

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ «БОНДЖИГАР» У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ОЖИРІННЯМ, ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ

- ¹ Т. П. Гарник, д. мед. н., проф., зав. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- ² Я. А. Соцька, д. мед. н., проф., зав. каф. інфекц. хвор. та епідеміол.
- ¹ І. О. Шаповалова, к. мед. н., доц. каф. інфекц. хвор. та епідеміол.
- ² С. Є. Якимович, асс. каф. інфекц. хвор. та епідеміол.
- ¹ ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»
- ² ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) нині вважається однією із ключових проблем сучасної гепатології [11]. НАСГ характеризує основний тип ураження печінки в осіб, які не зловживають алкоголем [10]. Ця патологія на сьогодні характеризується як самостійне захворювання із поєднанням жирової дистрофії печінкових клітин і хронічного гепатиту, тобто запального та, можливо, некротичного процесу у паренхімі печінки [4]. Відомо, що НАСГ може розвиватися при порушеннях ліпідного і вуглеводного обміну та досить часто супроводжує хронічну патологію жовчного міхура (ЖМ) та жовчовивідних шляхів [11]. Поширення стеатогепатитів неалкогольної етіології за останні десятиріччя значно збільшилося; вважається, що НАСГ є найбільш розповсюдженою хворобою невірусної етіології в осіб, які не зловживають алкоголем [4, 14, 16]. Частіше НАСГ перебігає відносно доброякісно, однак у деяких випадках, особливо при прогресуванні з приєднанням фіброзу печінки, у таких хворих виникає загроза розвитку цирозу. У зв'язку з цим значне збільшення частоти вияву НАСГ викликає занепокоєння у гастроентерологів та терапевтів у багатьох країнах світу [5, 14].

При лікуванні НАСГ у теперішній час використовують есенціальні фосфоліпіди та антиоксиданти, однак у доступній літературі практично відсутні роботи щодо ефективності при даній патології фітопрепаратів. Оскільки НАСГ є довготривалим захворюванням, яке може прогресувати з подальшим розвитком фіброзу та навіть цирозу печінки, для практичної медицини важливим є більш детальне вивчення патогенетичних механізмів формування стеатогепатиту, зокрема аналіз можливих імунних зсувів при даній патології, а також розробка патогенетично обґрунтованих засобів лікування та медичної реабілітації хворих на НАСГ, у тому числі з використанням фітопрепаратів. Відомо, що ожиріння несприятливо впливає на клінічний перебіг та функціональний стан печінки у хворих на НАСГ [9]. Невивченим залишається стан клітинного імунітету у хворих на НАСГ, у тому числі поєданого з ожирінням, та можливий позитивний вплив сучасних фітопрепаратів на імунологічні показники.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності

фітопрепарату «Бонджигар» у хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний із ожирінням, та показники клітинного імунітету.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено дві групи хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, які були рандомізовані за віком, статтю та вираженістю ожиріння (II-а або II-б ступеню). Вік хворих становив від 36 до 58 років. Основна група включала 56 осіб і група зіставлення – 51 особу. Для характеристики ступеня ожиріння використовували індекс маси тіла (ІМТ), який був запропонований міжнародною групою по вивченню ожиріння. ІМТ – це співвідношення маси тіла (у кілограмах) до квадрату росту (у метрах). В обох групах переважали жінки, яких в основній групі було 38 та в групі зіставлення – 34. У всіх хворих на НАСГ діагностовано ожиріння II-а або II-б ступеню. У більшості хворих на НАСГ, які були під наглядом, відзначалося порушення толерантності до глюкози або помірно підвищений рівень цукру в крові натщесерце. При цьому до обстеження не включали пацієнтів, які зловживали алкогольними напоями, а також осіб, в яких при проведенні обстеження методом ІФА були виявлені маркери вірусних гепатитів В або С.

За даними анамнезу та з урахуванням результатів ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, у більшості обстежених (36 в основній групі та 32 у групі зіставлення) були виявлені ознаки хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) як фонові патології. При цьому сонографічними критеріями ХНХ було потовщення стінки жовчного міхура (ЖМ) та її двоконтурність, деформація ЖМ перетинками, наявність у його порожнині концентрованої жовчі (детриту), недостатня скорочувальна функція ЖМ на введення пробного сніданку (жовтків двох яєць). Із даних літератури відомо, що ХНХ – досить часта фонові патологія, яка зустрічається при НАСГ [9].

Хворі обох груп, які були під наглядом, отримували однотипне лікування препаратами есенціальних фосфоліпідів (ліволіном або лівенциале форте), а також антиоксидантами (аскорбінова кислота, токоферолу ацетат). Крім того,

пацієнти основної групи додатково вживали бонджигар – фітозасіб, до складу якого входить добре збалансоване за фармакологічною дією сполучення лікарських рослин, внаслідок чого цей фітопрепарат має гепатопротекторні та антиоксидантні властивості, протизапальну дію, покращує функціональний стан печінки та відтік жовчі, сприяє знешкодженню хімічних токсинів, захищає клітини печінки від дії токсичних речовин [1, 2].

Бонджигар являє собою суміш із екстракту вербезини білої (*Eclipta alba*), пікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*), пасльону чорного (*Solanum nigrum*), цикорію звичайного (*Cichorium intybus*), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*), тамарикса гребенщика (*Tamarix gallica*), редьки посівної (*Raphanus sativus*), барбарису остистого (*Berberis aristata*), сферантуса індійського (*Sphaeranthus indicu*), берхавії розлогої (*Boerhavia diffusa*) [3, 8].

У всіх хворих, які були під наглядом, до і після лікування визначали показники біохімічного і клінічного аналізів крові, глікемічний профіль, ліпідограму та проводили УЗД органів черевної порожнини [15]. Ефективність фітотерапії оцінювали за такими критеріями: динаміка клінічних проявів хвороби за даними об'єктивного обстеження і УЗД, динаміка біохімічних показників крові. Імунологічне обстеження проводили до початку лікування та після його завершення. При цьому вивчали імунологічні показники, які характеризували стан клітинної ланки імунітету. Вміст Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), основних субпопуляцій Т-клітин – Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+) вивчали у цитотоксичному тесті [12] із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ). У роботі використовували комерційні МКАТ класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ НВЦ «МедБио-Спектр» (РФ – Москва). При цьому МКАТ класу CD3+ вважали відносними до тотальної популяції Т-лімфоцитів, CD4+ – до популяції Т-хелперів/індукторів, CD8+ – до Т-супресорів/кілерів, CD22+ – до В-клітин. Вираховували імунорегуляторний індекс CD4/CD8, який трактували як співвідношення лімфоцитів з хелперною та супресорною активністю (Th/Ts). Оцінку імунологічних зсувів здійснювали методом «імунологічного компасу» [13]. Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) при її постановці мікрометодом з використанням в якості неспецифічного антигену фітогемаглютиніну (ФГА) [6].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo 2,66 GHz, Microsoft Windows XP Professional, за допомогою одно- та багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica) [7].

Результати дослідження та їхнє обговорення

До початку лікування хворі обох груп в основному скаржилися на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, зниження працездатності, апетиту, поганий емоційний настрій, підвищену стомлюваність, тяжкість у право-

му підребер'ї, нерідко – гіркоту у роті. При об'єктивному обстеженні у всіх обстежених відмічалася наявність субіктеричності склер, печінка виступала на 3-4 см з-під реберного краю, була підвищеної щільності; у частини хворих мали місце позитивні симптоми Кера або Ортнера, що свідчило про помірне загострення запального процесу у жовчному міхурі. До початку проведення лікування в обох групах (основній і зіставлення) були однотипові зсуви клінічних показників імунітету, які характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням кількості циркулюючих у крові Т-хелперів/індукторів (CD4+) та дисбалансом субпопуляційного складу Т-клітин зі зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 відносно норми, що свідчить про формування у хворих частіше відносного супресорного варіанту імунодефіциту (з переважним зменшенням кількості клітин з хелперною активністю). У зв'язку з загальною Т-лімфопенією абсолютна кількість лімфоцитів з фенотипом CD8+ також помірно знижувалася, однак суттєво в меншому ступені, ніж кількість лімфоцитів з фенотипом CD4+ (таблиця).

Таблиця
Динаміка клітинних показників імунітету у хворих на НАСГ, поєднаний з ожирінням, під впливом лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=56)	зіставлення (n=51)	
CD3+, %	69,8±2,1	50,3±2,0** 68,1±2,2	51,2±1,8** 55,4±2,0*	>0,1 <0,05
	Г/л	1,32±0,04	0,8±0,03*** 1,23±0,04	0,82±0,03*** 0,94±0,03**
CD4+, %	45,6±1,5	30,5±1,6** 44,8±1,5	31,2±1,7** 36,6±1,6*	>0,1 <0,05
	Г/л	0,87±0,03	0,49±0,03*** 0,81±0,03	0,5±0,03*** 0,62±0,03**
CD8+, %	22,3±0,9	19,8±0,8 22,2±0,8	20,1±0,9 21,2±0,9	>0,1 >0,05
	Г/л	0,42±0,02	0,32±0,01* 0,4±0,01	0,32±0,01* 0,36±0,01*
CD4/CD8	2,04±0,03	1,54±0,02*** 2,02±0,03	1,55±0,02*** 1,73±0,03**	>0,1 <0,05
CD22+, %	21,6±1,1	19,6±1,2 21,2±1,3	20,2±1,3 20,8±1,4	>0,1 >0,1
	Г/л	0,41±0,02	0,31±0,02* 0,38±0,03	0,32±0,02* 0,35±0,02
РБТЛ з ФГА, %	69,5±2,3	39,2±2,5** 68,5±2,5	40,1±2,6** 52,2±2,8*	>0,1 <0,05

Примітки: в чисельнику – показники до початку лікування, в знаменнику – після його завершення; вірогідність розбіжностей з показниками норми: * – при P<0,05, ** – P<0,01, *** – P<0,001; стовпчик P – вірогідність розбіжностей між показниками основної групи та групи зіставлення.

Так, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 у всіх обстежених нами хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, був вірогідно нижчим за норму (P<0,001). Кількість В-клітин (CD22+) у більшості випадків істотно не змінювалася у відносному обчисленні, тоді як абсолютна кількість В-лімфоцитів у хворих на НАСГ, поєднаний із

ожирінням, була помірно зниженою (таблиця). У той же час функціональна активність Т-лімфоцитів у обстежених пацієнтів з даним діагнозом була суттєво знижена: в основній групі у середньому в 1,8 рази відносно норми ($P < 0,01$), у групі зіставлення – в 1,7 рази ($P < 0,01$).

Таким чином, до початку проведення лікування в обстежених хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, обох груп мали місце значні порушення з боку клітинної ланки імунітету. Вони полягали у наявності Т-лімфопенії, дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів з переважним зменшенням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+), що циркулюють у периферійній крові та зниженням імунорегуляторного індексу CD4/CD8. Кількість лімфоцитів з фенотипом CD8+ (Т-супресори/кілери) та CD22+ (В-клітини) у відносній кількості не зменшувалася, однак, у зв'язку з загальною лімфопенією, абсолютна кількість CD8+- та CD22+-лімфоцитів помірно знижувалася. У той же час відмічено істотне зменшення функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ.

При повторному вивченні показників клітинної ланки імунної відповіді після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі хворих (яка отримувала бонджигар) під впливом проведеної терапії кількість CD3+-клітин (загальна популяція Т-лімфоцитів) та Т-хелперів/індукторів (CD4+) практично повністю нормалізувалася, у зв'язку з чим імунорегуляторний індекс CD4/CD8 підвищився до норми. Показово, що поряд з нормалізацією кількісних показників Т-клітинної ланки імунітету в обстежених хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, відмічено також відновлення функціональної активності Т-лімфоцитів, що підтверджується динамікою РБТЛ з ФГА. Дійсно, у пацієнтів основної групи (які отримували бонджигар) показник РБТЛ з ФГА підвищився з $39,2 \pm 2,5$ % до $68,5 \pm 2,5$ %, тобто в середньому в 1,75 рази відносно вихідного рівня, та досягнув меж норми (таблиця). Отже, під впливом бонджигару у хворих на НАСГ, який поєднується з ожирінням, відмічалася нормалізація як кількісних, так і функціональних показників Т-клітинної ланки імунної відповіді. Щодо кількості CD8+- та CD22+-лімфоцитів у хворих основної групи ці показники також нормалізувалися (таблиця).

У групі зіставлення також відзначено позитивну динаміку вивчених показників клітинної ланки імунітету, однак виражену значно менше. Тому після завершення лікування у хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, групи зіставлення мали місце розбіжності між кількістю більшості вивчених імунологічних показників як відносно основної групи, так і відповідних показників норми (таблиця). Так, встановлена вірогідна різниця кількості Т-клітин (CD3+) між цими групами, як у відносному плані (в середньому на $12,7 \pm 1,1$ %; $P < 0,05$), так і при підрахунку абсолютної кількості (в 1,3 рази; $P < 0,05$). Відносна кількість CD4+-лімфоцитів у групі зіставлення після завершення лікування була на $8,2 \pm 0,5$ % ниж-

чою, ніж в основній групі ($P < 0,05$), а абсолютна кількість CD4+-клітин – в 1,3 рази ($P < 0,05$). Встановлена також вірогідна різниця кількості CD8+-лімфоцитів ($P = 0,05$). Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 після завершення курсу лікування в основній групі був в 1,2 рази вище, ніж у групі зіставлення ($P < 0,05$), показник РБТЛ з ФГА – в 1,3 рази вище ($P < 0,05$).

Отже, отримані дані свідчать, що бонджигар сприяє відновленню показників імунологічного гомеостазу у хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, а саме: забезпечує ліквідацію Т-лімфопенії, нормалізацію співвідношення між хелперною і супресорною субпопуляціями Т-клітин, підвищення показника РБТЛ з ФГА. Це свідчить про відновлення як кількісних, так і функціональних показників клітинної ланки імунної відповіді, тобто про імуномодулюючий ефект бонджигару, який вперше встановлений авторами цієї роботи.

Показово, що у клінічному плані імуномодулюючий ефект бонджигару супроводжувався поліпшенням самопочуття та загального стану хворих, насамперед зменшенням загальної слабкості, нездужання, нормалізацією сну, підвищенням працездатності та апетиту, покращенням настрою. В основній групі після проведеного лікування із застосуванням бонджигару зникли тяжкість у правому підбер'ї, гіркота у роті та субіктеричність склер, симптоми Кера або Ортнера у всіх хворих були негативними. У групі зіставлення також відзначалася позитивна динаміка клінічних показників, однак менше виражена. Тому частина пацієнтів цієї групи скаржилася на збереження тяжкості у правому підбер'ї, гіркоту у роті, а також мала місце субіктеричність склер; у деяких випадках зберігалися помірно позитивні симптоми Кера або Ортнера, що свідчило про незавершеність загострення хронічного запального процесу у ЖМ. Показово, що за даними УЗД органів черевної порожнини, при використанні бонджигару відзначалася позитивна динаміка з боку ЖМ, а саме: зменшення товщини його стінки (за рахунок ліквідації набряку), евакуація концентрованої жовчі (детриту) з порожнини ЖМ, покращання скорочувальної функції ЖМ.

При аналізі біохімічних показників, які віддзеркалюють функціональний стан печінки, було встановлено, що у хворих основної групи, які отримували бонджигар, за період лікування в більшості випадків повністю нормалізувалася активність сироваткових амінотрансфераз – АлАТ та АсАТ, що свідчить про ліквідацію в них синдрому цитолізу.

Таким чином, отримані дані свідчать, що використання бонджигару при лікуванні хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, патогенетично обґрунтоване та клінічно ефективне, оскільки даний фітопрепарат сприяє як ліквідації клініко-біохімічних проявів захворювання, так і нормалізації показників імунологічного гомеостазу, а саме стану клітинної ланки імунітету. Будь-яких побічних ефектів від використання бонджигару, в тому числі алергічних реакцій, виявлено не було.

Висновки

1. До початку лікування у хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, мали місце симптоми астено-невротичного або астено-депресивного регістру: загальна слабкість, нездужання, порушення сну, зниження працездатності та апетиту, поганий настрій. При імунологічному обстеженні у хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, встановлені порушення зі сторони клітинної ланки імунітету, які характеризувалися Т-лімпопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно за рахунок зниження кількості циркулюючих у периферійній крові лімфоцитів з фенотипом CD4+ (Т-хелперів/індукторів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, суттєвим зменшенням функціональної активності Т-клітин за даними РБТЛ з ФГА. Загалом ці дані свідчать про формування вторинного імунodefіцитного стану, переважно за відносним супресорним варіантом.

2. Включення до комплексу лікування хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, сучасного гепатоза-хисного фітопрепарату «Бонджигар» сприяє ліквідації клінічних проявів захворювання, та поряд з поліпшенням або повною нормалізацією клінічних показників у хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням, відзначалося покращання біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки.

3. У пацієнтів, які отримували бонджигар при лікуванні НАСГ, сполученого із ожирінням, відмічена нормалізація показників клітинної ланки імунітету, що дає підставу для рекомендацій по використанню цього фітозасобу в комплексному лікуванні хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням.

4. Виходячи із одержаних даних, можна вважати патогенетично доцільним та клінічно перспективним включення бонджигару до комплексу лікування хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням.

Література

1. Бонджигар: інструкція для клінічного використання препарату / Затверджена 19.02.07 Наказом МОЗ України № 78.
 2. Бонджигар всегда на защите вашей печени // Провизор. – 2007. – № 15. – С. 17.
 3. Бонджигар: уникальное травяное лекарство для защиты печени. – М.: Б. и., 2007. – 17 с.
 4. Буеверов А. О. Некоторые патогенетические и клинические вопросы неалкогольного стеатогепатита / А. О. Буеверов, М. В. Маевская // Клин. перспект. в гастроэнтерол., гепатол. – 2003. – № 3. – С. 2-7.
 5. Де Мур Карнейро М. Неалкогольный стеатогепатит // Клин. перспект. в гастроэнтерол., гепатол. – 2001. – № 2. – С. 12-15.
 6. Киселева Е. П. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных / Е. П. Киселева, А. С. Цвейбах, Е. И. Гольдман и др. // Иммунол. – 1985. – № 1. – С. 76-78.
 7. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич – Киев: Морин, 2000. – 320 с.
 8. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений. – Донецк: ООО ПКФ «БАО», 2006. – 592 с.
 9. Скибчик В. А. Стеатогепатоз / В. А. Скибчик, Г. В. Данилова // Гепатол. – 2010. – № 4. – С. 25-30.
 10. Фадеенко Г. Д. Патологические и молекулярные механизмы развития стеатоза и стеатогепатита / Г. Д. Фадеен-

ко, Н. А. Кравченко, С. Д. Виноградова // Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 3. – С. 88-95.
 11. Фадеенко Г. Д. Стеатогепатит. Биохимические маркеры и проблемы диагностики / Г. Д. Фадеенко, Н. А. Кравченко // Сучасна гастроентерол. – 2006. – № 1. – С. 8-14.
 12. Фролов В. М. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных / В. М. Фролов, Н. А. Пересадин, И. Н. Баскаков // Лабор. дело. – 1989. – № 6. – С. 71-72.
 13. Фролов В. М. Использование «иммунологического компаса» для диагностики иммунных нарушений / В. М. Фролов, Н. А. Пересадин, С. Е. Казакова // Клин. лабор. диагн. – 1994. – № 1. – С. 10-13.
 14. Athyros V. G. Comment activity of nonalcoholic steatohepatitis / V. G. Athyros, N. Katsiki, A. Karagiannis, D. P. Mikhailidis // Dig. Liver Dis. – 2012. – N 8. – P. 12-21.
 15. Irie M. Levels of the oxidative stress marker γ -glutamyl-transpeptidase at different stages of nonalcoholic fatty liver disease / M. Irie, T. Sohda, K. Iwata // J. Int. Med. Res. – 2012. – Vol. 40, N 3. – P. 924-933.
 16. Lonardo A. Review article: hepatic steatosis and insulin resistance / A. Lonardo // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – Suppl. 2. – P. 64-70.

Надійшла до редакції 15.09.2016

УДК 616.36-002.576.343-57.05.12

**Т. П. Гарник, Я. А. Соцька, І. О. Шаповалова, С. Є. Якимович
 КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ
 «БОНДЖИГАР» У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ
 СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ОЖИРІННЯМ,
 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ
 ІМУНІТЕТУ**

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, бонджигар, клітинний імунітет.

У хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний із ожирінням, після завершення лікування бонджигаром відзначено поліпшення або повну нормалізацію клінічних показників у хворих та покращання біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печін-

ки, нормалізація показників клітинної ланки імунітету, що дає підставу для рекомендацій по використанню цього фітозасобу в комплексному лікуванні хворих на НАСГ, поєднаний із ожирінням.

**Т. П. Гарник, Я. А. Соцькая, И. А. Шаповалова, С. Е. Якимович
 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА
 «БОНДЖИГАР» У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ
 СТЕАТОГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ,
 И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА
 ИММУНИТЕТА**

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, ожирение, бонджигар, клеточный иммунитет.

У больных неалкогольным стеатогепатитом в сочетании с ожирением после завершения лечения бонджигаром отмечено улучшение или полная нормализация клинических показателей и улучшение биохимических показателей, которые характеризуют функциональное состояние печени, нормализация показателей клеточного звена иммунитета, что дает основание для рекомендаций по использованию этого фитопрепарата в комплексном лечении больных НАСГ в сочетании с ожирением.

T. P. Garnik, Ya. A. Sotckaya, I. A. Shapovalova, S. E. Yakymovich
CLINICAL EFFICACY OF HERBAL "BONDZHYHAR" IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOLIVER DISEASE COMBINED WITH OBESITY AND ITS INFLUENCE ON CELL INDICES IMMUNITY

Keywords: nonalcoholic steatohepatitis, obesity, bondzhyhar, cellular immunity.

In patients with nonalcoholic steatohepatitis combined with obesity after bondzhyharom treatment the improvement or complete normalization of clinical and biochemical parameters that characterized the functional state of the liver and the normalization of cellular immunity were observed that provides a basis for recommendations on the use of phytomedications in treatment of patients with NASH combined with obesity.



УДК 616.44-07-08:615.322

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

- ¹ О. І. Волошин, д. мед. н., проф. каф. пропедев. внутр. хвор.
- ¹ Н. В. Бачук-Понич, к. мед. н., доц. каф. пропедев. внутр. хвор.
- ¹ О. В. Глубоченко, к. мед. н., доц. каф. пропедев. внутр. хвор.
- ² О. Я. Харабара, лікар кардіол. відділ.
- ¹ ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
- ² Міська клінічна лікарня № 3, м. Чернівці

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) нині є однією з найпоширеніших ендокринних патологій серед всіх прошарків населення на планеті [10]. Зростаюча частота хвороб ЩЗ залежить від багатьох причин, найважливішими з яких вважають антропогенне забруднення довкілля, припинення централізованої йодної профілактики, негативні зміни у структурі харчування більшості населення за сучасних технологій агропромислового та тваринницького виробництва [8]. Вважають також, що численні харчові добавки в сучасній їжі є однією з причин недостатнього засвоєння йоду з їжі, навіть при належному його надходженні в організм. Ряд захворювань системи травлення, що супроводжуються тривалим ентеральним синдромом, дисбіозом кишечника також зумовлюють гіпо- та дизмікроелементози, у т.ч. ентеральний йододефіцит [11].

Упродовж останніх двох десятиліть світова спільнота приділяє особливу увагу проблемі подолання наслідків йододефіциту в масштабах планети [14, 17]. Зменшення спричинених йододефіцитом захворювань зумовить вирішення однієї з глобальних проблем здоров'я людей. Особливо це важливо для ендемічних регіонів України з природним дефіцитом йоду [12, 14]. Глобальність і важливість цієї проблеми дала підстави Європейській тиреоїдній асоціації для пропозиції відзначати, починаючи з 2012 року, 25 травня Всесвітній день щитоподібної залози. У програмах діяльності тиреоїдних асоціацій провідних країн світу передбачається:

1. Підвищення інформованості громадськості про проблеми, пов'язані з патологією ЩЗ, їх соціально-медичне значення.
2. Підвищення інформованості про зростання поширеності тиреоїдних захворювань та методи ранньої діагностики.
3. Пропаганда програм профілактики і освітніх програм щодо патології ЩЗ.
4. Програми сучасних методів лікування тиреоїдних захворювань і підвищення доступності медичної допомоги.

Зазначається, що тільки спільними зусиллями лікарів усіх спеціальностей та пацієнтів із тиреоїдними захворюваннями щодо використання сучасних методів дієтики, фіто- та медикаментозного лікування можна досягти корінного перелому у вирішенні цієї проблеми. Адже переважна більшість захворювань ЩЗ виліковна, або цим захворюванням можна запобігти шляхом дієтичних корекцій, зокрема пов'язаних з дефіцитом йоду в їжі, яка б одночасно усувала можливі інші порушення в системі травлення [14]. З власного досвіду та з надбань сучасної літератури із зазначеного наукового напрямку, автори цього повідомлення намагаються внести свою лепту у вирішення цієї проблеми [1, 2, 8, 9].

Слід зазначити, що терапевтична тактика захворювань ЩЗ за останні десятиліття істотно не змінилася, а враховуючи зростання частоти коморбідної патоло-