

25. Ozawa Y. Age-related macular degeneration (AMD); From pathogenesis and approved therapies to proposed treatments for prevention / Y. Ozawa, S. Ishida, K. Tsubota // *Anti-Aging Medicine*. – 2008. – Vol. 5, № 9. – P. 87-92.

26. Packer L. α -Lipoic acid as a biological antioxidant / L. Packer, E.H. Witt, H.J. Tritschler // *Free Rad. Biol. Med.* - 1995. - Vol. 19. - P. 227-250.

27. Scott B.C. Lipoic and dihydrolipoic acids as antioxidants. A critical evaluation / B.C. Scott, O.I. Aruoma, P.J. Evans // *Free Rad. Biol. Med.* - 1994. - Vol. 20, № 2. - P. 119-133.

28. Winkler B.S. Oxidative damage and age-related macular degeneration / B.S. Winkler, M.E. Boulton, J.D. Gottsch // *Mol. Vis.* - 1999. - Vol. 5. - P. 324-327.

Резюме

Савко В.В., Вашах Зияд Махмуд Ахмед. Вплив ліпоєвої кислоти на стан сітківки і процеси перекисного окислення ліпідів при моделюванні ретинальної дистрофії в умовах увеїту.

В експерименті на кроликах досліджувався вплив ліпоєвої кислоти на ферменти сітківки при ретинальній дистрофії в умовах увеїту. Встановлено суттєве порушення стабільності мембранних структур сітчастої оболонки і порушення метаболічних процесів, які в значній мірі зменшуються під впливом ліпоєвої кислоти.

Ключові слова: сітківка, дегенерація, увеїт, ліпоат.

Резюме

Савко В.В., Вашах Зияд Махмуд Ахмед. Влияние липоевой кислоты на состояние сетчатки и процессы перекисного окисления липидов при моделировании ретинальной дистрофии в условиях увеита.

В эксперименте на кроликах исследовалось влияние липоевой кислоты на ферменты сетчатки при ретинальной дистрофии в условиях увеита. Установлено существенное нарушение стабильности мембранных структур сетчатой оболочки и нарушение метаболических процессов, которые в значительной степени уменьшаются под влиянием липоевой кислоты.

Ключевые слова: сетчатка, дегенерация, увеит, липоат.

Summary

Savko V.V., Vasah Ziad Mahmoud Ahmed. Impact of lipoic acid state of the retina and lipid peroxidation the on modelling retinal degenerative process in the uveal tract.

In experiments on rabbits, the influence of lipoic acid on the enzymes of the retina in retinal degeneration in uveitis. The essential violation of the stability of the membrane structures of the retina and impaired metabolic processes, which greatly reduced under the influence of lipoic acid.

Key words: retina, degeneration, uveitis, lipoate.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

УДК 616.22:612.035:159.9.018

ПОКАЗНИКИ АДЕНІЛОВОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУЧАСНИХ КРЕМНЕЗЬОМНИХ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ

Я.А. Соцька, В.М. Фролов, С.С. Шпілевська

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

За даними медичної статистики відомо, що в теперішній час вірусні гепатити, зокрема хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) займають провідне місце в хронічній патології печінки як в Україні, так і в інших країнах світу [3]. Клінічний досвід показує, що ХВГС вельми часто сполучається з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ), що обумовлено тісними анатомо-функціональними зв'язками органів гепатобілярної системи [17]. При цьому існуючі методи патогенетичного лікування ХВГС недостатньо ефективні, тому є думка багатьох спеціалістів, що вони потребують подальшої оптимізації [4, 22]. За останні роки, зокрема, все більшу увагу привертає можливість застосування методів ентеросорбції в комплексній терапії захворювань печінки [1, 15]. Виходячи з цього, ми вважали доцільним проведення вивчення ефективності сучасних ентеросорбентів в комплексній терапії хворих на ХВГС. Одним із найбільш перспективних сучасних ентеросорбентів на основі активованого SiO₂ вважають препарат природного походження аеросіл, який в Україні має комерційну назву «Біле вугілля» [2]. Цей ентеросорбент сприяє послабленню токсико-алергічних реакцій, зниженню метаболічного навантаження на органи детоксикації (в першу чергу – печінку та нирки), корекції обмінних процесів та імунного статусу, усуненню дисбалансу біологічно активних речовин в організмі, посилює перистальтику кишечника, та тому не викликає закріпів [2]. Показана ефективність ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексній терапії хворих на хронічну патологію гепатобілярної системи [12, 13, 20], що робить доцільним проведення наукових досліджень в даному напрямку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалася у відповідності до сумісного плану науково-дослідних робіт ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР: «Ефективність метаболічно активних препаратів та фітозасобів в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією гепатобіліарної системи та наявністю вторинних імунodefіцитних станів» (№ держреєстрації 0108U009463).

Метою роботи було вивчення ефективності детоксикаційної терапії у хворих з ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, при застосуванні сучасного кремнеземного ентеросорбента "Біле вугілля" (аеросіл).

Матеріали і методи дослідження

Під наглядом знаходилося 134 хворих на ХВГС НСА, коморбідний з ХНХ, у фазі помірного загострення, у віці від 22 до 52 років. Діагноз ХВГС та ХНХ в усіх обстежених був поставлений на основі клініко-біохімічних, сонографічних даних і результатів ІФА з обов'язковим підтвердженням ПЛР [18]. При цьому критеріями включення у дослідження хворих на ХВГС була наявність анти-НСV в сироватці, які визначалися методом ІФА з високою їх концентрацією, наявністю НCV РНК при постановці ПЛР з вірусним навантаженням, яке перевищує 150×10^3 копій/мл сироватки і не менше, ніж чотирикратне підвищення активності сироваткової АлАТ (тобто 2,7 ммоль/л*год та більш).

Для реалізації мети дослідження було сформовано дві групи – основна (68 пацієнтів) і зіставлення (66 хворих), рандомізовані за статтю, віком, тяжкістю перебігу захворювання і показником вірусного навантаження. В обох групах проводили лікування ІФН: при вірусному навантаженні 1×10^6 копій/мл та більш хворі також отримували вітчизняний протівірусний препарат рибарин (по 0,4 г 2 рази на день на протязі 40-45 діб поспіль). Як препарат ІФН хворі основної групи отримували вітчизняний засіб лаферобіон, пацієнти групи зіставлення – віферон (РФ). Крім того, хворі основної групи з метою детоксикації отримували сучасний кремнеземний ентеросорбент "Біле вугілля" (аеросіл) по 3 таблетки 3-4 рази на день між прийомами їжі і інших лікарських засобів упродовж 2-3 тижнів; при необхідності після двотижневої перерви повторювали курс лікування ентеросорбентом в дозуванні 2 таблетки 3 рази на день ще 2 тижні.

Для реалізації мети роботи, поряд із загальноприйнятим обстеженням, всім хворим, які знаходилися під наглядом, проводи-

ли дослідження показників аденілової системи крові. Використовували метод тонкошарової хроматографії із застосуванням стандартних пластин "Silufol" [6].

Отримані результати обробляли статистично на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo 3,0 GHz з використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows professionalxp, Microsoft Office 2003, Microsoft Exel Stadia 6.1/prof та Statistica. При аналізі ефективності кремнеземного ентеросорбента "Біле вугілля" враховували основні принципи застосування статистичних методів в клінічних випробуваннях лікарських препаратів [21].

Отримані результати та їх обговорення

При проведенні генотипування вірусу в обстежених нами пацієнтів було виявлено, що ведучим генотипом НCV є перший (1), який встановлений у 93 пацієнтів (69,4%), із них у 46 хворих (34,3%) був виявлений генотип 1b. Генотип 2 НCV був виявлений у 10 пацієнтів (7,5%), генотип 3 – у 26 (19,4%). У 5 пацієнтів (3,7%) генотип НCV не був встановлений. При кількісному визначенні за допомогою ПЛР вірусного навантаження встановлено, що у 51 хворого (38,06%) його рівень складав від 150×10^3 до 500×10^3 копій НCV-РНК/мл сироватки, у 48 хворих (35,82%) – від 500×10^3 до 1×10^6 копій НCV-РНК/мл, у 30 пацієнтів (22,39%) – від 1 до 2×10^6 копій і 5 хворих (3,73%) більше 2×10^6 копій НCV-РНК/мл сироватки. Відмічено, що в цілому із підвищенням інтенсивності вірусного навантаження в більшості випадків відмічалось також і посилення вираження клініко-біохімічних зсувів у хворих. Так, у пацієнтів із вірусним навантаженням більше 1×10^6 копій НCV-РНК/мл, активність сироваткової АлАТ складала від 3,9 до 5,2 ммоль/л*год, тобто мало місце перевищення норми даного показника в 5,7 – 7,6 рази. Для виключення аутоімунного гепатиту в обстежених хворих досліджували титр антинуклеарних антитіл (ANA) у сироватці крові. В цілому ANA було виявлено у 97 хворих (72,4%), в том числі в титрі 1:80 – у 28 осіб (20,9%), 1:160 – у 69 пацієнтів (51,5%), що свідчило про наявність у цих хворих на ХВГС аутоімунного компоненту. У тих окремих випадках, коли титр ANA складав 1:320 і вище, таких пацієнтів виключали із розробки.

Клінічна картина ХВГС, коморбідного із ХНХ, до початку лікування характеризувалася переважно загостренням запального процесу у ГБС та була типовою за симптоматикою (загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту, обкладення язика білим, жовтува-

тим або сірим брудним нальотом, гіркота або металевий присмак у роті, субіктеричність склер та у частини хворих також шкіри, тяжкість у правому підребер'ї, гепатоспленомегалія, чутливість або помірна болючість печінкового краю при пальпації, помірно позитивні симптоми Кера і Ортнера). В більшості обстежених хворих відмічалось також зниження загального емоційного тону та симптоматика астеничного, астено-невротичного, в окремих випадках навіть астено-депресивного регістру.

При біохімічному обстеженні в періоді загострення хронічного запального процесу в ГБС, у всіх пацієнтів, які знаходилися під наглядом, до початку лікування були відмічені зсуви з боку показників, що характеризують функціональний стан печінки, у вигляді помірної гіпербілірубінемії з вірогідним збільшенням концентрації прямого білірубину, гіпертрансфераземії, підвищення показника тимолової проби. При проведенні сонографічного дослідження органів черевної порожнини в усіх обстежених хворих спостерігалися характерні зміни, які характеризувалися дифузною гепатомегалією, гіперлунощільністю паренхіми печінки, в тому числі у частини обстежених у вигляді так званої «білої печінки», погіршенням візуалізації та порушення ангіоархітекτονіки печінкових вен, погіршенням візуалізації капсули печінки та границі між нею та жировою тканиною, потовщення стінки ЖМ (частіше в межах 3-6 мм), наявністю біліарного сладжу в його порожнині, нерідко двуконтурністю тині стінки ЖМ; досить часто виявлялася також деформація міхура спайками та перетинками.

В цілому при вивченні показників аденілової системи крові було констатовано наявність чітко вираженого дисбалансу, а саме наявність зсувів як концентрації окремих аденінових нуклеотидів у крові, так і порушення співвідношення між ними. Так, концентрація провідної енергетичної сполуки – АТФ до початку лікування була суттєво знижена у обох групах обстежених хворих – основній та зіставлення. Так, в основній групі пацієнтів до початку проведення лікування вміст АТФ у гомогенаті еритроцитів периферійної крові дорівнював $(537,0 \pm 5,8)$ мкмоль/л, що було менш нормальних значень в середньому в 1,28 рази (норма – $(688 \pm 6,7)$ мкмоль/л; $P < 0,001$). В групі зіставлення рівень АТФ до початку лікування складав $(543,0 \pm 5,3)$ мкмоль/л, що було в 1,27 рази менш норми ($P < 0,001$). Для обстежених нами пацієнтів було також характерним незначне

підвищення вмісту АДФ у гомогенаті еритроцитів. Так, концентрація АДФ в гомогенаті еритроцитів у осіб основної групи дорівнювала $(268,0 \pm 5,2)$ мкмоль/л, тобто кратність збільшення вмісту АДФ складала 1,16 рази (норма $(230,0 \pm 5,2)$ мкмоль/л; $P = 0,05$). У пацієнтів групи зіставлення рівень АДФ складав $(262,0 \pm 4,9)$ мкмоль/л, що було в 1,14 рази більш норми ($P = 0,05$). Вміст АМФ у гомогенаті еритроцитів до початку проведення лікування також підвищувався – у пацієнтів основної групи в 1,34 рази відносно нормальних значень ($P < 0,01$) і дорівнював в цей період обстеження $(71,2 \pm 2,1)$ мкмоль/л, у хворих групи зіставлення – в 1,3 рази і складав $(68,4 \pm 2,2)$ мкмоль/л ($P < 0,01$). Показник ЕЗЕ був вірогідно знижений у обох групах обстежених хворих – так, до початку лікування у осіб основної групи показник ЕЗЕ дорівнював $1,68 \pm 0,05$, що було в 1,45 рази менш норми ($P < 0,05$), у пацієнтів групи зіставлення в цей період обстеження показник ЕЗЕ був в 1,4 рази менш норми та складав $1,74 \pm 0,04$ (норма $2,43 \pm 0,06$; $P < 0,05$).

Проведення спеціального біохімічного дослідження після завершення курсу лікування дозволило встановити, що вивчені показники системи аденілових нуклеотидів у всіх пацієнтів основної групи, які отримували сучасний кремнеземний ентеросорбент «Біле вугілля», нормалізувалися, в той час як в групі зіставлення незважаючи на деяку позитивну динаміку, вміст основних макроергічних сполук дещо відрізнялося від норми. Так, вміст АТФ у пацієнтів основної групи на момент завершення курсу прийому ентеросорбенту дорівнював $(679,0 \pm 5,5)$ мкмоль/л, тобто вірогідно від норми не відрізнявся, а у осіб групи зіставлення концентрація АТФ в цей період обстеження – $(602,2 \pm 5,7)$, що було в 1,14 рази менш норми ($P < 0,05$) та в 1,13 рази менш відповідного показника в основній групі. Отже, незважаючи на деяку позитивну динаміку, в цілому рівень провідної макроергічної сполуки, а саме АТФ, в гомогенаті еритроцитів периферійної крові обстежених хворих групи зіставлення залишався вірогідно зниженим на момент завершення основного курсу лікування. Показово, що поряд з підвищенням вмісту АТФ у крові, в обстежених пацієнтів відмічена тенденція до зниження концентрації АДФ у крові. Так, концентрація АДФ у гомогенаті еритроцитів пацієнтів основної групи на момент завершення курсу лікування складала $(236,0 \pm 3,9)$ мкмоль/л ($P > 0,1$), у осіб групи зіставлення – $(249,0 \pm 3,3)$ мкмоль/л, що було більш норми в 1,1 рази ($P = 0,05$). Вміст

АМФ у крові осіб основної групи в цей період обстеження складав $(56,1 \pm 2,6)$ мкмоль/л, що практично відповідало нормі ($P < 0,05$), а у осіб групи зіставлення – $(69,6 \pm 2,7)$ мкмоль/л, що було в 1,3 рази більш норми ($P < 0,05$) та в 1,24 рази перевищувало значення відповідного показника в основній групі. Показник ЕЗЕ на момент завершення лікування у осіб основної групи складав $(2,32 \pm 0,05)$, що вірогідно від норми не відрізнялося ($P > 0,05$). У осіб, що складали групу зіставлення, значення ЕЗЕ дорівнювало $1,89 \pm 0,08$, що було в 1,29 рази менш норми ($P < 0,05$) та в 1,23 рази менш аналогічного показника в основній групі пацієнтів ($P < 0,05$). Таким чином, застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексі лікування хворих з ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, сприяє нормалізації показників аденілової системи крові. Це свідчить про покращення енергозабезпеченості організму пацієнтів з ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, а в цілому про відновлення метаболічного гомеостазу в обстежених хворих. Отримані дані свідчать про те, що застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбента "Біле вугілля" (аеросіл) в комплексній терапії хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, патогенетично обґрунтовано і клінічно перспективно, що дає основу рекомендувати використання цього препарату для розширеного застосування при цій патології в клінічній практиці.

Висновки

1. В обстежених хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, у фазі субкомпенсації відзначалася типова клінічна картина захворювання, що характеризується наявністю сполучення астенно-невротичного, абдомінально-больового і диспептичного синдромів. При сонографічному були виявлені виражені дифузні зміни печінки, збіднення судинного малюнка, розширення вен порталної системи, гепатомегалія, в більшості випадків виявлена наявність спленомегалії, у частини пацієнтів – сонографічні ознаки хронічного холециститу.

2. При біохімічному дослідженні у хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, виявлені ознаки порушення функціональної активності печінкової паренхіми, а саме наявність помірної гіпербілірубінемії з більш вираженим підвищенням змісту в сироватці крові прямої (пов'язаної) фракції білірубину, гіпертрансфераземії, підвищенні активності екскреторних ферментів - ЩФ і ГГТП, а також показника тимолової проби.

3. В обстежених хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, виявлені суттєві порушення показників аденілової системи крові, а саме зниження концентрації провідної макроергічної сполуки – АТФ у гомогенаті еритроцитів периферійної крові хворих на тлі компенсаторного підвищення вмісту інших аденінових нуклеотидів – АДФ та особливо АМФ, що можна також пов'язати з підвищенням розпадом АТФ у організмі хворих у зв'язку зі збільшеними потребами в енергії. Інтегральний коефіцієнт ЕЗЕ був закономірно знижений, індекси АТФ/АДФ та АТФ/АМФ – суттєво зменшені.

4. Застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексі лікування хворих з ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, сприяє нормалізації показників аденілової системи крові. Це свідчить про покращення енергозабезпеченості організму пацієнтів з ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, а в цілому про відновлення метаболічного гомеостазу в обстежених хворих.

5. Отримані дані свідчать про те, що застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбента "Біле вугілля" (аеросіл) в комплексній терапії хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, патогенетично обґрунтовано і клінічно перспективно, що дає основу рекомендувати використання цього препарату для розширеного застосування при цій патології в клінічній практиці.

Література

1. Беляева О.А. Применение энтеросорбции в комплексной терапии заболеваний печени / О.А. Беляева, В.Г. Семенов // Аптека. – 2003. – № 30. – С. 7-8.
2. «Біле вугілля 400». – Київ: ТОВ «Омніфарма Київ», 2008. Режим доступу: www.omnifarma.kiev.ua
3. Гепатит С як загальномедична проблема: матеріали VII з'їзду інфекціоністів України (Миргород 27-29 вересня, 2006 р.) // А.Л. Гураль, Т.А. Сергеева, В.Ф. Марієвський, В.Р. Шагіян. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – С. 463-464.
4. Гураль А.Л. Проблеми епідеміології та профілактики гепатиту С в Україні / А.Л. Гураль, В.Ф. Марієвський // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 3. – С. 23-31.
5. Ефективність сучасного ентеросорбенту «Біле вугілля» у хворих з гострими кишковими інфекціями, викликаними умовно патогенними мікроорганізмами / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, О.В. Круглова [та інші.] // Фітотерапія. Часопис. – 2011. – № 4. – С. 17-22.
6. Захарова Н.Б. Тонкослойная хроматография адениловых нуклеотидов эритроцитов на пластинках Силуфол / Н.Б. Захарова, В.И. Рубин // Лабораторное дело. – 1980. – № 12. – С. 735-738.

7. Иванов Н.Р. Обмен веществ и способы его биохимической оценки / Н.Р. Иванов, В.И. Рубин. - [2-е изд.]. - Саратов: изд-во СГУ, 1992. - 286 с.

8. Комаров Ф.И. Биохимические исследования в клинике / Ф.И. Комаров. - М.: Медпресс-информ, 2003. - 168 с.

9. Медицинская химия и медицинское применение диоксида кремния / под ред. А.А. Чуйко. - Киев: Наукова думка, 2003. - 416 с.

10. Мушкамбаров Н.Н. Метаболизм: структурно-химический и термодинамический анализ. В 3-х томах / Н.Н. Мушкамбаров. - Т.2. Обмен углеводов и энергетический метаболизм. М.: Химия, 1998. - [2-е изд.]. - С. 345-652.

11. Опыт применения фосфоглива в терапии хронического гепатита С / Н.Н. Воробьева, Г.Г. Ларионова, Л.М. Наумова, В.И. Фризен: материалы I ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 30 марта - 1 апреля 2009 г.) // Инфекционные болезни. - 2009. - Т. 7. - С. 45.

12. Оценка эффективности энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь» при лечении больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом и его влияние на концентрацию «средних молекул», содержание продуктов липопероксидации и уровень С-реактивного белка в сыворотке крови / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Я.А. Соцкая, И.В. Санжаревская // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 5. - С. 40-46.

13. Оцінка ефективності сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля» (аеросіл) та вітчизняного гепатопротектору антралю у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з хронічною сполученою патологією гепатобілярної системи / О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеєнко, В.М. Фролов [та інші.] // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 6. - С. 24-30.

14. Оцінка ефективності сучасного ентеросорбенту аеросіл («Біле вугілля») та фітотерапію з артишоку колючого «Гепар-ПОС» у хворих на хронічний вірусний гепатит С, сполучений з хронічним некалькулезним холециститом у періоді лікування / Т.П. Гарник, Я.А. Соцкая, В.М. Фролов [та інші.] // Фітотерапія. Часопис. - 2012. - № 1. - С. 34-41.

15. Полий И.Г. Роль энтеросорбции в лечении заболеваний печени / И.Г. Полий // Новости медицины и фармации. - 2008. - № 4 (235). - С. 16-17.

16. Применение лечебно-профилактических препаратов, изготовленных на основе кремнийорганических сорбентов: метод. рекомендации / В.А. Знаменский, А.Ф. Возианов, Ж.И. Возианова [и др.]. - Киев, 1996. - 16 с.

17. Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика / Ю.С. Попова. - СПб.: Крылов, 2008. - 192 с.

18. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] - Київ, 2005. - 56 с.

19. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. - Киев: МЗ Украины, 1990. - 64 с.

20. Шаповалова І.О. Вплив сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля» (Aerosil) на показники ендогенної «метаболичної» інтоксикації у хворих на хронічний токсичний гепатит, поєднаний з хронічним некалькулезним холециститом на тлі ожиріння / І.О. Шаповалова // Проблеми екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ. - 2011. - Вип. 5 (105). - С. 287-302.

21. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. - [2-е изд., доп.]. - СПб.: ВМедА, 2005. - 292 с.

22. Яцишин Р.І. Роль ендогенної інтоксикації у прогресуванні цирозу печінки / Р.І. Яцишин, О.А. Шаповал // Галицький мед. вісник. - 2011. - Вип. 2. - С. 47-52.

23. Prognostic value of plasma endotoxin levels in patients with cirrhosis / C.C. Chan, S.J. Hwang, F.Y. Lee [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. - 1997. - Vol. 32, № 9. - P. 942-945.

24. Williams R. Global challenges in liver disease / R. Williams // Hepatology. - 2006. - Vol. 44. - P. 521-526.

Резюме

Соцкая Я.А., Фролов В.М., Шпілевська С.С. Показники аденілової системи крові у хворих з хронічним вірусним гепатитом С низького ступеня активності, сполучений з хронічним некалькулезним холециститом при застосуванні сучасних кремнезёмних ентеросорбентів.

Вивчена ефективність ентеросорбції у хворих з хронічним вірусним гепатитом С (ХВГС) низького ступеня активності (НСА), сполучений з хронічним некалькулезним холециститом (ХНХ) при застосуванні сучасного кремнезёмного ентеросорбенту "Біле вугілля" (аеросіл). Використання ентеросорбента "Біле вугілля" в комплексній терапії хворих на ХВГС НСА, сполучений з ХНХ, сприяє досягненню ремісії хронічного патологічного процесу в печінці, що супроводжується чітко вираженою тенденцією до нормалізації біохімічних показників, які характеризують показники аденілової системи крові.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, низький ступінь активності, хронічний некалькулезний холецистит, ентеросорбція, "Біле вугілля" (аеросіл), лікування.

Соцкая Я.А., Фролов В.М., Шпилевская С.С. Показатели адениловой системы крови у больных хроническим вирусным гепатитом С низкой степени активности, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом при применении современных кремнеземных энтеросорбентов.

Изучена эффективность энтеросорбции у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) низкой степени активности (НСА), сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) при применении современного кремнеземного энтеросорбента "Белый уголь" (аэросил). Применение энтеросорбента "Белый уголь" (аэросил) в комплексной терапии больных ХВГС НСА, сочетанным с ХНХ способствует достижению ремиссии хронического патологического процесса в печеночной паренхиме, что сопровождается четко выраженной тенденцией до нормализации биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени и нормализации показателей адениловой системы крови.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, низкая степень активности, хронический некалькулезный холецистит, энтеросорбция, "Белый уголь" (аэросил), лечение.

Summary

Sotskaya Ya.A., Frolov V.M., Shpilevskaya S.S. Adenil system indexes at the patients with chronic viral hepatitis C with low activity combined with chronic uncalculosis cholecystitis of detoxic therapy with using modern silicon enterosorbents.

Efficiency of enterosorbition at the patients with chronic viral hepatitis C (CVHC) with low activity (LA) combined with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) was investigated. The application of modern silicon enterosorbent "White coal" (aerosil) in the complex therapy of the patients with CVHC with LA, combined with CUC provided achievement of remission chronic pathological process in liver that is accompanied by tendency to normalization adenil system indexes.

Key words: chronic viral hepatitis C, low activity, chronic uncalculosis cholecystitis, enterosorbition, White coal" (aerosil), treatment.

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

ВПЛИВ РЕАМБЕРИНУ НА ПОКАЗНИКИ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ «МЕТАБОЛІЧНОЇ» ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА І ДИСБІОЗОМ

В.О. Терьошин, О.В. Круглова

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В теперішній час все більша увага дослідників та практичних лікарів надається вивченню клініко-патогенетичних особливостей та розробці раціональних підходів до лікування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) [3, 4, 18, 19, 20]. НАСГ на сьогодні вважається вельми розповсюдженим захворюванням у багатьох країнах світу, в тому числі серед осіб молодого, найбільш працездатного віку [5, 13, 15, 20]. Клінічний досвід показує, що НАСГ вельми часто перебігає на тлі інших хронічних захворювань органів травлення, зокрема синдрому подразненого кишечника (СПК) та його дисбіозу (ДБК). При розробці сучасних підходів до лікування хворих на НАСГ, сполучений з СПК та ДБК, нашу увагу привернула можливість використання в комплексі терапевтичних засобів сучасного детоксикуючого засобу реамберину [10].

Реамберин – новий детоксикуючий препарат з вираженою гепатозахисною дією, який має властивості цитопротектора і органопротектора [10, 11]. Найбільш важливою складовою частиною реамберину є сіль бурштинової кислоти (сукцинат натрію), яка активно включається до енергетичного обміну у циклі Кребса та сприяє покращенню енергозабезпеченості печінки та інших органів і тканин [8, 11]. Поряд з цим, реамберин також має антигіпоксичну, антиоксидантну, нефро- та кардіопротекторну дію [10, 11]. При введенні реамберину встановлено гальмування процесів ліпопероксидації, чітко виражений мембраностабілізуючий ефект відносно клітинних та субклітинних біомембран гепатоцитів, клітин головного мозку, міокарда та нирок [2]. Встановлено позитивний вплив реамберину на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) при лікуванні хворих хронічним гепатитом алкогольної етіології [16].