

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Таким чином, комбіноване застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною діями (антралю, тіотриазоліну, аевіту, аскоцину) покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників про-й антиоксидантної систем крові даної категорії хворих.

Єременчук І.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІН'ЕКЦІЙНИХ ФТОРХІНОЛОНІВ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ЗА КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Оцінити клінічну ефективність застосування ін'екційних фторхінолонів в інтенсивній фазі хіміотерапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

У відкрите рандомізоване дослідження включено 57 хворих (74,3 % чоловіків, 25,7 % жінок) віком від 20 до 76 років. Після отримання тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) хворих віднесено до 4-ї категорії, підкатегорії 4.1 (протокол № 1091 від 21.12.12 р.). Усім хворим в інтенсивну фазу лікування у режимі хіміотерапії, згідно клінічного протоколу № 1091, у перший місяць лікування призначали ін'екційні форми респіраторних ФХ: левофлоксацин (Lfx), гатифлоксацин (Gfx) та моксифлоксацин (Mfx).

Оцінку індивідуальних режимів хіміотерапії за клінічно-лабораторними показниками проводили через 1 міс. після завершення застосування ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління. Аналіз отриманих даних показав, що у динаміці лікування при призначенні ін'екційного ФХ Mfx в схемах хіміотерапії (через 1 міс.) спостерігали припинення бактеріовиділення у 62,7% пацієнтів і воно залишалося стабільним, при призначенні Gfx в 59,1% випадків припинилося бактеріовиділення і, відповідно, при застосуванні Lfx – у 37,3% осіб.

Нормалізацію показників загального аналізу крові у групах з призначенням Lfx, Mfx та Gfx через 1 місяць лікування відмічено відповідно у 34,8%, 35,8 % та 37,9% осіб. Відсутність основних клінічних проявів через 1 місяць лікування при призначенні Lfx спостерігалось в 52,2% осіб, Gfx - у 57,9% випадків, відповідно Mfx – у 59,2%.

Проведений порівняльний аналіз ефективності ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління у пацієнтів із МРТБ продемонстрував вірогідно вищу ефективність препаратів 4-ої генерації. При порівнянні ФХ 4-го покоління гатифлоксацину та моксифлоксацину різниця показників ефективності дії є незначною (припинення бактеріовиділення у 59,1% та 62,7% випадків відповідно), але він поступився моксифлоксацину за рахунок прояву побічних реакцій у вигляді флебітів – 5,9% випадків, артралгій – 8,1% та фотосенсибілізації – 86%. Слід врахувати ще й той факт, що гатифлоксацин має найвищий показник зв'язування з білками крові (що нижчий цей показник (найнижчий у моксифлоксацину та левофлоксацину), то гірша дифузія ФХ у тканини і внутрішньоклітинно), що не вигідно вирізняє цей препарат серед інших ФХ.

Отже, у хворих на МРТБ легень моксифлоксацин виявив найбільш високий клінічний ефект та задовільну переносимість у складі комплексних режимів хіміотерапії, що дозволило підвищити ефективність лікування та комплаєнтність у пацієнтів досліджуваної групи.

Кадельник Л.О., Денисенко О.І., Мойсюк С.В., Крайс О.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

За даними сучасних досліджень, псоріаз – мультифакторний хронічний імунозалежний дерматоз, який характеризується активацією та порушенням проліферації кератиноцитів з розвитком запальних процесів у шкірі, а також можливим залученням у патологічний процес нігтів, суглобів, внутрішніх органів. За даними різних авторів, частка псоріазу становить 12-15% від загальної кількості захворювань шкіри. В Україні нараховують приблизно 1,5 млн. хворих на псоріаз. Зважаючи на поширеність та можливий системний характер дерматозу, особливо актуальним є вибір ефективних методів лікування псоріазу залежно від стадії процесу, поширеності та інших клінічних особливостей перебігу даного захворювання.

Сучасні терапевтичні методи терапії псоріазу можна розділити на три основні категорії: топічні препарати, системні засоби, фототерапія. Останнім часом все ширшого застосування набувають фототерапевтичні методи лікування псоріазу. Для лікування псоріазу використовують різну довжину УФ хвиль (діапазон А та В): УФВ-терапія, УФА/Б-терапія, фотохіміотерапія (ПУВА). Фотохіміотерапія поєднує первинне системне застосування препаратів з групи фотосенсибілізаторів з подальшим призначенням сеансу УФ фототерапії. Спочатку застосовували широкопалітне УФ випромінювання з довжиною хвилі 280-315 нм для лікування псоріазу.

З 80-х років минулого століття для фототерапії частіше використовували більш вузький спектр УФВ. Таким чином, з'явився термін "селективна УФ-терапія (СУФТ)", який використовували для опису застосування різних компонентів фототерапії. Надалі термін СУФТ використовується для позначення використання поліхромних пучків світла з довжиною хвилі 300-320 нм. Вузькосмугова УФВ терапія стала



можливою з розвитком флуоресцентних труб з піком випромінювання близько 311 нм. В останні роки з появою ексимерних лазерів були розроблені обладнання з випромінюванням монохроматичного світла УФВ (λ-308 нм). Після створення псоралену - першого фотосенсибілізатора для лікування псоріазу, з'явився термін фотохіміотерапія. Для фотохіміотерапії застосовують УФА випромінювання (315-400 нм). Псорален може застосовуватися системно-перорально (ПУВА-терапія), або топічно – у вигляді ванн або крему. Механізм дії фототерапії полягає в тому, що фототерапія запускає різні біологічні ефекти, які полягають в основі клінічної дії при лікуванні псоріазу. Протизапальна дія фототерапії пов'язана зі зниженням рухливості антиген-презентуючих клітин Лангерганса, пригнічення активації Т-лімфоцитів, а також пригнічення індукції апоптозу активованих Т-лімфоцитів. Крім того, фототерапія знижує епідермальну гіперпроліферацію і пригнічує взаємодію ДНК кератиноцитів. ПУВА негативно впливає на синтез ДНК. Показами до застосування методів фототерапії при псоріазі є як легка форма псоріазу, так і середньоважка та важка форма псоріазу. Побічні ефекти від фототерапії можуть виникнути лише у випадку одночасного призначення хворим на псоріаз фотодинамічних препаратів (тетрациклінів та ін.), вживання фотодинамічних продуктів та добавок (петрушка, цикламата тощо). Слід зазначити, що рекомендована початкова доза та поступове збільшення доз опромінення при методах фототерапії, окрім клінічних особливостей дерматозу, визначаються також типом шкіри хворих на псоріаз.

Таким чином, фототерапія – це перспективний напрямок у лікуванні псоріазу, завдяки доступності та безпеці застосування, можливості призначення вагітним та дітям, а також встановленій ефективності при різному клінічному перебігу даного дерматозу.

Карвацька Ю.П.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНІ (ВУЛЬГАРНІ) ВУГРИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вульгарні вугри (*Acne vulgaris*) представляють одну з найбільш актуальних проблем сучасної дерматології. Значна поширеність вугрової хвороби серед осіб юнацького і молодого працездатного віку, локалізація висипу на відкритих ділянках шкіри, хронічний рецидивуючий перебіг дерматозу є причиною погіршення якості життя пацієнтів, що в цілому і визначає важливе медико-соціальне значення даного дерматозу. Аналіз динаміки кількості хворих на вугри звичайні (вульгарні) у структурі пацієнтів, госпіталізованих у стаціонарні відділення Чернівецького ОШВД показав, що упродовж останніх 3-х років у Чернівецькій області відзначається тенденція до збільшення частки хворих на вугри звичайні.

Встановлено, що вульгарні вугри – це мультифакторний хронічний дерматоз. За даними літератури, однією з причин ініціювання та підтримання хронічного характеру ураження шкіри людини є захворювання травного каналу, а саме дисбіотичних його порушень. Кишкова мікрофлора є важливим органом, який у вигляді піни вкриває всю поверхню кишечника, причому кількість та різноманіття видів мікроорганізмів прогресивно збільшується від його верхніх до нижніх відділів. Мікробіоценоз кишечника – це мікроекологічна система, що еволюційно склалася, в якій мікрофлора з певним видовим складом знаходиться у стані динамічної рівноваги й відповідає поняттю норми. Зміна кількісного та якісного складу кишкових мікроорганізмів прийнято визначати як кишковий дисбіоз. При дисбіозі відбувається зниження корисних властивостей нормальної мікрофлори: зниження імуностимуляційної функції, місцевого імунітету, біосинтетичної діяльності, детоксикаційної функціональної здатності і, зрештою, травної діяльності.

Біологічні бактерійні препарати, що застосовують як для корекції мікробіоти кишечника так і для лікування дисбіозу поділяють на пробіотики, пребіотики, синбіотики. Існують вимоги до мікроорганізмів, що використовуються у якості пробіотиків і результати клінічних досліджень свідчать, що саме полікомпонентні комбіновані пробіотичні препарати є найбільш ефективними. Отже, з'ясування патогенетичних ланок вульгарних вугрів з метою розробки високоефективних, патогенетично обґрунтованих методів їх лікування є однією з найбільш актуальних задач сучасної дерматології, що і визначає актуальність проведених наукових досліджень.

Метою роботи було визначити показники мікробіотики кишечника хворих на вульгарні вугри з супутніми латентними захворюваннями гепатобіліарної системи та кишечкового тракту та визначити ефективність впливу мультикомпонентних комбінованих пробіотиків на зміни в мікробіоті кишківника.

З цією метою проведено клінічне та лабораторне обстеження 38 хворих на вульгарні вугри віком від 18 до 27 років. Серед обстежених було 23 юнаки та 15 дівчат, з яких 29 осіб проживають в умовах міста, а 9 – мешкають у сільській місцевості Чернівецької області (Північної Буковини). У всіх обстежених пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг із тривалістю вульгарних вугрів від 5 місяців до 7 років. У 32 (84,2%) пацієнтів діагностовано дерматоз легкого та середнього ступеню тяжкості і у 6 (15,8%) пацієнтів процес набував тяжкого перебігу з утворенням конглобатних вугрів із подальшим формуванням рубцевих змін шкіри. З анамнезу відомо, що у 21 (55,26%) пацієнта були перенесені захворювання органів травлення, а в інших спостерігалися періодичні скарги на порушення функцій шлунково-кишкового тракту. На момент обстеження і лікування у дерматолога активних проявів захворювань органів травлення у взятих на облік пацієнтів виявлено не було.



Зважаючи на наявність в анамнезі хворих на вульгарні вугри порушень з боку кишкового тракту, при обстеженні таких пацієнтів було проведено визначення стану мікробіоценозу кишечника за загальновідомою методикою. При проведенні бактеріологічного аналізу калу у 38 хворих на вульгарні вугри лише у п'ятій частині пацієнтів (23,7% – 9 хворих) результат підтвердив наявність нормофлори в кишківнику. Разом з тим, у 29 (76,3%) пацієнтів виявлено відхилення з боку показників кишкової флори (зменшення абсолютної кількості лакто- та біфідобактерій), причому у половини (51,7%) з них, відмічаються зміни двох і більше досліджуваних показників, а у одного пацієнта (6,6%) були зміни по шести досліджуваних показниках. У семи (18,42%) пацієнтів спостерігали активний ріст *Candida albicans*, що не є характерним для нормальної мікрофлори кишечника і потребує додаткової корекції. У 11 пацієнтів при виявленні змін показників мікробіоти кишечника до базової терапії було приєднано полікомпонентні комбіновані пробіотичні Симбітер чи Лактомун. У результаті лікування у 3 (27,3%) пацієнтів відмічалася нормалізація мікрофлори, у половини (у 6 осіб – 54,5%) – спостерігалася тенденція до нормалізації деяких показників мікробіоти і лише у 2 пацієнтів (18,2%) не зареєстровано суттєвих змін показників мікрофлори кишечника.

Таким чином, у всіх обстежених хворих на вульгарні вугри із супутніми латентними захворюваннями кишкового тракту виявлено зміни мікрофлори кишечника. Різні ступені змін показників мікробіоценозу кишечника у хворих на вульгарні вугри вказує на доцільність проведення бактеріологічного дослідження калу на предмет дисбіозу, що в подальшому повинно бути враховано при призначенні хворим на вульгарні вугри з наявністю супутніх змін мікробіоти кишкового тракту диференційованої терапії з використанням полікомпонентних комбінованих пробіотичних препаратів. Встановлено, що застосування в комплексному лікуванні хворих на вульгарні вугри мультипробіотиків дозволяє досягнути позитивного ефекту в лікуванні виявлених дисбіозів у зазначених пацієнтів.

Мигайлюк Л.Д.

ТИРЕОЇДНА АКТИВНІСТЬ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

*Кафедра фізіотерії та пульмонології,
Буковинський державний медичний університет*

На сьогодні не викликає сумніву, що в патогенезі пневмонії важливу роль відіграють порушення місцевого імунітету, розлади загальної імунологічної реактивності, зрив адаптаційних механізмів регуляції. Значну роль у регуляції механізмів адаптації та імуногенезу відіграє функціональна активність щитоподібної залози (ЩЗ).

Мета дослідження - вивчити тиреоїдну функцію у хворих на позагоспітальну пневмонію.

В основу клінічного дослідження покладено комплексне вивчення і спостереження за 37 пацієнтами із позагоспітальною пневмонією (ПП). За даними анамнезу пацієнти не мали захворювань ЩЗ у минулому. Дизайн дослідження відповідав відкритому порівняльному рандомізованому спостереженню. Вміст ТТГ у плазмі крові визначали з використанням набору реагентів ТТГ-ІФА (ООО „Хема-Медика”, Росія), з показниками нормальних величин від 0,3 до 4,0 мМО/л і межею чутливості – 0,12 мМО/л. Для дослідження вмісту ВТГ використовували набори реагентів вТ3-ІФА та вТ4-ІФА (ООО „Хема-Медика”, Росія). Нормальні показники для вТ₄ становили – 12-18 пмоль/л, для вТ₃ – 2,5-5,8 пмоль/л. Чутливість методу складала 1,2 пмоль/л для вТ₄ і 0,2 пмоль/л для вТ₃.

Тиреоїдна дисфункція виникає як наслідок комплексної дезінтеграційної дії на структурно-метаболический гомеостаз патологічних процесів пов'язаних з наявними етіологічними причинами інфільтративних змін у легеневій паренхімі. Результати дослідження показали, що тиреоїдна дисфункція у хворих з пневмонічними змінами у легенях не стільки залежить від природи бактеріального збудника, а у більшій мірі, від ступеня поширеності інфільтративних змін та ступеня метаболічної імунодепресії у цілому, про що свідчать отримані нами показники тиреоїдної активності при розвитку ПП. Тиреоїдна дисфункція, що формується, здатна ускладнювати перебіг пневмонії, провокуючи недостатність природного протиінфекційного захисту, що обтяжує перебіг хвороби й подовжує терміни одужання.

При пневмонічних інфільтративних змінах у легенях мають місце істотні множинні зміни тиреоїдного гомеостазу, які носять різноспрямований характер і свідчать про приховані порушення функції ЩЗ. Дезадаптаційний тиреоїдний синдром супроводжується зниженням рівня тироксину (у 75,3% випадків), гіпертрийодтироніемією (у 89,9%), вірогідним зростанням периферійної конверсії ВТГ на тлі послаблення тиреотропної функції гіпофіза (у 93,1% осіб). Компенсаторна реакція підтримання тиреоїдного гомеостазу відбувається за рахунок зсуву конверсії ВТГ у сторону трийодтироніну.

Мирилик О.В., Давиденко О.М.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СЕПТОЛЕТЕ ТА СЕПТЕФРІЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Буковинський державний медичний університет*

Вивчали клінічну ефективність застосування препаратів септефрїлу та септолете, з місцевою антисептичною дією в лікуванні хворих на ГРВІ.

Обстежено 26 хворих із середньотяжким перебігом ГРВІ віком 18-35 років. Осіб чоловічої статі було 10, жіночої – 16. Пацієнти були розподілені на три групи: I група - налічувала 10 пацієнтів, друга – 12, контрольна – 6



осіб. Всі групи були рандомізовані за статеві-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання. Всі хворі отримували базисну терапію: амізон, аспірин, нафтизин, діазолін, аскорутин. Пацієнти I групи додатково отримували септолете по 1 пастильці 6 разів на добу, II групи – септефрїл по I табл. 4 рази на добу.

Всім пацієнтам проводились традиційні клінічні дослідження (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження, загально клінічні лабораторні та серологічні обстеження). При госпіталізації пацієнти всіх груп скаржилися на загальну слабкість, головний біль, першіння та біль в горлі при ковтанні, сухість в роті, нежить, підвищення температури тіла. При дослідженні ротоглоткового секрету у пацієнтів всіх груп було встановлено підвищення вмісту нейтрофільних лейкоцитів до $23,0 \pm 0,05$, лімфоцитів до $7,0 \pm 0,02$ та зниження епітеліоцитів до $72,0 \pm 0,03$.

В процесі лікування пацієнти I групи відмічали суб'єктивне покращення (зникнення відчуття першіння та болю в горлі) вже з I-го дня лікування, чого не спостерігалось серед хворих II та контрольної груп. Крім того, пацієнти I-ої групи відмічали усунення неприємного запаху із рота вже з перших днів лікування. Пацієнти I групи відмічали полегшення відходження слизового секрету з верхніх дихальних шляхів вже на 2-3 день лікування, чого не спостерігалось серед хворих інших груп. Ступінь вираженості сухості слизової оболонки носоглотки зменшувався в процесі лікування у хворих всіх груп. Однак слід відмітити, що серед пацієнтів які приймали септолете цей симптом зникав вже на 3-4-й день на відміну від хворих інших груп у яких дані явища зберігалися на 2-3 дні довше. При об'єктивному обстеженні хворих з ГРВІ вираженість гіперемії слизової оболонки ротоглотки стійко зменшувалася або була практично відсутня до 5-го дня лікування у пацієнтів контрольної групи, а в групах порівняння відповідно на 3-4-й день. При дослідженні вмісту формених елементів на 4-й день лікування було встановлено, що на фоні прийому септолете відбулося вірогідне зниження числа нейтрофільних лейкоцитів до $12,6 \pm 0,2$ у ротоглотковому секреті, лімфоцитів до $3,9 \pm 0,1$ і збільшення кількості епітеліальних клітин до $78,0 \pm 0,4$, чого не спостерігалось у пацієнтів інших груп.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивну динаміку клінічного перебігу ГРВІ на тлі призначення препаратів з місцевою антисептичною дією. Призначення в комплексному лікуванні хворих на ГРВІ септолете прискорює клінічне одужання, підсилює імунні механізми місцевого захисту слизової оболонки ротоглотки; швидше усуває больові симптоми.

Рандюк Ю.О., Сокол А.М.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕОВІРУ У КОМБІНАЦІЇ З РИБАВІРИНОМ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Буковинський державний медичний університет*

Гепатит С (ГС) є найбільш розповсюдженою у світі хворобою печінки. За різними оцінками на Земній кулі вірусом гепатиту С (HCV) інфіковано від 250 млн. до 1 млрд. осіб. Гепатит С у 70 % випадків є причиною хронічного ураження печінки, у 40% – термінальних стадій цирозу, у 60% – гепатоцелюлярної карциноми. Згідно прогнозів ВООЗ у найближчі 10 – 20 років смертність від HCV-інфекції та її наслідків збільшиться в 3 рази і значно перевищить цей показник при ВІЛ-інфекції, а хронічний гепатит С (ХГС) стане головною проблемою національних органів охорони здоров'я більшості країн світу.

Наразі найбільш ефективними засобами етіотропної терапії ХГС вважаються пегільовані інтерферони у комбінації з препаратом прямої противірусної дії рибавірином, які призначаються курсом 24 чи 48 тижнів. За відсутності етіотропного ефекту це лікування доповнюють ще одним препаратом прямої противірусної дії із групи інгібіторів протеаз – впродовж 12 тижнів. Однак призначення пегільованих інтерферонів, як основного засобу етіотропної терапії, не завжди можливе зважаючи на їх високу вартість, низку протипоказів та великий спектр побічних реакцій. У зв'язку з цим є необхідність пошуку інших схем лікування із застосуванням лікарських засобів подібної до препаратів інтерферону дії, однак дешевших, зі значно меншим спектром побічних реакцій та протипоказів.

Метою роботи було вивчення ефективності застосування індуктора ендogenous інтерферону неовіру у комбінації з препаратом прямої противірусної дії рибавірином, як альтернативного методу етіотропної терапії хронічного гепатиту С.

З лютого 2013 року по вересень 2013 року проведено клінічне та лабораторне обстеження 20 пацієнтів з хронічною HCV-інфекцією. Обстежуваних розділено на 2 групи. До першої групи увійшло 10 пацієнтів, які отримували лише патогенетичне лікування, до другої – 10 хворих, у яких патогенетичне лікування було доповнене індуктором ендogenous інтерферону неовіру в комбінації з противірусним препаратом рибавірином. У всіх пацієнтів на початку спостереження та через 1-3-6 місяців визначали показники активності цитолітичних ферментів у сироватці крові та вірусного навантаження.

На початку спостереження у пацієнтів обох груп середні значення показників активності цитолітичних ферментів АлАТ та АсАТ у сироватці крові були майже однаковими і, відповідно, склали $155,7 \pm 10,9$ Од/л і $76,8 \pm 5,1$ Од/л у першій та $156,1 \pm 11,9$ Од/л і $79,5 \pm 5,3$ Од/л у другій групі. Показники вірусного навантаження на початку спостереження також суттєво не відрізнялися і в середньому становили $1,48 \times 10^6$ коп/мл у першій та $1,39 \times 10^6$ коп/мл у другій групі. У пацієнтів першої групи при дослідженні через 1, 3 та 6 місяців від початку спостереження активність цитолітичних ферментів у сироватці крові хоча і змінювалася, проте середні показники суттєво не відрізнялися від початкового рівня.