



Patients of I and II groups revealed high concentrations of IL-6 ( $p<0.05$ ), TNF- $\alpha$  ( $p<0.05$ ), CRP ( $p<0.05$ ) and IL-10 comparing with a group of healthy individuals. However, the level of IL-6 and IL-10 in the second group was lower than in patients of group I (in 1.3 times,  $p<0.05$ ), TNF- $\alpha$  (in 4.6 times,  $p<0.05$ ), CRP (in 2.4 times,  $p<0.05$ ).

Thus, expressed cytokine's disintegration in patients with COPD, combined with CP, on the background of the increased level of the inflammatory cytokines inadequate to the level of the anti-inflammatory IL-10 and almost no response to TNF- $\alpha$ , may prove the exhaustion of the anti-inflammatory factors resistance and the spread of the inflammatory response beyond the bronchopulmonary system.

**Zaliavska O.V.**

**DIAGNOSTIC VALUE OF INVESTIGATION OF IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IF- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  AND IL-1Ra CONTENT IN THE BLOOD SERUM IN REACTIVE ARTHRITIS PATIENTS OF DIFFERENT ETIOLOGY**

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
Bukovinian State Medical University*

Objective of the research – to study levels of IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IF- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  and IL-1Ra in blood serum in reactive arthritis patients of different etiology and their effects on the activity and clinical course of the disease. 38 patients with reactive arthritis (ReA) have been examined against the background of chronic pyelonephritis (CP) in the exacerbation phase of urogenital infection (group 1). 12 ReA patients with earlier enterocolitis (group 2) and ReA of unknown etiology (11 people – group 3) were also examined. IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IF- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  and IL-1Ra content in the blood serum was determined in patients under study by solid-phase enzyme immunoassay method of using monoclonal antibodies (“Diaclone” reagents set, France).

An increase of IL-1 $\beta$ , IF- $\gamma$  and TNF- $\alpha$  levels as well as decrease of IL-6 and IL-1Ra blood count indices in comparison with healthy patients that denotes the implication of a cytokine, imbalance in ReA progression has been revealed in patients under study when investigating cytokine status. The direct correlative dependence relation of IL-4, IL-6 and TNF- $\alpha$  blood cytokine count upon ReA activity degree and reverse correlative dependence of medium strength according to IF- $\gamma$  blood count has been defined. Group 1 patients had the highest IL-6 and IF- $\gamma$  blood count according to the indexes of other groups, as well as the maximum expression suppression of anti-inflammatory IL-4 and IL-1Ra activity.

The use of enzyme immunoassay diagnostic test-systems allows to get the information about functional activity of different types of immunocompetent cells; about the complexity of the inflammatory process, its migration from the local to systemic level, and it is one of the most prospective methods of evaluating immune system condition in the clinical experience in order to control the inflammation activity and prognosis.

**Антофійчук М.П.**

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З АЛКОГОЛЬНИМ СТЕТОГЕПАТИТОМ,  
УСКЛАДНЕНИМ АНЕМІЄЮ ВАЖКОГО СТУПЕНЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Зловживання алкоголем – одна з основних причин уражень печінки, зокрема розвитку алкогольної жирової хвороби печінки.

Хворий Т. 59 років, пенсіонер, звернувся на консультацію з приводу вираженої загальної кволості, задишки, різко зниженої працездатності. З анамнезу: більше 20 років служив у структурі МВС на посадах старшого офіцерського складу. Тривалий час зловживав алкоголем. Клінічний аналіз крові: еритроцити – 1,4 Т/л, гемоглобін – 65 г/л, колірний показник – 1,3, гематокрит – 20%, середній об'єм еритроцитів – 93 фл, середній вміст гемоглобіну в еритроцитах – 35 пг, середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах – 37 г/дл, лейкоцити – 3,4 Г/л, тромбоцити – 120 Г/л, швидкість осідання еритроцитів – 30мм/год.



Біохімічне дослідження: АЛТ – 52 Од/л, АСТ – 45 Од/л, ГГТ – 63 Од/л, ЛФ – 171 Од/л, ТГ – 2,03 ммоль/л, ХС – 7,1 ммоль/л, сироваткове залізо – 34,2 мкмоль/л. УЗД органів черевної порожнини: УЗ-ознаки дифузних змін печінки, хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, спленомегалії. Езофагогастродуоденоскопія: гастродуоденіт (на фоні атрофії слизової). Попередній діагноз: Алкогольний стеатогепатит, атрофічний гастрит, В12-дефіцитна анемія важкого ступеня. ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН ІА, ІІ ФК.

Хворому призначено: розчин глутаргіну 40% 5 мл на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду впродовж тижня з подальшим переходом на таблетований прийом по 0.75 тричі на день; альфа-ліпоєва кислота 600 мг на добу; мельдоній 500 мг на добу; ціанокобаламін 1000 мкг, з подальшим зменшенням дози до 500 мкг на день; розчин тіаміну хлориду 5% 1 мл, розчин піридоксину гідрохлориду 5% 1 мл через день. З метою інтенсифікації лікування проведено 5 сеансів дискретного плазмаферезу. За одну процедуру вилучалося близько 800 мл плазми, загалом майже 4000 мл. Плазмозаміщення забезпечувалося кристалоїдними розчинами (800 – 1000 мл) та реосорбілактом (200 мл). Впродовж першого тижня лікування пацієнт відмітив покращення самопочуття, зменшення задишки, кволості, збільшення працездатності. Після закінчення лікування хворий скарг не виявляв, почував себе добре, працездатність відновлена повністю.

Залучення до комплексної терапії алкогольного стеатогепатиту методів екстракорпоральної детоксикації, зокрема, плазмаферезу, призводить до швидкої корекції синдрому цитолізу, холестазу, нормалізації показників гемограми, гіперліпідемії зі зниженням даних показників, покращенням соматичного статусу хворого та функціональних проб печінки.

**Безрук Т.О.**

## **ВІКОВІ ДЕТЕРМІНАНТИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У КОМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

За даними багатьох дослідників, при хронічному пієлонефриті (ХП) визначаються зміни як з боку клітинної ланки імунітету, так і гуморальної ланки та з боку неспецифічних факторів захисту (Л.В. Кузнецова, В.Д. Бабаджан, Н.В. Харченко та ін., 2013). Переважно це зниження загальної кількості лімфоцитів, Т-клітин, збільшення рівня імуноглобулінів, ЦК, стимуляція фагоцитарної активності (М.О. Колесник, 2011). Вказані зміни викликаються не тільки особливостями патогенезу захворювання, але й різними схемами лікування хворих на ХП.

Імунологічні дослідження проводили у 94 хворих (72 хворих на ХП із супутніми ураженнями системи травлення – основна група) та контрольної групи (22 хворих на ХП без супутньої патології системи травлення). Оцінювали імунологічні показники: стан імунокомпетентних клітин крові; стан клітинної ланки імунітету; стан гуморальної ланки імунітету; стан факторів неспецифічної резистентності; інтегрована, поєднана оцінка за даними імунологічних індексів.

В обстежених хворих визначені певні вікові зміни в формі імунної відповіді на поєднане загострення процесів у видільній та травній системах. Так, у хворих молодого віку визначалось більш суттєве підвищення кількості лейкоцитів за рахунок нейтрофілів та моноцитів (порівняно із іншими віковими групами,  $p < 0,05$ ). Відносна кількість О-лімфоцитів була значно вищою у цій групі хворих на ХП молодого віку. У них же кількість ЦК була вірогідно вищою, вищим був і рівень імуноглобулінів класів А та G. Найбільш суттєвими були зниження Т-клітин, Т-хелперів, активних Т-лімфоцитів у групі хворих молодого віку. У пацієнтів зрілого віку визначались більш суттєві підвищення рівня паличкоядерних нейтрофілів, рівень В-клітин був найбільш високим у хворих зрілого віку. В цій же групі вищим був рівень імуноглобулінів класу G. Рівні імуноглобулінів також були вірогідно різними у вікових групах порівняно із практично здоровими особами. Зокрема, у хворих літнього віку визначались вірогідне збільшення еозинофілів у периферичній крові (порівняно