

УДК 616.24-002.54.57-085.2.3

© Клочков О.Є., Губергріц Н.Б., 2012

ВПЛИВ УРСОЛІЗИНУ В КОМБІНАЦІЇ З ПРЕПАРАТОМ АРТИШОКА ГЕПАР-ПОС НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ НА ТЛІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Клочков О.Є., Губергріц Н.Б.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вступ. У теперішній час як в Україні, так і в інших країнах СНД туберкульоз легень (ТЛ) набув характеру епідемічної розповсюдженості [19, 22]. Клінічний досвід свідчить, що у зв'язку зі зростанням поліантибіотикорезистентності мікобактерій туберкульозу суттєво знизилась результативність цієї хронічної інфекційної патології, при цьому доцільним вважається проведення поліхіміотерапії ТЛ, котра включає одночасне призначення 5-6 хіміопрепаратів на протязі 4-5 місяців поспіль [14, 16]. Призначення такої інтенсивної поліхіміотерапії сприяє розвитку хронічних токсичних або токсико-алергічних уражень печінки, а саме виникненню хронічного токсичного гепатиту (ХТГ), оскільки відомо, що протитуберкульозні препарати володіють чітко вираженою гепатотоксичністю [9, 20, 25, 26].

Завдяки несприятливому екологічному стану та значним забрудненням довкілля токсичними агентами (ксенобіотиками), поширеному зловживанню алкоголем, а також погіршенню загального рівня здоров'я населення, що вимушене з приводу хронічних захворювань, зокрема ТЛ тривалий час приймати різноманітні ліки, більшість з яких по своїй суті є гепатотоксичними речовинами, медичне й соціальне значення проблеми ХТГ визначається їх суттєвим розповсюдженням серед населення в сучасних умовах [9, 15, 17]. Відомо, що серед уражень печінки токсичного генезу у хворих на ТЛ провідне місце займають саме гепатити медикаментозної етіології, які обумовлені прийомом цілої низки протитуберкульозних препаратів, зокрема в ході інтенсивної поліхіміотерапії у хворих з вперше виявленим ТЛ [15, 20].

Протягом тривалого часу нами вивчаються клініко-патогенетичні особливості сполученої патології у вигляді ХТГ на тлі ТЛ та здійснюється розробка раціональних підходів до лікування та медичної реабілітації хворих з даною коморбідною патологією. При розробці загальної програми патогенетично обґрунтованого лікування хворих з ХТГ на тлі ТЛ нашу увагу привернула можливість застосування комбінації гепатозахисного препарату урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) урсолізину [5, 12] та фітозасобу з артишоку колючого Гепар-ПОС [1, 2, 4].

В патогенетичному плані можливість застосування при лікуванні ХТГ у хворих на ТЛ саме препаратів УДХК, зокрема урсолізину, можна вважати доцільним, оскільки за останні роки поряд з гепатозахисним та антиоксидантним ефектом встановлено також імуномодулюючий ефект препаратів УДХК [24], що також важливо, оскільки у хворих на ТЛ закономірно формуються вторинні імунодефіцитні стани (ВІДС) [6, 22].

Крім того, нашу увагу привернула можливість використання препаратів з артишоку колючого (синоніми: артишок посівний, польовий), тобто *Synaps scolymus L.*, оскільки фітозасоби з артишоку володіють чітко вираженою антиоксидантною активністю та водночас жовчогінним (як холеретичним, так і

холекінетичним) ефектом [1]. Крім того встановлено, що фітопрепарати з артишоку володіють антиоксидантною, мембраностабілізуючою та гепатопротекторною активністю [2], що робить доцільним їхнє використання в комплексі лікарських засобів при хронічній патології печінки, в тому числі токсичного та токсико-алергічного характеру.

Тому ми вважали доцільним проаналізувати ефективність комбінації сучасного препарату УДХК урсолізину [18] та фітозасобу з артишоку колючого - Гепар-ПОС [4] при лікуванні хворих на ХТГ на тлі ТЛ. Раніше вказана комбінація препаратів при даній патології не використовувалася. Тому при застосуванні урсолізину та Гепар-ПОС ми вважали необхідним вивчити особливості фармакологічної дії вказаної комбінації лікарських засобів, зокрема її можливий вплив на показники інтерференового статусу (ІФС) хворих.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і є фрагментом теми НДР «Стан печінки та гастродуоденальної зони у хворих на туберкульоз легень при застосуванні протитуберкульозних засобів» (№ держреєстрації 0105U001917).

Метою роботи було вивчення впливу комбінації препарату УДХК урсолізину та фітозасобу з артишоку колючого Гепар-ПОС на показники ІФС хворих з ХТГ на тлі ТЛ.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 88 хворих на ХТГ (52 чоловіка та 36 жінок) у віці від 28 до 57 років, в яких було діагностовано наявність ТЛ. Хворі, що знаходилися під наглядом, були розподілені на дві групи – основну (45 осіб) та зіставлення (43 пацієнта), що рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю ХТГ та ТЛ. Інфільтративний ТЛ в основній групі був діагностований у 12 (26,7 %) осіб, а у групі зіставлення - у 11 (25,6 %) хворих. Дисемінований ТЛ виявлений у 4 (8,9 %) пацієнтів основної групи та у 3 (7,0 %) осіб групи зіставлення. Вогнищевий ТЛ в основній групі був виявлений у 20 пацієнтів (44,4%), а в групі зіставлення - у 19 осіб (44,2 %). Фіброзно-кавернозний ТЛ був діагностований у 9 хворих (20 %), а у групі зіставлення - у 10 пацієнтів (23,2 %). В основній групі активне бактеріовиділення виявлялося у 18 осіб (40,0 %), а в групі зіставлення - у 16 пацієнтів (37,2 %).

Діагноз ТЛ був встановлений виходячи з вимог стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів дихання (Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. „Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»»). Діагноз ХТГ був встановлений у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.) на підставі даних анамнезу, клініч-

ного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Для виключення вірусного ураження печінки було проведено дослідження сироватки крові обстежених на маркери вірусних гепатитів (ВГ) - ВГВ, ВГС та ВГД за допомогою ІФА. При наявності маркерів ВГ у крові ці хворі були виключені з подальшого дослідження. З роботи були виключені також особи, які за даними анамнезу зловживали алкогольними напоями і знаходилися на обліку у лікаря-нарколога. Усі обстежені хворі мешкали в умовах великого промислового регіону Донбасу, що негативно впливало на стан їхнього здоров'я та показники метаболічного гомеостазу.

Хворі обох груп отримували лікування ТЛ згідно до діючих протоколів в залежності від фази патологічного процесу (загострення або нестійка ремісія) [14]. У відповідності до Наказів № 384 та 385 МОЗ України всі протитуберкульозні препарати по показанням до їх призначення розподіляють на засоби I та II ряду. Протитуберкульозні препарати I ряду (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, етамбутол, піразинамід) призначають хворим з вперше виявленим ТЛ та рецидивами захворювання, що виділяють чутливі до цих антибактеріальних засобів мікобактерії туберкульозу (хворі I-III категорій згідно до вищевказаних Наказів). До протитуберкульозних препаратів II ряду відносять канамицин, амікацин, офлоксацин (ципрофлоксацин), етіонамід (протионамід), ПАСК, циклосерин, капреоміцин, тіоацетазон. Згідно існуючих стандартів лікування їх застосовують тільки в індивідуалізованих схемах хіміотерапії у хворих з туберкульозом IV категорії (тобто у хворих з хронічним туберкульозом, у яких виявляється медикаментозна резистентність мікобактерій туберкульозу до препаратів I ряду, а також у хворих інших категорій при резистентності мікобактерій до препаратів I ряду або при їх поганій переносимості). З обстежених хворих в основній групі 23 хворих (51,1 %) отримували протитуберкульозні препарати I ряду, а 22 пацієнта (48,9 %) — засоби II ряду. Відповідно в групі зіставлення протитуберкульозні препарати I ряду отримували 22 особи (51,2 %) і 21 пацієнт (48,8 %) — протитуберкульозні засоби II ряду.

Хворі з ХТГ на тлі ТЛ обох груп отримували загальноприйнятю 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 комбінацію урсолізіну по 1 капсулі (300 мг) 3 рази на день протягом 30-40 діб поспіль та препарат Гепар-ПОС по 1 капсулі (400 мг) 3 рази на добу відразу від вживання їжі протягом 40-60 діб поспіль.

Урсолізин зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/8078/01/01) і дозволений до клінічного використання в якості лікарського препарату Наказом МОЗ України № 162 [18]. Урсолізин містить в своєму складі в якості діючого компонента УДХК третинну нетоксичну жовчну кислоту, що володіє гепатопротекторним, холекинетичним, літолітичним, гіпохолестеринемичним та антиоксидантним ефектами [18]. Виявлено також, що УДХК позитивно впливає на біохімічні параметри оксидативного стресу, зменшує актив-

ність ліпопероксидації та покращує ліпідний спектр крові [23]. Препарати УДХК показані для застосування при хронічній патології печінки різного генезу, в тому числі з наявністю холестератичного компонента [5, 10]. Підкреслюється, що препарати УДХК добре переносяться хворими та не викликають ніяких побічних ефектів, в тому числі алергічних [3].

Гепар-ПОС — це сучасний лікарський засіб рослинного походження, який містить у своєму складі екстракт артишоку польового [4]. Цей препарат зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/8975/01/01) та дозволений до клінічного використання в якості лікарського препарату Наказом МОЗ України № 572 [4]. Діючою речовиною препарату є рослинна сировина — сухий екстракт з листя артишоку посівного (синоніми: артишок польовий, колючий, тобто *Synara scolymus L.*). Основні компоненти екстракту можна поділити на три групи фармакологічно активних речовин: фенольні сполуки, з яких найбільш важливими є цинарин, фенолокіслоти та біофлавоноїди. Фенольна сполука цинарин в поєднанні з фенолокіслотами та біофлавоноїдами, що містяться у складі артишоку, чинять жовчогінну, сечогінну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу та гепатопротекторну дію препарату [1, 21]. Фенолокіслоти, що входять до складу екстракту артишоку (кавова, хлорогенова, неохлорогенова, кофейлхінна) володіють високою біологічною активністю та обумовлюють імунотропний ефект препаратів з артишоку посівного [21]. Основними фармакологічними механізмами дії екстракту артишоку є холеретичний та детоксикаційний ефекти за рахунок стимулювання секреції води, електролітів, жовчних кислот, холестерину, лецитину та жовчних пігментів [2].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, всім хворим, що перебуває під спостереженням, проводили дослідження показників ІФС. Рівень α - і γ -ІФН у сироватці крові визначали методом ІФА за допомогою сертифікованих в Україні тест-систем виробництва НПО "Протеїновий контур" (ProCon) (РФ-СПб) відповідно до інструкції фірми-виробника [11]. Дослідження активності сироваткового інтерферону (СІФ) здійснювалося у відповідності до методу [7, 8].

Отримані цифрові дані обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windows^{XP} Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6,0) на персональному комп'ютері Intel Core Duo 2,0 GHz, при цьому враховували принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [13].

Отримані результати та їхній аналіз. До початку лікування хворі на ХТГ, на тлі ТЛ, скаржилися на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, зниження працездатності, апетиту, поганий емоційний настрій, підвищену стомлюваність, тяжкість у правому підребер'ї, нерідко - гіркоту у роті. При об'єктивному обстеженні у всіх обстежених відмічалася наявність субіктеричності склер, печінка виступала на 3 - 4 см з-під реберного краю, була підвищеної щільності. Біохімічні показники у пацієнтів, що знаходилися під наглядом, характеризувалися підвищенням тимолової проби, помірною гіпербілірубінемією, гіпертрансфераземією, підвищеним рівнем холестерину і β -ліпопротеїдів в сироватці крові, зростанням активності екскреторних ферментів — ГГТП і ЛФ, що свідчило про порушення

функціонального стану паренхіми печінки.

Проведення дослідження до початку лікування хворих дозволило встановити, що у всіх обстеже-

них пацієнтів на ХТГ, на тлі ТЛ спостерігалися порушення з боку ІФС, які характеризувалися зниженням активності СІФ в цілому (табл. 1).

Таблиця 1. Показники ІФС у хворих з ХТГ на тлі ТЛ до початку лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=45)	зіставлення (n=43)	
СІФ, МО/мл	2,84±0,05	1,69±0,05***	1,73±0,04***	>0,1
α-ІФН, пг/мл	22,1±0,8	16,5±1,3**	17,3±1,4**	>0,05
γ-ІФН, пг/мл	18,6±0,6	14,5±0,7**	14,9±0,9**	>0,05

Примітки: у табл. 1 та 2 імовірність розходжень щодо норми: * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P - імовірність розбіжностей між відповідними показниками основної групи й групи зіставлення.

Як відображено у табл. 1, до початку проведення курсу лікування у хворих з ХТГ на тлі ТЛ активність СІФ в основній групі була зниженою в середньому в 1,68 рази, складаючи в середньому (1,69±0,05) МО/мл (P<0,001). У хворих з ХТГ на тлі ТЛ групи зіставлення активність СІФ у сироватці крові до початку лікування дорівнювала в середньому (1,73±0,04) МО/мл, що було в 1,64 рази нижче відповідного показника норми (P<0,001). Рівень α-ІФН у хворих основної групи був нижчий у 1,34 рази, у групі зіставлення – в середньому в 1,28 рази стосовно норми (P<0,01). Рівень γ-ІФН у хворих основної групи був зменшений стосовно норми в середньому в 1,28 рази, у пацієнтів групи зіставлення - в середньому в 1,25 рази стосовно норми (P<0,01).

Таким чином, у більшості обстежених хворих з ХТГ на тлі ТЛ відзначається пригнічення показників ІФС, що характеризувалося зниженням активності СІФ, а також зменшенням концентрації α- і γ-ІФН у сироватці крові. Пригнічення СІФ може сприяти розвитку загострень хронічної патології, оскільки ІФН володіють імуномодулюючими властивостями, що реалізуються переважно через систему мононуклеарних фагоцитів [7]. Виходячи із цього, у комплекс лікування таких хво-

рих доцільно включати імуноактивні препарати, які володіють інтерферонпродукуючими властивостями [8].

Проведення клінічних досліджень дозволило встановити, що в основній групі хворих, яка вживала препарат УДХК урсолізін та фітозасіб Гепар-ПОС, мало місце позитивна динаміка щодо клініко-біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Так при повторному біохімічному обстеженні було виявлено зниження прямої фракції білірубину, активності сироваткових амінотрансфераз (АлАт і АсАт), а також екскреторних ферментів (ГГТП і ЛФ), що дозволяло документувати покращення функціонального стану печінкової паренхіми.

При проведенні повторного імунологічного дослідження після завершення курсу лікування був встановлений виражений позитивний вплив препарату УДХК урсолізіну та фітозасібу Гепар-ПОС на показники ІФС хворих на ХТГ на тлі ТЛ. При цьому середні значення активності СІФ, а також рівня як α-ІФН, так й γ-ІФН на момент завершення лікування у пацієнтів основної групи досягали нижньої межі норми для відповідних показників (P>0,1-0,05) (табл. 2).

Таблиця 2. Показники ІФС у хворих з ХТГ на тлі ТЛ після завершення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=45)	зіставлення (n=43)	
СІФ, МО/мл	2,84±0,05	2,82±0,07	2,19±0,06**	<0,05
α-ІФН, пг/мл	22,1±0,8	21,7±0,5	18,2±0,4*	<0,05
γ-ІФН, пг/мл	18,6±0,6	18,5±0,3	14,9±0,4*	<0,05

Застосування тільки загальноприйнятої терапії в пацієнтів групи зіставлення також позитивно впливало на ІФС обстежених хворих, однак не забезпечувало повного відновлення вивчених показників. Так, після завершення лікування хворих з ХТГ на тлі ТЛ у групі зіставлення активність СІФ склала в середньому (2,19±0,06) МО/мл, що було в 1,3 разів менше норми (P<0,05) і в 1,29 рази нижче відповідного показника в основній групі (P<0,05), при цьому кратність збільшення даного показника щодо вихідного значення становила 1,27 рази (P<0,01). Концентрація α-ІФН у сироватці крові хворі групи зіставлення збільшилася у порівнянні з висхідним рівнем у середньому в 1,05 рази й склала (18,2±0,4) пг/мл, однак залишалася нижче норми в 1,21 рази (P<0,05) і менше концентрації α-ІФН у хворих основної групи в середньому в 1,19 рази (P<0,05). При цьому рівень γ-ІФН у крові пацієнтів групи зіставлення в цей період обстеження становив у середньому (14,9±0,4) пг/мл, що було в 1,25 рази нижче норми (P<0,05) і також в 1,24 рази менше аналогічного показника в основній групі (P<0,05).

Виходячи з отриманих даних, можна вважати

патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення урсолізіну та фітозасібу Гепар-ПОС до загальної програми лікування хворих на ХТГ на тлі ТЛ. Ці результати дозволяють рекомендувати застосування урсолізіну в комбінації з Гепар-ПОС в комплексі терапії хворих на ХТГ на тлі ТЛ.

Висновки:

1. До початку лікування обстежені хворі з ХТГ на тлі ТЛ скаржилися на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, зниження працездатності, апетиту, поганий емоційний настрій, підвищену стомлюваність, тяжкість у правому підребер'ї, нерідко - гіркоту у роті. При об'єктивному обстеженні у хворих з ХТГ на тлі ТЛ відмічалася наявність субіктеричності склер, печінка виступала на 3-4 см з-під реберного краю, була підвищеною щільності.
2. Біохімічні показники пацієнтів, що знаходилися під наглядом, характеризувались підвищенням титолової проби, помірною гіпербілірубінемією, гіпертрансфераземією, підвищеним рівнем холестерину і β-ліпопротеїдів в сироватці крові, зростанням активності екскреторних ферментів – ГГТП і ЛФ.

3. У хворих з ХТГ на тлі ТЛ до початку лікування відмічалось зниження показників ІФС - активність СІФ в основній групі була зниженою в середньому в 1,68 рази, у хворих групи зіставлення - в 1,64 рази; рівень α -ІФН у хворих основної групи зменшувався в 1,34 рази, у групі зіставлення - в 1,28 рази, рівень γ -ІФН у хворих основної групи - в 1,28 рази, у групі зіставлення - в 1,25 рази стосовно норми.

4. При проведенні повторного імунологічного дослідження після завершення курсу лікування був встановлений виражений позитивний вплив препарату УДХК урсолізіну та фітозасібу Гепар-ПОС на ІФС хворих на ХТГ на тлі ТЛ. При цьому середні

значення активність СІФ, а також рівня як α -ІФН, так й γ -ІФН на момент завершення лікування досягали нижньої межі норми для відповідних показників.

5. Після завершення лікування у хворих групи зіставлення відмічалось збереження пригнічення показників ІФС - активність СІФ залишалась в 1,3 разів менше норми, концентрація α -ІФН - в 1,21 рази, рівень γ -ІФН - в 1,25 рази нижче норми.

6. Отримані дані дозволяють вважати, що застосування комбінації урсолізіну та Гепар-ПОС з метою лікування хворих з ХТГ на тлі ТЛ патогенетично обґрунтовано, доцільно та клінічно перспективно.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Артишок посевной (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, И.В. Белоусова, В.С. Гришина // Фитотерапия. Часопис. - 2006. - № 4. - С. 3-11.
2. Гарник Т.П. Артишок полевой (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение, перспективное для создания новых гепатопротективных препаратов / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків. - 2006. - Вип. 6 (75). - С. 17 - 36.
3. Гепатопротекторы: от теории к практике / Н.Б. Губергриц, Г.Д. Фаленко, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко. - Донецк, ООО «Лебедь». - 2012. - 156 с.
4. Гепар-ПОС (Hepar-POS): інструкція для медичного застосування препарату / затверджена Наказом МОЗ України № 572 від 07.10.2008 р.
5. Григорьева И.Н. Урсодезоксихолевая кислота во внутренней медицине / И.Н. Григорьева. - М.: Медпрактика-М, 2012. - 152 с.
6. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. - [4-е изд.]. - Киев, Полиграф Пилос, 2010. - 552 с.
7. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии / Ф.И. Ершов. - М.: Медицина, 1996. - 240 с.
8. Ершов Ф.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств) / Ф.И. Ершов, О.И. Киселев // М.: Гэотар-Медиа, 2005. - 368 с.
9. Ильин В.Ф. Болезни печени. Рациональные методы лечения / В.Ф. Ильин. - СПб.: Невский проспект; Вектор, 2007. - 128 с.
10. Лейшнер У. Новые аспекты терапии с использованием урсодезоксихолевой кислоты / У. Лейшнер // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 3 (17). - С. 60-61.
11. Микрометод определения интерферонового статуса человека в пробах цельной крови / И.В. Дзюблик, Л.Д. Кривохатская, Е.П. Трофименко, Е.В. Ковалюк // Лаборат. диагностика. - 2001. - № 1. - С. 34-37.
12. Надинская М.Ю. Исследование применения урсодезоксихолевой кислоты в гепатологии с позиции медицины, основанной на научных доказательствах / М.Ю. Надинская // Consilium medicum. - 2003. - № 6. - С. 71-78.
13. Основы компьютерной биostatистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ключков О.С., Губергриц Н.Б. Вплив урсолізіну в комбінації з препаратом артишока Гепар-ПОС на показники системи інтерферону у хворих на хронічний токсичний гепатит на тлі туберкульозу легень // Український медичний альманах. - 2012. - Том 15, № 3. - С. 91-94.
- Вивчений стан системи інтерферону (СИ) у хворих на хронічний токсичний гепатит (ХТГ) на тлі туберкульозу легень (ТЛ). Встановлено, що до початку лікування у хворих ХТГ на тлі ТЛ має місце пригнічення показників інтерферонового статусу крові. Застосування препарату урсодезоксихолевої кислоти урсолізіну в комбінації з гепатопротекторним засобом рослинного походження Гепар-ПОС сприяє нормалізації показників СИ. Це дозволяє вважати патогенетично обґрунтованим включення комбінації урсолізіну та Гепар-ПОС до загальної програми терапії хворих ХТГ на тлі ТЛ.
- Ключові слова: хронічний токсичний гепатит, туберкульоз легень, система інтерферону, урсолізин, Гепар-ПОС, лікування.
- Ключков А.Е., Губергриц Н.Б. Влияние урсолізина в комбинации с препаратом артишока Гепар-ПОС на состояние системы интерферона у больных хроническим токсическим гепатитом на фоне туберкулеза лёгких // Український медичний альманах. - 2012. - Том 15, № 3. - С. 91-94.
- Изучено состояние системы интерферона (СИ) у больных хроническим токсическим гепатитом (ХТГ) на фоне туберкулеза лёгких (ТЛ). Установлено, что до начала лечения у больных ХТГ на фоне ТЛ наблюдается угнетение показателей интерферонового статуса крови. Применение препарата урсодезоксихолевой кислоты урсолізина в комбинации с гепатопротекторным средством растительного происхождения Гепар-ПОС способствует нормализации показателей СИ. Это позволяет считать патогенетически обоснованным включение комбинации урсолізина и Гепар-ПОС в программу терапии больных ХТГ на фоне ТЛ.
- Ключевые слова: хронический токсический гепатит, туберкулез лёгких, система интерферона, урсолізин, Гепар-ПОС, лечение.
- Klochkov A.E., Gubergri N.B. Influence of ursolisine in combination with preparation of artichoke Hepar-POS on interferon system status at the patients with chronic toxic hepatitis on background of lung tuberculosis // Український медичний альманах. - 2012. - Том 15, № 3. - С. 91-94.
- Indexes of interferon system (IS) at the patients with chronic toxic hepatitis (CTH) on background of lung tuberculosis (LT) was studied. It is established that before treatment at the patients with CTH on background of LT the indexes of interferon system was reduced. Using of the ursodeoxycholic acid preparation ursolisine in combination with hepatoprotective phytopreparation Hepar-POS provided normalization parameters of IS. This suggests that pathogenetically reasonable the inclusion of a combination of ursolisine Hepar-POS to the program of the treatment of the patients with CTH on background of LT.
- Key words: chronic toxic hepatitis, lung tuberculosis, interferon's system, ursolisine, Hepar-POS, treatment.

Надійшло 24.03.2012 р.
Рецензент: проф. Л.Л.Пінський