

use in patients with fulminant hepatic failure / J.D.Estes, D.Stolpman, A.Olyaei [e.a.] // Arch. Surg. - 2003. - Vol.138. - P. 852-858.

69. Tovar R.T. Clinical approach to clinical herbal toxicity / R.T.Tovar // Semin. Diagn. Pathol. - 2009. - Vol.26, № 1. - P. 28-37.

70. The efficacy and safety of Crataegus extract WS 1442 in patients with heart failure: the SPICE trial / C.J.Holubarsch, W.S.Colucci, T.Meinertz [e.a.] // Eur. J. Heart. Fail. - 2008. - Vol.10, № 12. - P. 1255-1263.

71. Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial / S.T.DeKosky, J.D.Williamson, A.L.Fitzpatrick [e.a.] // JAMA. - 2008. - Vol. 300, № 19. - P. 2253-2262.

72. Ernst E. Cardiovascular adverse effects of herbal medicines: a systematic review of the recent literature / E.Ernst // Can. J. Cardiol. - 2003. - Vol.19. - P. 818-827.

73. Fugh-Berman A. Herb-drug interactions / A.Fugh-Berman // Lancet. - 2000. - Vol.355. - P. 134-138.

74. Seeff L.B. Herbal hepatotoxicity / L.B.Seeff // Clin. Liver. Dis. - 2007. - Vol.11. - P. 577-596.

75. Hepatotoxicidad grave asociada al consumo de Noni (Morinda Citrifolia) / J.M.Lopez-Cepero, S. Lerma, M.D. Fernandez, A.Amaya // Rev. Esp. Enferm. Dig. - 2007. - Vol.99. - P. 179-181.

Резюме

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Савенко Л.М., Курсенко С.В., Латыш Н.О., Ерошенко В.Н., Ряпалова О.Я. *Альтернативная и комплементарная медицина. Прошлое, настоящее и будущее (Часть II).*

Статья (часть II) посвящена вопросам применения отдельных пищевых продуктов, биодобавок, микронутриентов, фитотерапии в целях профилактики заболеваний сердца и сосудов.

Ключевые слова: альтернативная медицина, комплементарная медицина, заболевания сердца и сосудов.

Резюме

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Савенко Л.М., Курсенко С.В., Латыш Н.О., Ерошенко В.Н., Ряпалова О.Я. *Альтернативна та комплементарна медицина. Минуле, теперішнє та майбутнє (Частина II).*

Стаття (II частина) присвячена питанням застосування окремих харчових продуктів, біодобавок, микронутриєнтів, фітотерапії з метою профілактики захворювань серця і судин.

Ключові слова: альтернативна медицина, комплементарна медицина, захворювання серця і судин.

Summary

Baksheev V. I., Kolomoets N.M., Savenco L.M., Coursenco S.V., Latish N.O., Eroshenko V.N., Ryapalova O.Ya. *Alternative and complementary medicine. The past, the present and the future. (A part II).*

The second part deals with the use of certain foods, bioadditives, micronutrients, herbal medicine for the prevention of heart and blood disease.

Key words: alternative medicine, complementary medicine, heart and blood disease.

Рецензент: д.мед.н., проф.М.О.Пересадін

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

УДК 616.366-002+616.12-008.331.1]-0.85:616.153.915-39

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА КОРЕКЦІЯ ОКИСЛЮВАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Л.Р.Боброннікова

Харківський національний медичний університет

Вступ

Концептуальна визначеність поєднаних ХХ та ГХ базується на існуванні спільних факторів ризику, клінічних проявів та патогенетичних ланок, що визначаються змінами імунної системи, біоенергетичних та окислювальних процесів. Спільні патогенетичні аспекти поєданого перебігу ГХ та ХХ, а саме наявність синдрому ліпопероксидації потребують систематизації у єдиному морфо-функціональному континуумі з визначенням індикаторів для удосконалення діагностичних технологій [1,2,12]. Продукція вільних радикалів кисню супроводжується посиленням ПОЛ, а рівновага між концентрацією активних кисневих продуктів та ендogenous антиоксидантами визначає життєздатність клітин, що впливає на перебіг поєднаної патології [6,7,8,9]. Корекція процесів окислювального гомеостазу дозволить визначити чинниково - наслідковий взаємозв'язок між метаболічним забезпеченням клітин міокарда та функціональним станом жовчного міхура [3,4,5].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалась відповідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР "Клініко-патогенетичне обґрунтування методів лікування хронічних холециститів" (№ держреєстрації 0103U2560104).

Мета дослідження - порівняльна оцінка ефективності терапевтичних комплексів та їхнього впливу на показники окислювального гомеостазу у хворих з поєднаним перебігом хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби.

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

Матеріали та методи дослідження

В дослідженні прийняло участь 80 хворих на ХХ в поєднанні з ГХ II стадії. Середній вік хворих склав $41,07 \pm 4,60$ років. Діагноз ХХ та ГХ встановлено на підставі скарг хворого, даних об'єктивного дослідження, анамнестичних даних та загальноприйнятого обстеження (клініко-інструментальні, ультразвукові, рентгенологічні, ендоскопічні, біохімічні та лабораторні методи досліджень) у відповідності з рекомендаціями МКХ-X (1998) та Уніфікованої класифікації хвороб органів травлення НДІ гастроентерології (Дніпропетровськ, 1998); рекомендацій BOOЗ, ESH/ESC (2007) та Української асоціації кардіологів (2004) [11]. Вміст проміжних продуктів ПОЛ визначали на СФ-46 за поглинанням екстрагованими ліпідами монохроматичного світлового потоку в ультрафіолетовій області спектру з розподілом реєстрації ліпідного екстракту крові в гептановій та ізопропанольній фракції. Оптичну щільність ізольованих подвійних зв'язків (ПЗ), які є субстратами ПОЛ, визначали при довжині хвилі 220 нм. Вміст дієнових кон'югатів (ДК) - 232 нм, оксодієнових (ОДК) - 278 нм, кінцеві продукти ПОЛ - шифові основи (ШО) визначали при довжині хвилі 400 нм [10]. Ефективність лікування досліджена із застосуванням індекса клінічної ефективності (I_{KE} , од.), який визначали як співвідношення між первісним (до початку лікування) та відповідним показником на момент закінчення терапії. Коефіцієнт ефективності лікування (K_{EL}) розраховано, як показник інформативності (I , біт) змін у порівнянні з попереднім (до початку лікування) періодом за формулою $KME = -KIE \cdot \log KIE$. Статистичні розрахунки виконували на IBM PC при допомозі пакету прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows.

В процесі дослідження всі пацієнти були розподілені на групи: хворим першої групи ($n_1=43$) проводилася базисна терапія (урсофальк, гастроцепін, холагогум, біспролол, лізиноприл (терапевтичний комплекс (ТК -I)); хворим другої групи ($n_2=37$) додатково до комплексної терапії призначався препарат Магне В6, до складу якого входять 470 мг магнію лактату та 5 мг піридоксину гідрохлориду, 1 таблетка тричі на добу після їжі та Омакор - 1 таблетка на добу (ТК-II).

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Отримані результати та їхнє обговорення

Аналізуючи вплив ТК-2 на перебіг коморбідного захворювання ХХ з ГХ, встановлені більш позитивні зміни показників вільнорадикального окислення та антиоксидантного захисту порівняно з традиційним способом лікування (табл. 1).

Таблиця 1

Рівні вмісту продуктів перекисного окислення у хворих при поєднаних клінічних варіантах хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби на етапах лікування

Прозанальні фактори	Зміни показників на етапах лікування						Індикатори оцінки клінічної ефективності		
	Терапевтичний комплекс - I			Терапевтичний комплекс - II			K_{EL}	ρ	
	до	після	I_{KE}	до	після	I_{KE}			
фосфоліпи	ДК	6,03 $\pm 0,54$	6,94 $\pm 0,39$	1,15	6,03 $\pm 0,28$	7,01 $\pm 0,10^{**}$	1,16	0,24	8
	ПЗ	5,96 $\pm 0,09$	7,03 $\pm 0,43^*$	1,18	5,77 $\pm 0,63$	8,26 $\pm 0,32^{**}$	1,43	5,75	2
	ШО	0,49 $\pm 0,04$	0,49 $\pm 0,08$	1,00	0,49 $\pm 0,01$	0,46 $\pm 0,003^*$	0,94	1,07	7
	КД та СТ	2,79 $\pm 0,09$	2,54 $\pm 0,39$	0,91	2,78 $\pm 0,19$	2,30 $\pm 0,006^*$	0,83	1,29	6
нейтральні ліпи	ДК	14,38 $\pm 0,98$	10,43 $\pm 0,96^*$	0,73	14,50 $\pm 1,93$	8,49 $\pm 0,92^{**}$	0,59	1,45	5
	ПЗ	9,97 $\pm 0,12$	8,99 $\pm 0,91$	0,90	9,99 $\pm 0,63$	7,94 $\pm 0,23^*$	0,79	1,61	4
	ШО	0,15 $\pm 0,04$	0,30 $\pm 0,02^*$	1,06	0,16 $\pm 0,09$	0,56 $\pm 0,06^{**}$	1,56	11,34	1
	КД та СТ	1,99 $\pm 0,06$	2,00 $\pm 0,18$	1,01	1,97 $\pm 0,07$	2,38 $\pm 0,13^*$	1,21	4,03	3

Примітки: $p < 0,05$; $**p < 0,01$ - достовірність відмінностей показників до і після лікування

При застосуванні ТК-2 у хворих з поєднанням ХХ та ГХ визначені достовірні позитивні динамічні зміни вмісту первинних продуктів пероксидації: дієнові кон'югати, ізольовані подвійні зв'язки (ДК, ПЗ); вторинних: кетодієни, (КД та СТ) і кінцевих: шифові основи (ШО) продуктів ПОЛ в фосфоліпідах (ФЛ), що свідчить про пригнічення процесів пероксидації на рівні клітин за рахунок патогенетично обґрунтованого тера-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

певтичного впливу. Аналогічні зміни показників спостерігалися в нейтральних ліпідах. Динамічні зміни показників ПОЛ у разі застосування ТК-1 були стабільними (рис.1).

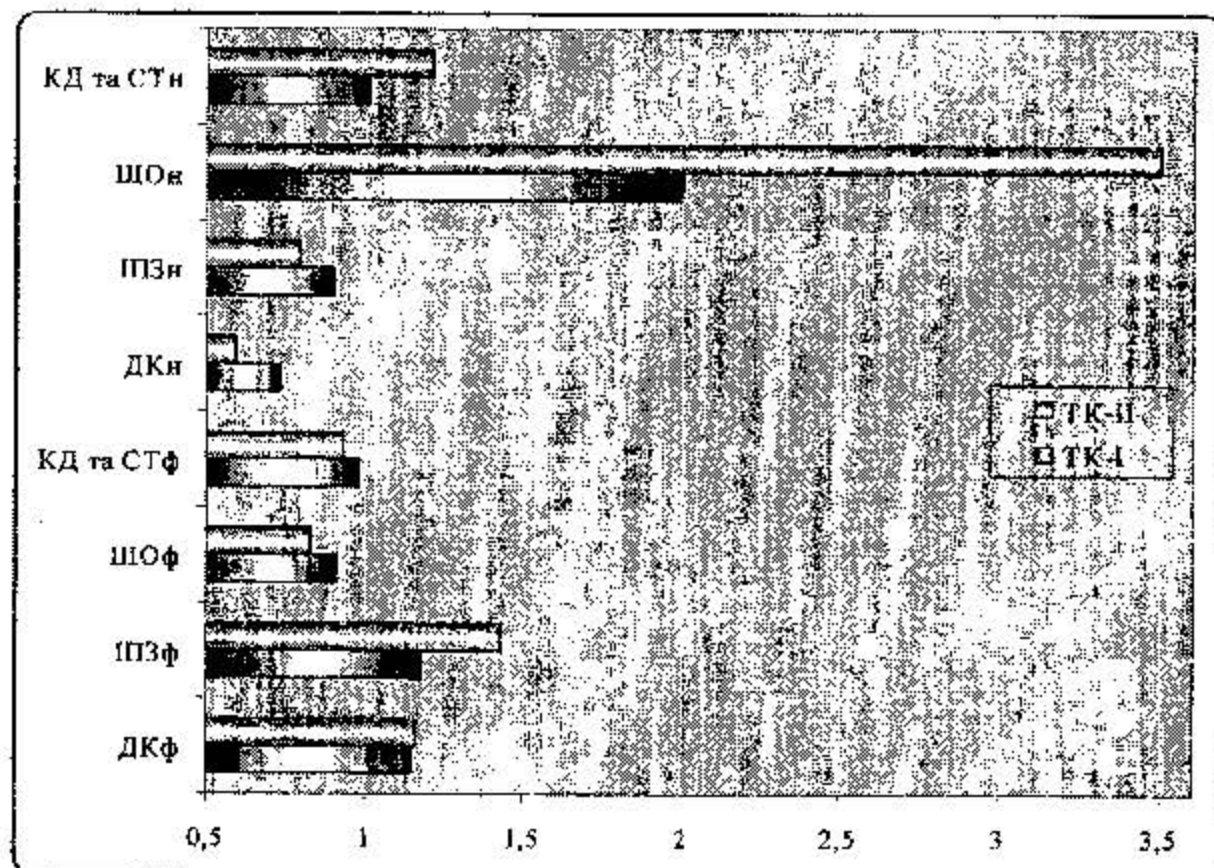


Рис.1. Динаміка вмісту продуктів перекисного окислення фосфо- (ф) та нейтральних (н) ліпідів у сироватці крові при застосуванні різних терапевтичних комплексів у хворих з поєднаними клінічними варіантами ХХ та ГХ

Встановлено, що під впливом проведеного лікування надмірний рівень малонового діальдегіду (МДА) в сироватці крові вірогідно знизився лише в другій групі хворих, тоді як у хворих першої групи він мав тенденцію до зниження ($p > 0,05$). Після проведеного лікування відмічено зміни рівня МДА в еритроцитах в першій групі хворих на 32,1%; в другій групі на 52,3% (рис.2).

Відмічено позитивні зміни в системі антирадикального захисту, більш виразні при застосуванні ТК-2, що проявлялося підвищенням показників її ферментативної ланки - пероксидази і каталази: в першій групі хворих - в 1,08 та 1,22 рази (відповідно); в другій групі - в 1,26 та 1,32 рази (рис.3).

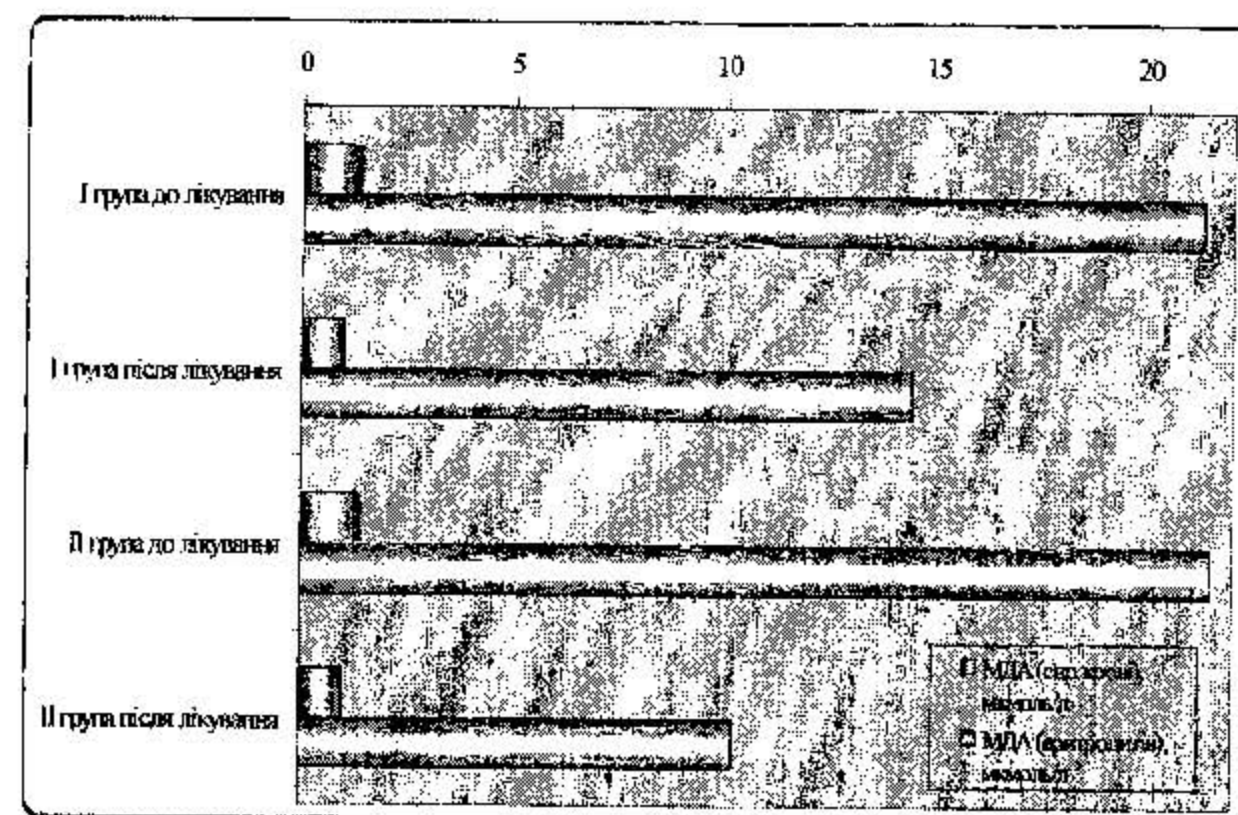


Рис. 2. Рівень малонового діальдегіду в сироватці крові та еритроцитах у хворих з поєднаним перебігом ХХ та ГХ в динаміці лікування.

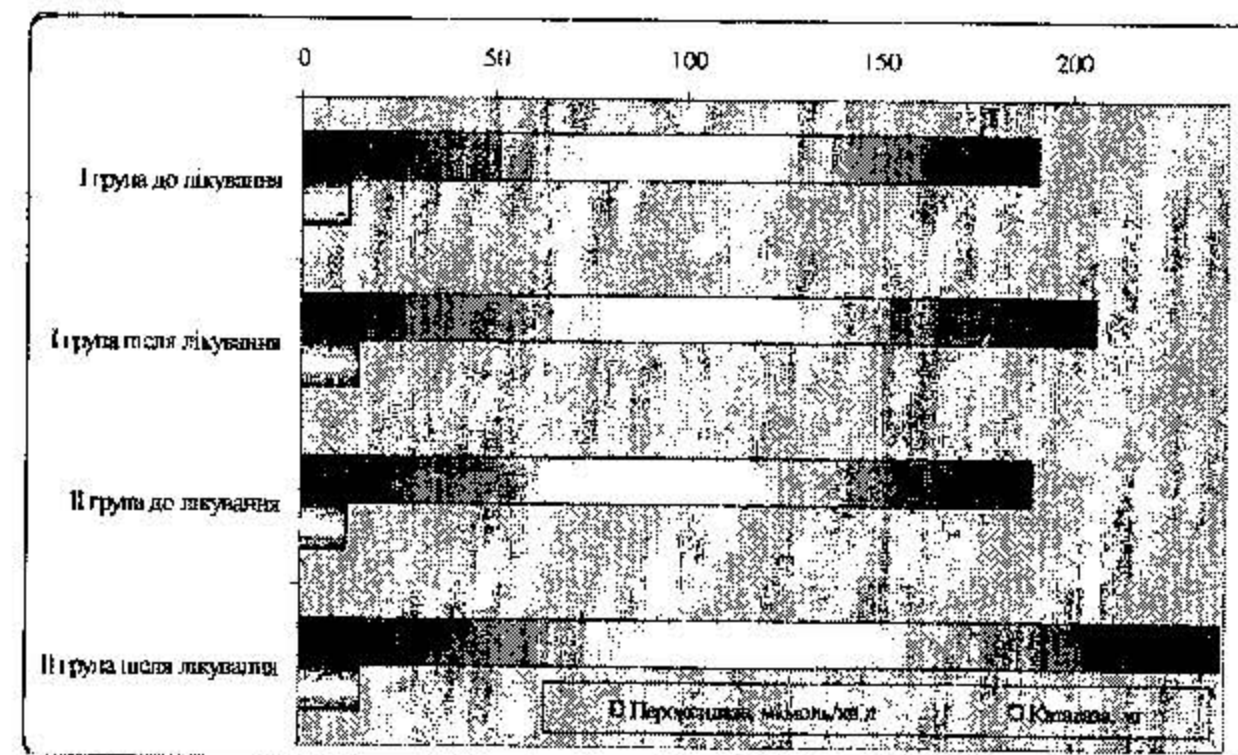


Рис. 3. Рівні активності пероксидази і каталази в сироватці крові у хворих з поєднаним перебігом хронічного ХХ та ГХ в динаміці лікування.

Таким чином, стандартна терапія не мала достатньої антиоксидантної і імуномодельюючої дії, на той час удосконалена терапевтична схема позитивно впливала на стан ПОЛ та АОЗ.

Встановлено зменшення напруги кореляційних взаємозв'язків між показниками МДА і каталази в еритроцитах при застосуванні ТК-2 в обох групах хворих: I група ($r_{xy} = -0,306$); II група ($r_{xy} = -0,278$) та показниками МДА і пероксидази в сироватці крові: I група ($r = -0,312$); II група ($r_{xy} = -0,294$), що не було характерно при застосуванні ТК-1.

Висновки

1. Клінічна реалізація метаболічних порушень при поєднаному перебігу хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби відбувається на рівні окислювального гомеостазу, унаслідок чого формуються особливі метаболічні передумови поєданого перебігу ГХ та ХХ.

2. Загальним є функціональна декомпенсація ферментативної ланки з порушенням міжклітинно / клітинних співвідношень метаболітів у еритроцитах та безпосередньо у епітеліальних клітинах, порушуючи їх білково - енергетичний та елементний обмін.

3. Вважаємо доцільним в подальшому продовжити дослідження у напрямку ефективності впливу запропонованого терапевтичного комплексу на інші патогенетичні ланки хронічного холециститу в поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Література

1. Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів: методичні рекомендації / О.Я. Бабак, І.Е. Кушнір. - Харків, 2000. - 32 с.
2. Белоусов А.С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / А.С. Белоусов, В.Д. Володагин, В.П. Жаков - М.: Медицина, 2002. - 424 с.
3. Голуб Т.В. Синдром пероксидації та його корекція при рецидивах загострень хронічного некам'яного холециститу / Т.В. Голуб // Гастроентерологія: міжвід. збірник. -

Дніпропетровськ, 2001. - Вип.32. - С. 498-504.

4. Гончаренко М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов / М.С. Гончаренко, М.В. Латина // Лабораторное дело. - 1985. - № 1. - С.60-61.

5. Луцак В.І. Показники оксидативного стресу. Пероксиди ліпідів: методи / В.І. Луцак, Т.В. Багнюкова, Л.І. Лужна // Український біохімічний журнал. - 2006. - № 6. - С. 113-120.

6. Гріднев О.Є. Перекисне окиснення ліпідів і печінка / О.Є. Гріднев // Сучасна гастроентерологія. - 2005. - №5 (25). - С. 80 - 83.

7. Майкова Т.В. Стрес як чинник розвитку поєднаної патології органів травлення / Т.В.Майкова // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 4 (18). - С. 49-52.

8. Пасиешвили Л.М. Патогенетические механизмы прогрессирования хронического бескаменного холецистита у больных с артериальной гипертензией / Л.М. Пасиешвили, В.М. Власенко // Український терапевтичний журнал. - 2004. - № 2. - С. 22-25.

9. Савустьяненко А.Н. Биологическая роль магния / А.Н. Савустьяненко // Новости медицины и фармации - 2007. - №18 (225). - С. 20-21.

10. Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь и вторичные гипертензии / Е.П.Свищенко, В.Н.Коваленко.- Киев: Лыбидь, 2002. - 504 с.

11. European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology Guidelines Committee / 2007 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // Journal of Hypertension. - 2007. - № 25. - P. 1105-1187.

12. Roberts C.K. Oxidative stress and dysregulation of NAD(P)H oxidase and antioxidant enzymes / C.K. Roberts // Metabolism. - 2006.- Vol. 55. - P. 928-934

Резюме

Боброннікова Л.Р. Диференційована корекція окислювального гомеостазу у хворих з поєднаним перебігом хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби.

Обстежено 80 пацієнтів з поєднаним перебігом хронічного холецистититу та гіпертонічної хвороби. Встановлено, що клінічна реалізація метаболічних порушень при даній патології здійснюється на рівні порушень пероксидації ліпідів. Використання в комплексній терапії препаратів Магне В6 та Омакор сприяє поліпшенню процесів перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту.

Ключові слова: хронічний холецистит, гіпертонічна хвороба, окислювальний гомеостаз, терапевтичний комплекс

Резюме

Бобронникова Л.Р. Дифференцированная коррекция окислительного гомеостаза у пациентов с сочетанным течением хронического холецистита и гипертонической болезни.

Обследовано 80 пациентов с сочетанным течением хронического холецистита и гипертонической болезни. Установлено, что клиническая реализация метаболических нарушений при данной патологии осуществляется на уровне нарушений пероксидации липидов. Использование в комплексной терапии препаратов Магне В6 и Омакор способствует улучшению процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Ключевые слова: хронический холецистит, гипертоническая болезнь, окислительный гомеостаз, терапевтический комплекс

Summary

Bobronnikova L. The differential correction of oxygen homeostasis in patient with chronic cholecystitis and hypertension.

It was investigated 80 patient with chronic cholecystitis and hypertension. It was stated, that clinical realization of metabolic disorder is realized at level of oxygen homeostasis disturbance. The application of complex therapy with preparation Magne B6 and Omakor is forwarded improvement of lipids peroxidation processes and antioxidative defense.

Key words: chronic cholecystitis, hypertension, oxygen homeostasis, therapeutic complexes.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

ОБЪЕКТИВНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ГЛАЗА НА ТРАВМУ И РЕКОНСТРУКТИВНУЮ ОПЕРАЦИЮ (С ВКЛЮЧЕНИЕМ ИРИДОПЛАСТИКИ) НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУБФРАКЦИОННОГО СОСТАВА СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ

Л.В.Вевгер, В.Й. Кресюн, Л.А. Носкин, О.Л.Тимчишин
Одесский государственный медицинский университет

Вступление

Экссудативно-воспалительная реакция (ЭВР) при хирургическом лечении больных с травматической катарактой наблюдается в 6,8 % случаев [1].

Риск развития ЭВР повышается, если травматическая катаракта осложнена повреждением радужной оболочки и во время операции необходима ещё иридопластика. Это обусловлено выраженной сенсибилизирующей активностью белков ткани радужной оболочки, а также участием аутоиммунного компонента в развитии посттравматических и послеоперационных осложнений у больных с повреждением радужки [2]. На протяжении нескольких последних десятилетий в диагностике заболеваний большое внимание уделяется изучению биохимического состава различных жидкостей и тканей организма. Исследователи предпочитают использовать биохимически максимально приближенную к исследуемому объекту биологическую среду. Для глаза этой средой является слёзная жидкость (СЖ) [3, 4].

Слеза - это среда переднего отдела глаза, отражающая варианты метаболических процессов в тканях глазного яблока и орбиты, в силу чего является универсальным индикатором состояния обменных процессов, в том числе и при патологических состояниях органа зрения. Так, например, в норме уровень глюкозы в слезе значительно ниже, чем в сыворотке крови - 2,5 и 99,2 мг % соответственно. При иритах и иридоциклитах концентрация глюкозы уменьшается, а при конъюнктив-