



О.М. Трофименко

Луганський державний медичний університет

Оптимізація лікування хворих на стеатоз печінки, поєднаний з хронічним безкам'яним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомлюваності шляхом інтеграції засобів метаболічної терапії та фітопрепаратів

Ключові слова

Стеатоз печінки, хронічний безкам'яний холецистит, синдром підвищеної стомлюваності, лікарські засоби, лікування.

За даними сучасних статистичних та епідеміологічних досліджень, за останніх 15–20 років значно зросла частота захворюваності на хронічні хвороби гепатобіліарної системи (ГБС) [11]. Поряд з вірусними та алкогольними захворюваннями печінки значна частка в структурі її хронічної патології припадає на стеатоз (СП) та неалкогольний стеатогепатит, а серед хронічних уражень жовчовивідних шляхів і жовчного міхура — на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ) [30, 31]. Відомо, що у патогенетичному плані поєднана патологія органів травлення нерідко зумовлена дією на організм різних факторів стресу, зокрема екологічного [10].

За результатами численних епідеміологічних досліджень, СП поширений серед мешканців екологічно несприятливих регіонів з високим рівнем забруднення навколишнього середовища ксенобіотиками внаслідок накопичення відходів великого промислового виробництва: хімічних, коксохімічних, металургійних, гірнорудних підприємств. Однак патологічні особливості поєднаних хронічних захворювань органів травлення вивчено ще недостатньо. У цьому плані нашу увагу привернула частота при поєднаних хронічних патологічних процесах у дигестивній і гепатобіліарній системі астеніч-

них та астеноневротичних реакцій, про які згадується в окремих роботах, однак детально це питання у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі не висвітлено. Зокрема, вивчали можливу наявність у хворих на поєднану хронічну патологію гепатобіліарної та гастродуоденальної зон так званого синдрому підвищеної стомлюваності (СПС), вперше описаного О.Ф. Возіановим, Г.М. Дранніком та співавт. [9]. СПС — хронічний патологічний стан, що характеризується зниженням працездатності, підвищеною стомлюваністю, апатією, погіршенням пам'яті, періодичним субфебрилітетом, болями та першінням у горлі, підвищеною захворюваністю на ГРВІ та герпетичну інфекцію. Проведені епідеміологічні і клініко-імунологічні дослідження дали змогу встановити, що СПС часто трапляється серед осіб, які постійно мешкають у регіонах з високим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками або радіонуклідами, зокрема у Київській, Житомирській, Чернігівській областях та Донбасі [19]. Установлено, що у патогенетичному плані СПС пов'язаний з формуванням вторинних імунодефіцитних станів, що підвищує ймовірність його виникнення при хронічних захворюваннях різного генезу, зокрема при хронічній патології ГБС [10, 14].

Відомо, що в патогенетичному плані у виникненні та подальшому прогресуванні СП важливе значення має особливий стан дезорганізації та навіть перекучення біохімічних процесів, що зумовлює розвиток клінічно-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації [6, 7], а також активація перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) з накопиченням у крові хворих продуктів ліпопероксидації та вільних радикалів, які негативно впливають на стан клітинних і субклітинних біомембран аж до оксидативного стресу [3, 5]. Виходячи з патогенетичних механізмів виникнення та прогресування СП [22, 24, 25], ми вважаємо перспективним застосування у лікуванні хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, комбінації засобів метаболічної терапії та імуноактивних фітопрепаратів.

Метаболічно активні препарати являють собою субстрати або регулятори метаболізму, які можуть одночасно позитивно впливати на різні системи й органи, мають широкий спектр метаболічної дії, підвищують адаптаційні можливості організму, активують компенсаторні шляхи підтримки метаболічного гомеостазу і мають низьку токсичність [27]. Ми вивчали можливість застосування у лікуванні хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, метаболічно активного препарату «Альфа-ліпон» [1], а також препаратів есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ) з огляду на їхні антиоксидантні властивості [17]. Для корекції вторинного імунодефіцитного стану, притаманного СПС, перспективним є застосування сучасного імуноактивного препарату «Імупрет» [27] при лікуванні хворих з коморбідною патологією ГБС.

Робота є частиною комплексної науково-дослідницької роботи Луганського державного медичного університету «Клініко-патогенетичні особливості стеатозу печінки, поєданого з хронічним некалькульозним холециститом і синдромом підвищеної стомлюваності, лікування та медична реабілітація» (держреєстрація № 0110U0091023).

Метою роботи було вивчення ефективності застосування «Альфа-ліпону», «Ліволіну форте» та «Імупрету» у лікуванні хворих на СП, поєднаний з ХБХ та ожирінням.

Матеріали та методи

Під наглядом було 154 хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, які перебували на обстеженні та лікуванні у спеціалізованому гастроентерологічному стаціонарі. Вік пацієнтів становив від 20 до 59 років, чоловіків серед них було 74 (48,1 %), жінок — 80 (51,9 %). Діагнози СП і ХБХ були встановлені відповідно до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування

хвороб органів травлення» (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) [26] на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) обстеження, результатів дослідження загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки [23]. Для виключення вірусного ураження печінки було проведено дослідження сироватки крові на маркери вірусних гепатитів В, С та D за допомогою імуноферментного аналізу. У разі наявності маркерів вірусних гепатитів у крові таких хворих виключали з дослідження.

Хворі, які перебували під наглядом, були розподілені на дві групи, порівнянні за співвідношенням статей, віком, тяжкістю перебігу патології ГБС та ступенем СПС: основну (78 пацієнтів) і порівняння (76). Лікування обстежених хворих здійснювали відповідно до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення» (Київ, 2005). Пацієнти основної групи отримували додатково до загальноприйнятого лікування «Альфа-ліпон» по 0,6 г (2 таблетки) одноразово вранці протягом 2–3 міс, «Ліволін форте» по 2 капсули 3 рази на добу під час їди протягом 1 міс, «Імупрет» по 15–20 крапель 3 рази на добу протягом 20–30 днів.

«Альфа-ліпон» зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA4766/01/01) та дозволений для клінічного застосування (Наказ МОЗ України № 499 від 20.07.2006 р.) [1]. Це препарат α -ліпоєвої кислоти (синоніми — тіоктова кислота, вітамін N), яка володіє антиоксидантним, антитоксичним, гепатопротекторним ефектами, підвищує стійкість клітин до гіпоксії, відіграє важливу роль у регуляції енергетичного обміну клітини, окисненні жирних кислот, а також позитивно впливає на швидкість основного обміну [18]. Завдяки властивостям α -ліпоєвої кислоти відновлювати запаси глутатіону, запобігати пошкодженню мітохондрій, вивільненню цитохрому та загибелі клітин, зумовлених дією цитокінів (TNF- α , IL-2, IL-6) та в цілому нормалізувати окисно-відновні процеси, призначення цього препарату є патогенетично обґрунтованим при лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією печінки.

«Ліволін форте» — препарат, основними складовими якого є ЕФЛ, вітаміни групи В і вітамін Е (α -токоферол), причому останні містяться в терапевтичних дозах [17]. Препарати ЕФЛ є мембранотропними засобами, причому в механізмі їхніх гепатопротекторних властивостей важливу роль відіграє замісний ефект [8]. Спектр активності ЕФЛ включає відновлення цілості мемб-

ран гепатоцитів, активізацію мембранних фосфоліпідозалежних ферментів, підвищення детоксикаційного екскреторного потенціалу, антифібротичні ефекти, поліпшення метаболізму ліпідів у печінці та відновлення функціонального стану біомембран [8].

«Імупрет» зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення крапель оральних № UA6909/01/01, таблеток, вкритих оболонкою, — UA6909/02/01) та дозволений для клінічного застосування (наказ МОЗ України № 483 від 17.08.07 р.). До складу «Імунопрету» входять висушені лікарські рослини у вигляді порошку (таблетки) або їхні водно-спиртові екстракти (краплі), а саме: корені алтею лікарського (*Rad. Althaeae officinalis L.*), квітки ромашки аптечної (*Flores Chamomillae officinalis L.*), трава хвощу польового (*Hb. Equiseti arvensi L.*), листя грецького горіха (*Fol. Juglandis regiae L.*), трава деревію звичайного (*Hb. Achilleae millefolii L.*), кора дуба звичайного (*Cortex Querci roburi L.*), трава кульбаби лікарської (*Hb. Taraxaci officinalis Weber*) [12].

Рослинні компоненти, які входять до складу «Імупрету», зумовлюють імунотропний, імуномодулюючий, протизапальний, неспецифічний протівірусний та бактерицидний ефекти [15, 18, 20, 29]. Вивчення механізмів фармакологічної дії комбінованого фітозасобу «Імупрет» показало, що під впливом цього препарату активуються фагоцитарні механізми імунної реактивності — як з боку нейтрофілоцитів, так і макрофагально/моноцитарної ланки імунної відповіді, посилюється продукція факторів природної антиінфекційної резистентності, зокрема лізоциму, клітинами макрофагальної фагоцитуючої системи, оптимізується синтез прозапальних (IL-1 β , TNF- α) та протизапальних (IL-10) цитокінів, активується система природних кілерів (NK-клітин). Ці механізми впливу «Імупрету» на стан клітинної ланки імунітету дають змогу суттєво зменшити прояви імунодефіцитного стану, який є характерним для осіб, хворих на СПС [9].

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки досліджували біохімічні показники з використанням уніфікованих методів [23] — визначення у крові рівня загального білірубіну і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз — АЛТ і АСТ, вмісту холестерину, альбуміну, активності екскреторних ферментів — лужної фосфатази (ЛФ) та гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП), тимолової проби. Функціональні проби печінки визначали в динаміці лікування

та оцінювали в комплексі з клінічними даними. Спеціальне біохімічне дослідження включало вивчення рівня СМ за методом [21] та спектрофотометрично — продуктів ПОЛ: проміжних — дієнових кон'югат (ДК) [4] та кінцевого — малонового діальдегіду (МДА) [2].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office, Microsoft Excel і Statistica, з урахуванням основних принципів використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [16].

Результати та обговорення

До лікування обстежені хворі на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, скаржилися на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту або металевий присмак у роті; у зв'язку з наявністю ХБХ вони погано переносили жирну або гостру їжу. У частини пацієнтів відмічено також такі суб'єктивні симптоми як загальна слабкість, нездужання, підвищена дратівливість, емоційна нестабільність, зниження працездатності та інші прояви помірно вираженого астенічного або астеноневротичного реєстрів. При об'єктивному дослідженні виявлено наявність позитивних симптомів Ке-ра та Мерфі, помірне збільшення розмірів печінки (у межах 2–5 см), субіктеричність або блакитний відтінок склер (ознака Високовича). У частини хворих — чутливість печінкового краю при пальпації. За даними сонографічного дослідження органів черевної порожнини мало місце помірне збільшення розмірів печінки, підвищення або нерівномірність її ехоцильності; за наявності ХБХ — деформація жовчного міхура спайками або перетинками, потовщення та двоконтурність його стінки, наявність у порожнині жовчного міхура концентрованої жовчі (детри-ту), часто зниження його скоротливості (моторної) реакції на введення пробного сніданку (жовтки двох курячих яєць).

При вивченні функціональних проб печінки було встановлено, що в обох групах до початку лікування були ідентичні порушення біохімічних показників, більш значні у разі поєднання загострення СП і ХБХ. У таких хворих мало місце вірогідне підвищення вмісту загального білірубіну у крові (в середньому в 1,5 разу щодо норми; $p < 0,05$); рівень прямого білірубіну був підвищений в середньому в 2,8 разу ($p < 0,001$), активність АЛТ — в 4,6 разу ($p < 0,001$), АСТ — в 5,2 разу ($p < 0,001$), ЛФ — в 2,8 разу ($p < 0,001$), показник тимолової проби — в 2,7 разу ($p < 0,001$), вміст загального холестерину в сироватці крові — в 1,5 разу ($p < 0,05$). Рівень сироваткового альбу-

міну в обстежених хворих був знижений у середньому в 1,3 разу ($p < 0,01$).

Результати дослідження біохімічних показників до лікування наведено в таблиці.

Отже, до початку лікування в обох групах обстежених хворих мали місце чітко виражені зміни біохімічних показників, які характеризують стан ПОЛ, а саме: значне підвищення концентрації у крові продуктів ліпопероксидації — МДА і ДК та інтегрального показника ПГЕ, що свідчило про активацію процесів ПОЛ, а також підвищення рівня СМ у сироватці крові, що свідчить про наявність у таких пацієнтів синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ).

Вивчення у динаміці клінічних показників у хворих основної групи показало, що протягом перших двох тижнів лікування зникла більшість клінічних симптомів, що свідчили про загострення патологічного процесу у печінці та жовчному міхурі. У цих пацієнтів знизилася і у більшості випадків зникло відчуття загальної слабкості, нездужання, біль або тяжкість у правому підребер'ї, гіркота у роті, поліпшилося загальне самопочуття пацієнтів, зменшилися розміри печінки. Водночас з поліпшенням клінічного стану відмічено позитивну динаміку біохімічних показників крові, що характеризують функціональний стан печінки: нормалізувався рівень загального та зв'язаного білірубину, а також показник тимолової проби, активність сироваткових амінотрансфераз (АЛТ та АСТ) та екскреторних ферментів (ЛФ, ГТП).

При проведенні біохімічного обстеження наприкінці лікування було встановлено, що при використанні у комплексі терапевтичних заходів комбінації метаболічно активного препарату «Альфа-ліпон» разом з «Ліволін форте» та «Імупретом» відбувалося вірогідне зниження рівня СМ у сироватці крові до верхньої межі норми ($p > 0,1$), тоді як у хворих групи порівняння, які отримували лише загальноприйнятну терапію, зниження вмісту СМ було менш значущим і

по закінченні лікування зберігався вірогідно підвищений вміст СМ у крові — в 2,96 разу вище за норму ($p < 0,01$) та в 2,9 разу — відповідний показник в основній групі ($p < 0,01$; див. таблицю).

Вміст у крові продуктів ПОЛ — МДА і ДК — в основній групі також відповідав верхній межі норми ($p > 0,05$). У групі порівняння відмічено зниження цих показників, однак менш виражене, ніж у пацієнтів основної групи: рівень МДА в 1,6 разу був вищим за норму ($p < 0,05$) та в 1,46 разу — за аналогічний показник в основній групі ($p < 0,05$), концентрація ДК — відповідно в 1,63 та 1,58 разу ($p < 0,01$). Це свідчить про те, що саме тривале збереження підвищеного рівня продуктів ліпопероксидації спричиняє формування оксидативного стресу і прогресування хронічного патологічного процесу у печінці. Відомо, що активація процесів ПОЛ призводить до посилення запально-дистрофічних процесів у печінці [3, 5].

У клінічному плані в групі порівняння значно частіше мали місце залишкові явища загострення СП та ХБХ у вигляді збереження астеничного або астеноневротичного синдрому, наявності помірної тяжкості у правому підребер'ї, гіркоти у роті. З об'єктивної симптоматики відмічено наявність помірної гепатомегалії. У 21 (27,6 %) пацієнта зберігалася вірогідне підвищення вмісту у сироватці крові фракції прямого білірубину, у 25 (32,9 %) — підвищення активності АЛТ у межах 0,8—1,2 ммоль/год·л, у 18 (23,7 %) — АСТ у межах 0,6—1,0 ммоль/год·л, у 17 (22,4 %) — показника тимолової проби в межах 6,0—8,2 од. Таким чином, у групі порівняння майже у третини хворих зберігалися ознаки загострення хронічного патологічного процесу у печінці, що потребує вжиття заходів медичної реабілітації.

Позитивний вплив комбінації «Альфа-ліпону», «Ліволіну форте» та «Імупрету» на стан ПОЛ підтверджувався також суттєвішою динамікою показника ПГЕ у пацієнтів основної групи

Таблиця. Біохімічні показники хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, до та після лікування ($M \pm m$)

Показник	Норма	Основна група (n = 78)		Група порівняння (n = 76)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
СМ, г/л	$0,52 \pm 0,02$	$2,08 \pm 0,05^{***}$	$0,53 \pm 0,03^{\#}$	$2,07 \pm 0,08^{***}$	$1,54 \pm 0,04^{**}$
МДА, мкмоль/л	$3,2 \pm 0,2$	$8,5 \pm 0,2^{**}$	$3,5 \pm 0,2^{\#}$	$8,4 \pm 0,15^{**}$	$5,1 \pm 0,2^*$
ДК, мкмоль/л	$6,2 \pm 0,15$	$16,6 \pm 0,3^{***}$	$6,4 \pm 0,2^{\#}$	$16,3 \pm 0,25^{***}$	$10,1 \pm 0,3^{**}$
ПГЕ, %	$3,5 \pm 0,25$	$12,5 \pm 0,2^{***}$	$3,6 \pm 0,2^{\#}$	$12,6 \pm 0,22^{***}$	$8,5 \pm 0,25^{**}$

Примітка. Вірогідність різниці щодо норми: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Вірогідність різниці щодо групи порівняння * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

на відміну від групи порівняння. Так, на момент завершення курсу лікування цей показник у хворих основної групи зменшився в середньому в 3,5 разу щодо вихідного значення і практично дорівнював нормі. У хворих групи порівняння, незважаючи на деяку позитивну динаміку, рівень ПГЕ у крові знизився лише в 1,5 разу і був вищий за аналогічний показник в основній групі в 2,4 разу ($p < 0,01$).

Перспективи дослідження: отримані результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим застосування метаболічно активних препаратів («Альфа-ліпон» в комбінації з «Ліволін форте») у комплексі лікування хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, з проведенням імуноткорекції «Імупретом». Встановлено, що використання зазначеної комбінації препаратів сприяє нормалізації вмісту продуктів ліпопероксидації — МДА та ДК і показника ПГЕ, тобто має чітко виражений антиоксидантний ефект, а також зниженню у сироватці крові концентрації СМ, що свідчить про ліквідацію СМІ [6]. Це має патогенетичне значення в плані нормалізації показників метаболічного гомеостазу, що зменшує ймовірність подальшого прогресування хронічної патології ГБС.

Висновки

В обох групах обстежених хворих до початку лікування мало місце вірогідне підвищення рівня загального білірубину у крові, фракції прямо-

го білірубину, активності АЛТ, АСТ, ЛФ, ГГТП, показника тимолової проби, вмісту загального холестерину в сироватці крові, СМ, продуктів ПОЛ. Рівень сироваткового альбуміну у хворих був знижений.

Застосування у комплексі лікування комбінації метаболічно активних препаратів («Альфа-ліпон» у комбінації з «Ліволін форте» та «Імупретом») сприяло позитивній динаміці клінічних показників у хворих з СП у поєднанні з ХБХ та СПС, прискоренню досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії хронічної патології ГБС, а також нормалізації вмісту у сироватці крові продуктів ліпопероксидації — МДА та ДК, інтегрального показника ПГЕ, тобто має чітко виражений антиоксидантний ефект, і забезпечує зниження концентрації СМ до верхньої межі норми, що свідчить про ліквідацію синдрому метаболічної інтоксикації.

Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним використання у комплексній терапії хворих на СП, поєднаний з ХБХ на тлі СПС, комбінації метаболічно активного препарату «Альфа-ліпон», препарату ЕФЛ «Ліволін форте» і сучасного імунотактивного препарату рослинного походження «Імупрет», оскільки при цьому прискорюється нормалізація клініко-біохімічних показників та ліквідація загострення хронічних патологічних процесів у печінці та жовчному міхурі.

Список літератури

1. Альфа-ліпон: інструкція для медичного застосування / Затверджена 20.07.06 р. Наказом МОЗ України № 499.
2. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожмякин // Лабораторное дело. — 1988. — № 11. — С. 41—43.
3. Бусверов А.О. Оксидативный стресс и его роль в повреждении печени / А.О. Бусверов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2002. — № 3. — С. 21—25.
4. Гаврилов Б.В. Анализ методов определения продуктов ПОЛ в сыворотке крови по тесту с ТБК / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Л.М. Мажуль // Вопр. мед. химии. — 1987. — Т. 33, № 1. — С. 118—123.
5. Гріднев О.Є. Перекисне окиснення ліпідів і печінка / О.Є. Гріднев // Сучасна гастроентерол. — 2005. — № 5 (25). — С. 80—83.
6. Громашевская Л.Л. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической» интоксикации в организме / Л.Л. Громашевская // Лаб. диагностика. — 1997. — № 1. — С. 11—16.
7. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / Л.Л. Громашевская // Лаб. диагностика. — 2006. — № 1. — С. 3—13.
8. Дегтярьова І.І. Ефективність застосування «Ліволіну форте» при хронічних дифузних захворюваннях печінки / І.І. Дегтярьова, М.М. Козачок, Т.В. Куц // Сучасна гастроентерол. — 2004. — № 5 (19). — С. 74—80.
9. Драннік Г.М. Синдром підвищеної стомленості в практичній медицині / Г.М. Драннік, В.М. Фролов // Проблеми екол. та мед. генетики і клін. імунол.: 36. наук. пр. — Київ: Луганськ; Харків, 2003. — Вип. 1 (47). — С. 74—82.
10. Дука Е.Д. Иммунопатогенетические аспекты синдрома экологической дезадаптации / Е.Д. Дука // Имунол. та алергол. — 1998. — № 1—2. — С. 82—84.
11. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р.А. Иванченкова. — М.: Атмосфера, 2006. — 416 с.
12. Імупрет: інструкція для медичного застосування / Затверджена 17.08.07 р. Наказом МОЗ України № 483.
13. Кюсєв П.А. Полный справочник лекарственных растений / П.А. Кюсєв. — М.: ЭКСМО, 2004. — 992 с.
14. Кузнецова Л.В. Динамика липопероксидации у больных с синдромом повышенной утомляемости, сочетанным с хроническим бескаменным холециститом при лечении полиоксидонием / Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Проблеми праці та соціальних технологій у промисловому регіоні: теорія та практика: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Луганськ, 6—7 грудня 2007 року). — Луганськ, 2007. — С. 312—316.
15. Лавренова Г.В. Полная энциклопедия основных лекарственных растений / Г.В. Лавренова, В.К. Лавренов. — М.: АСТ, 2007. — 796 с.
16. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. — К.: Морион, 2002. — 160 с.
17. Ліволін форте: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 03.02.01 р. Наказом МОЗ України № 481.
18. Лукьянчук В.Д. Современный взгляд на фармакологию α -липоевой кислоты / В.Д. Лукьянчук, О.Д. Немятых // Журн. практ. лікаря. — 2003. — № 3. — С. 61—64.

19. Синдром повышенной утомляемости: влияние современного иммуномодулятора полиоксидония на показатели иммунного статуса / Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Організація самодостатності промислового регіону: проблеми ринку, економіки і бізнесу: Матеріали міжнар. наук-прак. конф. (Луганськ, 18 травня 2007 р.).— Луганськ, 2007.— С. 245—249.
20. Способ определения «средних молекул» / В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Кирковский [и др.] // Лаб. дело.— 1991.— № 10.— С. 13—18.
21. Станденко А.М. Хронічні захворювання печінки — актуальна проблема сучасності / А.М. Станденко, О.Ф. Селезнякова // Укр. тер. журн.— 2008.— № 3.— С. 95—99.
22. Степанов Ю.М. Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / Ю.М. Степанов, А.Ю. Филиппова // Здоров'я України.— 2004.— № 18 (103).— С. 20—21.
23. Унифицированные биохимические методы обследования больных: Метод. рекомендации / Под ред. Л.Л. Громишеской.— К.: МЗ Украины, 1990.— 64 с.
24. Фадсенко Г.Д. Факторы транскрипции и молекулярные медиаторы стеатоза печени / Г.Д. Фадсенко, Н.А. Кравченко // Укр. тер. журн.— 2005.— № 1.— С. 100—106.
25. Фадсенко Г.Д. Стеатогепатит. Биохимические маркеры и проблемы диагностики / Г.Д. Фадсенко, Н.А. Кравченко // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 1.— С. 8—13.
26. Харченко Н.В. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: Метод. рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасик.— К., 2005.— 56 с.
27. Чекман І.С. Метаболітні і рослинні препарати — засоби лікування і профілактики / І.С. Чекман, В.А. Туманов, Н.О. Горчакова // Фітотерапія.— 2004.— № 2.— С. 3—6.
28. Юрьев К.Л. От частного к общему, или Эстафету принимает имупрет / К.Л. Юрьев // Укр. мед. часопис.— 2008.— № 3 (65).— С. 1—13.
29. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грассар, М. Юнен и др.— Ридерз Дайджест, 2004.— 350 с.
30. Day C.P. Steatohepatitis: a tale of two hits / C.P. Day, O.F. James // Gastroenterol.— 1998.— Vol. 114.— P. 842—845.
31. Elshstein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshstein // Acta Medica.— 2006.— N 5.— P. 70—73.

А.Н. Трофименко

Оптимизация лечения больных стеатозом печени, сочетанным с хроническим бескаменным холециститом на фоне синдрома повышенной утомляемости путем интеграции средств метаболической терапии и фитопрепаратов

Применение метаболически активных препаратов «Альфа-липона» и «Ливолина форте», фитопрепарата «Имупрета» в комплексной терапии больных стеатозом печени (СП), сочетанным с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) на фоне синдрома повышенной утомляемости (СПС), способствует сокращению сроков достижения клинико-биохимической ремиссии хронической патологии гепатобилиарной системы, а также нормализации лабораторных показателей, характеризующих активность процессов липопероксидации и выраженность синдрома метаболической интоксикации. Полученные данные позволяют считать патогенетически оправданным и клинически целесообразным использование данной комбинации препаратов в лечении больных СП, сочетанным с ХБХ на фоне СПС.

О.М. Trofimenko

Optimization of the treatment of hepatic steatosis, combined with chronic uncalculous cholecystitis against the background of the undue fatiguability syndrome by means of integration of metabolic therapy and phytopreparations

The use of metabolically active preparations *Alpha-lipon*, *Livolin forte*, and phytopreparation *Imupret* in the complex therapy of patients with hepatic steatosis (HS), combined with chronic uncalculous cholecystitis (CUC) against the background of the undue fatiguability syndrome (UFS) resulted in the reduction of terms of achievement of clinical-biochemical remission of chronic hepatobiliary pathology and also normalization of laboratory indexes, characterizing activity of processes of lipoperoxidation and intensity of metabolic intoxication syndrome. The obtained results allow considering the use of this combination of preparations as grounded and clinically expedient for the treatment of patients with HS, combined with CUC against the background of UFS.

Контактна інформація

Трофименко Олександр Миколайович, к. мед. н., доцент кафедри
91015, м. Луганськ, квартал Якіра, 6, кв. 5
Тел. (642) 61-42-90

Стаття надійшла до редакції 8 вересня 2010 р.