamarix gallica*), сферантуса індійського (*Sphaeranthus indicus*), берхавії розло-

гої (*Boerhavia diffusa*), пікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*) [3].

Розторопша плямиста (*Silybum marianum*) має у своєму складі гепатопротекторні сполуки – сілімарин, сілібінін та інші, які гальмують процеси цитолізу гепатоцитів, попереджують розвиток холестазу. Встановлено, що препарати з насіння розторопші плямистої зменшують активність ліпопероксидації та попереджують подальші порушення клітинних та субклітинних структур гепатоцитів [14]. Препарати розторопші вважаються ефективними при лікуванні уражень печінки, а також захворювань ЖМ [26, 28]. Плоди барбарису остистого (*Berberis aristata*) містять до 7,7% цукру, 3,5–6% органічних кислот (яблучна, винна, лимонна), пектин, дубильні і фарбувальні речовини, вітамін С, флавоноїди (лейкоантоціани, антоціани, катехіни, флавоноли), лютеїн, вітамін К₁ [14]. Препарати барбарису остистого володіють судинорозширювальною і кровоспинною дією, підвищують тонус мускулатури кишечника, оказують помірну жовчогінну дію, а також протизапальний, седативний, сечогінний та жарознижуючий ефекти [14]. Для екстрактів з пасльону чорного (*Solanum nigrum*) поряд з протизапальною дією характерними є також спазмолітичний, діуретичний та детоксикуючий ефекти [25]. Екстракти з насіння редьки посівної (*Extr. Semen Raphani sativi*) володіють вираженою антибактеріальною та протизапальною активністю, сприяють активації процесів регенерації, оказують жовчогінну та сечогінну дію [14]. Засоби з цикорію звичайного стимулюють виділення жовчі і тому зменшують застійні явища у ЖМ [14]. Вербезина біла (*Eclipta alba*) містить у своєму складі жирні кислоти, алантоїн, коріння цієї рослини – алкалоїди, що обумовлюють тонізуючу, діуретичну та жовчогінну дії [25]. У Східній медицині листя вербезини білої традиційно використовується при лікуванні хвороб печінки, в тому числі при наявності жовтяниці [25]. Тамариск гальський (*Tamarix gallica*) містить у своєму складі поліфеноли, танін, токоферолі та інші речовини, які володіють антиоксидантною активністю, а також оказують в'язучу, сечогінну, гепатопротекторну та кровоспинну дію [23, 28]. Плоди сферантуса індійського (*Sphaeranthus indicus*) містять у своєму складі алкалоїди, бета-D-глікозиди, бета-сітостерол та інші речовини [23]. Препарати сферантуса використовують при захворюваннях печінки, ЖМ, в якості жовчогінного та гепатопротекторного засобу; вони також володіють тонізуючою та сечогінною дією, внаслідок чого покращують загальний стан хворих, сприяють ліквідації астенічного синдрому, з'являють детоксикуючий ефект [25, 28]. Листя берхавії розлогої (*Boerhavia diffusa*) містять алантоїн, жирні олії, фітоекдизони, алкалоїди, що оказують жовчогінну, діуретичну та спазмолітичну дію [26]. У традиційній медицині Сходу відвари з берхавії розлогої використовують в комплексному лікуванні хвороб печінки та ЖВШ, в тому числі при наявності жовтяниці [23]. Коріння пікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*) містять у своєму складі ірідодні глікозиди – пікрозиди, куткозид, що володіють гепатопротекторними властивостями; до складу коріння входять також андростин, ацетофенони, ацетосирингін [25]. У традиційній медицині Сходу коріння пікоризи додають до складу багатокомпонентних зборів, які використовують при лікуванні хвороб печінки та жовчовивідних шляхів, зокрема гепатитів різного генезу, холангітів, дискінезій ЖМ тощо [25, 26].

Загальноприйнятні лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки вивчали за допомогою уніфікованих методів наступні біохімічні показники: рівень загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активність сироваткових амінотрансфераз – АЛАТ і АсАТ; показник тимолової проби.

Для реалізації мети дослідження у всіх обстежених хворих вивчали рівень «середніх молекул» (СМ), що досліджували за методом [20]. Активність ПОЛ оцінювали за вмістом у сироватці крові продуктів ліпопероксидації – МДА [1] та ДК [6] спектрофотометрично. Вивчали також рівень перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ). Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакет ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica) [15], при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів в клінічних випробуваннях ефективності лікарських препаратів [16].

Результати дослідження і їх обговорення. До початку лікування усі хворі на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ, що знаходилися під спостереженням,

з'являли скарги на тяжкість у правому підребер'ї, відрижку, урчання у животі. Крім того, обстежені хворі на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ нерідко скаржилися на гіркоту або металевий смак у роті, наявність головного болю за типом мігрені, похолодання кінцівок, порушення формули сну (пізні засинання, ранні пробудження, поверхневий неспокійний сон з нічними мареннями, який не приносить почуття відпочинку та ранкової свіжості), зниження апетиту, підвищену стомлюваність. На момент завершення лікування було встановлено, що у клінічному плані у хворих основної групи, які додатково отримували аеросіл («Біле вугілля») та БДГ наголошувалися раніші терміни ліквідації проявів патологічного процесу в дигестивній системі, чим у пацієнтів групи зіставлення, які отримували тільки загальноприйняте лікування. Отримані результати узагальнені в таблиці 1.

Таблиця 1. Тривалість збереження клінічної симптоматики у обстежених хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ в ході лікування

Клінічні показники	Групи хворих		P
	основна (n=42)	зіставлення (n=38)	
біль у правому підребер'ї	6,7±0,4	12,8±0,6	<0,05
гіркота у роті	4,4±0,2	6,2±0,3	<0,05
порушення випорожнювання	7,2±0,2	10,1±0,3	<0,05
бурчання в животі	8,9±0,4	12,9±0,5	<0,05
метеоризм	8,1±0,6	11,8±0,7	<0,05
загальна слабкість	10,6±0,3	15,0±0,5	<0,05
зниження апетиту	6,4±0,2	9,1±0,3	<0,05
загальне нездужання	8,1±0,4	10,6±0,3	<0,05
порушення сну	4,7±0,3	6,9±0,5	<0,05
емоційна лабільність	6,1±0,4	9,3±0,7	<0,05
підвищена стомлюваність	11,2±0,3	14,2±0,5	<0,05

У обстежених пацієнтів з діагнозом ХВГС НСА у сполученні з ХНХ, які склали основну групу, зникнення болю у правому підребер'ї наголошувалося на 4,1±0,2 дня раніше, ніж у обстежених групи зіставлення, гіркоти у роті – на 1,8±0,1 дня, порушення спорожнення кишечника – на 2,9±0,2 дня, бурчання в животі – на 4,0±0,1 дня, метеоризм – на 4,3±0,1 дня раніше, тривалість збереження закріпів – на 5,3±0,1 дні раніше, ніж у хворих з групи зіставлення. Ліквідація загальної слабкості у пацієнтів основної групи була на 4,4±0,2 днів раніше, ніж у хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняті засоби, відновлення апетиту у пацієнтів основної групи відбувалося на

2,7±0,2 днів швидше, зникнення загального нездужання – на 2,5±0,1 дня, зниження настрою – на 2,6±0,2 днів, порушення формули сну – на 4,2±0,2 днів, емоційної лабільності – на 3,2±0,3 днів, підвищеної стомлюваності – на 3,0±0,2 днів швидше, ніж у пацієнтів з групи зіставлення (у всіх випадках P<0,05).

Проведення спеціального біохімічного дослідження дозволило встановити наявність до початку лікування у крові хворих на ХВГС НСА з наявністю ХНХ підвищеної концентрації СМ у сироватці крові – в середньому в 4 рази стосовно норми в основній групі (P<0,001), та в 3,98 рази (P<0,001) - в групі зіставлення (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка концентрації СМ у крові обстежених хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ, г/л (M±m)

Термін обстеження	Групи обстежених хворих		P
	основна (n=42)	зіставлення (n=38)	
До початку лікування	2,08±0,05***	2,07±0,08***	>0,1
Перед випискою	0,53±0,03	1,54±0,04**	<0,01
Норма	(0,52±0,02) г/л		

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

Отже, як видно з таблиці 2, встановлено, що при загостренні хронічного патологічного процесу у печінці концентрація СМ у сироватці крові хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ суттєво підвищується. Відомо, що СМ є одним з найбільш важливих показників клініко-біохімічного синдрому ендогенної «метаболичної» інтоксикації, тобто СМІ [8, 90]. На момент завершення лікування (перед випискою) концентрація СМ у крові хворих основної групи знизилась до норми – (0,53±0,03) г/л (P>0,1), в той час як в групі зіставлення цей показник складав (1,54±0,04) г/л, тобто зберігався в 2,96 рази вище за норму (P<0,01) та в 2,9 рази вище відповідного показника в основній групі (P<0,01). Отже, встановлено, що при використанні комбінації сучасного кремнезёмного ентеросорбенту аеросилу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ у комплексі терапевтичних заходів у хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ відмічається вірогідне зниження

рівня СМ у крові хворих, причому на момент завершення лікування даний показник досягає верхньої межі норми. В той же час у хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняті препарати, при проведенні лікування тенденція до зниження СМ була менш значуща, та тому на момент завершення лікування зберігається вірогідно підвищений вміст СМ у крові, що свідчить про наявність СМІ.

Відомо, що при наявності СМІ, в біохімічному плані підвищення вмісту СМ у крові закономірно супроводжується також активацією процесів ліпопероксидації з накопиченням внаслідок цього у сироватці продуктів ПОЛ (МДА та ДК). Тому було доцільним вивчити стан процесів ліпопероксидації в обстежених хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, а також вплив запропонованого способу лікування на показники ліпопероксидації.

При проведенні відповідних досліджень було

встановлено, що в обох групах хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ, в період загострення хронічного запального процесу у печінці (до початку лікування) мали місце чітко виражені та досить однотипові зсуви з

боку біохімічних показників, які характеризують стан ліпопероксидації. Вони характеризувалися, поперед усього, підвищенням вмісту у крові пацієнтів продуктів ПОЛ – як МДА, так і ДК (табл. 3).

Таблиця 3. Показники ПОЛ у хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ до початку лікування (M±m)

Показники ПОЛ	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=42)	Зіставлення (n=38)	
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	8,5±0,2**	8,4±0,15**	>0,1
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	16,6±0,3***	16,3±0,25***	>0,05
ПГЕ, %	3,5±0,25	12,5±0,2***	12,6±0,22***	>0,1

Дійсно, в основній групі концентрація кінцевого продукту ПОЛ – МДА у крові хворих в цей період складала (8,5±0,2) мкмоль/л при нормі (3,2±0,2) мкмоль/л, тобто була в середньому в 2,66 рази вище за норму (P<0,01). У групі зіставлення концентрація МДА у сироватці крові в цей період обстеження складала в середньому (8,4±0,15) мкмоль/л, тобто була в 2,63 рази вище норми (P<0,01). Концентрація проміжних продуктів ліпопероксидації – ДК у крові обстежених хворих в період загострення ХВГС також була підвищена та складала в основній групі в середньому (16,6±0,3) мкмоль/л, що було в 2,7 рази вище норми (6,2±0,15 мкмоль/л; P<0,001). В групі зіставлення в цей період обстеження вміст ДК у крові складав (16,3±0,25) мкмоль/л, що було в 2,6 рази вище норми (P<0,001). Інтегральний показник ПГЕ в період загострення ХВГС в обох обстежених групах хворих також був вірогідно підвищений. В основній групі кратність підвищення даного показника складала 3,57 рази (P<0,01) та в групі зіставлення – 3,6 рази (P<0,01) стосовно норми. Отже, до початку проведення лікування в обох групах обстежених хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ – основній та зіставлення, мали місце чітко виражені однотипові зсуви з боку біохімічних показників, які характеризують стан ПОЛ, а саме значне підвищення концентрації у крові продуктів ліпопероксидації – МДА і ДК та

інтегрального показника ПГЕ, що свідчило про активацію процесів ПОЛ у даних пацієнтів.

Після завершення основного курсу лікування в основній групі хворих, яка в комплексі терапії отримувала комбінацію аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ відмічено зниження вмісту у крові продуктів ПОЛ – МДА до (3,5±0,2) мкмоль/л та ДК до (6,4±0,2) мкмоль/л, що відповідало верхній межі норми (P>0,05). У хворих групі зіставлення також відмічено зниження вмісту у крові продуктів ліпопероксидації ПОЛ – МДА і ДК у крові, однак менше виражене, ніж у пацієнтів основної групи (табл. 4). Так, рівень МДА на момент завершення лікування у обстежених групі зіставлення складав (5,1±0,2) мкмоль/л, що було в 1,6 рази вище норми (P<0,05) та в 1,46 рази вище аналогічного показника в основній групі (P<0,05). Концентрація ДК у пацієнтів групи зіставлення в цей період обстеження дорівнювала (10,1±0,3) мкмоль/л, що перевищувало нормальні значення в 1,63 рази, та було в 1,58 рази вище аналогічного показника в основній групі (P<0,01). Це свідчить, що саме наявність тривалого збереження підвищення рівня продуктів ліпопероксидації у обстежених хворих сприяє формуванню оксидативного стресу та в цьому плані може викликати не лише підтримку, але навіть прогресування хронічного патологічного процесу у печінці.

Таблиця 4. Показники ПОЛ у хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ після завершення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=42)	Зіставлення (n=38)	
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	3,5±0,2	5,1±0,2*	<0,05
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	6,4±0,2	10,1±0,3**	<0,05
ПГЕ, %	3,5±0,15	3,6±0,2	8,5±0,25**	<0,01

Позитивний вплив комбінації аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ підтверджувався також більш суттєвою динамікою показника ПГЕ пацієнтів основної групи стосовно групи зіставлення. При цьому на момент завершення курсу лікування цей показник у хворих основної групи зменшився в 3,5 рази стосовно вихідного значення та складав (3,6±0,2)%, тобто практично дорівнював нормі. У хворих групі зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, рівень ПГЕ у крові знизився лише в 1,5 рази, тобто до (8,5±0,25)%, що було вище аналогічного показника у основній групі в 2,4 рази (P<0,01). Отже, отримані результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим застосування комбінації аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ в комплексі лікування хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ та наявністю синдрому обстипачі. Встановлено, що застосування даної комбінації препаратів сприяє більш швидкій ліквідації клінічної симптоматики захворювання, а в лабораторному плані – нормалізації вмісту у сироватці крові хворих рівня СМ, продуктів ліпопероксидації – МДА та ДК, а також показника ПГЕ. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим включення комбінації аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ до комплексу лікувальних засобів патогенетичної терапії у хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ.

Висновки:

1. До початку лікування хворі на ХВГС НСА у

сполученні з ХНХ, з'являлися скарги на тяжкість у правому підбер'ї, відрижку, урчання у животі, гіркоту або металевий смак у роті, головний біль, похолодання кінцівок, порушення формули сну, зниження апетиту, підвищену стомлюваність.

2. До початку терапевтичних заходів у крові хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ виявлено підвищення концентрації СМ у середньому в 4 рази стосовно норми в основній групі (P<0,001), та в 3,98 рази (P<0,001) – в групі зіставлення, що свідчить про наявність чітко вираженого клініко-біохімічного синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації (СМІ).

3. В обстежених хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ, до початку лікування відмічалася збільшення концентрації продуктів ПОЛ у сироватці крові: в основній групі вміст МДА у сироватці крові перевищував норму в середньому в 2,66 рази, у групі зіставлення – в 2,63 рази; рівень ДК у сироватці крові пацієнтів основної групи був в 2,7 рази вище норми, в групі зіставлення – в 2,6 рази; інтегральний показник ПГЕ перевищував норму в основній групі в середньому в 3,57 рази, в групі зіставлення – в 3,6 рази.

4. Включення комбінації аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ до комплексу лікування хворих на ХВГС НСА з наявністю ХНХ, сприяє більш швидкій ліквідації клінічної симптоматики загострення захворювання, а в лабораторному плані – сприяє зниженню концентрації СМ та продуктів ПОЛ у сироватці

крові, а також показника ПГЕ, що свідчить про ліквідацію СМІ та нормалізацію рівня ліпопероксидації.

5. У хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятну терапію, позитивна динаміка вивчених показників метаболічного гомеостазу була суттєво меншою, тому на момент завершення лікування вивчені біохімічні показники вірогідно відрізнялися від норми: концентрація СМ перевищувала норму в середньому в 2,96 рази, рівень МДА був в 1,6 рази вище норми, концентрація ДК перевищувала

нормальні значення в 1,63 рази, що свідчило про збереження СМІ та надмірного рівня ліпопероксидації.

6. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним включення комбінації ентеросорбенту аеросілу («Біле вугілля») та фітозасобу БДГ до комплексу лікування хворих на ХВГС НСА у сполученні з ХНХ. Перспективою подальших досліджень можна вважати вивчення вказаної комбінації препаратів на ліпідний спектр крові хворих з даною коморбідною патологією.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожемякин // Лабораторное дело. – 1988. – № 11. – С. 41–43.
2. Біле вугілля 400». – Київ: ТОВ «Омніфарма Київ», 2008 / Режим доступу: www.omnifarma.kiev.ua
3. Бонджигар: фітопрепарат для защиты печени. – М.: Б.и., 2007. – 17 с.
4. Бонджигар: інструкція по клінічному застосуванню / Затвержена 22.01.07 р. Приказом МЗ України № 572.
5. Вершинин А.С. Энтеросорбция в практике семейного врача / А.С. Вершинин, А.Н. Попилов // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 4 (16). – С. 166–170.
6. Гаврилов Б.В. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Н.Ф. Хмара // Лабораторное дело. – 1988. - № 2. – С. 60–63.
7. Гепатит С як загальномедична проблема: матеріали VII з'їзду інфекціоністів України (Миргород 27-29 вересня, 2006 р.) // А.Л. Гураль, Т.А. Сергєва, В.Ф. Марієвський, В.Р. Шагінян. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. - С. 463–464.
8. Громашевская Л.Л. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической интоксикации» в организме / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. - 1997. - №1. - С. 11 – 16.
9. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. – 2006. – №1 (35). – С. 3 – 13.
10. Гураль А.Л. Проблеми епідеміології та профілактики гепатиту С в Україні / А.Л. Гураль, В.Ф. Марієвський // Інфекційні хвороби. – 2007. - № 3. – С. 23 – 31.
11. Ефективність комбінованого фітозасобу бонджигару в медичній реабілітації хворих на хронічний вірусний гепатит С низького ступеня активності, сполучений з хронічним холециститом / Я.А. Соцька, Т.П. Гарник, І.О. Санжаревська [та інш.] // Український медичний альманах. – 2009. – Том 12, № 5. – С. 45–47.
12. Карпов С.Ю. Клиническая характеристика и особенности течения хронического гепатита С низкой степени активности / С.Ю. Карпов, П.Е. Крель // Клин. медицина. – 2005. - № 1. – С. 14–19.
13. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 56 – 58.
14. Лавренова Г.В. Полная энциклопедия основных лекарственных растений / Г.В. Лавренова, В.К. Лавренов. – М.: АСТ, 2007. – 796 с.
15. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морюн, 2000. – 320 с.
16. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морюн, 2002. – 160 с.
17. Медицинская химия и медицинское применение диоксида кремния / под ред. А.А. Чуйко. – Киев: Наукова думка, 2003. – 416 с.
18. Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика / Ю.С. Попова. – СПб.: изд-во «Крылов», 2008. – 192 с.
19. Соцька Я.А. Динаміка ферментів системи антиоксидантного захисту та рівня «середніх молекул» у крові хворих на хронічний некалькульозний холецистит, сполучений з із хронічним вірусним гепатитом С з мінімальним ступенем активності під впливом комбінованого фітопрепарату бонджигару / Я.А. Соцька, В.М. Фролов // Фітоterapia. Часопис. – 2008. - № 4. – С. 3–8.
20. Способ определения «средних молекул» / В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Кирковский // Лаб. дело. – 1991. – №10. – С.13 – 18.
21. 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.
22. Філіпов Ю.О. Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006–2008 рр. / Ю.О. Філіпов, І.О. Скірда // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 2 (6). – С. 56–59
23. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грассар, М. Юнен [и др.] – Б.м. «Ридерз Дайджест», 2004. – 350 с.
24. Chen S.L. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection / S.L. Chen, T.R. Morgan // Int. J. Med. Sci. – 2006. - № 3. – P. 47–52.
25. Pengelly A. The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines / A. Pengelly. – Sunflower herbas, 2006. – 105 p.
26. The aurvedic pharmacopoea of India. – Government of India Ministry of health ans family welfare department of aush.–Dely, 2007.– 862 p.
27. Weismüller T.J. Biliary diseases - new insights and developments / T.J. Weismüller, T.O.Lankisch // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2011. – Vol. 136. – P. 713–716.
28. Wiart C. Medicinal plants of Asia and Pacific / C. Wiart. – New York: Taylor&Francis Group, 2006. – 295 p.

Соцька Я.А., Круглова О.В., Санжаревська І.В. Ефективність комбінації ентеросорбенту «Біле вугілля» та фітозасобу бонджигару у хворих на хронічний вірусний гепатит С низького ступеня активності, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом та її вплив на показники ліпопероксидації та концентрацію «середніх молекул» у крові обстежених // Український медичний альманах. – 2012. - Том 15, № 1. – С. 126–131.

Вивчена ефективність комбінації ентеросорбенту «Біле вугілля» та фітозасобу бонджигару (БДГ) в лікуванні хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) низького ступеня активності (НСА), поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). Встановлено, що включення комбінації ентеросорбенту «Біле вугілля» та фітозасобу БДГ до комплексу лікування хворих на ХВГС НСА з наявністю ХНХ, сприяє більш швидкій ліквідації клінічної симптоматики загострення захворювання, а в лабораторному плані – зниженню концентрації «середніх молекул» та продуктів перекисного окислення ліпідів у сироватці крові, що свідчить про ліквідацію синдрому «метаболической» інтоксикації та зниження рівня ліпопероксидації.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, хронічний некалькульозний холецистит, ліпопероксидація, «середні молекули, «Біле вугілля», бонджигар, лікування.

Соцкая Я.А., Круглова О.В., Санжаревская И.В. Эффективность комбинации энтеросорбента «Белый уголь» и фитопрепарата бонджигара у больных хроническим вирусным гепатитом С низкой степени активности, сочетанным с хроническим некалькульозным холециститом и её влияние на показатели липопероксидации и концентрацию «средних молекул» в крови обследованных // Украинский медицинский альманах. - 2012. - Том 15, № 1. – С. 126–131.

Изучена эффективность комбинации энтеросорбента «Белый уголь» и фитопрепарата бонджигара (БДГ) в лечении больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) низкой степени активности (НСА), сочетанным с хроническим некалькульозным холециститом (ХНХ). Установлено, что применение комбинации энтеросорбента «Белый уголь» и фитопрепарата БДГ в комплексе лечения больных ХВГС НСА с наличием ХНХ способствует более быстрой ликвидации клинической симптоматики обострения заболевания, а в лабораторном плане – снижению концентрации «средних молекул» и продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови, что свидетельствует о ликвидации синдрома «метаболической» интоксикации и нормализацию уровня липопероксидации.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, хронический некалькульозный холецистит, липопероксидация, «средние молекулы, «Белый уголь», бонджигар, лечение.

Sotskaya Ya.A., Kruglova O.V., Sanzharevskaya I.V. Efficiency of enterosorbent "White coal" and phytopreparation bonjigar combination at the patients with chronic viral hepatitis of C with low degree of activity, combined with a chronic uncalculosis cholecystitis and its influence on the lipoperoxidation indexes and concentration of "average molecules" in the blood of inspected patients // Украинский медицинский альманах. - 2012. - Том 15, № 1. – С. 126–131.

Efficiency of enterosorbent "White coal" and phytopreparation bonjigar (BJG) combination at the patients with chronic viral hepatitis of C (CVHC) with low degree of activity (LDA), combined with a chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) and its influence on the lipoperoxidation indexes and concentration of "average molecules" in the blood was investigated. It was set that including of enterosorbent "White coal" and modern phytopreparation BJG to the complex treatment of the patients with CVHC with LDA, combined with CUC provided more fast liquidation clinical symptoms at laboratory plan – decrease of concentration "average molecules" lipoperoxidation's products at the serum that testified about liquidation "metabolic intoxication" syndrome and normalisation lipoperoxidation activity.

Key words: chronic viral hepatitis C, chronic uncalculosis cholecystitis, lipoperoxidation, "average molecules", "White coal", bonjigar, treatment.

Надійшло 14.11.2011 р.

Рецензент: проф. І.В.Лоскутова