

УДК: 564.75.05.057.1-056.2:616.36-002
 © Шаповалова І.О., 2012

ВПЛИВ НУКЛЕЇНАТУ НА РІВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКУ У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ Шаповалова І.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. Хронічна патологія печінки та жовчовивідних шляхів в сучасних умовах досить значно поширена серед населення, особливо в регіонах з екологічно несприятливою ситуацією, що свідчить про актуальність проблеми вивчення патогенетичних особливостей та розробці раціональних підходів до лікування та медичної реабілітації хворих на хронічну патологію гепатобіліарної системи (ГБС) [7, 8, 22]. Хронічний токсичний гепатит (ХТГ) в теперішній час нерідко зустрічається серед мешканців екологічно несприятливих регіонів з високим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками, що пов'язано з негативним впливом на печінку хімічно шкідливих речовин, які містяться у навколишньому середовищі та потрапляють в організм людини з повітрям та продуктами харчування [1, 14]. Причиною виникнення токсичних уражень печінки є також широке використання у побуті та на виробництві хімічно небезпечних сполук у вигляді отрутохімікатів, лако-фарбових виробів, тощо [1, 7, 14, 25]. Необхідно також підкреслити значну роль у виникненні токсичних уражень печінки лікарських препаратів при їхньому тривалому введенні до організму, особливо не стероїдних протизапальних засобів, антибіотиків, сульфаниламідів, анаболіків та інш. [2, 25].

Встановлено, що ХТГ часто сполучається з хронічною патологією жовчного міхура (ЖМ), яка носить характер холестерозу або хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) [3, 31]. За останні десятиріччя захворюваність на ХНХ серед населення України та інших країн СНД суттєво збільшилася та має подальшу тенденцію до загострення [8, 22]. Слід також відмітити значну розповсюдженість серед населення екологічно розвинутих країн ожиріння (Ож), що набуло вже характер не лише медичної, але також соціальної проблеми та навіть отримало назву «епідемії ХХІ сторіччя» [16, 26, 36]. Клінічний досвід дозволяє вважати, що для сьогодення досить характерно сполучення ХТГ, ХНХ та Ож, особливо у жінок віком старше 35-40 років, які мешкають в екологічно несприятливому регіоні та часто контактують на виробництві та в побуті з хімічно шкідливими речовинами та (або) часто приймають лікарські засоби, що за своєю хімічною структурою є ксенобіотиками [7, 14, 26].

В патогенезі хронічних захворювань ГБС, в тому числі дифузних уражень печінки та ХНХ значна роль належить імунним порушенням [1, 6, 8, 23]. Встановлена суттєва значущість імунних зсувів також серед патогенетичних механізмів формування та подальшого прогресування абдомінального Ож, яке в теперішній час вважають основним фактором в формуванні метаболічного синдрому [16].

При розробці програми імюнокорекції у хворих з вказаною хронічною патологією ГБС на тлі Ож, нашу увагу привернула можливість використання в якості імюноактивного препарату з метою імюнокорекції нуклеїнату [12]. Оскільки імюнодефіцитні стани в теперішній час дуже поширені в патогенезі різноманітної гострої та хронічної патології [6, 9], використання нуклеїнату знаходить досить значне поширення, оскільки він водночас володіє імюномодулюючими, детоксуючими та протиалергічними властивостями [12]. Так, встановлено позитивний вплив нуклеїнату на показники активності нейтрофілів та еозинофілів крові дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму [11], виявлено стимулюючий вплив нуклеїнату на стан макрофагальної фагоцитуючої системи у хворих з синдромом підвищеної стомленості [24], а також в лікуванні осіб, часто хворюючих на запальні захворювання органів дихання [13]. Отже, нуклеїнат – це сучасний вітчизняний препарат імюномодулюючої та гепатозахисної дії, який володіє також протизапальною активністю [12, 19]. Саме поєднання гепатозахисних та протизапальних властивостей робить цей засіб до відомого ступеня унікальним та дозволяє вважати перспективним його використання при хронічній запальній патології ГБС на тлі вторинних імюнодефіцитних станів [12, 20]. Раніше нами вже була встановлена клінічна ефективність нуклеїнату при лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, зокрема його позитивний вплив на деякі складові цитокінового профілю крові (ЦПК) пацієнтів з даною коморбідною патологією [28]. Тому можна вважати доцільним продовжити дослідження саме в цьому напрямку, виходячи з діагностичної цінності аналізу рівней ЦК у клінічній практиці [4].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: "Клініко-патогенетичні особливості, лікування та медична реабілітація хворих на хронічний токсичний гепатит, поєднаний з хронічним безкам'яним холециститом та ожирінням" (№ держреєстрації 0108U004716).

Метою роботи було вивчення впливу нуклеїнату на рівень С-реактивного білку (СРБ) у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом було 72 хворих з загостренням ХТГ, поєднаного з ХНХ на тлі Ож, що знаходилися на обстеженні та лікуванні у спеціалізованому гастроентерологічному стаціонарі. Вік пацієнтів складав від 23 до 55 років, серед обстежених бу-

ло 37 чоловіків (51,4%) та 35 жінок (48,6%). Діагнози ХТГ та ХНХ були встановлені у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) [17] на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки [21]. Усім хворим, що знаходилися під наглядом, було проведено аналіз вмісту у сироватці крові маркерів вірусних гепатитів (ВГ) - ВГВ, ВГС та ВГD за допомогою методу імуноферментного аналізу (ІФА); при позитивних результатах ІФА на наявність маркерів ВГ, ці хворі були виключені з подальшого дослідження.

Діагноз Ож ставився за даними анамнезу та результатами клінічного обстеження. При цьому використовували вивчення індексу маси тіла (ІМТ), який був запропонований Міжнародною групою по дослідженню ожиріння [26]. Відомо, що ІМТ – це співвідношення маси тіла хворого (у кілограмах) до квадрату росту пацієнта (у метрах). За даними Міжнародної групи по дослідженню ожиріння, нормальні значення ІМТ повинні бути у діапазоні від 18,5 до 24,9; ожиріння I ступеня констатують при показниках ІМТ від 25,0 до 29,9; ожиріння II а ступеня – при значеннях ІМТ від 30,0 до 34,0; II б ступеня – при значеннях ІМТ від 35,0 до 39,9 та патологічне ожиріння III ступеня – при ІМТ 40,0 та більше [3]. Відповідно до цих градацій серед обстежених нами хворих було 28 осіб (62,2%) з Ож II а ступеня, 15 осіб (33,3%) з II б ступеня та 2 хворих (4,4%) з Ож III ступеня.

Хворі на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, обох груп отримували дієтотерапію згідно рекомендацій [5], а також загальноприйнятю терапію згідно стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) [17]. Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки вивчалися біохімічні показники з використанням уніфікованих методів [21], які включали визначення у крові рівня загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз – АлАТ і АсАТ; вмісту у сироватці крові холестерину, альбуміну, активності екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутамілтрансферази (ГГТП); показника тимолової проби. При цьому функціональні проби печінки визначалися в динаміці лікування та оцінювалися в комплексі з клінічними даними.

Лабораторне обстеження, крім загальноприйнятого (загальний аналіз крові і сечі, глюкоза крові), включало оцінку функціонального стану печінки з використанням відповідних біохімічних показників, які вивчалися за допомогою уніфікованих методів дослідження [20]. Вивчення вмісту СРБ у сироватці крові проводилося у зв'язку з сучасними даними клінічної біохімії про

патогенетичну роль найбільш важливого фактору гострої фази СРБ у різноманітних патологічних процесах у організмі та суттєвого значення аналізу даного білку гострої фази запалення у клінічній практиці [1, 18, 19].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ методом дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2005, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [25].

Отримані результати та їх обговорення.

До початку проведення лікування хворі на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, 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 хворих 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, характеризувались підвищенням тимолової проби, помірно білірубінемією, гіпертрансфераземією, підвищеним рівнем холестерину і β-ліпопротеїдів в сироватці крові, нерідко зростанням активності екскреторних ферментів - ГГТП і ЛФ.

У результаті проведених спеціальних лабораторних досліджень на момент загострення ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож (тобто до початку лікування) було встановлене вірогідне зростання концентрації СРБ в обстежених осіб обох груп. Так, у пацієнтів основної групи вміст СРБ у сироватці крові до початку лікування складав в середньому (12,1±1,7) мг/мл, що перевищувало значення норми (5,1±0,01) мг/мл) у середньому в 2,4 рази (P<0,001), у осіб групи зіставлення - в середньому в 2,33 рази.

При повторному біохімічному обстеженні було встановлено, що у хворих основної групи спостерігалася також чітко виражена позитивна динаміка з боку рівня СРБ, причому в ході лікування його рівень у сироватці крові знизився до (5,8±0,2) мг/л, в той час як у осіб групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняте лікування - лише до (8,6±0,03) мг/л, що перевищувало референтний показник норми в середньому в 1,69 рази (P<0,01).

Таким чином, одержані нами дані дозволяють вважати, що застосування сучасного імуноактивного препарату нуклеїну ату в комплексному лікуванні хворих з ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, має чітко виражені переваги в порівнянні із загальноприйнятою терапією, оскільки позитивно впливає на клінічні показники та в цілому сприяє прикоренню одужання, а в патогенетичному плані - сприяє нормалізації проаналізованих лабораторних показників. Виходячи з цього, можна вважати патогенетично обґрунтованим використання сучасного імуноактивного препарату нуклеїнату в комплексі лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож.

Висновки:

1. Хворі на ХТГ, сполучений з ХНХ, та Ож до початку лікування скаржилися на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, зниження працездатності та апетиту, незадовільний емоційний настрій, підвищену стомлюваність, тяжкість у правому підребер'ї, нерідко – гіркоту у роті. При об'єктивному обстеженні у всіх хворих, які знаходилися під наглядом, відмічалася наявність субіктеричності склер, помірної гепатомегалії, при цьому печінка виступала на 3 – 4 см з-під реберного краю, була підвищеною щільності.

2. Біохімічний статус пацієнтів, що знаходилися під наглядом, характеризувався помірною білірубінемією, переважно за рахунок прямої фракції, гіпертрансфераземією, підвищенням показника тимолової проби, рівня холестерину і β-ліпопротеїдів в сироватці крові, у частини хворих також зростанням активності ГГТП і ЛФ.

3. При наявності клінічного загострення ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, було встановлене вірогідне зростання концентрації СРБ у сироватці крові – у хворих основної групи у середньому в 2,4 рази, у пацієнтів групи зіставлення - в середньому в 2,33 рази стосовно норми, що свідчить про наявність у хворих з даною комор-

бідною патологією системного запального процесу в організмі.

4. Включення сучасного кремнезёмного ентросорбенту Аеросілу («Білого вугілля») до лікувального комплексу в хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, сприяє нормалізації загальної концентрації ЦІК, їхнього молекулярного складу та рівня СРБ у сироватці крові.

5. На момент завершення лікування у осіб групи зіставлення відмічалася збереження підвищеного рівня СРБ у сироватці крові в середньому в 1,69 рази стосовно відповідного показника норми.

6. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення нуклеїну ату до комплексу лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, забезпечує зниження до норми рівня СРБ, що свідчить про ліквідацію імунокомплексних реакцій та системного запального процесу у хворих з даною коморбідною патологією.

7. В результаті проведених досліджень можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення сучасного імуноактивного препарату нуклеїнату до комплексу лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Архій Е.Й.** Токсичні гепатити: етіологія, патогенез, клінічні прояви та можливості лікування з використанням препарату Нераг Compositum / **Е.Й. Архій, О.М. Паш** // Биологическая терапия. - 2006. - № 2. - С. 11-16.
2. **Бабак О.Я.** Современные представления о лекарственно-индуцированном поражении печени / **О.Я. Бабак** // Здоров'я України. - 2007. - № 20 (1). - С. 34-36.
3. Белки острой фазы воспаления и маркеры эндотоксинемии, их прогностическая значимость в клинической практике / **Т.Г. Кондранина, В.С. Горин, Е.В. Григорьев** [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - № 3. - С. 26-30.
4. **Боброннікова Л.Р.** Патогенетичні механізми хронічного безкам'яного холециститу / **Л.Р. Боброннікова, В.М. Хворостинка, І.А. Ільченко** // Сучасна гастроентерологія. - 2002. - №2 (8). - С. 88 – 89.
5. **Вельков В.В.** С-реактивный белок в лабораторной диагностике острых воспалений / **В.В. Вельков** // Лаборат. диагностика. - 2007. - № 4. - С. 53-68.
6. **Демьянов А.В.** Диагностическая ценность исследований уровня цитокинов в клинической практике / **А.В. Демьянов, А.Ю. Котов, А.С. Симбирцев** // Цитокины и воспаление. - 2003. - Т. 2, № 3. - С. 20 – 33.
7. Дієтотерапія при захворюваннях печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, В.М. Фролов** [та інш.] - Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2008. - 184 с.
8. **Дранник Г.Н.** Клиническая иммунология и аллергология / **Г.Н. Дранник**. - [3-е изд.]. - Киев: Полиграф Плюс, 2006. - 482 с.
9. **Іванова Л.Н.** Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / **Л.Н. Иванова**. - Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. - 170 с.
10. **Ільченко А.А.** Заболевания желчного пузыря и желчных путей / **А.А. Ильченко**. - М.: Анахарсис, 2006. - 448 с.
11. Иммунодефицитные состояния / под ред. **В.С. Смирнова, И.С. Фрейдлин**. - СПб.: Фолиант, 2000. - 568 с.
12. **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.
13. **Марусик У.І.** Вплив нуклеїнату на показники активності нейтрофілів та еозинофілів крові школярів, хворих на бронхіальну астму / **У.І. Марусик** // Імунологія та алергологія. - 2008. - № 3. - С. 53-54.
14. Нуклеїнат. Інструкція до клінічного застосування. Затверджена Наказом МОЗ України від 18.08.2006 р., № 573.
15. Опыт применения препарата «Нуклеинат» в лечении часто болеющих воспалительными заболеваниями органов дыхания // **Ж.Д. Семидоцкая, Т.В. Бездетко, И.А. Чернякова, Т.Ю. Химич** // Імунологія та алергологія. - 2007. - № 2. - С. 68-69.
16. Особенности влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения промышленных городов Донецкого региона / **И.С. Киреева, И.Г. Чудова, В.П. Ермоленко** [и др.] // Довкілля та здоров'я. - 1997. - № 3. - С. 33 – 35.
17. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / **Ю.И. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко**. - Донецк, 2006. - 214 с.
18. **Рапопорт С.И.** Проблема ожирения в клинике внутренних болезней / **С.И. Рапопорт, А.Ю. Лобода** // Клиническая медицина. - 2008. - Т. 86, № 11. - С. 15-22.
19. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні

- рекомендації / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк** [та інш.]. – Київ, 2005. – 56 с.
20. Тест системы ProCon IL1 β (ИЛ-1 β), TNF α (ФНО α), IL4 (ИЛ-4), IL10 (ИЛ-10) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.protc.spb.ru/russian.html>.
21. Титов В.Н. Диагностическое значение повышения уровня С-реактивного белка в «клиническом» и «субклиническом» интервалах / В.Н. Титов // Лабораторное дело. – 2004. – № 6. – С. 3-9.
22. Титов В.Н. С-реактивный белок – тест нарушения «чистоты» межклеточной среды организма при накоплении «биологического мусора» большой молекулярной массы / В.Н. Титов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – № 2. – С. 3-14.
23. **Ткачук З.Ю.** Вплив препаратів нуклеїнових кислот на агрегацію тромбоцитів *in vitro* / **З.Ю. Ткачук** // Доповіді Національної академії наук України. – 2008. – № 8. – С. 164-168.
24. **Ткачук З.Ю.** Вивчення протизапальної дії препаратів нуклеїнових кислот на моделі агрегації тромбоцитів *in vitro* / **З.Ю. Ткачук, Л.В. Ткачук, В.В. Ткачук** // Вісник фармакології та медицини. – 2010. – № 5. – С. 44-48.
25. Унифицированные биохимические методы обследования больных: метод. рекомендации / под ред. **Л.Л. Громашевской**. – Киев: МЗ Украины, 1990. – 64 с.
26. **Філіпов Ю.О.** Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр.. / **Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скірда** // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 2 (6). – С. 56-59.
27. **Фролов В.М.** Иммуные и микрогемодинамические нарушения при патологии печени и их коррекция / **В.М. Фролов, Б.П. Романюк, А.М. Петруня**. – Луганск: изд-во ЛГМУ, 1994. – Т. 1. – 194 с.
28. **Фролов В.М.** Влияние нуклеината на состояние макрофагальной системы у больных с синдромом повышенной утомляемости / В.М. Фролов, И.В. Лоскутова, Н.А. Пересадин // Иммунология та алергологія. – 2009. – № 2-3. – С. 138-141.
29. **Харченко Н.В.** Клиническая гастроэнтерология / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк**. – Киев: Здоровья, 2000. – 448 с.
30. **Харченко Н.В.** Современные взгляды на ожирение и подходы к его лечению / **Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна** // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – № 4. – С. 4-12.
31. **Шаповалова І.О.** Цитокиновий профіль крові хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом та ожирінням / **І.О. Шаповалова** // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2010. – Т. 5, № 3. – С. 202-207.
32. **Шаповалова І.О.** Вплив нуклеїнату на цитокиновий профіль крові хворих з хронічним токсичним гепатитом, поєднаним з хронічним некалькульозним холециститом на тлі ожиріння / **І.О. Шаповалова** // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 224-227.
33. **Ярилин А.А.** Система цитокинов и принципы ее функционирования в норме и при патологии / **А.А. Ярилин** // Иммунология. – 1997. – № 5. – С. 7 – 14.
34. **Cargols D.** Prevalence of maternal obesity in an urban center / **D. Cargols** // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 32. – P. 677-685.
35. **Elwood D.R.** Cholecystitis / **D.R. Elwood** // Surg. Clin. North. – 2008. – V. 88, № 6. – P. 1241-1252.

Шаповалова І.О. Вплив нуклеїнату на рівень С-реактивного білку у крові хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом на тлі ожиріння // Український медичний альманах. – 2011. – Т. 15, № 4. – С. 193-196.

Вивчений вплив нуклеїнату на рівень С-реактивного білку у крові хворих на хронічний токсичний гепатит (ХТГ), сполучений з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) на тлі ожиріння (Ож). Встановлено, що до хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож до початку лікування відмічається підвищення рівень С-реактивного білку у сироватці крові. Застосування імуноактивного препарату нуклеїнату сприяє нормалізації вивчених показників.

Ключові слова: хронічний токсичний гепатит, хронічний некалькульозний холецистит, ожиріння, С-реактивний білок, нуклеїнат, лікування.

Шаповалова І.А. Влияние нуклеината на уровень С-реактивного белка в крови больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Т. 15, № 4. – С. 193-196.

Изучено влияние нуклеината на уровень С-реактивного белка в крови больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения. Установлено, что у больных с ХТГ, сочетанным с ХНХ на фоне Ож до начала лечения отмечается повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови. Применение современного иммуноактивного препарата нуклеината способствует нормализации изученных показателей.

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, хронический некалькулезный холецистит, ожирение, С-реактивный белок, нуклеинат, лечение.

Shapovalova I.A. Influence of nucleinas on the level of C-reactive albumen in blood serum of the patients with chronic toxic hepatitis, combined with chronic uncalculosis cholecystitis and obesity // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Т. 15, № 4. – С. 193-196.

Influence of nucleinas on the level of C-reactive albumen in blood serum of the patients with chronic toxic hepatitis (CTH) on with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) on background obesity (Ob) was studied. It is set that at the patients with CTH on with CUC and Ob to beginning of treatment was detected increase of level C-reactive albumen in the blood serum. Application of nucleinas provided to normalization of the studied indexes.

Key words: chronic toxic hepatitis, chronic uncalculosis cholecystitis, obesity, C-reactive albumen, nucleinas, treatment.

Надійшла 15.05.2012 р.
Рецензент: проф. І.В.Лоскутова