

**ВПЛИВ КОМБІНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ  
ІМУПРЕТУ НА СТАН СИСТЕМИ ФАГОЦИТУЮЧИХ  
МАКРОФАГІВ У ХВОРИХ З ЧАСТИМИ  
РЕЦИДИВАМИ БЕШИХИ У МІЖРЕЦИДИВНОМУ  
ПЕРІОДІ**

**І.І. Зельоний**

*Луганський державний медичний університет*

**Вступ**

Проблема рецидивуючої бешихи, незважаючи на детальне вивчення за останні десятиріччя, ще далека від свого рішення [3, 8, 18, 20]. Особливу групу хворих при цьому складають пацієнти з частими рецидивами бешихи (4 та більше протягом року), оскільки існуючі підходи до їхнього лікування не завжди забезпечують зменшення частоти рецидивів та покращення якості життя пацієнтів [2, 12, 18, 20]. Відомо, що серед патогенетичних механізмів, які сприяють виникненню частих рецидивів бешихи, провідну роль грають порушення імунного гомеостазу, в тому числі пригнічення функціональної активності системи фагоцитуючих макрофагів (СФМ) [1, 17, 19]. Саме СФМ володіє найбільш важливими спроможностями для локалізації інфекційних агентів бактеріальної природи на початковому етапі інфекційного процесу [17]. Крім того клітинам макрофагально/моноцитарного ряду належить провідна роль у продукції низки цитокінів (ФНП $\alpha$ ), ІЛ-1 $\beta$  та інш.), а також лізоциму - гуморальних факторів, які регулюють процеси запалення та сприяють інактивації інфекційних агентів [17, 20].

Раніше вже встановлена ефективність імунокорегуючої терапії в якості допоміжного засобу при лікуванні бешихи [1, 6, 20]. Однак слід відмітити, що у хворих з частими рецидивами бешихи має місце виражене переключення імунної реактивності, що у випадках застосування класичних імуноактивних препаратів з високою активністю може сприяти активації аутоімунних реакцій [18, 20, 22]. Тому за останні роки низка дослідників при розробці програми імунокорекції у хворих на рецидивуючу бешиху надає перевагу більш м'яким імунотропним препаратам, у тому числі рослинного походження [4, 5, 11, 15].

В цьому плані нашу увагу привернула можливість використання сучасного комбінованого фітозасобу імупрету з метою імунокорекції хворих на бешиху. Препарат імупрет зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA6909/01/01 стосовно крапель оральних та UA6909/02/01 - стосовно таблеток, вкритих оболонкою) та дозволений для клінічного застосування (Наказ МОЗ України від 17.08.2007 року, №483) [7]. Рослинні компоненти, які входять до складу імупрету обумовлюють імунокорегуючий, імуномодулюючий, протизапальний, неспецифічний противірусний та бактерицидний ефекти, що робить доцільним та перспективним використання цього засобу при запальних процесах різного генезу, в тому числі при бешисі [13, 16].

Оскільки бешиха вельми часто набуває рецидивуючого перебігу внаслідок постійно існуючих вхідних воріт інфекції та резидуальної лимфедми, виникає необхідність проведення профілактичного курсу антибіотикотерапії [2, 11]. Перевагою введення імупрету є можливість використання даного фітозасобу в комбінації з антибактеріальними препаратами, оскільки цей фітозасіб потенціює їхній ефект, а також запобігає імуносупресивної дії антибіотиків [7, 21].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Стаття виконана відповідно до основного плану науководослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент теми НДР: "Характеристика порушень імунологічного та метаболічного гомеостазу при ускладнених і рецидивуючих формах бешихи, імунокорекція та імуноореабілітація хворих" (№ держреєстрації 0103U005654).

**Метою** роботи було вивчення ефективності комбінованого фітозасобу імупрету у імуноореабілітації хворих на бешиху в міжрецидивному періоді.

**Матеріали та методи дослідження**

Під спостереженням знаходилося 66 хворих на рецидивуючу бешиху (36 жінок і 30 чоловіків) у віці від 28 до 58 років з

частими (4 та більш) рецидивами захворювання протягом останнього року. В клінічному плані перебіг рецидивів бешихи був типовим [2] з локалізацією запального процесу на нижніх кінцівках, переважно на шкіри гомілки та тила стопи. Як правило, відмічалася еритематозна або еритематозно-геморагічна форма бешихи, наявність бул відмічено у 11 (16,7%) обстежених у період виникнення останнього рецидиву бешихи. Перебіг рецидивів бешихи у всіх хворих, які знаходилися під наглядом, був середьотяжкий.

Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи: основну (34 хворих) та групу зіставлення (32 пацієнта). Обидві групи хворих були рандомізовані за віком, статтю та тяжкістю патологічного процесу. Хворі обох груп в гострому періоді бешихи отримували загальноприйняте лікування, яке включало антибактеріальні, антигістамінні препарати, полівітаміни, при необхідності - фізіотерапевтичні засоби [2, 20]. В періоді диспансерного обстеження, після завершення лікування рецидиву (тобто в межрецидивному періоді бешихи) хворі основної групи отримували з метою імунореабілітації імуноактивний засіб природнього походження, а саме комбінований фітопрепарат імупрет за схемою: по 2 таблетки 6 разів на день на протязі 3-4 діб, потім по 2 таблетки 3 рази на день ще протягом тижня, та в подальшому у якості підтримуючої дози по 1 таблетці 3-4 рази на день ще 2-3 тижня. Група зіставлення (32 пацієнта) в періоді диспансерного нагляду отримувала лише загальноприйняті засоби медичної реабілітації у вигляді полівітамінів та, при необхідності, біцелінопрофілактику [20].

До складу таблетованої форми імупрету входять наступні рослинні складові у співвідношеннях: корінь алтею (*Rad. Althaeae*) - 8 мг; листя грецького горіха (*Fol. Juglandis*) - 12 мг; трава деревію (*Herb. Millefolii*) - 4 мг; кора дуба (*Cort. Quercus*) - 4 мг; квітки ромашки (*Flores Chamomillae*) - 6 мг; трава хвоща (*Herb. Equiseti*) - 10 мг; трава кульбаби (*Herb. Taraxaci*) - 4 мг.

Алтея лікарська (*Althaea officinalis* L.) містить у своєму складі значну кількість слизових речовин (до 35%), крахмалу (до 37%) та сахарози (більш 10%), а також бетаїн (до 4%),

жирну олію (1,7%), аспарагін (2%), лецитин, фітостерини, пектини (понад 10%), вітаміни (аскорбінову кислоту, каротин) та інші компоненти [13]. Галенові препарати з алтеї володіють добрими протизапальними, обволікаючими, відхаркуючими, пом'якшувальними та антибактеріальними властивостями [15]. Імуностимулююча та протизапальна дія препаратів з алтеї *in vitro* та в експериментальних дослідженнях підтверджується антикомплементарною активністю, стимуляцією фагоцитозу, вивільненням кисневих радикалів та лейкотрієнів із нейтрофільних гранулоцитів, стимуляцією продукції цитокінів (IL-6, ФНП $\alpha$ ), підвищенням фагоцитраної активності макрофагів [16, 25].

Листя грецького горіха (*Fol. Juglandis*) містять флавоноїди (гіперозид, 3-арабінозид кверцетина та інш.), алкалоїд югландин, значну кількість аскорбінової кислоти, дубильні сполуки [13]. Встановлено, що настій та відвар листя грецьких горіхів володіють загальнотонізуючою, протизапальною, антиоксидантною активністю, поліпшують обмінні процеси у організмі [15]. Крім того, настої та відвари з листя горіха грецького володіють в'язучими та протизапальними властивостями [16].

Деревій звичайний (*Achillea millefolium* L.) - містить у своєму складі алкалоїд ахіллін, ефірну олію, до якої входять проазулен, пінени, борнеол, складні ефіри, камфора, туйон, цінеол, каріофілен, низку органічних кислот - аконітова, валеріанова, оцетова, мурашина, а також вітаміни С та К, каротин, фітонциди, дубильні сполуки, флавоноїди [13]. Трава та суцвіття деревію володіють протизапальною, бактерицидною та кровоспинною дією [16].

Дуб звичайний (*Quercus robur* L.) характеризується поперед усього наявністю у всіх вегетативних частинах значної кількості дубильних речовин пірогаллової групи (до 20%) [13]. У корі дуба є також катехіновий танін, галотаніни, кверцетин, леулін, пентозани (до 14%), флобафен та інші сполуки [15]. Кора дуба володіє чітко вираженими протизапальними, в'язучими, кровоспинними, антисептичними властивостями [16].

Ромашка аптечна (*Chamomilla officinalis* L.), син. - ромашка лікарська містить у своєму складі терпеноїди (матрицин, аль-

фа-бісаболол), флавоноїди (апигенін, лютеолін), ефірну олію (до 0,8%) [13]. Головна складова ефірної олії - хамазулен, який володіє чітко вираженою протиалергічною, протизапальною, місцевоанестезуючою дією, а також посилює процеси репаративної регенерації [15, 24]. Мукополісахариди, що містяться у складі квіток ромашки, обумовлюють імуностимулюючий ефект [24]. Хвощ польовий (*Equisetum arvense* L.) містить у своєму складі сапонін, еквізетонін, алкалоїди, каротин, та більш 10% сілікати, флавоноїди [13]. Кремнієвої кислота, що міститься у траві хвощу польового, обумовлює імуностимулюючу та протизапальну дію [15]. Засоби з хвощу польового володіють значною сечогінною, а також протизапальною та кровоспинною активністю [16]. Кульбаба лікарська (*Taraxacum officinale* Webb. ex Wigg. або *T. vulgare* Schrank) - відома лікарська рослина з широким спектром фармакологічної дії [13]. У листах та суцвіттях кульбаби лікарської містяться каротиноїди (лютеїн, тараксантин, флавоксантин), солі фосфору, сапоніни, вітаміни (аскорбінова кислота, рибофлавін) [15]. Провідними фармакотерапевтичними ефектами засобів з кульбаби лікарської є протизапальний та імуностимулюючий [16].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, хворим на рецидивуючу бешиху обох груп - основної та зіставлення - проводили імунологічне дослідження з метою вивчення функціонального стану СФМ за показниками ФАМ. Дослідження ФАМ здійснювали оригінальним чашечковим методом [19]; при цьому в якості тест-об'єкту використовували живу добову культуру *Staph. aureus*, штам 505. Підраховували наступні показники ФАМ: фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (ІП).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon™ 64 3200+ за допомогою стандартних пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2000, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica [9]. При цьому враховували основні принципи застосування статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [10].

### Отримані результати та їх обговорення

При дослідженні показників, що характеризують стан СФМ, було встановлено, що у всіх обстежених хворих на часто рецидивуючу бешиху в періоді диспансерного нагляду до початку проведення імуноореабілітації відмічалось їхнє вірогідне зниження (табл. 1).

Таблиця 1

#### Показники ФАМ у обстежених хворих на часто рецидивуючу бешиху до початку імуноореабілітації (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=34)	зіставлення (n=32)	
ФІ, %	26,5±2,0	14,3±1,2***	14,6±1,1***	>0,1
ФЧ	4,0±0,15	2,2±0,1**	2,3±0,12**	>0,1
ІА, %	14,8±0,4	11,1±0,6*	11,6±0,5*	>0,1
ІП, %	25,0±1,5	12,4±0,8***	12,8±0,7***	>0,1

**Примітка:** в табл. 1 та 2 показники у стовпчику P обчислені між показниками основної групи і групи зіставлення; вірогідність розбіжності з показником норми \* - при P < 0,05, \*\* - при P < 0,01, \*\*\* - при P < 0,001.

Слід зазначити, що кратність пригнічення показників ФАМ при часто рецидивуючій бешисі в основній групі та в групі зіставлення було практично однаковим, що свідчить про ідентичність цих груп в імунологічному плані, а саме функціонального стану МФС. Так, ФІ в основній групі був нижче норми в середньому в 1,9 рази (P < 0,01), становивши (14,3±1,2)% при нормі (26,5±2,0)%, у групі зіставлення ФІ був знижений в середньому до (14,6±1,1)%, тобто в 1,8 рази (P < 0,01). ФЧ у пацієнтів основної групи було понижене до 2,2±0,1, а в групі зіставлення - до 2,3±0,12, що було нижче норми в 1,8 рази (P < 0,01) та в 1,7 рази (P < 0,01) відповідно. Привертало увагу суттєве зниження ІП: в основній групі хворих ІП в основній групі був менше норми в 2,0 рази (P < 0,001) і становив (12,4±0,8)% при нормі (25,0±1,5)%, у групі зіставлення цей показник був знижений до (12,8±0,7)%, тобто в 1,9 рази (P < 0,001). ІА на момент першого обстеження був помірно зниже-

ний - в основній групі хворих в 1,33 рази, дорівнюючи  $(11,1 \pm 0,6)\%$  ( $P < 0,05$ ) при нормі  $(14,8 \pm 0,4)\%$ , у групі зіставлення - в 1,28 рази  $(11,6 \pm 0,5\%)$ ;  $P < 0,05$ ).

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що у хворих на часто рецидивуючу бешиху мають місце суттєві порушення з боку моноцитарно/макрофагальної фагоцитуючої системи, особливо фази перетравлення макрофагів, що негативно впливає на систему імунітету в цілому, а в клінічному плані - може сприяти виникненню рецидивів бешихи.

При повторному вивченні показників ФАМ у хворих на рецидивуючу бешиху, які були під наглядом, встановлено, що в основній групі пацієнтів відмічається чітка тенденція до нормалізації імунологічних показників, а саме відмічається підвищення ФІ до  $25,9 \pm 1,3\%$ , ФЧ - до  $3,8 \pm 0,03$ , ІА  $14,4 \pm 0,2\%$ , а також збільшення ІП до нижньої межі норми  $(24,5 \pm 1,4\%)$ . У групі зіставлення також відмічена позитивна тенденція щодо показників ФАМ, однак суттєво менш виражена, ніж у хворих основної групи (табл. 2).

Таблиця 2

**Показники ФАМ у обстежених хворих на часто рецидивуючу бешиху після завершення імунореабілітації ( $M \pm m$ )**

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=34)	зіставлення (n=32)	
ФІ, %	$26,5 \pm 2,0$	$25,9 \pm 1,3$	$20,3 \pm 1,5^*$	$< 0,05$
ФЧ	$4,0 \pm 0,15$	$3,8 \pm 0,03$	$3,1 \pm 0,13^*$	$< 0,05$
ІА, %	$14,8 \pm 0,4$	$14,4 \pm 0,2$	$12,4 \pm 0,4^*$	$< 0,05$
ІП, %	$25,0 \pm 1,5$	$24,5 \pm 1,4$	$19,1 \pm 1,6^*$	$< 0,05$

Так, у пацієнтів групи зіставлення ФІ збільшився у порівнянні з вихідним значенням у 1,39 рази та складав  $(20,3 \pm 1,5)\%$ , але був нижче нормальних значень у 1,3 рази та аналогічний показник у основній групі в 1,28 рази. ФЧ у хворих групи зіставлення на момент завершення імунореабілітації дорівнювало  $3,1 \pm 0,13$ , що було більш першопочаткового значення у 1,35

рази, але в 1,3 рази було менш норми та в 1,22 рази менше значень ФЧ у хворих основної групи. ІА збільшився в 1,1 рази та досяг значення  $(12,4 \pm 0,4)\%$ , що в 1,19 рази було нижче норми та в 1,16 рази менше відповідного показника у пацієнтів основної групи. Стосовно ІП, то вказаний показник на момент завершення імунореабілітації підвищився в 1,57 рази та складав  $(19,1 \pm 1,6)\%$ , що було в 1,2 рази менш аналогічного показника у осіб основної групи та 1,3 рази менше значення норми для даного індексу ФАМ. На рисунку графічно представлені отримані дані стосовно показників ФАМ після проведення курсу імунореабілітації.



Рис. Показники ФАМ після завершення імунореабілітації.

Отже, виходячи з отриманих даних, можна вважати, що у пацієнтів основної групи в межрецидивному періоді бешихи, що отримували в якості засобу імунореабілітації комбінований фітопрепарат імупрет, відмічається суттєве збільшення показників ФАМ, що свідчить про відновлення функціонального стану СФМ. В групі зіставлення, яка не отримувала жодних імуноактивних препаратів, також мала місце тенденція до покращення показників ФАМ, однак суттєво менш виражена, ніж у хворих основної групи (яка вживала імупрет). Так, у пацієнтів групи зіставлення ФІ був нижче норми у 1,3 рази та аналогічного показника у основній групі в 1,3 рази, ФЧ було менш норми в

1,3 рази та в 1,2 рази менше даного показника в основній групі, ІА в цей період обстеження був в 1,2 рази нижче норми та в 1,16 рази менше відповідного показника у пацієнтів основної групи, ІП був в 1,3 рази менше значення норми та в 1,2 рази менш аналогічного показника у осіб основної групи. Таким чином, отримані результати дослідження свідчать про реалізацію основного - імунорегуючого механізму фармакологічної дії комбінованого фітозасобу імупрету та, виходячи з цього, надають можливість рахувати включення імупрету до комплексу лікувальних заходів при рецидивуючій бешисі патогенетично обгрунтованим, доцільним і клінічно перспективним.

### Висновки

1. У хворих на часто рецидивуючу бешиху в межрецидивному періоді захворювання, до початку проведення імунореабілітації відмічається вірогідне пригнічення функціонального стану СФМ, що проявляється зниженням показників ФАМ, а саме: ФІ - в середньому в 1,85 рази ( $P < 0,001$ ), ФЧ - в 1,75 рази ( $P < 0,01$ ), ІА - в 1,3 рази ( $P < 0,05$ ), ІП - в 2 рази ( $P < 0,001$ ). Виходячи з цього, можна вважати, що саме суттєве погіршення стану МФС, та поперед усього, незавершеність процесу фагоцитозу макрофагами/моноцитами є важливим в патогенетичному плані та тому може сприяти виникненню чергових рецидивів бешихи.

2. Призначення в періоді диспансерного обстеження в комплексі імунореабілітації хворим з частими рецидивами бешихи сучасного комбінованого фітозасобу імупрету забезпечило відновлення стану СФМ, що проявилось нормалізацією показників ФАМ: ФІ складав на момент завершення імунореабілітації дорівнював ( $25,9 \pm 1,3$ )%, ФЧ -  $3,8 \pm 0,03$ , ІА - ( $14,4 \pm 0,2$ )%, а також збільшення ІП до ( $24,5 \pm 1,4$ )%, що відповідало нижньої межі норми. Це надає підставу для висновку про ефективність імупрету як препарату, який реалізує імунотропну активність та сприяє відновленню імунологічного гомеостазу, поперед усього, покращує стан СФМ.

3. У групі зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, не відмічалось нормалізації показників ФАМ: ФІ на мо-

мент завершення імунореабілітації складав ( $20,3 \pm 1,5$ )%, що перевищувало нормальні значення у 1,3 рази, ФЧ дорівнювало  $3,1 \pm 0,13$ , що було в 1,3 рази менш норми, ІА збільшився до ( $12,4 \pm 0,4$ )%, що в 1,2 рази було нижче норми, ІП підвищився до ( $19,1 \pm 1,6$ )%, що, однак, було в 1,24 рази менше значення норми. Таким чином, отримані дані свідчать, що використання лише загальноприйнятих засобів в періоді медичної реабілітації хворих на часто рецидивуючу бешиху не забезпечує нормалізації стану СФМ.

4. Виходячи з отриманих нами результатів можна вважати патогенетично обгрутованим, перспективним та доцільним включення сучасного комбінованого фітозасобу імупрету до комплексу засобів медичної реабілітації у хворих на часто рецидивуючу бешиху.

5. В подальшому можна вважати доцільним продовження досліджень стосовно механізмів фармакологічної дії фітозасобу імупрету при проведенні медичної реабілітації хворих на рецидивуючу бешиху, в тому числі вивчення його можливого впливу на метаболічні показники, зокрема активність процесів ліпопероксидації.

### Література

1. Бурданова Т.М. Клинико-патогенетические аспекты рожистого воспаления. Эффективность применения циклоферона: пособие для врачей / Т.М.Бурданова, М.В.Чеснокова, К.А. Аитов. - Иркутск, 2008. - 34 с.

2. Диагностика, лечение и профилактика рожистой инфекции: метод. рекомендации / В.М. Фролов, В.В. Гебеш, А.Н. Тищенко [и др.]. - Киев: МЗ Украины, 1991. - 38 с.

3. Еровиченков А.А. Роза: клиника, диагностика, лечение / А.А. Еровиченков, В.Л. Черкасов // Русский медицинский журнал. - Режим доступа до журналу: <http://www.rmj.ru>.

4. Зельоний І.І. Вплив препарату рослинного походження "Джерело" на стан клітинного імунітету у хворих з ускладненими формами бешихи / І.І. Зельоний // Український медичний альманах. - 2004. - Том 7, №4. - С. 46-47.

5. Зельоний І.І. Вплив лівенціале форте на показники перекисного окислення ліпідів у хворих на ускладнені форми бешихи / І.І. Зельоний // Український медичний альманах. - 2006. - Том 9, №6. - С. 50-51.

6. Зельоний І.І. Вплив імунфану на динаміку циркулюючих імунних комплексів у хворих на бешиху з гнійно-запальними ускладненнями в комплексі хірургічного лікування / І.І. Зельоний // Український медичний альманах. - 2008. - Том 11, № 3. С. 55-57.

7. Імунпрет: інструкція для медичного застосування / Затверджена 17.08.07 р. Приказом МОЗ України № 483.

8. Косенков А.Н. Патогенез и основные принципы консервативного и хирургического лечения рецидивирующей розжи / А.Н. Косенков, В.М. Наренков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2007. - №3. Режим доступа до журналу: [www.mediasfera.ru](http://www.mediasfera.ru).

9. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.

10. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

11. Мозен Хоршид С. Диагностика и лечение бактериальных инфекций кожи / С. Мозен Хоршид // Лечащий врач. - 2009. - № 6. - Режим доступа до журнала: [www.lechvragch.com/publications/2009/456372.htm](http://www.lechvragch.com/publications/2009/456372.htm).

12. Некоторые клинико-эпидемиологические аспекты первичной и рецидивирующей розжи / Т.М. Бурданова, К.А. Аитов, В.Г. Изатулин [и др.]: матер. науч.- практ. конф. ["Актуальные вопросы инфекционной патологии"], (Иркутск, 21-22 июня 2007 г.) - Иркутск, 2007. - С. 53 - 56.

13. Печкарева А.В. Лекарственные травы / А.В. Печкарева. - М.: Мир книги, 2006. - 220 с.

14. Показатели провоспалительных цитокинов у больных розжей / Т.М. Бурданова, К.А. Аитов, В.Г. Изатулин, Ф.И. Ходус: матер. науч.-практ. конф. ["Актуальные воп-

росы инфекционной патологии"], (Иркутск, 21-22 июня 2007 г.) - Иркутск, 2007. - С. 59 - 60.

15. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений / В. Преображенский. - Донецк: ООО ПКФ "Бао", 2006. - 592 с.

16. Системная фитотерапия / под. ред. В.С. Кисличенко, А.В. Зайченко, И.А. Журавель. - Харьков: изд-во НфаУ, 2008. - 256 с.

17. Спивак Н.Я. Интерферон и система мононуклеарных фагоцитов / Н.Я. Спивак, Л.Н. Лазаренко, О.Н. Михайленко. - Киев: Фитосоциоцентр, 2002. - 164 с.

18. Фролов В.М. Патогенез и диагностика розжистой инфекции / В.М. Фролов, В.Е. Рычнев. - Воронеж: изд-во ВГУ, 1986. - 164 с.

19. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных розжей / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, Л.А. Гаврилова // Лабораторное дело. - 1990. - № 9. - С. 27 - 29.

20. Фролов В.М. Розжа / В.М. Фролов, В.Л. Черкасов. - М.: изд-во ММА, 1993. - [2-е изд.]. - 216 с.

21. Юрьев К.Л. От частного к общему, или эстафету принимает имунпрет / К.Л. Юрьев // Український медичний часопис. - 2008. - №3(65). - С. 1-13.

22. Konopik J. Rezidiviertes Erysipel. / J. Konopik. - Med. Klin. - 1997. - № 6. - P. 1162-1170.

23. Thuru G. Lymphographische Untersuchungen beim Erysipelas recidivans / G. Thuru, I. Schneide // Fortschr Rontgenstr. - 1997. - №116. - P. 238-245.

24. World Health Organisation. Flor. Chamomillae. In WHO monographs on selected medicinal plants // Режим доступа: [www.whqlibdoc.who.int/publications/1999/9241545178.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications/1999/9241545178.pdf).

25. World Health Organisation. Radix Althaeae. In WHO monographs on selected medicinal plants / Режим доступа: [www.whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545372.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545372.pdf).

## Резюме

**Зельоний І.І.** Вплив комбінованого фітозасобу імупрету на стан системи фагоцитуючих макрофагів у хворих з частими рецидивами бешихи у міжрецидивному періоді.

Вивчена ефективність сучасного комбінованого фітозасобу імупрету в імунореабілітації хворих з частими рецидивами бешихи у міжрецидивному періоді та його вплив на стан системи фагоцитуючих макрофагів. Встановлено, що в патогенетичному плані застосування імупрету забезпечує позитивну динаміку показників фагоцитарної активності моноцитів.

**Ключові слова:** бешиха, система фагоцитуючих макрофагів, імунореабілітація, імупрет.

## Резюме

**Зеленый И.И.** Влияние комбинированного фитопрепарата имупрета на состояние системы фагоцитирующих макрофагов у больных с частыми рецидивами рожи в межрецидивном периоде.

Изучена эффективность современного комбинированного фитопрепарата имупрета в иммунореабилитации больных с частыми рецидивами рожи в межрецидивном периоде и его влияние на состояние системы фагоцитирующих макрофагов. Установлено, что в патогенетическом плане применение имупрета обеспечивает позитивную динамику показателей фагоцитарной активности моноцитов.

**Ключевые слова:** рожа, система фагоцитирующих макрофагов, иммунореабилитация, имупрет.

## Summary

**Zeleniy I.I.** Influence of combined phytopreparation imupret on the indexes of phagocytic macrophages system at the patients with recedive erysipelas at inrelapses period.

The estimation of efficiency of modern phytopreparation imupret in immunorehabilitation at patients with erysipelas at inrelapses period and his influence at the system of phagocytic macrophages was conducted. It is set that in a nosotropic plan application of phytopreparation imupret provides the positive dynamics of indexes of phagocytic macrophages system.

**Key words:** erysipelas, phagocytic macrophages system, immunorehabilitation, imupret.

*Рецензент: д.мед.н., проф. І.В.Лоскутова*

УДК 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ НА ТЛІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФІТОПРЕПАРАТУ ІМУПРЕТУ

**Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, М.О. Пересадін**

*Національна медична академія післядипломної освіти (Київ)  
Луганський державний медичний університет  
Луганський інститут праці та соціальних технологій*

## Вступ

Синдром хронічної втоми (СХВ) - хронічний патологічний стан, який характеризується в клінічному плані наявністю відчуття втомленості, що тривало зберігається та навіть посилюється, зниженої працездатності, субфебрилітету, збільшення та чутливості при пальпації деяких груп лімфатичних вузлів, нерідким розвитком депресії, чітко виражених астеноневротичних або астенодепресивних явищ [2]. Патогенез СХВ прийнято пов'язувати з інфекційним початком, імунними та нейроендокринними порушеннями [9]. Найбільш обґрунтованою в даний час може вважатися гіпотеза активації персистуючої вірусної інфекції, причому в якості етіологічного агента вказують на Herpesvirindae, особливо на лімфотропний вірус Epstein-Barr. Актуальна також психо-нейроендокринна теорія, яка полягає у порушеннях гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової регуляції [1]. Згідно із статистичними даними в сучасних умовах в Україні, як і в інших країнах СНД спостерігається неухильне зростання захворюваності на хронічну патологію гепатобіліарної системи (ГБС), зокрема на стеатоз печінки (СП). СХВ нерідко перебігає на тлі СП, що негативно впливає на клінічний перебіг цих обох патологічних станів [13]. При розробці раціональних підходів до лікування та медичної реабілітації хворих на СХВ в останні роки все більшу увагу досл-