ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНИЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

© *Шаповалова Ирина Александровна, Соцкая Яна Анатольевна*

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки.
91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, д. 1г

E-mail: sotckaya@mail.ru

Ключевые слова: хронический токсический гепатит; хронический некалькулезный холецистит; ожирение; лечение.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время все большую распространенность приобретают сочетанные хронические заболевания гастроэнтерологического профиля. Известно, что у жителей промышленных регионов с высоким уровнем загрязнения окружающей среды существенно страдает функциональное состояние печеночной паренхимы вследствие негативного влияния токсичных соединений, что обусловливает повышенный уровень заболеваемости хроническими токсическими гепатитами (ХТГ). На этом фоне зачастую возникает также хронический воспалительный процесс в желчном пузыре в виде хронического некалькульозного холецистита (ХНХ), что предоставляет возможность констатировать соединенное хроническое заболевание органов гепатобилиарной системы (ГБС). При этом довольно часто при хронических воспалительных процессах в ГБС в то же время отмечается патология, которая связана с нарушением обмена веществ и метаболического гомеостаза в целом, и прежде всего, ожирение (ОЖ). Известно, что адениловая система (АС) в настоящее время считается очень важной в плане поддержки основных направлений энергетического гомеостаза. АС состоит из пула макроэргических веществ в виде АТФ, АДФ и АМФ, из которых АТФ является наиболее важным, универсальным соединением. Установлено, что при многих патологических состояниях отмечается снижение концентрации АТФ в крови и одновременно энергетического заряда клетки, что свидетельствует о развитии синдрома гипоэнергизма.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение показателей АС с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились две группы больных ХТГ, сочетанным с ХНХ и ОЖ по 32 человека в каждой, которые были рандомизированы по возрасту, полу и тяжести течения ХТГ. Возраст больных составлял от 28 до 52 лет, лиц мужского пола было 39 (60,9%), женского — 25 (39,1%). Диагноз хронической сочетанной патологии ГБС в виде ХТГ и ХНХ был установлен в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения на основании данных анамнеза, клинического и инструментального (сонографическое обследование органов брюшной полости) обследования, с обязательным учетом данных общепринятых биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени. Степень ОЖ определяли на основании вычитания индекса массы тела (ИМТ) и оценке средней кожно — жировой складки. При этом при значениях ИМТ 30,0–34,9 кг/м^2 диагностировали ОЖ I степени, при ИМТ 35,0–39,0 — ОЖ II степени, при ИМТ более 40,0 — III степени. В соответствии с этими градациями среди обследованных пациентов было 38 (59,4%) лиц с ОЖ II степени и 26 (40,6%) — с ОЖ III степени. Больные с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ обеих групп получали общепринятую терапию, включавшую рациональную диету согласно рекомендациям, дезинтоксикационную терапию, эссенциальные фосфолипиды, спазмолитики, антиоксиданты (витамины С и Е). Больные основной группы дополнительно в качестве гепатопротекторов получали гептор по 2 капсулы 3 раза в день в течение 30–40 суток подряд.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе показателей АС было констатировано наличие дисбаланса, а именно: наличие снижения как концентрации отдельных АН в крови, так и нарушение соотношения между ними, что проявлялось снижением концентрации наиболее важного макроэргического соединения — АТФ в гомогенате эритроцитов при умеренном увеличении содержания АДФ и значительном повышении концентрации АМФ; коэффициенты АТФ / АДФ и АТФ / АМФ были при этом существенно снижены. В целом полученные данные свидетельствуют о снижении энергетического потенциала организма. Проведение специального биохимического исследования после завершения курса лечения позволило установить, что изученные показатели АС у всех пациентов основной группы, получавших гептор, нормализовались, в то время как в группе сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, содержание основных макроэргических соединений несколько отличалось от нормы. Таким образом, при применении гепатопротектора гептор у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ отмечается восстановление энергообеспечения организма, что в клиническом плане характеризуется ликвидацией симптоматики обострения хронической патологии ГБС и нормализации биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени после завершения курса лечения. Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным и клинически эффективным использование гептора при лечении больных ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В период обострения хронического патологического процесса в ГБС определяется существенный дисбаланс показателей АС, а именно — снижение АТФ в гомогенате эритроцитов периферической крови больных на фоне компенсаторного повышения содержания других АН — АДФ и особенно АМФ. Включение современного гепатопротекторного препарата гептора в комплекс лечения больных ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне ОЖ способствует нормализации показателей АС. Это свидетельствует об улучшении энергообеспечения организма пациентов.