

УДК: 616.33 / 342 – 002 : 616.366 – 002] – 097 : 615.85.322 : 582.998.2

Васюк В.Л., Волошин О.І.

Особливості впливу настоянки оману високого на про- і антиоксидантні системи крові у хворих на хронічні гастродуоденіти поєднані з некаменевими холециститами при курсовому комплексному застосуванні

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб (зав. кафедрою – проф. Волошин О.І.)

Буковинської державної медичної академії

Резюме. У 61 хворого на хронічний гастродуоденіт (ХГД) поєднаний з хронічним некаменевим холециститом (ХНХ) досліджено вплив настоянки оману високого (НОВ) на клінічну динаміку хворобливих проявів та показники про- і антиоксидантної систем крові. Встановлено, що застосування НОВ сприяє прискоренню регресу симптомів загострення процесу та вагомому покращанню рівноваги в про- і антиоксидантних системах крові.

НОВ розглядається як важливий ад'ювантний засіб в комплексному лікуванні ХГД поєданого з ХНХ.

Ключові слова: *настоянка оману високого, хронічний гастродуоденіт, хронічний некаменевий холецистит, про- і антиоксидантна система крові, лікування.*

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) – одне з найпоширеніших захворювань системи травлення [5]. Встановлено, що найчастіше ХГД перебігає з супутнім хронічним некаменевим холециститом (ХНХ) з появою ефекту взаємного обтяження їх перебігу, зниження результативності терапії та подорожчання лікувального процесу.

Однією з причин появи системних уражень органів є розвиток та прогресування неспецифічних загальнопатологічних порушень в організмі пацієнта, таких як посилення процесів ліпопероксидації, зниження активності антиоксидантних систем крові [1,10,12]. Про патогенетичне значення наведених порушень при ХГД, ХНХ та ефективність застосування різних антиоксидантних засобів з'явилися нові повідомлення [4,7].

Вбачається, що з такою метою більш доцільними і перспективними можуть вважатися лікарські засоби рослинного походження, які завдяки чисельним їх складникам зумовлюють не лише антиоксидантну, але й інші різнопланові позитивні дії [3,11].

Нашу увагу привернув оман (дивосил) високий (ОВ), який містить в кореневищі до 44% інуліну, а також флавоноїди, алантон та інші сесквітерпенові лактони, проазулен, вітаміни Е, С, органічні кислоти, мікроелементи, зокрема селен [6,11]. За даними цих авторів ОВ володіє багатоплановою дією на різні органи і системи за що отримав у народі мудру назву – дивосил. Однак існуючі методики застосування препаратів ОВ є емпіричними і не відповідають сучасному науковим знань та технологій застосування ліків.

Матеріал і методи дослідження

Клінічні спостереження проведені у 61 хворого на ХГД з ХНХ віком 18-71 рік, які приймали в лікувальному комплексі: два антихелікобактерні засоби та блокатор секреторних процесів, одну з теплових фізіотерапевтичних процедур і настоянку ОВ (НОВ) в дозі 35-40 крапель тричі на день за 10-15 (при нормальному або підвищеному шлунковому кислотоутворенні) – 20-30 хвилин (при помітно чи різко зниженому кислотоутворенні) до прийому їжі протягом 2,5-3,0 тижнів. З метою порівняння аналогічні дослідження проведені у 35 хворих на ХГД з ХНХ (конт-

рольна група), яким в тому ж базисному комплексі замість НОВ призначали фламін у загальноприйнятій рекомендації. Обидві групи хворих були репрезентативними за нозологією, давністю хвороби, віком та статтю.

Діагнози верифіковано ендоскопічними (з біопсією слизової оболонки шлунка), ультрасонографічними, зондовими (інтрагастральна мікрозондова рН-метрія, дуоденальне зондування), лабораторно-біохімічними методами.

У крові досліджували один з ключових кінцевих продуктів ПОЛ – малоновий альдегід (МА) – за Васильєвою Н.В. (1998), рівень окислювальної модифікації білків в плазмі (ОМБ) за І.Ф. Мецишеним (1998) та показники антиоксидантного захисту: активність каталази (К) за Королук М.А. та співавтор. (1988), глутатіонпероксидази Герушем І.В., Мецишеним І.Ф. (1998) та рівень церулоплазміну (Ц) в модифікації метода Rebina (8). Настоянка ОВ готувалася з фармакопейно сертифікованої сировини (кореневище), згідно загальної фармакопейної статті (Фармакопея СССР, 1998, ч.ІІ, С.148) з отриманням сертифікату контрольно-аналітичної лабораторії державного аптекоуправління.

Результати дослідження

Встановлено, що у хворих в період загострення хворобливих процесів мали місце посилення процесів ліпопероксидації і як наслідок – вірогідне підвищення в крові рівнів МА, ОМБ. Причому із зростанням віку чи нашаруванням вікових уражень серцево-судинної системи (м'які прояви ІХС), бронхо-легеневого апарату (хронічні, переважно необструктивні бронхіти) (табл. 1).

Активність ферментів антиоксидантного захисту в цей період (табл. 2) характеризувалася вірогідним підвищенням активності ГП та Ц, особливо зниженням активності К. Слід також зазначити, що із зростанням віку та нашаруванням вище зазначених вікових супутніх уражень кардіореспіраторної системи ці порушення поглиблювались. Отримані дані свідчать, що у хворих на ХГД з ХНХ активність каталази крові – ферменту першої лінії антиоксидантного захисту, виснажується, що, ймовірно, частково компенсується активацією ферментів другої лінії захисту – глутатіонпероксидази та церулоплазміну.

Оцінюючи клінічно результати курсового комплексного лікування в обох групах порівняння, відмічено прискорення на 2-4 дні регресу клінічних проявів ХГД з ХНХ у пацієнтів основної групи, а також сприятливий вплив НОВ на симптоматику виявлених у хворих екстрадигестивних захворювань. Встановлено більш чіткий вплив НОВ на прояви ХГД, ніж ХНХ, фламіну – навпаки. Пацієнти основної групи більш чітко відмічали підвищення у них якісних показників життя: сну, апетиту, толерантності до фізичних навантажень, настрою тощо. Чіткіше відзначали ці явища пацієнти старших вікових груп.

Зміни в прооксидантній системі крові через два

Таблиця 1. Динаміка показників окислювальної модифікації білків (ОМБ) сироватки та малонового альдегіду (МА) в крові у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) поєднаний з хронічним некаменевим холециститом (ХНХ) основної і контрольної груп в процесі лікування (M±m; n, p)

Групи обстежених	Основна група, n=61			Контрольна група, n=35	
	Показники, що досліджуються				
		ОМБ, Е ₃₇₀ /г білка плазми	МА, нмоль/мл еритроцитів	ОМБ, Е ₃₇₀ /г білка плазми	МА, нмоль/мл еритроцитів
Хворі на ХГД з ХНХ юнацького і зрілого (I період) віку	до лікув.	78,0±12,0* n=20	7,78±0,64*	77,0±10,61* n=9	7,84±0,61*
	після лік.	56,0±9,4**	6,04±0,87**	58,0±8,40**	6,32±0,47* **
Хворі на ХГД з ХНХ зрілого (II періоду) та похилого віку	до лікув.	86,0±11,2* n=25	9,07±1,17*	88,0±10,40* n=14	9,07±1,22*
	після лік.	58,0±8,6**	6,09±0,74**	66,0±7,20* **	6,27±0,72* **
Хворі на ХГД з ХНХ з супутньою ІХС	до лікув.	90,0±9,2* n=8	8,87±0,81*	92,0±11,6* n=7	9,02±0,87*
	після лік.	65,0±8,1**	5,53±0,38**	68,0±7,9* **	6,18±0,29* **
Хворі на ХГД з ХНХ з супутнім хр. бронхітом	до лікув.	88,0±11,4* n=8	10,44±0,82*	89,0±11,6* n=5	10,32±0,91*
	після лік.	55,0±5,8**	5,89±0,50* **	67,0±4,98* **	6,38±0,52* **
Здорові, n=10		47,4±3,72	4,96±0,34	47,4±3,72	4,96±0,34

Примітки: * - вірогідність різниці показників у хворих порівняно з аналогічними у здорових (p≤0,05)

** - вірогідність різниці показників у групі хворих до (ДЛ) та після лікування (ПЛ) (p≤0,05)

тижні комплексного лікування (табл.1) з застосуванням НОВ характеризувалися вірогідним покращенням ОМБ, МА незалежно від віку чи наявності супутніх екстрадігестивних хвороб. У пацієнтів контрольної групи також відмічено вірогідне покращення цих параметрів в кінці лікування, однак порівняно зі здоровими ці зміни були недостатніми (табл. 1).

Аналіз параметрів антиоксидантної системи в обох груп порівняння (табл. 2) показав, що під впливом НОВ мала місце нормалізація показників церулоплазміну, каталази та глутатіонпероксидази незалежно від віку хворих, чи наявності в них уражень інших систем. У пацієнтів контрольної групи вірогідність змін на покращення відмічено лише за церулоплазміном та активністю каталази, хоча вони ще суттєво відрізнялися від аналогічних показників

у здорових (табл. 2). Виявлене свідчить про кращий нормалізуючий вплив НОВ на порушення рівноваги про- і антиоксидантної системи крові, ніж у фламину, якому також притаманні антиоксидантні властивості.

Однак отримані протягом 2,5 тижнів клінічні і біохімічні дані свідчили, що досягнуто лише суттєве покращення результатів лікування хворих. За даними контрольних ендоскопічних, ультрасонографічних, частково клінічних даних, залишилися ще скриті прояви загострення хвороби. Тому пацієнтам основної групи в залежності від вираженості, давності захворювань, системності уражень, віку - настання ОВ як монозасіб призначалась надалі на полклінічному етапі загальним курсом 4-6 тижнів. Протягом року при першій же появі ознак загост-

Таблиця 2. Динаміка показників антиоксидантного стану крові у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) поєднаний з хронічним некаменевим холециститом (ХНХ) основної і контрольної груп в процесі лікування (M±m; n, p)

Групи спостережень	Основна група			Контрольна група			
	Динаміка лікування	Показники, що вивчалися					
		Церулоплазмін, Е/г білка плазми	Каталаза, мкмоль/хв. гНв	Глутатіонпероксидаза, нмоль/хв. гНв	Церулоплазмін, Е/г білка плазми	Каталаза, мкмоль/хв. гНв	Глутатіонпероксидаза, нмоль/хв. гНв
Хворі на ХГД з ХНХ юнацького і зрілого (I період) віку	до лікув.	85,0±8,4* n=20	130,0±8,4*	176,0±8,5*	87,0±9,3* n=9	132,0±9,7*	174,0±7,2*
	після лік.	70,0±4,6**	185,0±10,4**	156,0±5,8**	74,0±7,2**	174,0±8,8	162,0±8,3
Хворі на ХГД з ХНХ зрілого та похилого (II період) віку	до лікув.	88,0±9,2* n=25	131,0±9,5*	172,0±6,7*	86,0±6,4* n=14	134,0±11,6*	175,0±12,6
	після лік.	70,0±5,3**	176,0±10,6**	154,0±7,3**	78,0±8,7**	165,0±10,3**	160,0±11,4
Хворі на ХГД з ХНХ з супутньою ІХС	до лікув.	98,0±7,2* n=8	125,0±8,6*	177,0±6,7*	99,0±8,8* n=7	126,0±9,2*	176,0±7,2*
	після лік.	65,0±5,1**	184,0±7,5**	157,0±4,6**	79,0±6,4* **	162,0±7,3**	168,0±6,3*
Хворі на ХГД з ХНХ з супутнім хр. бронхітом	до лікув.	94,0±8,3* n=8	121,0±7,4*	188,0±7,4*	95,0±7,6* n=5	126,0±8,9*	189,0±9,4*
	після лік.	70,0±6,2**	178,0±12,0**	155,0±3,6**	78,0±5,8* **	160,0±10,4**	173,0±6,4*
Здорові, n=10	-	61,0±6,2	183,0±9,6	156,0±6,2	61,0±6,2	183,0±9,6	156,0±6,2

Примітки: * - вірогідність різниці показників у хворих порівняно з аналогічними у здорових (p≤0,05)

** - вірогідність різниці показників у групі хворих до та після лікування (p≤0,05)

рення по принципу "за потребою" призначались повторні курси НОВ в якості монотерапії протягом 10-20 днів. Аналіз результатів такого реабілітаційно-етапного лікування зазначеного контингенту хворих впродовж року показав, що частота рецидивів у них знизилась у 1,6 рази, тривалість ремісій подовжилась у 1,8 рази, а потреба в госпіталізації знижувалась у 2,05 рази, порівняно з контрольною групою хворих.

Обговорення

Оцінюючи в цілому організм, системні і метаболічні ефекти НОВ у хворих на ХГД з ХНХ, відмітимо також більш сприятливий загальносоматичний вплив на людей старшої вікової групи. Ймовірно, що однією з причин цих явищ є посилення антиоксидантного захисту організму оригінальним поєднанням діючих чинників ОВ. Не останню роль в забезпеченні означеного відіграє велика кількість інуліну в ОВ (Гродзинський 1991). Як відомо, інулін сприяє покращенню вуглеводного обміну в обхід інсулінозалежних механізмів регуляції та разом з вітамінами С, Е і органічними кислотами створює помірний і тривалий антиоксидантний ефект (Постуценков, Лесковская, 1991). Така його дія, мабуть, є особливо важливою для людей старших вікових груп з наявністю ряду вікових захворювань, зумовлюючих зниження функціонального стану організму та необхідність частого чи тривалого застосування препаратів ОВ.

Висновки

1. Загострення хронічного гастродуоденіту в поєднанні з хронічним некальциєвим холециститом супроводжується значними порушеннями рівноваги про- і антиоксидантної систем крові, що погіршується напругуванням екстрадигестивних захворювань та віком хворих.

2. Настоянка оману високого є добрий ад'ювантний засіб в комплексній терапії досліджуваних захворювань, що володіє позитивними органосистемними ефектами і антиоксидантною дією і може застосовуватися тривало як на стаціонарному, так і амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації.

Література

1. Барабой В.А., Сутковой Д.А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз в норме и при патологии. В 2 частях.- К.: Чернобыльинтеринформ, 1997.- 426с.

2. Васильева Н.В. Стан оксидантної та захисної глутатионової системи крові хворих в різні періоди мозкового інсульту // Буковинський медичний вісник.- 1998.- Т.2, №2.- С.80-84.

3. Волошин О.І., Пішак В.П. Оздоровчі ресурси Буковини.- Чернівці: Прут, 1999.- 238с.

4. Воевідка О.С., Коломоєць М.Ю. Патогенетичне обґрунтування протіоксидантної терапії в комплексному лікуванні хронічних холециститів // Лікарська справа.- 1997.- №5.- С.63-66.

5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Клиническая гастроэнтерология.- М.: МИА, 1998.- с.145-185.

6. Лікарські рослини. Енциклопедичний довідник / Відп. ред. А.М.Гродзинський.- К.: Голов. ред. УРЕ.- 1991.-542 с.

7. Лукашевич І.В. Зміни показників вільнорадикального окиснення ліпідів і глутатионової системи крові у хворих на хронічний некальциєвий холецистит у поєднанні з хронічним гастродуоденітом під впливом лікування препаратами чистотілу великого // Буковинський медичний вісник.- Чернівці - 1999.- Т.№4.- С.77-80.

8. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии.- Минск: Беларусь, 1982.- 311с.

9. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело. - 1988. - №1. - С.16-19.

10. Мещишен І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми (сироватки) крові // Буковинський медичний вісник, 1998. - Т. №2, №1. - С.159-160.

11. Чекман І.С., Липкан Г.Н. Растительные лекарственные средства - К.: Колос, ИТЭМ, 1993- 384с.

12. Diehm K. Antioxidantien: Moglicher Ansatz fur die Pravention kardiovaskularen Erkrankungen // Pharmamedicum.- 1996.- №2.- S.15-17.

13. Gasbarrini A., Ponzetto A., Franashi F., Pelicano R. Helicobacter pylori infection and extradigestive disease // Current Opinion in gastroenterology - 1998.- v.14, Suppl.1.- p.65-69.

Vasiuk V.L., Voloshyn O.I.

Distinctive Features of Inula Helenium Tincture on the Pro- and Antioxidant Blood Systems in Patients with Chronic Gastroduodenitis Combined with Noncalculous Cholecystites in a Course of Multimodality Treatment

Summary. The influence of the Inula Helenium tincture (IHT) on the clinical dynamics of morbid manifestations and indices of the pro- and antioxidant blood systems has been studied in 61 patients with chronic gastroduodenitis (CGD) combined with chronic noncalculous cholecystitis (CNC). It has been established that the use of IHT facilitates the regression of symptoms of the exacerbation process and a considerable improvement of equilibrium in the pro- and antioxidant blood systems. IHT is considered as an important adjuvant remedy in multimodality treatment of CGD combined with CNC.

Key words: *Inula Helenium tincture, chronic gastroduodenitis, chronic noncalculous cholecystitis, pro- and antioxidant blood system, treatment.*

Надійшла 9.07.2001 року.