

T.R. Einarson [et al.] // *Pharmacoeconomics.* - 2008. - Vol. 26 (12). - P. 1019-1035.

3. *Quality of life with diabetes-associated foot complications: comparison between lower-limb amputation and chronic foot ulceration / D. Bouloille, A. Feraille, D. Maulaz, M. Krempf// Foot Ankle. Int.* - 2008. - Vol. 29 (11). - P. 1074-1078.

4. *Utilization of the foot load monitor for evaluating deep plantar tissue stresses in patients with diabetes: Proof-of-concept studies / E. Atlas, Z. Yizhar, S. Khamis// Gait. Posture.* - 2008. - Vol. 20.-P. 132-139.

Резюме

Мухін І.В., Башмаков М.Н. Вплив інтервальної нормобаричної гіпокситерапії і імуномодуляції на середні терміни загоєння гнійно-некротичних ускладнень діабетичної стопи.

Застосування в комплексному лікуванні гнійно-септичних ускладнень цукрового діабета сеансів інтервальної нормобаричної гіпокситерапії і імуномодуляції дозволило знизити терміни за живлення ранової поверхні при інфікованих ранах пальців і трофічних язвах големок.

Ключові слова: інтервальна нормобарична гіпокситерапія, імуномодуляція, гнійно-некротичні рани кінцівок.

Резюме

Мухін І.В., Башмаков М.М. Влияние интервальной нормобарической гипокситерапии и иммуномодуляции на средние сроки заживления гнойно-некротических осложнений диабетической стопы.

Применение в комплексном лечении гнездо-септических осложнений сахарного диабета сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии и иммуномодуляции позволило снизить сроки заживления раневой поверхности при инфицированных ранах пальцев и трофических язвах голеней.

Ключевые слова: интервальная нормобарическая гипокситерапия, иммуномодуляция, гнездо-некротические раны конечностей.

Summary

Mukhin I.V., Bashmakov M.N. Agency interval normobaric hypoxitherapy and immunomodulation on middle terms of healing of is purulent-necrotic complications of diabetic foot.

Application in complex treatment of is purulent-septic complications of a sugar diabetes of sessions interval normobaric hypoxitherapy and immunomodulation has allowed to reduce times of healing of a wound surface at contaminated wounds of pins and trophic cankers of antichemions.

Key words: interval normobaric hypoxitherapy, immunomodulation, purulent-necrotic wounds of extremities.

Рецензент: д. мед. н., проф. В.І.Бондарев

УДК 617.735:616.379-008.64-0.85

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ГЕПАЛІНУ ТА АНТРАЛЮ НА СТАН СИСТЕМИ ФАГОЦИТУЮЧИХ МАКРОФАГІВ У ХВОРІХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ОЖИРІННЯМ

І.В. Прудникова

Луганський державний медичний університет

Вступ

В сучасних умовах в загальній структурі внутрішніх хвороб все більше зростає кількість осіб з наявністю сполученої патології, а саме з поєднанням двох та більш нозологічних форм у одного пацієнта, що призводить до змін клінічної симптоматики такої коморбідної патології (найчастіше взаємного обтяження), може сприяти виникненню її хронізації, ускладнень та потребує розробки нових ефективних схем лікування [11]. Відомо, що у мешканців великих промислових регіонів з несприятливою екологічною ситуацією, зокрема в Донбасі, реєструється високий рівень захворюваності на патологію гепатобіліарної системи (ГБС), в тому числі на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) [7, 11]. Встановлено, що за останні десятиріччя в Україні та інших країнах світу відмічається суттєве підвищення частоти захворюваності на патологію обміну речовин як ожиріння (Ож) [11]. При вивченні патогенетичних особливостей цієї коморбідної патології у наших попередніх роботах, була встановлена суттєва роль порушень з боку імунологічного гомеостазу, зокрема з боку системи фагоцитуючих макрофагів (СФМ) [6]. Нашу увагу привернула можливість застосування комбінації гепаліну та антраклю у лікуванні хворих на НАСГ, сполучений з Ож.

Гепалін (Непалін) затверджений Наказом МОЗ України № 469 від 14.09.2005 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/3554/01/01) [3]. Гепалін -

це сучасний гепатотропний засіб, який випускається у формі сиропу, кожні 10 мл якого містять холіну цитрату (65%) 0,55 г, сорбітолу розчину (70%) не кристалізованого 7,15 г, допоміжні речовини: натрію метилпарабен, натрію пропілпарабен, лимонної кислоти моногідрат, бронопол [3]. Холіну цитрат швидко й ефективно відновлює запаси холіну в організмі, який посилює засвоєння магнію, бере участь в основних біологічних процесах, входить до складу фосфоліпідів, зокрема, є основною часткою полярної групи фосфатидилхоліну, що підтримує цілісність клітинних мембрани, сфінгомієліну, що також відіграє певну роль у підтриманні клітинної структури [3]. Сорбітол використовується організмом для термінових енергетичних потреб, інша його частина відкладається як запас у вигляді глікогену, ізотонічний розчин сорбітолу оказує дезагрегантну дію і, таким чином, поліпшує мікроциркуляцію й перфузію тканин [3].

Антрааль (Antral) - оригінальний препарат вітчизняного виробництва, створений на основі координаційної сполуки алюмінія з амінокарбованою кислотою [2]. Відомо, що комплексам металів з біологічно активними органічними лігандами властивий високий рівень та пролонгування лікувального ефекту, а також низька токсичність та відсутність виражених побічних ефектів [2, 4]. Слід особливо підкреслити, що високий позитивний ефект антраля при призначенні дорослим та дітям при гострих ураженнях печінки та хронічних гепатитах різного генезу встановлено незалежними дослідниками та клініцистами у різних регіонах України [4]. При вивченні механізмів фармакологічної дії антралю виявлено, що його гепатопротекторна активність обумовлена вираженими антиоксидантними та мембраностабілізуючими властивостями, а також пов'язана з імунокоригуючим, протизапальним та анальгезуючим ефектами [4].

Раніше нами встановлено, що у хворих на НАСГ у поєднанні з Ож, застосування комбінації гепаліну та антралю сприяє нормалізації рівня середніх молекул та показників ліпопероксидазії, а також концентрації циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові [7, 8]. Однак залишаються не вивченими інші можливі саногенетичні ефекти комбінації гепаліну та антралю при даній патології, зокрема її вплив на показники СФМ.

З'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття виконувалась відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР "Клініко-патогенетичні особливості, лікування та медична реабілітація хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням" (№ держреєстрації 0109U007770).

Метою роботи було вивчення показників СФМ у хворих на НАСГ, сполучений з Ож, при застосуванні комбінації гепаліну та антралю в комплексі лікування даної коморбідної патології.

Матеріали та методи обстеження

Було обстежено 85 хворих на НАСГ, поєднаний з Ож, у віці від 25 до 59 років, чоловіків серед обстежених було 39 (45,9%), жінок - 46 (54,1%). Діагноз НАСГ був встановлений у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) 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 ВГВ, ВГС та ВГД за допомогою ІФА. При наявності маркерів вірусних гепатитів у крові ці хворі були виключені з подальшого дослідження. Діагноз Ож ставився за даними анамнезу та результатами клінічного обстеження, при цьому використовували вивчення індексу маси тіла (ІМТ), який вираховували як співвідношення маси тіла хворого (у кілограмах) до квадрату росту пацієнта (у метрах). За даними Міжнародної групи по дослідженню ожиріння, нормальні значення ІМТ повинні бути у діапазоні від 18,5 до 24,9; ожиріння I ступеня констатують при показниках ІМТ від 25,0 до 29,9; ожиріння II а ступеня - при значеннях ІМТ від 30,0 до 34,0; II б ступеня - при значеннях ІМТ від 35,0 до 39,9 та патологічне ожиріння III ступеня - при ІМТ 40,0 та більше. Відповідно до цих градацій серед обстежених нами хворих було

49 осіб (57,6%) з Ож II а ступеня, 28 осіб (32,9%) з II б ступеня та 8 хворих (9,4%) з Ож III ступеня.

Хворі, які знаходилися під наглядом, були розподілені на дві групи, що рандомізовані за статтю, віком, тяжкістю перебігу патології ГБС та ступенем Ож - основну (45 пацієнтів) і зіставлення (40 хворих). Обстежені хворі з діагнозом НАСГ, сполучений з Ож, отримували загальноприйняті лікування, яке включало дієту (стол № 5), препарати есенціальних фосфоліпідів (есенціале форте Н), а також антиоксиданти (аскорбінова кислота, токоферолу ацетат) [1]. Наявність Ож була підставою для призначення відповідної дієтотерапії [13].

Пацієнтам основної групи додатково призначали гепалін по 10-20 мл сиропу 1 раз на день перед обідом у невеликій кількості води протягом 3-4 тижнів поспіль та антраль по 0,2 г 3 рази на день протягом 20-25 діб поспіль.

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки вивчалися відповідні біохімічні показники з використанням уніфікованих методів [10], які включали визначення у крові рівня загального білірубіну і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз - аланінамінотрансферази (АлАТ) і аспартатамінотрансферази (АсАТ); вмісту холестерину, рівня альбуміну, активності екскреторних ферментів - лужної фосфатази (ЛФ) та гаммаглутамілтраспептидази (ГГТП); тимолової проби. При цьому функціональні проби печінки визначалися в динаміці лікування та оцінювались в комплексі з клінічними даними.

Імунологічне дослідження СФМ периферійної крові проводилося оригінальним чашечковим методом [12]. При цьому враховували наступні показники фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ): фагоцитарний індекс (ФІ), фагоцитарне число (ФЧ), індекс атракції (ІА) і індекс перетравлення (ІП). В якості об'єкту фагоцитозу використовували живу добову культуру *Staph. aureus*, штам 505.

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за

допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows professional^{xp}, Microsoft Office 2007, Statistica 6.1/prof та Statistica, при цьому враховували основні принципи використовування статистичних методів при оцінці ефективності лікарських препаратів [14].

Отримані результати та їхне обговорення

На момент початку проведення лікування більшість обстежених нами хворих скаржилися на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження апетиту та працездатності, низький емоційний тонус. Із суб'єктивної симптоматики, яка характерна для помірного загострення хронічної патології гепатобіліарної системи, відмічалася наявність тяжкості у правому підреберні, досить часто (майже третина хворих), скаржилися також на гіркоту у роті. Пацієнти, що були під наглядом, відмічали також нестійкість настрою, підвищену емоційну лабільність, нерідко неадекватну емоційну реакцію на оточуюче у вигляді експлозивності, що обтяжувало їхні взаємовідносини із членами сім'ї та колегами по роботі. При об'єктивному обстеженні у пацієнтів зі коморбідною патологією (НАСГ та Ож) відмічалася наявність субіктеричної або блакитного відтінку склер, помірна гепатомегалія (печінка виступала на 3-4 см з-під реберного краю, була підвищеної щільності), нерідко чутливість печінкового краю при пальпації. За даними сонографічного дослідження органів черевної порожнини встановлена наявність збільшення розмірів печінки, зміни її ехогальноті та інші зміни, які в цілому були характерні для наявності стеатозу цього органу.

При біохімічному дослідження, що характеризує функціональний стан печінки, було встановлено, що вміст у сироватці крові фракції прямого (зв'язаного) білірубіну був у більшості випадків помірно підвищеним ($P<0,05$) та складав від 8,3 до 8,9 мкмоль/л, активність АлАТ перевищувала верхню межу норми в 1,9-2,3 рази та АсАТ - в 1,7-2,0 рази, значення показника тимолової проби також були помірно підвищеними та складали від 6,4 од. до 8,8 од.; у більшості пацієнтів, які були під наглядом, була помірно збільшена активність екскреторних ферментів - ЛФ та

ГГТП ($P<0,05$) та в низці випадків відмічалося підвищення рівня холестерину та β -ліпопротеїдів у сироватці крові.

При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі хворих, так і в групі зіставлення мали суттєві розбіжності щодо норми (табл. 1).

Таблиця 1

Стан ФАМ у хворих на НАСГ, сполучений з Ож, до початку проведення лікування ($M\pm m$)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=45)	зіставлення (n=40)	
ФІ, %	28,6±0,8	17,8±0,7***	18,0±0,8***	>0,05
ФЧ	4,0±0,16	2,11±0,15***	2,25±0,13***	>0,05
ІА, %	16,9±0,6	10,4±0,18**	11,1±0,2**	>0,05
ІП, %	26,5±0,9	12,7±0,28***	12,5±0,15***	>0,05

Як відображене у таблиці 1, ФІ в основній групі хворих на НАСГ, сполучений з Ож, був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми ($P<0,001$) та становив $17,8\pm0,7\%$, у групі зіставлення цей показник становив $18,0\pm0,8\%$, що теж було нижче норми в 1,6 рази ($P<0,001$). ФЧ в основній групі хворих у цей період дослідження було знижено до $2,11\pm0,15$, а в групі зіставлення - до $2,25\pm0,13$, що в середньому було в 1,9 рази ($P<0,001$) та в 1,8 рази ($P<0,001$) нижче стосовно норми. Показник ІА в основній групі хворих на НАСГ, сполучений з Ож, був в середньому в 1,6 рази нижче норми ($P<0,01$), тобто понижувався до $10,4\pm0,18\%$, а у групі зіставлення становив $11,1\pm0,2\%$, що було в 1,5 рази нижче норми ($P<0,01$). Показник ІП у пацієнтів основної групи понижувався до $12,7\pm0,28\%$, а у групі зіставлення - до $12,5\pm0,15\%$, що було нижче норми у середньому в 2,1 рази нижче відповідного показника норми ($P<0,001$).

Отже, у пацієнтів на НАСГ, сполучений з Ож, до початку проведення лікування мало місце суттєве пониження усіх фагоцитарних показників, особливо ІП. Таке суттєве зниження цього показника у цих хворих свідчить про недостатність ефективності механізмів фагоцитарної реакції СФМ, тобто про незавершеність процесів фагоцитозу. У цілому отримані дані дозволяють вважа-

ти, що порушення з боку СФМ мають суттєве значення в механізмах хроніфікації даної коморбідної патології. Ці обставини повинні враховуватися при розробці патогенетично обґрунтованих методів лікування хворих з НАСГ, сполучений з Ож.

При аналізі динаміки показників ФАМ у пацієнтів основної групи у порівнянні з хворими групи зіставлення було встановлено, що в основній групі відмічалася більш виражена позитивна динаміка щодо підвищення показників СФМ, чого не можна сказати про аналогічні показники у пацієнтів із групи зіставлення, де відмічалася лише незначна тенденція до їх нормалізації (табл. 2).

Таблиця 2

Стан ФАМ у хворих на НАСГ, сполучений з Ож, після завершення лікування ($M\pm m$)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=45)	зіставлення (n=40)	
ФІ, %	28,6±0,8	27,9±0,7	23,3±0,9*	<0,05
ФЧ	4,0±0,16	3,7±0,23	3,13±0,15*	<0,05
ІА, %	16,9±0,6	16,5±0,25	13,3±0,25*	<0,05
ІП, %	26,5±0,9	26,1±0,26	21,4±0,24*	<0,05

Як видно з таблиці 2, у пацієнтів на НАСГ, сполучений з Ож основної групи відмічалася практично повна нормалізація показників, які характеризують стан СФМ. Так, ФІ збільшився до $27,9\pm0,7\%$, ФЧ становило $3,7\pm0,23$, що практично відповідало нижній межі норми. Аналогічна тенденція відмічена і стосовно ІА та ІП, які на момент завершення лікування під впливом гепаліну та антраплю становили $16,5\pm0,25\%$ та $26,1\pm0,26\%$ відповідно.

Щодо пацієнтів на НАСГ, сполучений з Ож, групи зіставлення, які отримували загальноприйнятій комплекс лікування, ФІ підвишився до $23,3\pm0,9\%$, однак був нижче норми у середньому в 1,2 рази ($P<0,05$); ФЧ у цих хворих підвищилося відносно вихідного його значення в 1,4 рази і становило $3,13\pm0,15$, що однак було у середньому в 1,3 рази менше норми ($P<0,05$). ІА у пацієнтів, які не отримували комбінацію гепаліну та антраплю (група зіставлення), підвишився до $13,3\pm0,3\%$, що все ж таки було менше норми у середньому теж в 1,3 рази ($P<0,05$). ІП на момент завершення загальноприйнятого лікування становив $21,4\pm0,25\%$, що було нижче норми в 1,2 рази ($P<0,05$).

В клінічному плані в групі зіставлення суттєво частіше зустрічалися залишкові явища загострення НАСГ у вигляді збереження астенічного або астено-невротичного синдрому, наявності помірної тяжкості у правому підребер'ї, гіркоти у роті. З об'єктивної симптоматики відмічалося в цей період обстеження також наявність помірної гепатомегалії. З загальної кількості 40 хворих у групі зіставлення у 10 осіб (28,6%) зберігалося вірогідне підвищення вмісту у сироватці крові фракції прямого білірубіну, у 12 хворих (34,3%) - підвищення активності АлАТ в межах 0,8-1,2 ммоль/год·л, у 8 пацієнтів (22,9%) - АсАТ в межах 0,6-1,0 ммоль/год·л та також у 8 хворих (22,9%) - показника тимолової проби в межах 6,0-8,2 од. Таким чином, в групі зіставлення майже у третини хворих зберігалися клініко-біохімічні ознаки незавершеності загострення хронічного патологічного процесу у печінці, що потребує проведення в них у подальшому заходів медичної реабілітації.

Отже, встановлено, що поряд з досягненням клініко-біохімічної ремісії НАСГ, застосування комбінації препаратів з гепатозахисною активністю гепаліну та антраплю сприяє нормалізації вмісту показників клітинної ланки імунітету. Отже, отримані нами результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим застосування комбінації гепаліну та антраплю в комплексі лікування хворих на НАСГ, поєднаний з Ож. Використання вказаної комбінації препаратів сприяє відновленню показників імунологічного гомеостазу, та в клінічному плані забезпечує досягнення стійкої ремісії даної коморбідної хвороби.

Висновки

1. У хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), сполучений з ожирінням (Ож) в період загострення патологічного процесу у паренхімі печінки, відмічалися скарги на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, підвищена стомлюваність, зниження розумової та фізичної працездатності, зменшення апетиту, поганий загальний емоційний настрій, тяжкість у правому підребер'ї, нерідко - гіркоту у роті. При об'єктивному обстеженні у хворих зі сполученою патологією у вигляді НАСГ, поєднаного з Ож, відмічалася наявність субіктеричності або блакитного відтінку склер (ознака Високовича), помірна гепатоме-

галія (печінка виступала на 3-4 см з-під реберного краю, була підвищеної щільності), нерідко чутливість печінкового краю при пальпації. При сонографічному дослідженні органів черевної порожнини в обстежених хворих відмічено наявність збільшення розмірів печінки, зміни її ехоЕльноті та інші ознаки, що в цілому відповідає сонографічній картині стеатозу печінки.

2. У осіб з наявністю НАСГ, сполученого з Ож, до початку лікування виявлено суттєве порушення біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки - підвищення рівня прямого (зв'язаного) білірубіну у сироватці, збільшення активності амінотрансфераз - АлАТ та АсАТ, показника тимолової проби, а у частини хворих - також активності екскреторних ферментів - ЛФ та ГГП, вмісту холестерину та β-ліппопротеїдів у сироватці крові, що свідчило про загострення хронічного патологічного процесу у печінковій паренхімі.

3. При імунологічному дослідженні до початку проведення лікування у хворих на НАСГ, сполучений з Ож, мало місце пригнічення показників СФМ - ФІ у осіб основної групи був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми, у групі зіставлення - теж в 1,6 рази, ФЧ в основній групі хворих було в середньому в 1,9 рази, а у пацієнтів групи зіставлення - в 1,8 рази нижче стосовно норми, ІА в основній групі був в 1,6 рази, а у групі зіставлення - в 1,5 рази нижче норми, показник ІП у пацієнтів основної групи та групи зіставлення був в 2,1 рази нижче відповідного показника норми.

4. Застосування комбінації гепаліну та антраплю у лікуванні хворих на НАСГ, сполучений з Ож, сприяло більш швидкій ліквідації загострення хронічної патології печінки, а також нормалізації усіх вивчених показників, які характеризують функціональний стан СФМ.

5. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним включення комбінації гепаліну та антраплю до програми лікувальних заходів у хворих з НАСГ, сполучений з Ож. В подальшому було б доцільним проаналізувати вплив цієї комбінації препаратів на показники інтерферонового статусу.

Література

1. Богомолов П.О. Неалкогольный стеатогепатит: патофизиология, патоморфология, клиника и подходы к лечению / П.О. Богомолов, Т.В. Павлова //Фарматека. - 2003. - №10. - С. 31-39.
2. Борисов С.О. Патогенетична дія препаратору "Антраль" / С.О. Борисов//Одеський медичний журнал. - 2006. - № 2. - С.41-46.
3. Гепалін: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 14.09.2005 р. Наказом МОЗ України № 469.
4. Звягинцева Т.Д. Применение препарата антравль в лечении неалкогольного стеатогепатита: настоящее и будущее / Т.Д. Звягинцева, А.И.Чернобай// Здоров'я України. - 2009. - № 1-2. - С. 68-69.
5. Метаболические заболевания печени: проблемы терапии / Э.П. Яковенко, П.Я. Григорьев, Н.А. Агафонов, А.В. Яковенко// Фарматека. - 2003. - № 10. - С. 47-52.
6. Прудникова І.В. Стан деяких імунологічних показників у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням / І.В. Прудникова// Тези доповідей конференції "Нове у діагностиці, лікуванні і профілактиці імуно- та алергопатології (14-16 жовтня 2009 року). - Львів, 2009 / / Імунологія та алергологія. - 2009. - № 2-3. - С. 176.
7. Прудникова І.В. Ефективність комбінації гепаліну та антравлю в лікуванні хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням та його вплив на рівень середніх молекул та показники ліпопероксидації / І.В. Прудникова// Український морфологічний альманах. - 2010. - Т. 8, № 1. - С. 71-75.
8. Прудникова І.В. Вплив комбінації гепаліну та антравлю на рівень циркулюючих імунних комплексів та їх фракційний склад у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням / І.В. Прудникова// Український морфологічний альманах. - 2010. - Т. 8, № 2. - С. 78-81.
9. Степанов Ю.М. Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит: современный взгляд на патогенез, диагнос-

- тику и лечение / Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова // Здоров'я України. - 2004. - №18 (103). - С. 20-21
10. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендации / под. ред. Л.Л. Громашевской. - Киев: МЗ України, 1990. - 64 с.
 11. Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скирда// Гастроентерологія: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2005. - Вип. 36. - С. 9 - 17.
 12. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.Я. Пшеничный//Лабораторное дело. - 1990. - № 9. - С. 27-29.
 13. Харченко Н.В. Современные взгляды на ожирение и подходы к его лечению / Н.В. Харченко, Г.А. Анохина// Сучасна гастроентерологія. - 2002. - №4. - С. 4-12.
 14. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. - /2-е изд., доп./. - СПб.: ВМедА, 2005. - 292 с.
 15. Brunt E.M. Non-alcoholic steatohepatitis definition and pathology / E.M. Brunt// Sem.Liv.Dis. - 2001. - Vol. 21. - P. 3-16.
 16. Cargols D. Prevalence of maternal obesity in an urban center / D.Cargols// N. Engl. J. Med. - 2007. - Vol. 32. - P. 677-685.
 17. Pessayre P. Nonalcoholic steatohepatitis: potential causes and pathogenic mechanisms / P. Pessayre, A. Mansouri// Hepatol. - 2000. - V. 35 - P. 57-76.

Резюме

Прудникова І.В. Вплив комбінації гепаліну та антравлю на стан системи фагоцитуючих макрофагів у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням.

У хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з ожирінням, визначалися суттєві порушення з боку імунологічних показників, які характеризують стан системи фагоцитуючих макрофагів (СФМ). Застосування комбінації гепаліну та антравлю поряд з ліквідацією клінічної

симптоматики загострення хронічного патологічного процесу у печінці, сприяє нормалізації показників СФМ.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, система фагоцитуючих макрофагів, гепалін, антракль, лікування.

Резюме

Прудникова І.В. Влияние комбинации гепалина и антраля на состояние системы фагоцитирующих макрофагов у больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с ожирением.

У больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с ожирением, отмечались существенные нарушения со стороны иммунологических показателей, которые характеризуют состояние системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ). Использование комбинации гепалина и антраля наряду с ликвидацией клинической симптоматики обострения хронической патологии печени, способствует нормализации показателей СФМ.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, ожирение, система фагоцитирующих макрофагов, гепалин, антракль, лечение.

Summary

Prudnikova I.V. *Influence of gepalin and antral at phagocytic macrophages system at the patients with nonalcoholic steatohepatitis combined with obesity.*

At patients with nonalcoholic steatohepatitis combined with obesity became perceptible essential disturbances from immunologic indicators, which characterize condition the phagocytic macrophages system (PMS). Including gepalin and antral to the promoted the normalization of immunological homeostasis such as PMS.

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, obesity, phagocytic macrophages system, gepalin, antral, treatment.

Рецензент: д. мед. н., проф. В.О. Терсьошин

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

ВПЛИВ ПОЛІОКСИДОНІЮ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ТА МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРІХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ФЕБРИЛЬНОГО НАПАДУ

С.І. Радіонова, Г.С. Рачкаускас, Л.Л. Погребняк

Луганський державний медичний університет
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Вступ

Особливою формою шизофренії (Шз) є фебрильна шизофренія (ФШ), що важко перебігає і незрідка веде до несприятливого результату, при якій разом з вираженими психічними розладами має місце значна соматична симптоматика у вигляді гострого гарячкового стану, часто з розвитком синдрому диссемінованого внутрішньосудинного згортання, що виявляється геморагіями на шкірі і виникненням інфекційно-токсично-го шоку [3,11]. Перебіг ФШ завжди важкий, а прогноз захворювання сумнівний або несприятливий. Завдання реабілітації на сьогоднішній день не лише відтворити порушені психічні функції, заново навчити хворого правильно відчувати і сприймати реальність, але й відновити біохімічний і імунологічний гомеостаз, порушений під час гострого нападу фебрильної кататонії [8]. Нами раніше вже вивчалися різноманітні біохімічні та імунологічні показники у таких хворих [5,6], тому нас зацікавило використання імуноактивного препарату поліоксидонію (ПО) в комплексі реабілітаційних заходів у хворих на Шз, які перенесли напад фебрильної кататонії.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота здійснювалася відповідно основному плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і представляє собою фрагмент теми НДР