



О.Я. Бабак¹, Г.Д. Фадеєнко¹, В.М. Фролов¹,
М.О. Пересадин², В.С. Сідорова²

¹ ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої
АМН України», Харків

² Луганський державний медичний університет

Показники клітинної ланки імунітету у підлітків, хворих на хронічний некалькульозний холецистит, при застосуванні комбінованої терапії

Ключові слова

Хронічний некалькульозний холецистит, підлітки, клітинний імунітет, лікування, «Глутаргін», «Артишоку екстракт-Здоров'я», «Поліфіт П».

Хронічна патологія гепатобіліарної системи (ГБС) в сучасних умовах як в Україні, так і в інших країнах СНД займає одне з перших місць у загальній структурі внутрішніх хвороб, зокрема в юнаків та підлітків [13]. За даними медико-статистичних та епідеміологічних досліджень останніх років, серед хвороб гастроентерологічного профілю у населення країн СНД досить значна частка припадає на хронічну патологію жовчного міхура (ЖМ), насамперед на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [8, 11].

З огляду на провідну роль, яку відіграють імунні та біохімічні розлади у патогенезі ХНХ [23, 24], останніми роками дедалі більшу увагу приділяють раціональним підходам до застосування у комплексі лікування хворих з хронічною біліарною патологією сучасних засобів корекції імунного та метаболічного гомеостазу [2, 11]. При цьому перевагу надають метаболічно активним препаратам та засобам рослинного походження, які мають суттєві переваги при лікуванні хворих з хронічною патологією гастроентерологічного профілю [3]. Виходячи з цього, для патогенетичного обґрунтування раціональних підходів до лікування хворих на ХНХ, зокрема підлітків, важливо вивчити патогенетичні особливості зазначеної патології, зокрема показники клітинної ланки імунітету.

При розробленні загальної програми лікування ХНХ у підлітків ми використали в комплексній терапії цього захворювання комбінацію

вітчизняного метаболічно активного препарату «Глутаргін» (L-аргініну-L-глутамату) [5] та фітозасобу з артишоку колючого (*Cynara scolymus L.*) — «Артишоку екстракт-Здоров'я» (АЕЗ) [4] з проведенням ентеросорбції [7, 14] із застосуванням сучасних фітосорбентів [15].

Матеріали та методи

Обстежено 65 підлітків віком від 15 до 18 років, хворих на ХНХ. Хлопчиків було 30 (46,2 %), дівчаток — 35 (53,8 %). Діагноз ХНХ встановлено відповідно до протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) на підставі даних анамнезу, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження, з урахуванням біохімічних показників, що характеризують функціональний стан печінки [6]. Усім підліткам під час перебування у спеціалізованому гастроентерологічному відділенні проведено обов'язкове дослідження сироватки крові на маркери вірусних гепатитів (ВГ) В, С та D за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА); за наявності у крові обстежених маркерів ВГ їх виключали з дослідження.

Хворих розподілено на дві групи, порівнянні за віком, співвідношенням статей та частотою загострень ХНХ за останній календарний рік: основну (33 підлітки) і порівняння (32). Основна група отримувала як метаболічно активний засіб сучасний вітчизняний препарат «Глутаргін», (L-глутаміну-L-аргінін) [5], який призначали

перорально по 0,5 г 2–3 рази на добу протягом 2–3 тиж, потім як підтримувальну терапію по 0,25 г 2–3 рази на добу протягом ще 1–2 тиж. Ця схема введення «Глутаргін» (L-глутаміну-L-аргініну) розроблена авторами дослідним шляхом відповідно до контингенту хворих підлітків, які перебували під спостереженням. Хворі основної групи додатково отримували АЕЗ по 200 мг тричі на добу безпосередньо після їди протягом 20–30 діб поспіль [4]. Хворим також призначали фітосорбент «Поліфіт П» у вигляді 1–2 % водної суспензії по 100–200 мл 2–3 рази на добу між прийомами їжі та інших ліків протягом 7–10 діб поспіль [21]. Підлітки з групи порівняння отримували загальноприйнятту терапію: спазмолітики, жовчогінні засоби, препарати рослинного походження з розторопші плямистої — «Карсил» або «Силібор» та в окремих випадках — антибактеріальні засоби [2, 8, 11].

«Глутаргін» за хімічною структурою складається з двох амінокислот (L-глутаміну та L-аргініну), кожна з яких володіє вираженою гепатопротекторною активністю; крім того, препарат виявляє антиоксидантний, детоксикуючий та мембраностабілізуючий ефекти [5]. АЕЗ володіє гепатопротекторною дією, яка зумовлена антиоксидантним і мембраностабілізуючим ефектами [1]. Гепатозахисний ефект АЕЗ доповнюється вираженою сечогінною дією, що сприяє виведенню з сечею різних токсичних сполук [9]. Встановлено також, що АЕЗ володіє одночасно як холеретичним ефектом, тобто стимулює виділення печінкою жовчі, так і холекінетичним [4].

«Поліфіт П» (тобто печінковий фітосорбент) — це біологічно активний фармакологічний засіб для профілактики і лікування захворювань печінки, затверджений для клінічного використання наказом МОЗ України № 5.03.02–06/15260 від 17.04.2003 р. До складу препарату, крім вискодисперсного аморфного кремнезему, входять такі лікарські рослини, як барбарис звичайний (*Rad. Berberidis vulgaris L.*), кульбаба лікарська (*Rad. Taraxaci officinalis Wigg.*), тополя чорна (*Gem. Populi nigrae L.*), розторопша плямиста (*Sem. Silybi mariani L.*), солодка гола (*Rad. Glycyrrhizae glabrae L.*) та цикорій звичайний (*Rad. Cichorii intybi L.*). Клінічна ефективність вискодисперсного аморфного кремнезему при захворюваннях ГБС зумовлена поглинанням токсичних речовин, що дифундують з кровотоку або утворюються у порожнині кишківника, а також токсинів екзогенного походження; сорбційною модифікацією дієти; фіксацією та транспортуванням фізіологічно активних речовин; збільшенням об'єму залишку, що не перетравлюється; цитопротекторною дією; структуризацією киш-

кового вмісту; утворенням агрегатів та флокулятів, що містять бактерії і віруси, та їх виведенням з організму; прямою бактерицидною дією, модифікацією хімічного складу кишкового вмісту, що спричиняє пригнічення розмноження патогенної флори [14, 15]. Фітосорбенти — це комбіновані препарати з кремнеземових ентеросорбентів та суміші лікарських рослин, в яких рослинна сировина дуже ретельно подрібнена ультразвуком [21]. Крім ентеросорбції, фітокомпоненти, які становлять 15–20 % сухої маси такого комбінованого препарату, здійснюють самостійний сприятливий лікувальний ефект [16].

Для оцінки функціонального стану печінки вивчали біохімічні показники з використанням уніфікованих методів [6]: рівень у крові загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активність сироваткових амінотрансфераз — АЛТ і АСТ, вміст холестерину, альбуміну, активності екскреторних ферментів — лужної фосфатази (ЛФ) та гамма-глутамілтранспептидази (ГТП), показник тимолової проби.

Обсяг імунологічного дослідження включав визначення абсолютної та відносної кількості Т- (CD3⁺), В-лімфоцитів (CD22⁺), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4⁺) та Т-супресорів/кілерів (CD8⁺) у цитотоксичному тесті [17] з моноклональними антитілами (МКАТ). У роботі використовували комерційні МКАТ класів CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ і CD22⁺ НВЦ «МедБіо-Спектр» (Росія). Оцінку імунологічних зсувів здійснювали методом «імунологічного компасу» з урахуванням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 [18]. Функціональну активність Т-клітин оцінювали в реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з використанням мікрометоду [12].

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows professional, Microsoft Office, Stadia та Statistica [20].

Результати та обговорення

До початку лікування підлітки, хворі на ХНХ, скаржилися на тяжкість у правому підбер'ї, гіркоту або металевий присмак у роті. Більшість з них погано переносили жирну, смажену або гостру їжу. У частини підлітків відмічали також такі суб'єктивні симптоми хвороби, як загальну слабкість, нездужання, підвищену дратівливість, емоційну нестабільність та інші прояви помірно вираженого астеничного або астеноневротичного симптомокомплексу. При об'єктивному дослідженні нерідко виявляли позитивні симптоми Ке-ра, Ортнера та Мерфі, що свідчило про загос-

трення хронічного запального процесу у ЖМ. Заданими сонографічного обстеження органів черевної порожнини встановлено деформацію ЖМ спайками або перетинками, потовщення та двоконтурність його стінки, наявність у порожнині ЖМ концентрованої жовчі (детриту) та нерідко зниження його скоротливої реакції на введення пробного сніданку (жовтки двох курячих яєць).

В обох групах обстежених підлітків до початку лікування спостерігали ідентичні зміни біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки: збільшення фракції прямого білірубіну у крові (в середньому в 1,5 разу щодо норми; $p < 0,05$); активності сироваткових амінотрансфераз: АЛТ — у середньому в 1,8 разу ($p < 0,05$) та АСТ — в 1,2 разу ($p < 0,05$). Величина показника тимолової проби була близькою до верхньої межі норми, а у низці випадків — помірно підвищувалася — до 6,0–6,8 од. У деяких підлітків була також помірно підвищена активність екскреторних ферментів — ЛФ та ГГТП.

При дослідженні показників клітинної ланки імунітету до початку лікування в більшості випадків встановлена наявність Т-лімфопенії різного ступеня вираженості та дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів (переважно вірогідне зменшення кількості CD4⁺-клітин на тлі незначного зниження кількості Т-супресорів/кілерів (CD8⁺-лімфоцитів), тому величина імунорегуляторного індексу CD4/CD8 у більшості обстежених була вірогідно зниженою. Вміст у крові В-клітин (CD22⁺) переважно наближався до нижньої межі норми (табл. 1). Показник РБТЛ, який відображує функціональну активність Т-лімфоцитів, до початку лікування в основній групі був у середньому в 1,66 разу нижче норми, а в групі порівняння — в 1,64 разу. Таким чином, у всіх підлітків, хворих на ХНХ, до початку ліку-

вання виявлялися ознаки вторинного імунодефіцитного стану, переважно відносного супресорного варіанта.

Вивчення динаміки клінічних показників у підлітків основної групи, яка отримувала запропонований комплекс препаратів, засвідчило, що вже протягом перших двох тижнів з моменту початку лікувальних заходів зникала більшість клінічних симптомів загострення патологічного процесу у ЖМ. У більшості випадків також зникали загальна слабкість, нездужання, біль або тяжкість у правому підбер'язі, гіркота у роті. Водночас з поліпшенням клінічного стану спостерігали позитивну динаміку біохімічних показників крові, що характеризують функціональний стан ГБС: нормалізувалися рівень загального та зв'язаного білірубіну, показник тимолової проби, активність сироваткових амінотрансфераз (АЛТ та АСТ) та екскреторних ферментів (ЛФ, ГГТП).

При повторному імунологічному обстеженні після завершення лікування встановлено, що в основній групі у більшості виявлено чітку тенденцію до ліквідації Т-лімфопенії, підвищення кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4⁺), нормалізації відношення CD4/CD8 (табл. 2).

Раніше нами виявлено антиоксидантний та імуномодулюючий ефект «Глутаргіну», а також його комбінацій з препаратами з артишоку колючого при інших патологічних станах [5, 22]. Використання ентеросорбції сприяє реалізації імуномодулюючого ефекту метаболічно активних препаратів, шляхом позитивного впливу на внутрішньоклітинний обмін речовин, зокрема в імунокомпетентних клітинах за рахунок ліквідації клініко-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації [10]. На підставі отриманих даних можна вважати патогенетично обґрунтованим та

Таблиця 1. Клітинні показники імунітету у підлітків, хворих на ХНХ, до початку лікування (M ± m)

Показник	Норма	Основна група (n = 33)	Група порівняння (n = 32)	p
CD3 ⁺ , %	69,3 ± 1,6	50,5 ± 1,2**	51,5 ± 1,1**	> 0,1
10 ⁹ /л	1,3 ± 0,03	0,81 ± 0,02**	0,82 ± 0,02**	> 0,05
CD4 ⁺ , %	45,3 ± 1,2	34,8 ± 0,8**	35,2 ± 0,6*	> 0,05
10 ⁹ /л	0,85 ± 0,02	0,56 ± 0,01**	0,56 ± 0,01**	> 0,1
CD8 ⁺ , %	22,1 ± 0,77	20,3 ± 0,6	20,9 ± 0,8	> 0,05
10 ⁹ /л	0,42 ± 0,02	0,32 ± 0,01*	0,33 ± 0,01*	> 0,1
CD4/CD8	2,05 ± 0,06	1,71 ± 0,03**	1,68 ± 0,04**	> 0,1
CD22 ⁺ , %	21,6 ± 0,9	20,5 ± 0,8	21,1 ± 0,8	> 0,05
10 ⁹ /л	0,41 ± 0,02	0,33 ± 0,01	0,34 ± 0,01	> 0,05
РБТЛ, %	65,5 ± 2,2	39,5 ± 2,0***	40,0 ± 2,1***	> 0,05

Примітка. Вірогідність різниці щодо норми: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.
Стовпчик p — вірогідність різниці показників між групами.

Таблиця 2. Клітинні показники імунітету у підлітків, хворих на ХНХ, після завершення лікування (M ± m)

Показник	Норма	Основна група (n = 33)	Група порівняння (n = 32)	p
CD3 ⁺ , %	69,3 ± 1,6	68,5 ± 2,1	54,9 ± 1,8*	< 0,05
10 ⁹ /л	1,3 ± 0,03	1,23 ± 0,04	0,93 ± 0,3*	< 0,05
CD4 ⁺ , %	45,3 ± 1,2	43,5 ± 1,6	37,5 ± 1,3*	< 0,05
10 ⁹ /л	0,85 ± 0,02	0,78 ± 0,03	0,64 ± 0,02*	< 0,05
CD8 ⁺ , %	22,1 ± 0,77	22,9 ± 1,0	21,8 ± 0,6	> 0,1
10 ⁹ /л	0,42 ± 0,02	0,41 ± 0,02	0,37 ± 0,01	> 0,05
CD4/CD8	2,05 ± 0,06	1,9 ± 0,03	1,63 ± 0,04	< 0,05
CD22 ⁺ , %	21,6 ± 0,9	21,5 ± 0,8	21,3 ± 0,9	> 0,1
10 ⁹ /л	0,41 ± 0,02	0,39 ± 0,01	0,36 ± 0,02	> 0,05
РБТЛ, %	65,5 ± 2,2	61,1 ± 1,8	50,5 ± 1,6	< 0,05

Примітка. Вірогідність різниці щодо норми: * p < 0,05.

Стовпчик p — вірогідність різниці показників між групами.

клінічно ефективним застосування комбінації вітчизняного метаболічно активного препарату «Глутаргін» (L-аргініну-L-глутамату) та фітозасобу з артишоку колючого — АЕЗ і проведення ентеросорбції із застосуванням сучасних фітосорбентів у комплексному лікуванні підлітків, хворих на ХНХ, завдяки позитивному впливу на динаміку симптоматики захворювання, прискоренню ліквідації загострення хронічного патологічного процесу у ЖМ, що підтверджує здатність зазначеної комбінації препаратів нормалізувати кількісні та функціональні показники клітинної ланки імунітету.

Висновки

До початку лікування підлітки, хворі на ХНХ, скаржилися на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту або металевий присмак у роті, що посилювалися після вживання жирної, смаженої та гострої їжі. У більшості хворих підлітків відмічено також такі суб'єктивні симптоми, як загальна слабкість, нездужання, підвищена дратівливість, емоційна нестабільність та інші помірно виражені вияви астеничного або астеноневротичного синдрому. При об'єктивному дослідженні виявлено наявність позитивних симптомів Кера, Ортнера та Мерфі.

При вивченні функціональних проб печінки встановлено, що в обох групах обстежених хворих підлітків (основній та порівняння) до початку лікування мало місце вірогідне підвищення рівня фракції прямого білірубину в середньому в 1,5 разу, активності АЛТ — в 1,8 разу, АСТ — в 1,2 разу), показник тимолової проби наближався до верхньої межі норми, а у деяких підлітків — значно підвищувався (до 6,0–6,8 од.). У невеликій кількості підлітків була помірно підвищеною активність екскреторних ферментів — ЛФ та ГТТФ.

У хворих підлітків до початку лікування спостерігали виражені порушення показників клітинної ланки імунітету (наявність Т-лімфопенії різного ступеня вираженості, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів переважно зменшення кількості CD4⁺-клітин (циркулюючих Т-хелперів/індукторів) на тлі помірного зниження кількості Т супресорів/кілерів (CD8⁺-лімфоцити), тоді як вміст у крові В-клітин (CD22⁺) у більшості випадків мав лише незначну тенденцію до зниження. За даними РБТЛ у більшості обстежених підлітків мало місце суттєве зниження функціональної активності Т-клітин.

Включення до комплексу лікування комбінації метаболічно активного препарату «Глутаргін» у комбінації з фітозасобом з артишоку колючого — «Артишоку екстракт-Здоров'я» та фітосорбентом «Поліфіт П» зумовило позитивну динаміку клінічних показників у підлітків, хворих на ХНХ, та поліпшення функціонального стану печінки, сприяло прискоренню досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії хронічної патології ЖМ.

Встановлено, що застосування комбінації препаратів «Глутаргін», «Артишоку екстракт-Здоров'я» і «Поліфіт П» у підлітків, хворих на ХНХ, сприяє відновленню імунологічного гомеостазу, а саме ліквідації Т-лімфопенії, нормалізації субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, підвищенню функціональної активності Т-клітин, що свідчить про поліпшення імунологічних показників, які характеризують клітинну ланку імунної відповіді, і тенденцію до відновлення імунологічного гомеостазу.

На підставі отриманих даних можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним використання у комплексній терапії підлітків, хворих на ХНХ, комбінації

вітчизняного метаболічно активного препарату «Глутаргін», фітозасобу з артишоку колючого «Артишоку екстракту-Здоров'я» та сучасного кремнеземного фітосорбенту «Поліфіту П», ос-

ільки при цьому досягається прискорення нормалізації клініко-біохімічних показників та ліквідація загострення хронічних патологічних процесів у печінці та ЖМ.

Список літератури

1. Артишоку екстракт-Здоров'я: інструкція з клінічного застосування / Затверджена наказом МОЗ України № 572 від 11.12.03 р.
2. Бабак О.Я., Кушнір І.Є. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів: Метод рекомендації.— Харків, 2000.— 32 с.
3. Бабак О.Я., Соломенцева Т.А. Современная фитотерапия заболеваний органов пищеварения.— К: Диалла комьюникейшенз, 1998.— 48 с.
4. Бабак О.Я., Фролов В.М., Харченко Н.В. Артишока экстракт-Здоровье (фармакологические свойства и клиническое применение).— Харьков: Элтон, 2006.— 102 с.
5. Бабак О.Я., Фролов В.М., Харченко Н.В. Глутаргин — фармакологическое действие и клиническое применение.— Харьков: Элтон, 2005.— 456 с.
6. Беляев Н.В. Современная энциклопедия траволечения.— Минск: Современный литератор, 2005.— 928 с.
7. Беляева О.А., Семенов В.Г. Применение энтеросорбции в комплексной терапии заболеваний печени // Аптека.— 2003.— № 30.— С. 7—8.
8. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина.— 2-е изд.— М.: М-Вест, 2005.— 536 с.
9. Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Артишок полевой (Silybum scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение, перспективное для создания новых гепатопротективных препаратов // Пробл. екол. та мед. генетики і клініч. імунол.: Зб. наук. праць.— Київ; Луганськ; Харків.— 2006.— Вип. 6 (75).— С. 17—36.
10. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов // Лаб. диагностика.— 2006.— № 1 (35).— С. 3—13.
11. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей.— М.: Анахарсис, 2006.— 448 с.
12. Киселева Е.П., Цвейбах А.С., Гольдман Е.И., Пигарева Н.В. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных // Иммунол.— 1985.— № 1.— С. 76—78.
13. Лавренова Г.В., Лавренов В.К. Полная энциклопедия основных лекарственных растений.— М.: АСТ, 2007.— 796 с.
14. Москаленко В.Ф., Харченко Н.В., Голубчиков М.В. Заболевания гепатобилиарной системы (распространенность, нерешенные проблемы) // Зб. наук. пр. співр. КМАПО ім. П.Л. Шупика.— 2000.— Вип. 9, кн. 4.— С. 5—10.
15. Николаев В.Г., Михайловский С.В., Олещук А.М. Энтеросорбция: состояние вопроса и перспективы на будущее // Вісн. пробл. біол. і мед.— 2007.— Вип. 4.— С. 7—17.
16. Палий И.Г. Роль энтеросорбции в лечении заболеваний печени // Новости медицины и фармации.— 2008.— № 4 (235).— С. 16—17.
17. Унифицированные биохимические методы обследования больных: Метод, рекомендации / Под ред. Л.Л. Громашевской.— К: МЗ Украины, 1990.— 64 с.
18. Фролов В.М. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных // Лаб. дело.— 1989.— № 6.— С. 71—72.
19. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Казакова С.Е. Использование «иммунологического компаса» для диагностики иммунных нарушений // Клиніч. лаб. диагностика.— 1994.— № 1.— С. 10—13.
20. Фролов В.М., Гарник Т.П., Пересадин М.О. та ін. Вплив глутаргину в комбінації з фітозасобами з артишока колючого та фітосорбентом «Поліфіт П» на показники ліпопероксидації у хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням // Укр. мед. альманах.— 2009.— Т. 12, № 4.— С. 114—116.
21. Фролов В.М., Гарник Т.П., Шаповалов К.А., Білоусова І.В. Вплив поліфіту-П на клініко-біохімічні показники у хворих на хронічний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом // Фітотерапія.— 2006.— № 2.— С. 15—20.
22. Фролов В.М., Пересадин М.О., Бикадоров В.І. Вплив глутаргину в комбінації з артишоку екстрактом Здоров'я та ентеросорбцією на динаміку концентрації «середніх молекул» у сироватці крові підлітків, хворих на хронічний некалькульозний холецистит // Укр. мед. альманах.— 2009.— Т. 12, № 6.— С. 199—204.
23. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований.— 2-е изд., доп.— СПб: ВМЕДА, 2005.— 292 с.
24. Elwood D.R. Cholecystitis // Surg. Clin. North.— 2008.— Vol. 88, N 6.— P. 1241—1252.
25. Nesland J.M. Chronic cholecystitis // Ultrastruct. Pathol.— 2004.— Vol. 28, N 3.— P. 121—123.

О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, В.С. Сидорова

Показатели клеточного звена иммунитета у подростков, больных хроническим некалькульозным холециститом, при применении комбинированной терапии

У подростков, больных хроническим некалькульозным холециститом (ХНХ), до начала лечения выявлены выраженные нарушения показателей клеточного звена иммунитета (наличие Т-лимфопении различной степени выраженности, дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов — значительное уменьшение количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов (CD4) на фоне умеренного снижения количества Т-супрессоров/киллеров (CD8), уменьшение величины иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 и функциональной активности Т-клеток по данным реакции бласттрансформации лимфоцитов. Включение в комплекс лечения метаболически активного препарата «Глутаргин» в комбинации с фитопрепаратом артишока колючого — «Артишока экстракт-Здоровье» и фитосорбентом «Полифит П» способствует быстрейшему достижению стойкой клинико-биохимической ремиссии заболевания и восстановлению иммунологического гомеостаза.

O.Ya. Babak, G.D. Fadeenko, V.M. Frolov, M.O. Peresadin, V.S. Sydorova

Cellular immunity indexes in teenagers with chronic non-calculous cholecystitis at the use of combined therapy

Before the beginning of treatment the teenagers with chronic non-calculous cholecystitis (CNC) showed the significant disorders of cellular link immunity (presence of T-lymphopenia of various intensity, imbalance of the T-lymphocytes subpopulation composition in the form of significant decrease of the number of circulatory T helpers/inductors (CD4) against the background of moderate decline of number of T suppressors/killers (CD8), decline of immunoregulatory index CD4/CD8 and functional activity of T-cells as per data of lymphocyte transformation reaction. The inclusion the metabolically active preparation glutargin in the complex treatment in combination with the artichoke (*Cynara scolymus*) phytopreparation – «Artichoke extract-Zdorovye» and phytosorbent «Polyfit P» promoted the quickest achievement of clinical and biochemical remission of the disease and restoration of the immunological homoeostasis.

Контактна інформація

Бабак Олег Якович, д. мед. н., проф., директор Інституту терапії ім. Л.Т. Малої АМН України
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
Тел. (57) 370-20-24. E-mail: gdf-therapy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 22 квітня 2010 р.