

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ І ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТРИОВІТУ

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ І ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТРИОВІТУ – Досліджено 38 хворих на ХГД та ВХ в поєднанні з НРГ. Проведено клініко-імунологічне дослідження до і після лікування з включенням триовіту залежно від ступеня тяжкості хвороби. Доказано, що триовіт у комплексному лікуванні ХГД та ВХ в поєднанні з НРГ залежно від ступеня тяжкості сприяє нормалізації клініко-імунологічних показників.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ РЕАКТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРИОВИТА – Обследовано 38 больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью в сочетании с неспецифическим реактивным гепатитом. Проведено клинико-иммунологическое исследование до и после лечения с применением триовита в зависимости от степени тяжести болезни. Доказано, что триовит в комплексном лечении ХГД и язвенной болезни в сочетании с неспецифическим реактивным гепатитом в зависимости от степени тяжести способствует нормализации клинико-иммунологических показателей.

DYNAMIC CLINICO-IMMUNOLOGICAL BINDINGS IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC GASTRODUODENITIS AND ULCER DISEASE ACCOMPANIED BY REACTIVE HEPATITIS IN ORDER LEVEL OF DIFFICULTY IN INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT WITH USE OF TRIOVIT – 38 patients with chronic gastroduodenitis and ulcerous disease in combination with non-specific reactive hepatitis have been investigated. The dynamic of immune reaction in patients with chronic gastroduodenitis and ulcerous disease with attendant non-specific reactive hepatitis has been studied.

Ключові слова: виразкова хвороба, хронічний гастродуоденіт, неспецифічний хронічний гепатит, імунна система, триовіт.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, неспецифический хронический гепатит, иммунная система, триовит.

Key words: ulcerous disease, chronic gastroduodenitis, non-specific reactive hepatitis, immune system, triovitum.

ВСТУП У загальній структурі захворювань органів травлення провідне місце займає патологія шлунка і дванадцятипалої кишки. За даними центру медичної статистики, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) посідає друге місце (18,5 %) після хронічного гастриту (12,4 %). В останні десятиліття все більше дослідників звертають увагу на часте поєднання різних захворювань шлунково-кишкового тракту [1, 8].

Однією з патогенетичних ланок пошкодження печінки при виразковій хворобі (ВХ) є порушення імунної реактивності [3]. Низка дослідників відмічає зниження відносно і абсолютно кількості Т-клітин [2, 5].

Разом з тим, деякі дослідники знаходили підвищену [9], або незмінену [6] кількість Т-лімфоцитів у крові. Все це вказує на очевидний імунологічний дисбаланс клітинної системи захисту. Крім того встановлено, що в різні фази загоювання виразки проходить активація Т-клітинної ланки імунної системи, а при відсутності загоювання – депресія [7].

Отже, наведені літературні дані свідчать, що зміни імунної реактивності є відображенням системних імунологічних порушень, які відіграють важливу патогенетичну роль при ХГД і ВХ, що обґрунтовує використання імунокоригуючих засобів для досягнення покращання результатів лікування і забезпечення тривалої і стабільно ремісії хвороби [4].

Метою дослідження було вивчити динаміку клініко-імунологічних показників у хворих на ХГД і ВХ в поєднанні з неспецифічним реактивним гепатитом залежно від ступеня тяжкості та х корекцію триовітом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами обстежено 38 хворих на ХГД та ВХДПК у фазі загострення (23 чоловіків і 15 жінок) у віці від 20 до 70 років і 30 здорових осіб (контрольна група). Хворих було поділено на 2 групи: 1-ша (середній ступінь тяжкості) – 22 хворих; 2-га (тяжкий ступінь) – 16. Хворі отримували на тлі базисної терапії селеновмісний препарат "Триовіт" по 1 капсулі 2 рази на день впродовж двох тижнів. Діагноз ВХ верифікували на основі клініки, даних ендоскопічного обстеження і комп'ютерно рН-метрії. Функціональний стан печінки оцінювали за клінічними даними, показниками біохімічного аналізу крові (білірубін, трансамінази, холестерин, білки) та УЗД печінки. Імунологічне обстеження включало визначення загальної кількості Т-лімфоцитів (СД₃) в цитотоксичному тесті з моноклональними антитілами, виготовленими в інституті імунології (Росія).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ У хворих до лікування відмічали виражений більший (100 %), диспепсичний (93,3 %) та астено-вегетативний (50,0 %) синдроми. При об'єктивному дослідженні спостерігали іктеричність шкіри та слизових у 50,0 %. При пальпації – болючість в пілородуоденальній зоні відмічалась у 30,0 % хворих, в правому підребер'ї – у 28,0 %. Ультразвукове дослідження печінки виявляло збільшення розмірів, підвищення ехогенності паренхіми. Також відмічались зміни в біохімічному аналізі крові (підвищення активності АлАТ, АсАТ, гіпербілірубінемія).

Аналіз даних впливу триовіту на імунну реактивність залежно від ступеня тяжкості ХГД і ВХ і реактивного гепатиту (табл.1) свідчить, що у хворих із середнім ступенем у процесі лікування відмічалась позитивна динаміка показників клітинного імунітету. Спостерігалось достовірне підвищення СД₃⁺ (p<0,05) відносно

Таблиця 1. Динаміка показників клітинного імунітету під впливом лікування триовітом у хворих на ХГД та ВХ з ураженням печінки залежно від тяжкості хвороби (M±m)

| Показник | Контрольна група, n=30 | Ступінь тяжкості | n | Хворі на ХГД і ВХ з ураженням печінки, n=38 | | P |
|--|------------------------|------------------|----|---|-----------------|-------|
| | | | | до лікування | після лікування | |
| CD ₃ , % | 65,20±5,50 | середній | 22 | 48,45±0,86* | 56,13±0,88 | <0,05 |
| | | важкий | 16 | 47,62±0,87* | 55,75±0,90 | <0,05 |
| CD ₄ , % | 36,80±5,10 | середній | 22 | 31,27±0,81 | 32,68±0,84 | >0,05 |
| | | важкий | 16 | 30,00±0,67 | 32,75±0,75 | <0,05 |
| CD ₈ , % | 19,70±4,10 | середній | 22 | 17,90±0,39 | 19,54±0,33 | <0,05 |
| | | важкий | 16 | 17,87±0,42 | 18,81±0,41 | >0,05 |
| CD ₄ /CD ₈ , відн. од. | 1,85±0,15 | середній | 22 | 1,76±0,06 | 1,67±0,03 | >0,05 |
| | | важкий | 16 | 1,69±0,06 | 1,75±0,05 | >0,05 |

Примітки: * – різниця показників з контролем достовірна; P – достовірність різниці між значеннями показників до та після лікування.

даних до лікування. Тяжкі форми захворювання до лікування характеризувалися суттєвішими змінами показників імунітету – у таких хворих був більш виражений Т-імунodefіцит, тому у хворих із тяжким перебігом ВХ на тлі комплексно терапі з включенням триовіту відбулась лише часткова нормалізація показників імунної реактивності. Рівень CD₃⁺ і CD₄⁺ підвищився достовірно (p<0,05), але при відсутності змін CD₈⁺ це привело до несуттєвих змін імунорегуляторного індексу.

Комплексне лікування ХГД і ВХ з реактивним гепатитом приводило до швидко ліквідації клінічних проявів патологічного процесу: зникав больовий синдром, диспепсичний залишився у 20,2 % хворих, астено-вегетативний – у 25,6 %. Нормалізувались біохімічні показники крові. Після лікування показники клітинного імунітету нормалізувались або суттєво знижувались (p<0,05), що свідчить про імунорегулюючий вплив триовіту у хворих цієї групи.

ВИСНОВКИ 1. У хворих на хронічний гастроуденіт і виразкову хворобу з реактивним гепатитом спостерігались виражені порушення імунологічно реактивності залежно від ступеня тяжкості, що проявлялись синдромом вторинного імунodefіциту.

2. Комплексна терапія з включенням триовіту сприяє нормалізації показників клінічної картини захворювання та клітинного імунітету.

3. Показники клітинного імунітету можуть служити додатковим критерієм оцінки тяжкості хвороби, прогнозування перебігу і наслідків.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні стану показників клітинного імунітету у хво-

рих на ХГД та ВХДПК залежно від тривалості перебігу хвороби та корекції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арешкович А.О. Метаболічні порушення у хворих на виразкову хворобу дванадцятипало кишки // Укр. мед. альманах. – 2004. – Т. 7, № 6. – С. 15-19.
2. Барладин О.Р. Порівняльна характеристика змін імунної системи у хворих на бронхіальну астму з різними ступенями остеодefіциту // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 2. – С. 13-15.
3. Гутнова С.К. Состояние гуморального иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов у больных язвенной болезнью и влияние на них низкоинтенсивной терапии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 4. – С. 29-33.
4. Зубкова С.Г. Селен, здоровье, человек: Обзор литературы по научным исследованиям селена. – Киев, 2000. – 20 с.
5. Звягінцева Т.Д., Ермолаев Д.М. Вивчення стану імунітету у пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипало кишки на амбулаторному етапі // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – № 3(9). – С. 47-49.
6. Ильина Е.А. Исследование иммунологического статуса у больных язвенной болезнью при обострении и ремиссии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 2. – С. 24-27.
7. Сиротенко А.С., Кудрявцева В.Е., Майкова Т.В. Роль нарушенной клеточного звена иммунитета в развитии рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Запорожский мед. журнал. – 2005. – № 3. – С. 60-63.
8. Філіппов Ю.О., Скірда І.Ю., Петричук Л.М. Основні показники гастроентерологічно захворюваності в Україні // Міжвідомчий збірник "Гастроентерологія". – Дніпропетровськ, – 2006. – Вип. 37. – С. 3-10.
9. Чернявский В.И., Бирукова С.В., Волянский Ю.Л. и др. Патогенетическое значение системных иммунологических нарушений при язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Клиническая антибиотикотерапия. – 2002. – № 4. – С. 11-14.

Отримано 29.04.10