

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОСТЕОПОРОЗОМ ТА СИНДРОМОМ ЕКОЛОГІЧНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ, З ВИКОРИСТАННЯМ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДІЄТИ, ВІТАМІННО-АМІНОКИСЛОТНО-КАЛЬЦІЄВОГО КОМПЛЕКСУ ТА ФІТОЗАСОБУ ІМУПРЕТУ

Гарник К.В., Фролов В.М., Соцька Я.А., Бикадоров В.І.

*Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

В сучасних умовах стеатогепатити вважаються дуже поширеною хронічною патологією печінки, розповсюдженість якої за останні роки суттєво збільшилася як в Україні, так і в інших економічно розвинутих країнах світу [1, 15, 16]. Тому вважають дуже перспективним та важливим для клінічної практики розробку патогенетично обґрунтованих підходів до лікування та медичної реабілітації (МР) хворих на дану патологію, перш за все на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) [1, 15]. Клінічний досвід показує, що НАСГ нерідко сполучається з різноманітними порушеннями імунного гомеостазу, в тому числі із синдромом екологічного імунodefіциту (СЕІ) [8, 10]. Крім того, дослідженнями останніх років встановлено, що у хворих на хронічну патологію печінки, в тому числі НАСГ, дуже часто відзначається наявність системного остеопорозу (ОП) [10]. Тому ми вважали доцільним проаналізувати ефективність у МР даної коморбідної патології метаболічно активних засобів, раціонального дієтичного харчування та використання імуноактивного препарату рослинного походження імупрету. При проведенні МР використовували диференційовану дієту [14] та вітамінно-амінокислотно-кальцієвий комплекс, який містить у своєму складі аскорбінову кислоту в дозі 600 мг на добу, амінокислоту L-лізин у дозі 50 мг на добу, гліцин – по 500 мг на день та кальцієвий комплекс у дозі 1 таблетка на добу (Н.В. Харченко,

Г.А. Анохіна, 2008). Імупрет – це сучасний комбінований фітозасіб із чітко вираженою імуномодулюючою, детоксикуючою та антиоксидантною властивостями [9, 11, 12].

Отже, в період диспансеризації з метою МР хворим призначали диференційовану дієту [14] й вітамінно-амінокислотно-кальцієвий комплекс та фітозасіб імупрет [13]. МР у обстежених хворих проводилася переважно через 3-4 місяці після завершення основного курсу лікування. Показаннями для проведення МР була наявність астеничної або астено-невротичної симптоматики, збереження тяжкості в правому підребір'ї, помірної гепатомегалії, зниження працездатності, а в лабораторному плані – помірне збільшення активності сироваткових амінотрансфераз, іноді лужної фосфатази (ЛФ) й гамаглутамінтранспептидази (ГГТП), показника тимолової проби, Т-лімфопенія, підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), особливо їхньої середньо-молекулярної фракції, зниження показників фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ), підвищення рівня середніх молекул (СМ) у сироватці крові, зменшення активності супероксиддисмутази (СОД) та підвищення вмісту малонного діальдегіду (МДА) в сироватці крові.

Застосування в комплексі МР диференційованої дієти та вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу забезпечило поліпшення загального стану

хворих, ліквідацію симптоматики астено-невротичного регістру, а також суттєве покращення лабораторних (імунологічних та біохімічних) показників, що свідчило про ліквідацію порушень метаболічного та імунологічного гомеостазу й в цілому сприяло підвищенню якості життя обстежених пацієнтів. Аналіз показників УЗД печінки та жовчного міхура (ЖМ) у обстежених груп хворих на НАСГ з Оп на тлі СЕОІ після проведення курсу медико-реабілітаційних заходів показав, що застосування диференційованої дієти та вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу сприяло позитивній динаміці змінених сонографічних ознак. За даними УЗД після завершення курсу МР відзначено зменшення питомої ваги хворих із гепатомегалією із 71,9% до 18,8%. Виявлено також зменшення в основній групі частки хворих із підвищеною луноцільністю печінки з 84,4% до 28,1%, неоднорідністю луноструктури печінкової паренхіми із 78,1% до 34,4%, випадків дистального затухання ультразвуку із 46,9% до 18,8%, знизився також відсоток хворих із загинами ЖМ в основній групі з 56,3% до 21,9%, що свідчило про покращання евакуаторної функції ЖМ. В основній групі після завершення МР у жодному випадку не відзначено наявності біліарного сладжу; час закритого сфінктера Одді та час появи міхурової жовчі (МЖ) практично не відрізнялися від відповідних показників у здорових осіб, скоротився час виділення МЖ ($p > 0,05$ в усіх випадках), при цьому відзначено збільшення об'єму МЖ в 1,2 рази ($p < 0,05$). Динаміка вказаних показників у хворих основної групи свідчить про нормалізацію тону сфінктера Одді, реакції ЖМ на харчовий подразник, скоротливої та евакуаторної функцій ЖМ. При мікроскопічному дослідженні МЖ встановлено, що у хворих основної групи в більшості випадків нормалізувалась мікроскопічна картина МЖ. У хворих групи порівняння позитивна динаміка функціонального стану МЖ та мікроскопічної картини МЖ після загальноприйнятого медико-реабілітаційного курсу була менш суттєвою.

При проведенні лабораторних (імунологічних та біохімічних) досліджень

після завершення основного курсу МР у хворих на НАСГ у сполученні з Оп на тлі СЕОІ було встановлено, що в процесі застосування диференційованої дієтотерапії, вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу та комбінованого фітозасобу імупрету відзначається чітко виражена позитивна динаміка проаналізованих лабораторних показників. Вона характеризується нормалізацією функціонального стану печінки: зниженням до норми вмісту в крові прямої (зв'язаної) фракції білірубину, зменшенням до нормальних значень активності сироваткових амінотрансфераз (АлАТ та АсАТ), а також екскреторних ферментів (ЛФ та ГГТП), нормалізацією показника тимолової проби. Під впливом запропонованого комплексу в обстежених пацієнтів нормалізувалася концентрація СМ у сироватці крові, що свідчило про ліквідацію клініко-біохімічного синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації (СМІ). Зниження до верхньої межі норми раніше підвищеного вмісту кінцевого продукту ліпопероксидації (МДА) свідчить про зменшення надмірного рівня перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) [3]. Відомо, що концентрація МДА та СМ у сироватці крові може служити лабораторними маркерами СМІ [8]. Таким чином, запропоновані підходи до МР хворих із вказаною коморбідною патологією забезпечують ліквідацію СМІ та в цілому – відновлення метаболічного гомеостазу [5].

Чітко виражений позитивний ефект був також досягнутий при застосуванні диференційованої дієти, вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу та фітозасобу імупрету також у плані відновлення показників імунного статусу організму обстежених хворих. Це характеризувалося ліквідацією Т-лімфопенії, відновленням оптимального співвідношення між регуляторними субпопуляціями Т-лімфоцитів – Т-хелперною ($CD4^+$) та Т-супресорною ($CD8^+$), внаслідок чого імунорегуляторний індекс ($CD4/CD8$) нормалізувався, складаючи в середньому $2,03 \pm 0,03$ ($p > 0,1$). Показово, що проведення основного курсу МР забезпечувало також відновлення показників ФАМ, що свідчило про підвищення функціональних спромож-

ностей макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) [6]. При цьому також знижався до норми як загальний рівень ЦИК, так і вміст у крові найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій імунних комплексів [2]. Оскільки найбільш важлива роль в елімінації ЦИК із кровотоку належить саме МФС [8], можна вважати, що підвищення функціональних спроможностей моноцитів/макрофагів мало суттєве патогенетичне значення у відновленні показників імунологічного гомеостазу.

Отримані дані свідчать про доцільність застосування диференційованої дієти й вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу у хворих на НАСГ у сполученні з Оп у фазі нестійкої ремісії хронічного патологічного процесу в печінці [7].

За даними диспансерного нагляду після завершення курсу МР тривалість збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії в 35 хворих (74,5%) основної групи склала не менш 12 місяців (тобто тривалість усього періоду диспансерного нагляду) та в 12 пацієнтів (25,5%) – від 6 до 11 місяців. У групі порівняння тривалість ремісії в більшості випадків була суттєво меншою й становила в 22 хворих (52,4%) від 3 до 6 місяців, у 11 осіб (26,2%) – від 7 до 11 місяців та лише в 9 пацієнтів (21,4%) – 12 місяців та більше. Таким чином, повноцінна клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік і більше у хворих на НАСГ у сполученні з Оп основної групи, які отримували диференційовану дієту та вітамінно-амінокислотно-кальцієвий комплекс, відзначалася в 3,5 рази частіше, ніж у пацієнтів групи порівняння, що отримували лише загальноприйнятні засоби МР ($p < 0,01$).

Отже застосування вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу на тлі диференційованої дієти в МР хворих на НАСГ у сполученні з Оп на тлі СЕІ сприяє ліквідації залишкових явищ загострення цієї коморбідної патології, позитивно впливає на біохімічні, інструментальні й імунологічні показники, сприяє збільшенню тривалості збереження повноцінної ремісії НАСГ у 3,5 рази [4]. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспек-

тивним використання диференційованої дієти, вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу та комбінованого фітозасобу імупрету в періоді МР у хворих на НАСГ, сполученим з Оп на тлі СЕІ.

Література

1. Богомолів П.О. Неалкогольний стеатогепатит: патофізіологія, патоморфологія, клініка і підходи к лечению / П.О. Богомолів, Т.В. Павлова // Фарматека. – 2003. – № 10. – С. 31-39.
2. Гарник К.В. Концентрація циркулюючих імунних комплексів та їхній молекулярний склад у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з остеопорозом / К.В. Гарник // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків, 2008. – Вип. 5-6 (86-87). – С. 134-144.
3. Гарник К.В. Показники перекисного окислення ліпідів у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з остеопорозом / К.В. Гарник // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 43-44.
4. Гарник К.В. Ефективність медичної реабілітації в корекції показників ліпопероксидації у хворих на неалкогольний стеатогепатит в поєднанні з остеопорозом з використанням сучасних комплексних препаратів / К.В. Гарник // Український медичний альманах. – 2009. – Т.12, №3. – С. 56-59.
5. Гарник К.В. Корекція синдрому метаболічної інтоксикації у хворих на неалкогольний стеатогепатит в сполученні з остеопорозом в періоді медичної реабілітації з використанням сучасних комплексних препаратів / К.В. Гарник // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, 2009. – Вип. 5 (92). – С. 187-194.
6. Гарник К.В. Стан макрофагальної фагоцитуючої системи у хворих на неалкогольний стеатогепатит в сполученні з остеопорозом в період медичної реабілітації з використанням сучасних комплексних препаратів / К.В. Гарник // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ, 2009. – Вип. 7 (94). – С. 81-89.
7. Гарник К.В. Ефективність застосування вітамінно-амінокислотно-кальцієвого комплексу при медичній реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з остеопорозом / К.В. Гарник // Сучасні екологічні проблеми України: зб. матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції (15.12.2009 р., Луганськ). – Луганськ: вид-во МАУП, 2010. – С. 85-86.
8. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. – [3-е изд.]. – Киев: Полиграф Плюс, 2006. – 482 с.
9. Дранник Г.Н. Иммунотропные препараты / Г.Н. Дранник, Ю.А. Гриневич, Г.М. Дизель // Киев: Здоров'я, 1994. – 277 с.
10. Звinyaцковский Я.И. Факторы риска и здоровье населения, проживающего в различных условиях окружающей среды / Я.И. Звinyaцковский, О.В.

- Бердник // Довкілля та здоров'я. – 1996. – № 1. – С. 8 – 11.
11. Імупрет: інструкція для медичного застосування / Затверджена Наказом МОЗ України № 483 від 17.08.07 р.
12. Кузнєцова Л.В. Вплив сучасного комбінованого фітопрепарату імупрету на показники фагоцитарної активності моноцитів у хворих з синдромом хронічної втоми на тлі стеатозу печінки / Л.В. Кузнєцова, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Укр. медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 6. – С. 107-110.
13. Патент на корисну модель № 35021. Україна МПК (2006) А61К 36/00. Спосіб медичної реабілітації дорослих хворих на неалкогольний стеатогепатит // Фролов В.М., Гарник К.В., Пересадін М.О. – № 200805195; заявл. 22.04.2008; опубл. 26.08.2008. Бюл. № 16.
14. Харченко Н.В. Особливості дієтотерапії хворих на неалкогольний стеатогепатит в поєднанні з остеопорозом / Н.В. Харченко К.В. Гарник // Фітотерапія. Часопис. – 2009. – № 2. – С. 25-28.
15. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease / P. Angulo, K. Undor // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Suppl. 17 – P. 187-191.
16. Huber D.A. Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) syndrome / D.A. Huber // Gastroenterology. – 2004. – Vol.27, №2. – С. 55-58.