

Р. В. Разумный

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, стеатоз печени, медицинская реабилитация, фитопрепараты.

Использование комбинированного фитопрепарата имупрета в медицинской реабилитации больных негоспитальной пневмонией в сочетании со стеатозом печени является эффективным, о чем свидетельствует ликвидация Т-лимфопении, дисбаланса основных регуляторных субпопуляций Т-клеток, нормализация функциональной активности Т-лимфоцитов по данным РБТЛ, а также нормализация фагоцитарных показателей, которые характеризуют функциональное состояние МФС.

R. V. Razumnyy

EFFECTIVENESS OF HERBAL REMEDIES IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN COMBINATION WITH HEPATIC STEATOSIS

Keywords: community acquired pneumonia, hepatic steatosis, medical rehabilitation, herbal.

Using combined phytopreparation imupret in medical rehabilitation of patients with community acquired pneumonia in combination with hepatic steatosis is effective, as evidenced by the elimination of T-lymphopenia, imbalance of the main regulatory subpopulations of T-cells, the normalization of the functional activity of T-lymphocytes according blasttransformation reaction test and normalization of phagocytes indicators that characterize the functional state of monofagocities cells.



УДК: 612.13:[616.24-002+616.36-003.826]:615.37

ВПЛИВ ДЕРИВАТИВ ДРІЖДЖОВОЇ РИБОНУКЛЕЇНОВОЇ КИСЛОТИ В КОМБІНАЦІЇ З МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИМ ПРЕПАРАТОМ ГЕПА-МЕРЦ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

- М. В. Труняков, ас. каф. інф. хвор. з епідем.
- ДЗ «Луганський державний медичний університет»

В умовах великих промислових регіонів, зокрема Донбасу, які характеризуються високим рівнем забруднення довкілля, викидами та відходами промислових підприємств хімічної, металургійної, коксохімічної, гірновугільної галузей важкої індустрії, відзначається підвищений рівень захворюваності на хронічну патологію гепатобіліарної системи (ГБС), з якою досить часто сполучається хронічний токсичний гепатит (ХТГ) [4, 5, 14]. Встановлено, що виникнення ХТГ у теперішній час обумовлено не тільки гепатотропним впливом токсичних агентів в умовах промислового виробництва, але й також поширеним застосуванням консервантів та барвників синтетичного походження у харчовій промисловості, частим вживанням лікарських засобів, які є ксенобіотиками та метаболізуються у печінці й негативно впливають на її функціональний стан [1, 18, 19].

У сучасних умовах питому вагу в структурі хронічної патології бронхопульмональної системи займає також хронічне необструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [13, 17]. За даними клініко-епідеміологічних досліджень, ХОЗЛ вельми часто сполучається з ХТГ. Клінічний досвід показує, що наявність хронічної фонової патології, зокрема такої як ХОЗЛ, у хворих з ХТГ, обумовлює не тільки розмаїття клінічної картини захворювання, але, крім того, має негативний вплив на перебіг патологічного процесу в гепатобіліарній системі [8].

Вивчення патогенетичних особливостей токсичних уражень печінки, що перебігають на тлі ХОЗЛ, та розробка раціональних підходів до лікування даної патології має суттєве значення для практичної медицини. При розробці раціональної програми лікування хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ нашу увагу привернула можливість застосування комбінації препарату природнього походження нуклеїнату [12] та метаболічно активного засобу Гепа-мерц [3]. Раніше нами вже відзначалась ефективність сучасного імуноактивного препарату комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц при проведенні імунокорекції хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, зокрема позитивна дія на показники клітинної ланки імунітету і рівень циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад [15, 16]. Тому було актуальним і перспективним проаналізувати можливий позитивний вплив комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц на інші патогенетичні ланки ХТГ на тлі ХОЗЛ, а саме інтерфероновий статус (ІФС) хворих з даною сполученою патологією.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Робота виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: "Клініко-патогенетична характеристика та лікування хворих на хронічний токсичний гепатит, поєдна-

ний з хронічним обструктивним захворюванням легень" (№ держреєстрації 0113U004378).

Мета дослідження – вивчення впливу комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц на динаміку показників ІФС.

Матеріали та методи дослідження

Було досліджено 65 хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ у віці 25-56 років. Серед обстежених чоловіків було – 42 (64,6 %), жінок – 23 (35,4 %). Більшість з них знаходилися на обстеженні та лікуванні у спеціалізованому гастроентерологічному денному стаціонарі, або проходили курс лікування в амбулаторних умовах. Усі обстежені постійно проживали в умовах крупного промислового регіону Донбасу з високим рівнем забруднення навколишнього середовища, що негативно впливало на стан їхнього здоров'я [18]. Для реалізації мети роботи обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (32 особи) та групу зіставлення (33 хворих), які були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу ХТГ та ХОЗЛ.

Хворі на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, обох груп отримували загальноприйнятту терапію ХТГ згідно стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.). Крім того, хворі основної групи в ході лікування отримували додатково нуклеїнат по 500 мг (2 капсули) 2-3 рази на день протягом 20-25 днів поспіль та Гепа-мерц внутрішньо по 1 пакетик гранулята, попередньо розчинений у 200 мл рідини, 2-3 рази на день.

Нуклеїнат зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/2885/01/02) та дозволений до клінічного застосування (Наказ МОЗ України № 573 від 18.08.2006 р.) в якості лікарського препарату [12]. Нуклеїнат – це біологічно активний екстракт дріжджової РНК, що виявляє виражену імунотропну активність [6, 7]. В основі фармакотерапевтичних ефектів нуклеїнату лежать такі метаболічні механізми: стимулювання процесів клітинного метаболізму, посилення біосинтезу ендогенних нуклеїнових кислот, специфічних протеїнів та ферментів; посилення мітотичної активності клітин кісткового мозку, прискорення процесів репаративної регенерації; підвищення енергозабезпечення клітин шляхом стимулювання синтезу макроергічних сполук, зокрема АТФ; нормалізація НО-синтезної активності, інгібування окисних процесів у клітинних біомембранах, позитивний вплив на агрегацію тромбоцитів *in vitro* [7], що свідчить про чітко виражену протизапальну дію препаратів нуклеїнових кислот [6].

Гепа-мерц зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/0039/02/01) й дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 686 від 27.11.2008 р.) в якості лікарського препарату [3]. Гепа-топротекторна дія Гепа-мерц зумовлена біогенною активністю амінокислот орнітину та аспартату. Діюча речовина препарату бере участь в орнітиновому циклі сечовиноутворення Кребса, сприяє продукції інсуліну, знижує рівень аміаку у плазмі та в цілому підвищує гепатопротекторну активність печінкової паренхіми [3].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, всім хворим у перші та останні 1-2 дні перебування у стаціонарі здійснювали дослідження показників ІФС. Дослідження концентрації α - та γ -ІФН проводили мікрометодом [11] на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі імуноферментному аналізаторі PR 2100, за допомогою сертифікованих в Україні тест-систем виробництва НПО «Диагностические системы» (РФ – Н. Новгород). Результати дослідження були зіставлені з показниками ІФС крові при обстеженні 32 практично здорових осіб, тожних за віком і статтю.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 64 3200+ за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Stadia 6.1/prof та Statistica 5.5), при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях [9, 10].

Результати дослідження та їх обговорення

При проведенні імунологічного дослідження було встановлено, що до початку проведення лікування у хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, які були під спостереженням, визначалися різноспрямовані зсуви з боку сироваткового α -ІФН. Так, у 6 (16 %) хворих основної групи та у 5 (14 %) пацієнтів групи зіставлення рівень α -ІФН у сироватці крові був помірно підвищений, у 8 (21 %) пацієнтів основної та 7 (19 %) групи зіставлення – в межах норми та у 24 (63 %) осіб основної групи та 24 (67 %) групи зіставлення рівень α -ІФН був знижений. Сумарно рівень α -ІФН у сироватці крові був у середньому в 1,37 разів нижче норми в основній групі ($16,1 \pm 1,7$ пг/мл; $P < 0,05$) та в 1,36 разів – у групі зіставлення ($16,3 \pm 1,6$ пг/мл; $P < 0,05$) (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ до початку лікування ($M \pm m$), пг/мл

Вміст ІФН	Норма	Групи хворих		P
		основна (n = 38)	зіставлення (n = 36)	
α -ІФН	$22,1 \pm 0,9$	$16,1 \pm 1,7^*$	$16,3 \pm 1,6^*$	$> 0,05$
γ -ІФН	$18,6 \pm 0,8$	$12,6 \pm 0,6^*$	$12,8 \pm 0,7^*$	$> 0,05$

Примітка: в табл. 1, 3 вірогідність різниці показників врахована між показником групи та нормою при $P < 0,05$ – *; стовпчик P віддзеркалює вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

Концентрація γ -ІФН у сироватці крові пацієнтів основної групи становила в середньому ($12,6 \pm 0,6$) пг/мл, що було в 1,48 разів менше ніж у контролі ($P < 0,05$), у пацієнтів групи зіставлення значення цього ІФН дорівнювали ($12,8 \pm 0,7$) пг/мл, що було менше відповідних значень у практично здорових осіб у 1,45 разів ($P < 0,05$). Отже, одержані дані свідчать про вірогідне зниження вмісту як

Таблиця 2
Градації γ -ІФН до початку лікування у хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ

Градації γ -ІФН (пг/мл)	Групи хворих	
	основна (n = 38)	зіставлення (n = 36)
11,6-11,8	2/5,3	3/8,3
11,9-12,1	3/7,9	2/5,6
12,2-12,4	4/10,5	3/8,3
12,5-12,7	7/18,4	8/22,2
12,8-13,0	11/28,9	9/25,0
13,1-13,3	6/15,9	6/16,7
13,4-13,6	4/10,5	4/11,1
13,7-13,9	1/2,6	1/2,8

Примітка: у табл. 2, 4 у чисельнику – абсолютна кількість хворих; у знаменнику – відносна (у %) щодо загального числа пацієнтів у кожній групі.

α -ІФН, так і γ -ІФН у сироватці крові хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, до початку проведення лікування, що свідчить про пригнічення ІФС обстежених пацієнтів у цілому (рис. 1).

Для більш детальної характеристики γ -ІФН до початку лікування ми наводимо одержані дані із застосуванням методу градацій (табл. 2). Як видно з цієї таблиці, максимальна кількість градацій даного показника відноситься до значень від 12,5 пг/мл до 13,3 пг/мл, а саме у 24 пацієнтів (63,3 %) основної групи та 23 осіб (63,9%) групи зіставлення. Таким чином, одержані дані свідчать про однотиповість сформованих груп в імунологічному плані.

Призначення лікування пацієнтам із ХТГ на тлі ХОЗЛ сприяло позитивній динаміці клінічних проявів хвороби.

В обстежених хворих спостерігалось зниження виразності загальноінтоксикаційного, гепатомегалічного та астено-невротичного синдромів, причому у більшій частині обстежених основної групи вказані клінічні прояви зникали до моменту виписки із стаціонару. При повторному проведенні дослідження показників ІФС в основній групі хворих встановлена їх позитивна динаміка. Дійсно, після завершення основного курсу лікування, в основній групі хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, було відмічено підвищення концентрації як α -ІФН, так і γ -ІФН до меж норми (таблиця 3).

Таблиця 3
Вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ після завершення лікування ($M \pm m$), пг/мл

Вміст ІФН	Норма	Групи хворих		P
		основна (n = 38)	зіставлення (n = 36)	
α -ІФН	22,1 \pm 0,9	21,8 \pm 0,6	17,9 \pm 0,7*	< 0,05
γ -ІФН	18,6 \pm 0,8	18,3 \pm 0,25	15,2 \pm 0,5*	< 0,01

Так, у хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, які отримували комбінацію препарату нуклеїнових кислот нуклеїнату та метаболічно активного засобу Гепа-мерц, рівень α -ІФН досяг значення (21,8 \pm 1,6) пг/мл, що вірогідно не відрізнялося від показника норми (P > 0,1). У пацієнтів групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняту терапію, рівень α -ІФН досяг в середньому значення (19,1 \pm 1,5) пг/мл, що, однак, було в 1,23 рази менше значень норми (P < 0,05) та в 1,22 рази нижче, ніж у хворих основної групи (P < 0,05). Динаміка покращання рівня

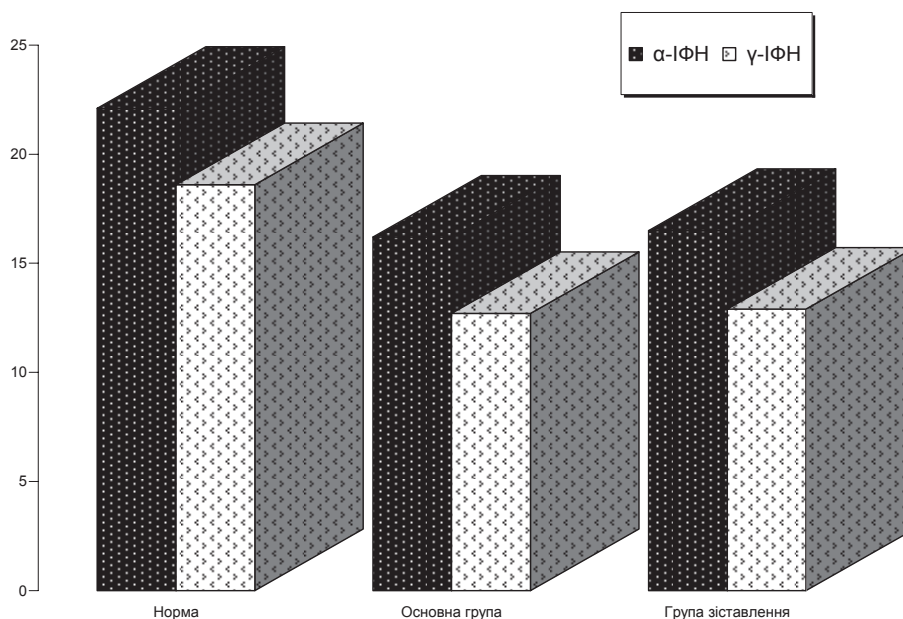


Рис. 1. Вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові хворих ХТГ на тлі ХОЗЛ до початку проведення лікування

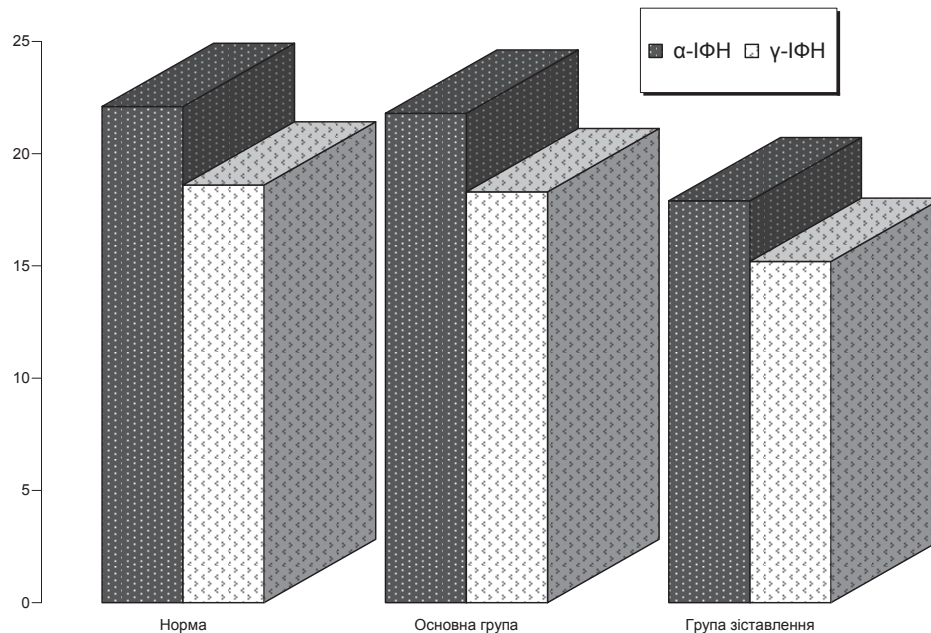


Рис. 2. Вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові хворих ХТГ на тлі ХОЗЛ після лікування

γ -ІФН у обстежених хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ основної групи та групи зіставлення також була різною. Рівень γ -ІФН у осіб основної групи збільшився у динаміці лікування та досяг значення $(18,3 \pm 0,25)$ пг/мл, що дорівнювало меж норми. На момент завершення лікування із застосуванням загальноприйнятих препаратів у осіб групи зіставлення рівень γ -ІФН становив $(15,2 \pm 0,3)$ пг/мл, що було в 1,22 рази менше норми та в 1,2 разів нижчою, ніж вміст цього ІФН у хворих основної групи ($P < 0,05$) (рис. 2).

Для більш детальної характеристики вмісту γ -ІФН у сироватці крові обстежених хворих обох груп на момент завершення лікування було проведено індивідуальний аналіз даного показника з використанням методу градацій в обох групах: основній, в якій проводилося лікування з використанням комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц, та групи зіставлення, в якій лікування здійснювалося із застосуванням лише загальноприйнятої терапії. Порівняння одержав результатів щодо вмісту γ -ІФН у сироватці крові мало велике значення в плані аналізу можливого впливу комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц на даний показник, який до початку проведення лікування був вірогідно знижений в обох обстежених групах. Одержані результати відносно градацій вмісту γ -ІФН у сироватці крові були узагальнені у спеціальній таблиці (табл. 4).

З даних, наведених у табл. 4, видно, що у пацієнтів основної групи та групи зіставлення зовсім немає загальних градацій, усі значення даного індексу у пацієнтів основної групи знаходяться в межах градацій $(17,1-20,0)$ пг/мл, а у пацієнтів групи зіставлення – у межах $(14,1-17,0)$ пг/мл. Отже, використання методу градацій показує, що на момент завершення лікування жодне значення γ -ІФН у хворих основної групи не співпадає зі значеннями

цього показника у групі зіставлення. Це свідчить про істотні розбіжності ($P < 0,01$) даного показника у хворих основної групи та групи зіставлення, які досягнуті в ході лікування. Отже, застосування імуномаксу забезпечило відновлення вмісту γ -ІФН у сироватці крові, що свідчить про позитивний вплив комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц на ІФС хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ.

Таким чином, одержані дані свідчать, що проведення лікування із додатковим застосуванням комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ патогенетично обгрунтоване та клінічно ефективне, оскільки

Таблиця 4

Градації γ -ІФН після завершення лікування хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ

Градації γ -ІФН (пг/мл)	Групи хворих	
	основна (n = 38)	зіставлення (n = 36)
14,1-14,5	0	2/5,6
14,6-15,0	0	6/16,7
15,1-15,5	0	19/52,8
15,6-16,0	0	5/13,8
16,1-16,5	0	3/8,3
16,6-17,0	0	1/2,8
17,1-17,5	1/2,6	0
17,6-18,0	5/13,2	0
18,1-18,5	20/52,6	0
18,6-19,0	8/21,1	0
19,1-19,5	3/7,9	0
19,6-20,0	1/2,6	0

даний препарат сприяє як ліквідації клінічних проявів захворювання, так і нормалізації імунологічних показників, що характеризують ІФС організму, зокрема вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові.

Висновки

1. У хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ у гострому періоді хвороби мали місце порушення з боку ІФС, що характеризувалися зниженням у сироватці крові концентрації α -ІФН – у хворих основної групи в середньому в 1,37 разів, у пацієнтів групи зіставлення – в 1,36 разів та γ -ІФН – у пацієнтів основної групи в середньому в 1,48 разів, у осіб групи зіставлення – в 1,45 разів відносно норми.

2. Застосування комбінації нуклеїнату та Гепта-мерц при проведенні імунокорекції хворих з наявністю ХТГ

на тлі ХОЗЛ сприяє відновленню показників ІФС організму.

3. Одержані дані свідчать, що проведення лікування із додатковим застосуванням комбінації нуклеїнату та Гепта-мерц хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ патогенетично обґрунтоване та клінічно ефективне, оскільки даний препарат сприяє як ліквідації клінічних проявів захворювання, так і нормалізації імунологічних показників, що характеризують ІФС організму, зокрема вміст α -ІФН та γ -ІФН у сироватці крові.

4. У подальшому можна вважати доцільним продовжити дослідження щодо впливу нуклеїнату та Гепта-мерц на інші патогенетичні ланки ХТГ на тлі ХОЗЛ, зокрема його вплив на інтерферонпродукуючу активність мононуклеарів периферійної крові.

Література

1. Бабак О. Я. Лекарственно-индуцированные поражения печени: особенности выявления, постановки диагноза и ведения пациентов / О. Я. Бабак, Е. В. Колесникова // *Здоров'я України*. – 2012. – № 2. – С. 32-35.
2. Галактионов В. Г. Иммунология / В. Г. Галактионов. – М.: Нива России, 2000. – 488 с.
3. Гепта-мерц / Інструкція до клінічного застосування. Наказ МОЗ України № 686 від 27.11.2008 р.
4. Гончарик И. И. Клиническая гастроэнтерология / И. И. Гончарик. – Минск: Интерпрессервис, 2002. – 334 с.
5. Гріненко Н. Г. Хронічні токсичні гепатити / Н. Г. Гріненко, О. В. Купрашенко // *Журн. практ. лікаря*. – 2008. – № 5/6. – С. 53-54.
6. Земсков А. М. Иммунокорректирующие нуклеиновые препараты и их клиническое применение / А. М. Земсков, В. Г. Передерий, В. М. Земсков. – Київ: Здоров'я, 1994. – 232 с.
7. Компендиум 2007 – лекарственные препараты / под. ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. – [в 2-х томах] – Киев: Морион, 2007. – 986 с.
8. Крылов А. А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А. А. Крылов // *Клин. мед.* – 2000. – № 1. – С. 56-58.
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. Микрометод определения интерферонового статуса человека в пробах цельной крови / И. В. Дзюблик, Л. Д. Кривохатская, Е. П. Трофименко // *Лаб. диагн.* – 2001. – № 1. – С. 34-37.
12. Нуклеїнат. Інструкція до клінічного застосування. Затверджено Наказом МОЗ України № 573 від 18.08.2006 р.
13. Перцева Т. А. ХОЗЛ: современное состояние проблемы / Т. А. Перцева // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2010. – № 1. – С. 18-19.
14. Степанов Ю. М. Рациональная гепатология / Ю. М. Степанов, М. Я. Доценко, В. П. Мирошниченко. – Дніпропетровськ; Запоріжжя: Преса України, 2005. – 380 с.
15. Труняков М. В. Вплив комбінації препарату Гепта-мерц та нуклеїнату на показники клітинної ланки імунітету в хворих на хронічний токсичний гепатит на тлі хронічного обструктивного захворювання легень // *Проблеми екології, та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць*. – Київ; Луганськ; Харків. – 2013. – Вип. 2 (116). – С. 91-101.
16. Труняков М. В. Вплив комбінації нуклеїнату та Гепта-мерц на концентрацію циркулюючих імунних комплексів та їхній молекулярний склад у сироватці крові хворих на хронічний токсичний гепатит на тлі хронічного обструктивного захворювання легень // *Проблеми екології, та медич. генетики і клініч. імунології: зб. наук. праць*. – Київ; Луганськ; Харків. – 2013. – Вип. 3 (117). – С. 142-150.
17. Феценко Ю. И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю. И. Феценко // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2012. – № 2. – С. 6-8.
18. Фролов В. М. Токсические и медикаментозные поражения печени и их лечение / В. М. Фролов, Б. П. Романюк, А. М. Петруня. – Луганськ: изд-во ЛМН, 1994. – 102 с.
19. Харченко Н. В. Клиническая гастроэнтерология / Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, Н. Д. Опанасюк. – Киев: Здоров'я, 2000. – 448 с.
20. Chronic obstructive pulmonary disease diagnosis: The simpler the better? Not always / Di F. Marco, C. Tantucci, G. Pellegrino, S. Centanni // *Eur. J. Intern. Med.* – 2013. – № 24 (3). – P. 199-202.

Надійшла до редакції 29.11.2013

УДК: 612.13:[616.24-002+616.36-003.826]:615.37

М. В. Труняков

ВПЛИВ ДЕРИВАТИВ ДРІЖДЖОВОЇ РИБОНУКЛЕЇНОВОЇ КИСЛОТИ В КОМБІНАЦІЇ З МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИМ ПРЕПАРАТОМ ГЕПА-МЕРЦ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Ключові слова: хронічний токсичний гепатит, хронічне обструктивне захворювання легень, система інтерферону, Гепта-мерц, нуклеїнат, лікування.

Вивчений вплив препарату рибонуклеїнової кислоти нуклеїнату та метаболічно активного засобу Гепта-мерц на інтерфероновий статус (ІФС) хворих на хронічний токсичний гепатит (ХТГ), сполучений з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Встановлено, що у обстежених хворих з даною коморбідною патологією до початку лікування відзначалися пригнічення вмісту α - та γ -інтерферону у крові. Застосування нуклеїнату та Гепта-мерц в лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ забезпечує позитивну динаміку показників ІФС організму.

М. В. Труняков

ВЛИЯНИЕ ДЕРИВАТОВ ДРОЖЖЕВОЙ РИБОНУКЛЕИНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМБИНАЦИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ГЕПА-МЕРЦ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, хроническое обструктивное заболевание легких, интерфероновый статус, Гепа-мерц, нуклеинат, лечение.

Изучено влияние препарата рибонуклеиновой кислоты нуклеината и метаболически активного препарата Гепа-мерц на интерфероновый статус (ИФС) больных хроническим токсическим гепатитом (ХТГ), сочетанным с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ). Установлено, что у обследованных больных с данной коморбидной патологией до начала лечения отмечалось снижение α - и γ -интерферона в крови. Применение нуклеината и Гепа-мерц в лечении больных ХТГ, сочетанным с ХОЗЛ, обеспечивает позитивную динамику показателей ИФС организма.

M. V. Trunyakov

THE INFLUENCE OF RIBONUCLEINIC ACID DERIVATES IN COMBINATION WITH HEPA-MERC ON INTERPATIENTS WITH CHRONIC TOXIC HEPATITIS ON A BACKGROUND CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Keywords: chronic toxic hepatitis, chronic obstructive lung disease, interferon status, Hepa-merc, nucleinat, treatment.

The influence of ribonucleinic acid nucleinat in combination with metabolic active preparation Hepa-merc on interferon status (IS) of the patients with chronic toxic hepatitis (CTH) on a background chronic obstructive lung disease (COLD) was studied. It was set that for the inspected patients with this comorbide pathology to beginning of treatment depressed of α - and γ -interferon was marked. Application of nucleinat and Hepa-merc in treatment of the patients with CTH on a background COLD in provided positive dynamics of IS indexes.



УДК 616.2.-022.7:578]-036.11-053.2-085:612.313.1

ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОЗАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З ПОВТОРНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

■ Ю. В. Марушко, д. мед. н., проф., зав. каф. педіатр. № 3
О. С. Мовчан, ас. каф. педіатр. № 3

■ *Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) займають головне місце в структурі дитячої патології [3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 20]. За даними офіційної статистики, не дивлячись на переважно легкий перебіг ГРЗ в більшості випадків, гостра респіраторна патологія є однією з причин дитячої смертності в усьому світі і, за даними світових щорічних оцінок, забирає життя близько 2 мільйонів дітей, що становить 10-20 % усіх випадків дитячої смертності [19].

Актуальними у практичній педіатрії залишаються питання удосконалення терапії та профілактики повторних ГРЗ у групі дітей, що часто хворіють (ДЧХ). ДЧХ не є нозологічною формою, а умовною групою диспансерного спостереження у педіатрії в амбулаторно-поліклінічній практиці педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини [3, 7, 8]. На сьогодні найбільш часто користуються критеріями включення в групу ДЧХ запропонованими В. Ю. Альбицьким (1986) – за віком та частотою ГРЗ на рік: до 1 року ≥ 4 епізодів ГРЗ, 1-3 роки ≥ 6 епізодів ГРЗ, 3-5 років ≥ 5 епізодів ГРЗ, старше 5 років ≥ 4 епізоди ГРЗ. Важливо відзначити, що в групу ДЧХ можна включати дітей тільки у випадку, якщо висока частота ГРЗ не пов'язана із стійкими вродженими або набутими патологічними станами (вроджені вади ЛОР-органів, бронхоле-

геневої системи, первинні імунodefіцити, муковісцидоз та ін.).

Згідно рекомендаціям ВООЗ, у групу ДЧХ включають дітей, які перенесли 5 і більше ГРЗ на рік [13, 14, 20]. У практиці Великобританії та США використовують поняття повторних респіраторних захворювань (RTPI – recurrent respiratory tract infections) – при кількості ГРЗ на рік 9 та більше [13, 14, 20].

Часті ГРЗ призводять до ряду негативних наслідків у дітей, а саме: відставання у фізичному та психомоторному розвитку, порушення функціонування різних органів і систем (травної, дихальної, вегетативної нервової), ризик розвитку фонових захворювань, таких як дефіцитні анемії, рахіт тощо, формування хронічних вогнищ інфекцій ЛОР-органів [3, 6, 7, 8]. У цієї категорії пацієнтів часто щеплення проводяться з порушенням графіку. Медикаментозна терапія ГРЗ, у тому числі антибіотики, мають побічну дію, сприяють імуносупресії та сенсibiliзації організму, виступають як тригери алергії [6, 7, 8]. У дітей раннього віку високий ризик розвитку тяжких синдромів таких як синдром крупу, нейротоксикоз, судоми, бронхообструктивний синдром [7, 8].

Соціальне значення проблеми ДЧХ полягає у погір-