



причини хвороби), вплив на механізми, що зумовлюють прогресування патологічного процесу, корекція порушень, що пов'язані із зміною функції печінки.

Мета дослідження - вивчити клінічну ефективність „Гепадифу” в комплексному лікуванні хворих на хронічний гепатит В.

Обстежено 23 хворих з хронічним гепатитом В середньо-тяжким перебігом віком 25-55 років. Осіб чоловічої статі було 10, жіночої – 13. Простим сліпим методом всі хворі рандомізовані на дві групи. Пацієнти отримували базисну терапію. Хворі основної групи отримували „Гепадиф” внутрішньовенно з розрахунку 8,625 мг/кг маси тіла – вміст 1 флакона препарату, розчищеного в 400–500 мл 5% розчину глюкози 5 днів з наступним прийомом по 2 капсули 2 рази на добу, незалежно від прийому їжі впродовж місяця. Хворі контрольної групи отримували Ессенціале® форте Н по 2 капсули 3 рази на день. Усім хворим проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження з оцінкою функціонального стану печінки. Обробка даних проводилася статистично: обраховувалися середня арифметична та її похибка; середню різницю між групами дослідження оцінювали за допомогою двостороннього непарного критерію Ст'юдента.

Аналіз ефективності комплексного лікування пацієнтів з хронічним гепатитом В показав позитивну динаміку клінічних симптомів в групі, що отримувала препарат „Гепадиф”. Після десятиденного курсу прийому лікування скарги на загальну слабкість пред'являли 30,5% пацієнтів основної (51,2% контрольної) групи, зниження апетиту – 35% (61,4% контрольної), нудоту – 14,6% (21,2% контрольної), відчуття важкості в епігастрії та правому підребер'ї – 13,5% (25,5% відповідно) групи. Позитивна динаміка лабораторних показників спостерігалась в обох групах досліджень. Зокрема, рівень загального білірубіну у хворих основної групи становив $23,6 \pm 0,5$ мкмоль/мл ($30,2 \pm 0,5$ мкмоль/мл контрольної групи). Активність АлАт у хворих даної групи становила $2,4 \pm 0,08$ мкмоль/(мл.год) та $2,9 \pm 0,06$ мкмоль/(мл.год) відповідно.

Таким чином, включення препарату „Гепадиф” в комплексне лікування хворих на хронічний гепатит В є доцільним, оскільки сприяє швидшій нормалізації функціонального стану печінки і прискорює клінічне одужання.

Єременчук І.В.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ З УРАХУВАННЯМ ДИНАМІКИ ІМУНО-ЦИТОКІНОВОГО БАЛАНСУ

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Оцінка про- та протизапального профілю цитокінів (ЦК) дозволяє одержати інформацію щодо функціональної активності різних типів імунокомпетентних клітин, виразності типів запального процесу і його прогнозу, а також проводити моніторинг ефективності призначеної терапії.

Об'єктом дослідження стали 63 особи – група 1 з мультирезистентним туберкульозом легень (МРТБ), контрольну групу склали 20 хворих – група 2 на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ). Використані сучасні методи дослідження, зокрема, визначення рівня ЦК інтерлейкінів (ІЛ): ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-18 проводили на імуноферментному аналізаторі Sarrise із використанням наборів реагентів для визначення концентрації людських ЦК у біологічних рідинах людини (плазма крові хворих на ТБ) фірми «Вектор-Бест» (Росія) імуноферментним методом згідно інструкції.

Встановлено, що рівень ІЛ-6 у групі 2 знизився на 55,1 % відносно такого показника до лікування ($p < 0,01$), однак у групі 1 зареєстрована недостовірна різниця ($p_1 > 0,1$).

При порівнянні значень основної групи із контрольною спостерігається регресія ІЛ-6 на 50,5 % ($p_1 < 0,05$). Рівень ІЛ-6 найбільш наближений до нормальних показників у групі 2 ($p_2 < 0,001$). Доведена відсутня різниця рівня протизапального ІЛ-10 у групі 2 відносно такого показника до лікування, відповідно невірогідна міжгрупова різниця показника ($p > 0,1$, $p_1 > 0,1$).

Спостерігається приріст рівня протизапального ІЛ-10 відносно нормального показника у групах порівняння ($p_2 < 0,001$). Аналіз вмісту ІЛ-18 у показав, що у групі 2 відсутня різниця показників відносно такого до лікування ($p > 0,1$), однак у групі 1 рівень ІЛ-18 зріс на 28,5 % відносно такого показника до лікування ($p < 0,01$). Провівши порівняльний аналіз показників основної групи із контрольною, установлено, що у групі 2 наявна вірогідна різниця між досліджуваними показниками (14,8 %, $p_1 < 0,05$).

Слід зазначити, при застосуванні у схемах патогенетичного лікування в інтенсивну фазу хіміотерапії аргініну глутамат показник ІЛ-18 у групі 2Б вірогідно не відрізнявся від показника ПЗО (в усіх випадках $p_2 > 0,1$).

Так, аналіз вмісту окремих про- (ІЛ-6, ІЛ-18) та протизапальних (ІЛ-10) цитокінів у плазмі крові хворих на мультирезистентний туберкульоз легень із застосування аргініну глутамат в інтенсивну фазу хіміотерапії свідчить на користь активації імунної відповіді Тх-1 типу, що направлена на обмеження специфічного запального процесу в рамках ураженої легені.