

ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ОЖИРІННЯМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

О.О. Бондаренко

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Вступ

За даними сучасної дані медичної статистики, як в Україні, так і в інших країнах світу серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту найвищі темпи приросту має патологія підшлункової залози [2, 10]. Основними причинами такої ситуації вважають неякісне харчування, аліментарну недостатність за основними нутрієнтами, зловживання алкоголем, нерациональне лікування, психологічні чинники, проблеми на роботі психогенного характеру, зниження життєвого рівня сім'ї, супутні хронічні захворювання та ін. [2, 12]. Відомо, що сполучення ХП та ожиріння (Ож) є частим, через те що Ож – також досить поширена патологія, при цьому на сьогодні Ож навіть розглядають як глобальну епідемію неінфекційного характеру [3, 10].

Лікування та медична реабілітація хворих на ХП на тлі Ож є достатньо складною проблемою сучасної гастроентерології [1]. Це пов'язане з необхідністю призначення патогенетично обґрунтованих засобів при лікуванні ХП [2]. За останні роки значна кількість дослідників та практичних лікарів при розробці раціональних підходів терапії хронічних хвороб підшлункової залози, зокрема ХП, надає перевагу застосуванню препаратів природного походження, які не викликають небажаних побічних ефектів, в тому числі токсичних та токсико-алергічних реакцій. В цьому плані одним з найбільш перспективних напрямлень у лікуванні хронічної патології підшлункової залози слід вважати антигомотоксичну терапію, яка може успішно комбінуватися з загальноприйнятими препаратами та взагалі діючими стандартами лікування [4, 6].

При розробці раціональної програми медичної реабілітації хворих на ХП на тлі Ож нашу увагу привернула можливість застосування комбінації метаболічно активних антигомотоксичних препаратів (АГТП), а саме Коензиму композитум і Убіхінону компо-

зитум. Ці препарати чинять комплексну дію на різні етапи і ланки енергообміну [4, 6]. Основний механізм їх дії – зниження активності перекисного окислення ліпідів і активація антиоксидантної системи – робить їх незамінними на усіх етапах лікування. Окрім цього, будучи найважливішими кофакторами циклу Кребса, Убіхінон композитум і Коензим композитум відновлюють порушені реакції при блокаді ферментних систем, сприяють нормалізації рівня ацетил-СоА і запуску енергетичних процесів по вигіднішому в енергетичному відношенні шляху [4, 6]. Коензим композитум – багатокомпонентний кофермент, що регулює процеси енергетичного і пластичного обміну, оптимізує метаболізм вітамінів і мінералів. Разом з Убіхінон композитум сприяє виведенню токсинів з паренхіми і міжклітинного простору [4, 6]. Застосування цих препаратів дозволить остаточно усунути основні патогенетичні зміни, що виникають при порушенні обміну речовин, в т. ч. при Ож і ХП. Оскільки основні механізми фармакологічної дії даних препаратів пов'язані з нормалізацією метаболічних процесів [4, 6] ми вважали важливим проаналізувати вплив комбінації АГТП Коензиму композитум і Убіхінону композитум на показники цитокінового профілю крові (ЦПК) хворих з даною коморбідною патологією.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: робота виконувалася у зв'язку з реалізацією комплексної науково-дослідницької роботи (НДР) Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького і являє собою фрагмент теми НДР «Хронічний панкреатит, сполучений з ожирінням: патогенез, клініка, лікування, медична реабілітація» (№ держреєстрації 0109U009463).

Метою роботи було вивчення впливу комбінації АГТП Коензиму композитум і Убіхінону композитум на показники ЦПК хворих з ХП на тлі Ож.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням було 84 хворих з діагнозом ХП на тлі Ож у фазі нестійкої ремісії хронічного запального процесу у підшлунковій залозі віком від 28 до 59 років. В обстежених відповідно з індексом маси тіла (ІМТ) [3] діагностовано Ож: у 23 хворих (27,4%) – I ступеня, у 35 пацієнтів (41,7%) – II ступеня, у 20 осіб (23,8%) – IIb ступеня, у 6 (7,1%) хворих – III ступеня. Відомо, що при ІМТ > 30 кг/м² значно підвищується ризик розвитку ХП [21]. Давність захворювання на ХП становила від 3 до 15 років. В 48 (57,1%) хворих діагностовано Ож по гіноїдному (жіночому) типу, а в 36 (42,9%) хворих – ожиріння по

вісцеральному (чоловічому) типу. У дослідження увійшли 33 чоловіка (39,3%) та 51 жінка (60,7%). Вираженість скарг оцінювали за допомогою полукількісного показника середнього ступеня важкості. Усі обстежені хворі були розподілені на дві рандомізовані за статтю, віку хворих, частоти загострень ХП за останній календарний рік, ступеню Ож і його типу групи – основну (43 пацієнти) та зіставлення (41 хворий). Пацієнти обох груп в ході медичної реабілітації отримували загальноприйняті засоби: дієту в рамках столу № 5п, антисекреторні препарати (інгібітори протонної помпи), спазмолітики, інфузійну терапію, при необхідності анальгетики, антибактеріальні засоби. Хворі основної групи додатково до базисної терапії отримували комбінацію АГТП Коензим композитум по 2,2 мл в/м 1 раз 3 дні №10 і Убіхінон композитум по 2,2 мл в/м 1 раз 3 дні № 10.

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для реалізації мети дослідження, крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали концентрацію цитокінів (ЦК) [8] у сироватці крові, що проводилося за допомогою ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі на імуноферментному аналізаторі PR 2100. Концентрацію прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-2, ФНП α) та протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10) у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ – СПб) [8].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2005, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof і Statistica. При цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [11].

Отримані результати та їхнє обговорення

На момент початку медичної реабілітації у більшості обстежених нами хворих на ХП на тлі Ож відмічалася наявність астеничної або астено-невротичної симптоматики, такої як загальна слабкість, нездужання, швидка стомлюваність при виконанні своїх звичних професійних і побутових обов'язків, зниження фізичної і розумової працездатності, порушення сну у вигляді поверхневого сну з частими просинаннями ніччю і утрудненим засипанням з вечора, або, навпаки, раннім просинанням серед ночі, підвищена дратівливість і емоційна лабільність,

нестійкість настрою, загальне зниження емоційного тону. При об'єктивному обстеженні хворих звертала увагу субіктеричність слизових оболонок і шкіри, язик обкладений білуватим, сіруватим або жовтуватим нальотом та з відбитками зубів по краям, об'єктивно: при глибокій пальпації чутливість у проекції підшлункової залози.

У результаті проведених імунологічних досліджень у хворих з ХП на тлі Ож до початку медичної реабілітації було встановлені вірогідні порушення з боку показників ЦПК, що були однотипові в обох групах обстежених, які знаходилися під наглядом – основній та зіставлення (табл. 1).

Таблиця 1

ЦПК хворих на ХП на тлі Ож до початку курсу медичної реабілітації (M \pm m)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=43)	зіставлення (n=41)	
ІЛ-1 β , пг/мл	18,8 \pm 1,3	46,9 \pm 1,8***	46,4 \pm 1,7***	>0,05
ФНП α , пг/мл	39,6 \pm 1,5	72,6 \pm 2,0***	72,1 \pm 1,9***	>0,05
ІЛ-2, пг/мл	20,8 \pm 1,2	43,1 \pm 1,3***	42,8 \pm 1,4***	>0,05
ІЛ-4, пг/мл	47,2 \pm 1,6	57,7 \pm 1,7*	57,3 \pm 1,4*	>0,05
ІЛ-6, пг/мл	22,7 \pm 1,1	39,8 \pm 1,3**	39,1 \pm 1,4**	>0,05
ІЛ-10, пг/мл	17,2 \pm 1,0	25,4 \pm 1,6*	25,2 \pm 0,05*	>0,05

Примітки: в табл. 1 та 2 вірогідність різниці стосовно норми: * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P – вірогідність розбіжностей між відповідними показниками основної групи та групи зіставлення.

Так, рівень прозапальних ЦК - ІЛ-1 β , ІЛ-2 та ФНП α був підвищений відносно норми: в основній групі концентрація ІЛ-1 β була більш норми в середньому в 2,49 рази (P<0,001), складаючи при цьому (46,9 \pm 1,8) пг/мл (P<0,001), а у групі зіставлення – в 2,47 рази (P<0,001), дорівнюючи при цьому в середньому (46,4 \pm 1,7) пг/мл. Рівень ФНП α у сироватці крові хворих основної групи був вище норми в 1,83 рази (P<0,001) та досягав значення (72,6 \pm 2,0) пг/мл, та у осіб групи зіставлення – в 1,81 рази (P<0,001), дорівнюючи (72,1 \pm 1,9) пг/мл (табл. 1). Концентрація ІЛ-6 у основній групі була збільшена у 1,75 рази відносно відповідних значень норми (P<0,001) та складала (39,8 \pm 1,3) пг/мл; у групі зіставлення - у 1,72 рази (P<0,001) та дорівнювала (39,1 \pm 1,4) пг/мл. Вміст ІЛ-2 у крові пацієнтів основної групи до початку медичної реабілітації дорівнював (43,1 \pm 1,3) пг/мл, що перевищувало значення норми для даного показника в середньому

у 2,07 рази ($P < 0,001$). В групі зіставлення концентрація ІЛ-2 до початку лікування перевищувала значення норми даного показника у середньому в 2,06 рази ($P < 0,001$) та складала при цьому $(42,8 \pm 1,4)$ пг/мл. До початку медичної реабілітації у хворих основної групи концентрація ІЛ-4 була збільшена у середньому в 1,22 рази ($P < 0,05$) і складала при цьому $(57,7 \pm 1,7)$ пг/мл, в групі зіставлення кратність підвищення цього показника складала в 1,21 рази стосовно норми ($P < 0,05$) та він дорівнював $(57,3 \pm 1,4)$ пг/мл. Концентрація ЦК ІЛ-10 була збільшена у 1,48 рази відносно норми у основній групі ($P < 0,05$) та в 1,47 рази у групі зіставлення ($P < 0,05$).

При повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що в основній групі, яка отримувала комбінацію АГТП, мала місце чітка позитивна динаміка проаналізованих показників ЦПК, що характеризувалася суттєвим зниженням концентрації у сироватці крові прозапальних ЦК на фоні помірного зменшення також вмісту протизапальних ЦК (табл. 2).

Таблиця 2

ЦПК хворих на ХП на тлі Ож після завершення курсу медичної реабілітації ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=43)	зіставлення (n=41)	
ІЛ-1 β , пг/мл	18,8 \pm 1,3	19,4 \pm 1,3	36,3 \pm 1,5***	<0,01
ФНП α , пг/мл	39,6 \pm 1,5	41,1 \pm 1,6	53,2 \pm 1,4*	<0,05
ІЛ-2, пг/мл	20,8 \pm 1,2	21,0 \pm 1,6	34,7 \pm 1,4**	<0,01
ІЛ-4, пг/мл	47,2 \pm 1,6	48,4 \pm 1,6	54,5 \pm 1,5*	<0,05
ІЛ-6, пг/мл	22,7 \pm 1,1	23,3 \pm 1,1	34,3 \pm 1,6*	<0,05
ІЛ-10, пг/мл	17,2 \pm 1,0	18,0 \pm 1,2	23,0 \pm 1,4*	<0,05

Так, концентрація ІЛ-1 β у крові осіб основної групи на момент завершення медичної реабілітації дорівнювала в середньому $(19,4 \pm 1,3)$ пг/мл, вміст ФНП α зменшився та складав $(41,1 \pm 1,6)$ пг/мл, рівень ІЛ-2 знизився та дорівнював в середньому $(21,0 \pm 1,6)$ пг/мл, концентрація ІЛ-4 зменшилася та складала $(48,4 \pm 1,6)$ пг/мл, вміст ІЛ-6 – дорівнював $(23,3 \pm 1,1)$, рівень ІЛ-10 – складав $(18,0 \pm 1,2)$ пг/мл, що в цілому вірогідно від норми не відрізнялося. Таким чином, після завершення курсу медичної реабілітації із додатковим застосуванням комбінації АГТП Коензиму композитум і Убіхінону композитум в основній групі хворих відмічається практично повна нормалізація проаналізованих показників ЦПК.

В той же час групі зіставлення мала місце лише незначна тенденція до відновлення показників ЦПК, ніж у осіб основної групи. Тому після завершення терапії хворих цієї групи показники ЦПК суттєво відрізнялися як відносно норми, так і відносно відповідних показників основної групи. Так, вміст ІЛ-1 β у пацієнтів групи зіставлення в ході медичної реабілітації досяг значення $(36,3 \pm 1,5)$ пг/мл, але при цьому залишався у 1,93 рази вище норми ($P < 0,001$); концентрація ФНП α у крові хворих групи зіставлення в ході проведення курсу медичної реабілітації зменшилася, досягаючи значення $(53,2 \pm 1,4)$ пг/мл, але при цьому залишалася у 1,34 рази вище норми ($P < 0,05$); рівень ІЛ-2 у крові пацієнтів групи зіставлення знизився, досягаючи значення $(34,7 \pm 1,4)$ пг/мл, але при цьому залишався у 1,67 рази вище відповідного значення норми для даного показника ($P < 0,01$). Концентрація ІЛ-4 залишалася у крові хворих групи зіставлення вище нормальних значень у 1,16 рази ($P < 0,05$). Рівень ІЛ-6 в цей період дослідження дорівнював $(34,3 \pm 1,6)$ пг/мл, та був при цьому в 1,37 рази вище норми; вміст ІЛ-10 в крові осіб групи зіставлення знизився, складаючи на момент завершення курсу медичної реабілітації в середньому $(23,0 \pm 1,4)$ пг/мл, та при цьому залишався в 1,34 рази вище норми ($P < 0,05$). Отже, як видно з отриманих даних, у хворих групи зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, нормалізації вивчених показників ЦПК не відбувалося.

За даними диспансерного нагляду після завершення курсу медичної реабілітації тривалість збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії у 33 хворих основної групи (76,7 %) складала понад 12 місяців (тривалість диспансерного нагляду) та у 10 осіб (23,3 %) – від 6 до 11 місяців. В групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була вірогідно менше і становила у 20 пацієнтів (48,7%) від 3 до 6 місяців, у 10 хворих (24,3%) – від 7 до 11 місяців і лише у 11 обстежених (26,8%) – 12 місяців та більше. Таким чином, повноцінна клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік та більше у хворих з ХП на тлі Ож, основної групи, які додатково отримували при проведенні медичної реабілітації комбінацію АГТП Коензиму композитум і Убіхінону композитум, відмічалася в 2,86 частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення.

Отже, отримані дані свідчать, що застосування АГТП Коензиму композитум і Убіхінону композитум у комплексі медичної реабілітації хворих з ХП на тлі Ож патогенетично обґрунтоване, клінічно доцільне та перспективне.

Висновки

1. Більшість обстежених хворих з ХП на тлі Ож до початку медичної реабілітації скаржилися на загальну слабкість, нездужання, швидку стомлюваність, зниження фізичної і розумової працездатності, порушення сну, підвищену дратівливість, емоційну лабільність, нестійкість настрою, загальне зниження емоційного тону. При об'єктивному обстеженні хворих встановлено наявність субіктеричності слизових оболонок і шкіри, обкладеність язика білуватим, сіруватим або жовтуватим нальотом з відбитками зубів по краям, при глибокій пальпації чутливість у проекції підшлункової залози.

2. До початку курсу медичної реабілітації у хворих з ХП на тлі Ож відмічалось підвищення рівня прозапальних ЦК на тлі незначного збільшення концентрації протизапальних ЦК. Так, в основній групі концентрація ІЛ-1 β була більш норми в середньому в 2,49 рази, у групі зіставлення - в 2,47 рази, вміст ФНП α у в основній групі був вище норми в 1,83 рази, в групі зіставлення - в 1,81 рази, концентрація ІЛ-6 у основній групі була збільшена у 1,75 рази, у групі зіставлення - у 1,72 рази, вміст ІЛ-2 у основній групі перевищував норму в середньому у 2,07 рази, в групі зіставлення - в 2,06 рази, концентрація ІЛ-4 була збільшена у середньому в 1,22 рази, в групі зіставлення - в 1,21 рази, концентрація ІЛ-10 була збільшена у 1,48 рази відносно норми у основній групі та в 1,47 рази у групі зіставлення.

3. Включення до комплексу медичної реабілітації хворих з ХП на тлі Ож комбінації АГТП Коензим композитум і Убіхінон композитум сприяє прискоренню досягнення клініко-біохімічної ремісії хронічного ураження підшлункової залози та водночас нормалізації показників ЦПК.

3. У хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятні засоби медичної реабілітації на момент завершення реабілітаційних заходів вивчені показники ЦПК залишалися від'ємними від норми, а саме вміст ІЛ-1 β залишався у 1,93 рази вище норми, концентрація ФНП α - у 1,34 рази, рівень ІЛ-2 - у 1,67 рази, концентрація ІЛ-4 - у 1,16 рази, рівень ІЛ-6 - в 1,37 рази, вміст ІЛ-10 - залишався в 1,34 рази вище норми.

4. Отримані дані дають підставу вважати патогенетично обґрунтованим застосування у комплексі медичної реабілітації хворих з ХП на тлі Ож комбінації АГТП Коензим композитум і Убіхінон композитум, що буде сприяти підвищенню ефективності реабілітаційних заходів пацієнтів з вказаною коморбідною патологією.

5. Перспективною подальших досліджень є продовження вивчення механізмів фармакологічної дії комбінації АГТП Коензим композитум і Убіхінон композитум при проведенні медичної реабілітації хворих з ХП на тлі Ож, зокрема можливий вплив даної комбінації препаратів на біохімічні показники, а саме на стан редокс-системи глутатіону.

Література

1. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных / А.Ю. Барановский. – СПб.: [Б. и.], 2001. – 407 с.
2. Губергриц Н.Б. Практическая панкреатология / Н.Б. Губергриц. – М.: АРТ, 2008. – 319 с.
3. Дедов И.И. Ожирение / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 456 с.
4. Комплексные антигомотоксические препараты. - [2-е изд.]. – Киев: Каскад-Медикал, 2004. – С. 129-136.
5. Кузнецова Л.В. Клиническая лабораторная иммунология / Л.В. Кузнецова, В.Д. Бабаджан, В.М. Фролов. – Київ: Полиграф плюс, 2012. – 922 с.
6. Москаленко В.Ф. Антигомотоксическая терапия заболеваний внутренних органов / В.Ф. Москаленко, Б.К. Шамургия. - Киев: Книга-плюс, 2006. – С. 342-360.
7. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] - Київ, 1999. - 56 с.
8. Тест системы ProCon IL1 β (ИЛ-1 β), ProCon TNF α , ProCon IL2 (ИЛ-2), ProCon IL4 (ИЛ-4), ProCon IL10 (ИЛ-10) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://protc.spb.ru>
9. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скирда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3 – 9.
10. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – [2-е изд., доп.]. – СПб.: ВМедА, 2005. – 292 с.
11. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. J. E. Dominguez-Munoz [et al.]. - Oxford: A Blackwell Publ. Co., 2005. - 535 p.
12. Knoefel W.T. Chronic pancreatitis - from losing heart to acting smart! / W.T. Knoefel, S.B. Hosch, M. Peiper // Eur. J. Med. Res. - 2004. - Vol. 9, № 12. - P. 563-564.
13. The quality of life in chronic pancreatitis: the clinical point of view / R. Pezzilli, L. Fantini, L. Calculli [et al.] // JOP. - 2006. - Vol. 7, № 1. - P. 113-116.
14. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire : a comparative study with the SF-36 questionnaire /

Резюме

Бондаренко О.О. Показники цитокінового профілю крові у хворих на хронічний панкреатит, сполучений з ожирінням при застосуванні антигомтоксичної терапії.

Вивчений вплив антигомтоксичних препаратів (АГТП) Коензим композитум і Убіхінон композитум на показники цитокінового профілю крові (ЦПК) хворих хронічний панкреатит (ХП), сполучений з ожирінням (Ож) в ході медичної реабілітації. Встановлено, що до початку медичної реабілітації хворих на ХП на тлі Ож відмічається підвищення рівня прозапальних цитокінів на тлі помірного збільшення рівня протизапальних. Застосування АГТП у медичній реабілітації хворих з даною коморбідною патологією сприяє нормалізації вивчених показників ЦПК.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ожиріння, цитокіновий профіль крові, Коензим композитум, Убіхінон композитум, медична реабілітація.

Резюме

Бондаренко О.А. Показатели цитокинового профиля крови больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения при применении антигомтоксических препаратов.

Изучено влияние антигомтоксических препаратов (АГТП) Коэнзим композитум и Убихинон композитум на показатели цитокинового профиля крови (ЦПК) больных хроническим панкреатитом (ХП) на фоне ожирения (Ож) в ходе медицинской реабилитации. Установлено, что до начала медицинской реабилитации больных ХП на фоне Ож отмечается повышение уровня провоспалительных цитокинов на фоне умеренного увеличения уровня противовоспалительных. Применение АГТП в медицинской реабилитации больных с данной коморбидной патологией способствует нормализации изученных показателей ЦПК.

Ключевые слова: хронический панкреатит, ожирение, цитокиновый профиль крови, Коэнзим композитум, Убихинон композитум, медицинская реабилитация.

Summary

Bondarenko O.O. Cytokine blood profile indexes at the patients with chronic pancreatitis on the background of obesity at application of antihomotoxic preparations.

Influence of antihomotoxic preparations (АНТП) Coenzym compositum and Ubiquinon compositum on cytokine blood profile (CBP) at the patients with chronic pancreatitis (CP) on the background of obesity (Ob) in medical rehabilitation period was studied. It was set before medical rehabilitation of the patients with CP on background of Ob testify of increase proinflammatory cytokines and decrease of anti-inflammatory cytokines. The using of АНТП at medical rehabilitation of the patients with this comorbide pathology provided of normalisation investigated CBP indexes.

Key words: chronic pancreatitis, obesity, cytokine blood profile, Coenzym compositum, Ubiquinon compositum, medical rehabilitation.

Рецензент: д.медн., проф. М.О. Пересадин

СТАН ІНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНФЕКЦІЙНОГО АГЕНТА

В.Ю. Глущенко

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Множинність супутніх захворювань - найважливіша особливість сучасного хворого. В основі синтропій, або закономірно частих поєднань певних захворювань, лежить спільність їх чинників ризику і механізмів розвитку [1, 12]. Матеріали наукової літератури свідчать про те, що нині в індустріально розвинених країнах на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) хворіє 10-20% дорослого населення і частота цього захворювання має тенденцію до збільшення [4, 11, 14]. В той же час, підвищений артеріальний тиск (АТ) мають близько 40% населення України, тобто 11 млн. осіб [9,15]. Добре відомі поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) і запальних процесів жовчного міхура (ЖМ) [12].

Відомо, що інтерферонпродукуюча здібність лейкоцитів при хронічних патологічних процесах знижена, ці порушення цілісності системи інтерферону (ІФН) можуть відбуватися не тільки на рівні продукції, але й індукції ІФН. Дефектне функціонування системи ІФН призводить до вторинного імунодефіцитного стану, що в патогенетичному плані сприяє затяжному перебігу хвороби з розвитком частих рецидивів [5]. В наших попередніх роботах [3] проаналізовано рівень інтерферонів у крові хворих на ХНХ, поєданого з ГХ в осіб молодого віку, а саме концентрацію α-ІФН та γ-ІФН у сироватці крові. В періоді загострення ХНХ у хворих з ГХ відмічалось зниження концентрації α- та γ-ІФН у крові, що ми трактували як виснаження системи інтерферону пацієнта, що може сприяти розвитку загострень захворювання, тому що інтерферони володіють імуномодулюючою та протизапальною дією. Враховуючи суттєве значення мікробного пейзажу жовчі у патогенезі ХНХ [8] вважаємо перспективним дослідити взаємозв'язок інтерфероногенезу та інфекційного агенту в прогресуванні коморбідної патології.