

увеличение содержания CD-20 у 25,0%, а при воспалительных процессах наряду с увеличением числа В-лимфоцитов у 31,25% у 6,25% зарегистрировано снижение их количества.

6. При обеих видах инфекции выявлено снижение концентрации в крови IgA, более частое при гарднереллезе — у 54,55%, чем при воспалительных процессах гениталий — у 41,18%.

7. Наиболее важными факторами патогенеза при гарднереллезе является угнетение Т-системы иммунитета, особенно его супрессорного звена, подавление системы активации ИЛ-2, и локального синтеза IgA на фоне активации В-системы иммунитета. В развитии воспалительных процессов гениталий основными звеньями патогенеза являются подавление синтеза ИЛ-2 и нарушение синтеза IgA, основного иммуноглобулина слизистых оболочек гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. — М.: Мед. книга, 1999 — 414 с.
2. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Акопян Т.Э., Байрамова Г.Р. Оценка чувствительности и специфичности ускоренных методов диагностики бактериального вагиноза // *Клин. лаб. диагностика*. — 1997. — № 7. — С. 41–43.
3. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз // *Гинекология*. — 2001. — № 2. — С. 52–54.
4. Головин М.В. Инфекция как пусковой фактор аутоиммунных процессов, обусловленных патологией Т-клеточной системы // *Иммунология*. — 1996. — № 1. — С. 12–17.
5. Гриневиц Ю.А., Алферова А.Н. Определение концентрации циркулирующих иммунных комплексов // *Лаб. дело*. — 1981. — № 8. — С. 49–53.
6. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. — М.: Мед. литература, 2003. — 264 с.
7. Казмірук В.С., Ковальчук Л.В. Клінічна імунологія і алергологія. — Вінниця: Нова книга, 2006 — 525 с.
8. Кулаков В.И., Сухин Г.Т., Гатаулина Р.Г. Апоптоз в клинике гинекологических заболеваний // *Проблемы репродуктологии*. — 1999. — № 2. — С. 15–26.
9. Никоненко А.Г. Слизистые оболочки — важный участок защитного барьера организма // *Здоров'я України*. — 2005. — № 5. — С. 36–37.
10. Новиков А.И. Инфекции, передаваемые половым путем и экзоцервикс. — М.: Медицина, 2002 — 175 с.
11. Талалаева Т.В. Механизмы взаимодействия клеток крови и сосудистой стенки в реализации воспалительного и иммунного ответов // *Укр. ревматолог. журнал*. — 2001. — № 3–4. — С. 42–52.
12. Цыганенко А.Я., Якимова Т.П., Кузьменко А.Н. Особенности патоморфоза современного гарднереллеза // *Проблемы медицинской науки та освіти*. — 2009. — № 4. — С. 46–50.
13. Hill L.V., Embill Y.A. *Vaginitis current microbiologic and clinical concepts* // *Med. Assoc.* — 2006. — № 37. — P. 321–331.
14. Netazee D. *Receptor selection in B- and T-lymphocytes* // *Ann. Rev. Immunol.* — 2000. — № 18. — P. 18–51.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІМУННОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ГАРДНЕРЕЛЬОЗІ ТА НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕНІТАЛІЙ

Т.П. Якимова, А.М. Кузьменко

Вивчено імунний гомеостаз при гарднереллезі та запальних неспецифічних захворюваннях геніталій і зроблено їх порівняння. Загальними реакціями при цих двох процесах є значне зниження вмісту в крові клітин-активаторів інтерлейкіну-2 (ІЛ-2). При запальних процесах: Т-система імунітету активізується; з боку В-системи виявлено зниження вмісту в крові IgA у 41,18% хворих; у 81,25% жінок вміст в крові клітин-активаторів експресії ІЛ-2. При гарднереллезі виявили: зниження кількості загальних Т-лімфоцитів, Т-хелперів та NK, і, особливо, Т-супресорів, а також активацію В-системи імунітету та підвищення рівня ЦІК у крові. У 55,55% жінок знижено вміст в крові IgA, а у 72,37% — клітин-активаторів експресії ІЛ-2.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF IMMUNE HOMEOSTASIS AT BACTERIAL VAGINOSIS AND NONSPECIFIC INFLAMMATORY DISEASES OF GENITALS

T.P. Yakimova, A.N. Kuzmenko

The immune homeostasis is studied at bacterial vaginosis and nonspecific inflammatory processes of genitals and their comparison is made. The common reactions for these two processes are: appreciable depression of the content in blood of cells-activators of IL-2. At inflammatory processes: the T-system of immunity is activated; from B-system decrease of the content in blood IgA at 41,18 % of patients is determined; at 81,25% of women the content in blood of cells-activators of expression IL-2. At bacterial vaginosis the following was determined: decrease of quantity of the general T-lymphocytes, T-helpers and NK, and, especially, T-suppressors, and also activation of B-system of immunity and increase of the level of the CIK in blood. At 55,55% of women it is observed the lowered content of IgA in blood, and at 72,37% — of cells-activators of expression of IL-2.

УДК 616.89-008.441.3

М.О. Овчаренко, І.К. Сосін,
С.Є. Казакова, Л.Л. Пінський

ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ, ПОЄДНАНУ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С

Державний заклад "Луганський державний медичний університет",
Харківська медична академія післядипломної освіти

Зростаюча розповсюдженість адиктивних форм поведінки, в тому числі у осіб молодого працездатного віку, стала однією з найбільш

значущою соціальною та медико-біологічною проблемою України [9].

Врахування кормобідної патології у хворих на опіюїдну залежність (ОЗ), зокрема, реактивації хронічного гепатиту С (ХГС), при призначенні лікування дозволяє не тільки суттєво покращити якість життя наркозалежних пацієнтів, а й забезпечити попередження розвитку подальших рецидивів хвороби, зокрема псевдоабстинентного синдрому [9, 10]. Крім біохімічних маркерів цитолізу, холестази, білковосинтетичної функції печінки, які можуть об'єктивно оцінити інтенсивність “метаболічної інтоксикації” у хворих на ОЗ, із супутнім ХГС, доцільним є використання визначення вмісту інтерлейкінів у сироватці крові [1, 3–5].

В проведених раніш дослідженнях нами встановлено, що поєднаний перебіг ОЗ із ХГС обумовлює збільшення вираженості симптомів інтоксикації, значне зростання активності цитолітичних ферментів та вмісту прозапальних цитокінів в сироватці крові [5–8].

Для оцінки інтенсивності прозапальних процесів в сироватці крові у хворих на ОЗ можливим є визначення вмісту інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), ІЛ-8, ІЛ-1 β , фактор некрозу пухлини (ФНП- α) та інших цитокінів.

Зокрема, ІЛ-6 — є багатофункціональним цитокіном із системною дією, який продукується макрофагами, клітинами Купфера, епітеліальними клітинами внутрішньопечінкових жовчних протоків, ендотеліальними клітинами. ІЛ-6 стимулює та регулює запальні, імунні, метаболічні процеси, індукує синтез білків гострої фази запалення, є фактором росту для Т-лімфоцитів, індукує експресію ІЛ-2, стимулює ріст та диференціювання В-лімфоцитів в плазмоцити, які синтезують антитіла [11].

ІЛ-8 — це низькомолекулярний білок з молекулярною масою 80–120 кД, який синтезується на ранніх стадіях запального процесу переважно моноцитами і макрофагами, на пізніх стадіях — клітинами ендотелію, епітелію, печінки, мукочитами, фібробластами. ІЛ-8 грає важливу роль в ініціації і підтримці запалення, індукує експресію молекул адгезії, опосередковує взаємодію лейкоцитів з ендотелієм та наступною направленою міграцією лейкоцитів, сприяє їх масивному накопиченню в ураженій тканині, взаємодіє із білками гострої фази [11].

ІЛ-1 β грає ключову роль у розвитку і регуляції неспецифічного захисту і специфічного імуні-

тету, одним з перших включається до відповідної захисної реакції організму при дії патогенних факторів. Основними продуцентами цього інтерлейкіну є макрофаги, моноцити, лімфоцити, фібробласти. ІЛ-1 β ініціює та регулює запальні, імунні процеси, активує нейтрофіли, Т- і В-лімфоцити, стимулює синтез білків гострої фази, цитокінів (ІЛ-2, 6, ФНП- α), молекул адгезії (Е-селектинів), прокоагулянтів, простагландинів [11].

ФНП- α — прозапальний цитокін, який продукується макрофагами, клітинами Купфера, Т-, В-лімфоцитами, індукує синтез адгезивних молекул на ендотеліальних клітинах, активує респіраторний спалах в нейтрофілах, призводить до посилення кілінгової потенції фагоцитуючих клітин, підсилює синтез лімфокінів хелперними Т-лімфоцитами та стимулює ріст В-клітин, сприяє активації НК-клітин та макрофагів, відіграє суттєву роль в ушкодженні тканин організму, зокрема при опіюїдній інтоксикації [11].

В останні роки увагу клініцистів привернув гепатопротектор Легалон 140, діючою речовиною якого є сілімарин, сілібінін, які були виділені з екстрактів плодів расторопші плямистої (*Cardui mariae fructus*) [13, 14]. Сілімарин має антиоксидантний, антигепатотоксичний, антифібротичний та протизапальний ефект, пригнічує активність клітин Купфера, стабілізує клітинні мембрани, стимулює регенерацію тканин печінки [16].

Слід також зазначити, що крім гепатопротекторної терапії для хворих на ОЗ із ХГС можливим методом метаболічних зсувів є проточний плазмаферез. У низці досліджень була доведена ефективність цього методу лікування у хворих на наркотичну залежність, алкогольну хворобу печінки, неалкогольний стеатогепатит, ХГС [12, 15].

Метою дослідження стала оцінка впливу комбінованого лікування із використанням проточного фільтраційного плазмаферезу і гепатопротектору Легалон 140 на сироватковий рівень інтерлейкінів у хворих на опіюїдну залежність, поєднану із ХГС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У Луганському обласному наркологічному диспансері та Луганському центрі з надання гепатологічної допомоги хворим із опіюїдною залежністю під наглядом знаходилося 102 хворих на ОЗ, сполучну із ХГС (у віці від 21 до 48 років). До основної групи були включені 37 пацієнтів, які отримували комбіноване лікування — про-

точний фільтраційний плазмаферез із наступним призначенням гепатопротектору Легалон 140 по 1 пігулці тричі на добу протягом 3 тижнів. До групи співставлення було включено 65 хворих із ОЗ, сполучною із ХГС, яким була призначена стандартна гепатопротекторна та антиоксидантна терапія. Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворого діагнозу — опіюдна залежність за критеріями МКБ.10 (F 11.30) та ХГС на підставі комплексу клініко-біохімічних показників, визначення антитіл анти-НСV і полімеразної ланцюгової реакції — НCV-RNA.

Для проведення плазмаферезу нами був використаний апарат для проточного фільтраційного плазмаферезу АПФ-1 “Гемофер” (ТУ У 33.1-30188903-001–2002, Реєстраційне свідоцтво № 2789/2004, Сертифікат відповідності Держстандарту України №UA 1.063.6–1686–02/042710). Цей прилад має пневмо-гідравлічну, електромеханічну та електронну систему, яка забезпечує безперервний фільтраційний плазмаферез за односторонньою схемою підключення до периферичної вени. Для фільтрації крові були використані мембранні плазмафільтри одноразового застосування “Роса” виробництва компанії “Трекпор Технолоджи”, Росія (зареєстровані в Україні і дозволені до використання в медичній практиці) і мембранні плазмафільтри ПФМ-800 виробництв ЗАТ “Плазмафільтр”, Росія (зареєстровані в Україні і дозволені до використання в медичній практиці).

Тривалість процедури плазмаферезу складала від 1 до 2 год, в залежності від тяжкості стану пацієнта, швидкість кровотоку — 90–120 мл/хв. Об’єм видалення плазми і введення заміщуючого розчину — 800–1200 мл. Об’єм ексфузованої плазми, залежно від ваги пацієнта, і початкового рівня загального білку, складав за одну процедуру від 0,5 до 1,5 об’єму циркулюючої плазми (від 1000 до 2000 мл), що складало 30–40 мл на кг ваги. Перед проведенням плазмаферезу проводилася активна інфузійна терапія з метою корекції гіпопротеїнемії і гіпоальбумінемії, стабілізації гемодинамічних показників осмотичного і онкотичного тиску, а також профілактика розвитку кровотеч, включаючи, при необхідності введення розчину альбуміну і кристалоїдних розчинів. Загальний об’єм інфузійної терапії складав від 800 до 1600 мл.

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження хворим на ОЗ проводилось динамічне визначення рівня ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-1 β ,

ФНП- α в сироватці крові за допомогою сертифікованих в Україні наборів ТОВ “Укрмед-Дон” (Донецьк) на імуноферментному аналізаторі STAT FAX 2100 (USA).

Результати лабораторних аналізів статистично оброблялися за допомогою електронних таблиць EXCEL 2003 і пакету програм STATISTICA 8.0 в операційній системі Windows 7 на комп’ютері Intel Core 2 Duo [2]. У кожній із обстежених груп нами визначалася нормальність розподілення варіант за критеріями Kolmogorov–Smirnov, Lilliefors test та Shapiro–Wilk’s W test. У разі невідповідності критеріям нормальності у кожній групі для оцінки вірогідності міжгрупових відмінностей нами використовувалися тести Mann–Whitney та Wilcoxon.

Зв’язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом тем НДР “Опіюдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патофізіологічні аспекти, методи лікування і профілактики” (номер держреєстрації 0109U002768), “Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів” (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти “Об’єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології” (номер держреєстрації 0108U002113).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення ефективності комбінованого використання проточного плазмаферезу та гепатопротекторного препарату Легалон 140 нами було проведено відкрите рандомізоване дослідження у хворих на ОЗ, поєднану із ХГС.

Для цього дослідження загальна група хворих була розподілена на основну (n=31) та групу співставлення (n=56). Вік пацієнтів в основній групі був від 20 до 47 років (24,4 \pm 3,2 років; Q₂₅=19,1; Q₇₅=28,2), в групі співставлення від 22 до 48 років (26,2 \pm 2,9 років; Q₂₅=20,2; Q₇₅=31,3).

При порівнянні рівня цитокінів сироватки крові хворих основної та групи співставлення нами встановлено, що до лікування вірогідних відмінностей між ними встановлено не було. Зокрема, вміст ФНП- α в сироватці в основній групі складав 85,0 \pm 5,2 пг/мл (Q₂₅=65,3 пг/мл;

Рівень інтерлейкінів в сироватці крові до лікування в основній та групі співставлення у хворих на опіоїдну залежність, коморбідну із хронічним гепатитом С

Показники сироватки крові	Група практично здорових донорів (n=52)	Показники основної групи до лікування (n=31)	Показники групи співставлення до лікування (n=56)	Результати аналізу Mann–Whitney між показниками основної та групи співставлення до лікування
ФНП-α в сироватці крові, пг/мл	14,6±0,9 (10,9–18,7)	85,0±5,2* (65,3–99,2)	90,4±3,9* (73,4–98,1)	>0,558
ІЛ-1β в сироватці крові, пг/мл	22,9±1,4 (17,6–28,8)	97,4±10* (69,7–131,1)	109,2±6* (87,3–139,0)	>0,291
ІЛ-6 в сироватці крові, пг/мл	9,1±0,7 (6,95–11,2)	135,9±12,7* (85,6–172,2)	129,2±9,4* (94,6–169,75)	>0,644
ІЛ-8 в сироватці крові, пг/мл	11,4±1,2 (5,8–16,6)	63,8±5,1* (46,7–81,6)	61,9±3,5* (46,2–75,6)	>0,857

Примітка. В цій та наступних таблицях в першому рядку вказані показники $Me \pm me$ (медіана \pm похибка медіани), в другому рядку – Q_{25} – Q_{75} (25% перцентиль – 75% перцентиль). * – при $p < 0,001$ за аналізом Mann–Whitney у порівнянні із показниками практично здорових донорів.

$Q_{75}=99,2$ пг/мл), в групі співставлення $90,1 \pm 3,9$ пг/мл ($Q_{25}=73,4$ пг/мл; $Q_{75}=98,1$ пг/мл), що за критерієм Mann–Whitney не має вірогідних відмінностей ($p > 0,558$) (табл. 1).

При порівнянні вмісту ІЛ-1β в основній та групі співставленні встановлено, що вірогідних відмінностей в цих групах не було ($p > 0,291$ за Mann–Whitney). Також, вміст в сироватці ІЛ-6 та ІЛ-8 до початку лікування не мали міжгрупових відмінностей ($p > 0,644$ та $p > 0,857$ за Mann–Whitney) (табл. 1).

Аналізуючи вплив запропонованого комбінованого лікування – проточного плазмаферезу та Легалону 140 на рівень ФНП-α, нами встановлено, що в основній групі відбулося зниження вмісту ФНП-α з $85,0 \pm 5,2$ пг/мл ($Q_{25}=65,3$ пг/мл; $Q_{75}=99,2$ пг/мл) до $62,8 \pm 3,7$ пг/мл ($Q_{25}=44,6$ пг/мл; $Q_{75}=69,3$ пг/мл) ($p < 0,001$ за Wilcoxon).

У динаміці лікування в групі співставлення вміст ФНП-α в сироватці крові практично не змінювався і складав $90,8 \pm 3,2$ пг/мл ($p > 0,558$ за Wilcoxon) (табл. 2).

В основній групі після проведеного лікування відбувалося вірогідне зменшення вмісту прозапального цитокіну ІЛ-1β з $97,4 \pm 10,0$ пг/мл до $57,1 \pm 5,1$ пг/мл ($p < 0,001$ за Wilcoxon). В групі співставлення після лікування також мало місце вірогідне зниження рівня ІЛ-1β до $82,2 \pm 4,6$ пг/мл ($p < 0,001$ за Wilcoxon) (табл. 2, 3).

Аналізуючи динаміку змін вмісту в сироватці крові ІЛ-6 нами встановлено, що в основній групі відбувається значне зменшення його концентрації під впливом комбінованого лікування з $135,9 \pm 12,7$ ($Q_{25}=85,6$ пг/мл; $Q_{75}=172,2$ пг/мл) до $90,5 \pm 6,0$ пг/мл ($Q_{25}=62,9$ пг/мл; $Q_{75}=99,0$ пг/мл) ($p < 0,001$ за Wilcoxon). В групі співставлення при

Таблиця 2

Вплив проточного плазмаферезу та Легалону 140 на рівень інтерлейкінів в сироватці крові в основній групі хворих на опіоїдну залежність та хронічний гепатит С

Показники сироватки крові	Група практично здорових донорів (n=52)	Показники основної групи до лікування (n=31)	Показники основної групи після лікування (n=31)	Результати аналізу Wilcoxon між показниками основної групи до та після лікування
ФНП-α в сироватці крові, пг/мл	14,6±0,9 (10,9–18,7)	85,0±5,2* (65,3–99,2)	62,8±3,7* (44,6–69,3)	<0,0001
ІЛ-1β в сироватці крові, пг/мл	22,9±1,4 (17,6–28,8)	97,4±10* (69,7–131,1)	57,1±5,1* (19,5–62,7)	<0,0001
ІЛ-6 в сироватці крові, пг/мл	9,1±0,7 (6,95–11,2)	135,9±12,7* (85,6–172,2)	90,5±6* (62,9–99)	<0,0001
ІЛ-8 в сироватці крові, пг/мл	11,4±1,2 (5,8–16,6)	63,8±5,1* (46,7–81,6)	41,6±3,3* (27,7–47,4)	<0,0001

Динаміка вмісту інтерлейкінів в сироватці крові в групі співставлення хворих на опіюїдну залежність та хронічний гепатит С

Показники сироватки крові	Група пацієнтів	Група практично здорових донорів (n=52)	Показники групи співставлення до лікування (n=56)	Показники групи співставлення після лікування (n=56)	Результати аналізу Wilcoxon між показниками групи співставлення до та після лікування
ФНП- α в сироватці крові, пг/мл		14,6 \pm 0,9 (10,9–18,7)	90,4 \pm 3,9* (73,4–98,05)	90,8 \pm 3,2* (82–99,65)	>0,197
ІЛ-1 β в сироватці крові, пг/мл		22,9 \pm 1,4 (17,6–28,8)	109,2 \pm 6,0* (87,25–139)	82,2 \pm 4,6* (71,4–103,35)	<0,001
ІЛ-6 в сироватці крові, пг/мл		9,1 \pm 0,7 (6,95–11,2)	129,2 \pm 9,4* (94,55–169,65)	145,7 \pm 7,4* (116,4–178,25)	>0,070
ІЛ-8 в сироватці крові, пг/мл		11,4 \pm 1,2 (5,8–16,6)	61,9 \pm 3,5* (46,2–75,6)	72,1 \pm 3,2* (58,8–84,2)	>0,084

динамічному спостереженні рівень ІЛ-6 практично не мав вірогідних відмінностей до та після лікування (129,2 \pm 9,4 пг/мл та 145,7 \pm 7,4 пг/мл відповідно; $p > 0,070$ за Wilcoxon) (табл. 2, 3).

Аналізуючи вплив запропонованого лікування в основній групі на концентрацію ІЛ-8 в сироватці крові нами встановлено, що вміст

цього цитокіну знижувався — 63,8 \pm 5,1 пг/мл до 41,6 \pm 3,3 пг/мл ($p < 0,001$ за Wilcoxon). В групі співставлення рівень ІЛ-8 практично не змінювався протягом лікування (61,9 \pm 3,5 пг/мл; 72,1 \pm 3,2 пг/мл відповідно; $p > 0,084$ за Wilcoxon) (табл. 2, 3).

Далі нами був використаний дискримінантний аналіз для порівняння інтенсивності впливу лікування в основній та групі співставлення на вміст цитокінів сироватки крові.

Нами, встановлено, що в основній групі призначення проточного плазмаферезу та Легалону 140 в найбільшій мірі впливало на зниження в сироватці крові ІЛ-1 β ($F=41,55$; $p < 0,001$), ІЛ-8 ($F=32,33$; $p < 0,001$), ФНП- α ($F=30,22$; $p < 0,001$), в меншій мірі на вміст ІЛ-6 ($F=26,57$; $p < 0,001$). В групі співставлення стандартне лікування за результатами дискримінантного аналізу вірогідно знижувало вміст ІЛ-1 β у сироватці крові хворих на ОЗ, сполучну із ХГС ($F=11,71$; $p < 0,001$) і що вірогідно була меншим, ніж в основній групі ($F=41,55$; $p < 0,001$).

Показники дискримінантного коефіцієнту F для інших цитокінів мали низький рівень та результати міжгрупової дискримінації для ФНП- α , ІЛ-6, ІЛ-8 були невірогідні.

ВИСНОВКИ

1. Застосування комбінованого лікування проточним фільтраційним плазмаферезом та гепатопротектором Легалон 140 хворих на опіюїдну залежність, сполучну із хронічним гепатитом С, у ранньому періоді ремісії дозволяє вірогідно знизити вміст прозапальних цитокінів в сироватці крові, зокрема: ФНП- α до 62,8 \pm 3,7 пг/мл ($Q_{25}=44,6$ пг/мл; $Q_{75}=69,3$ пг/мл) ($p < 0,001$ за

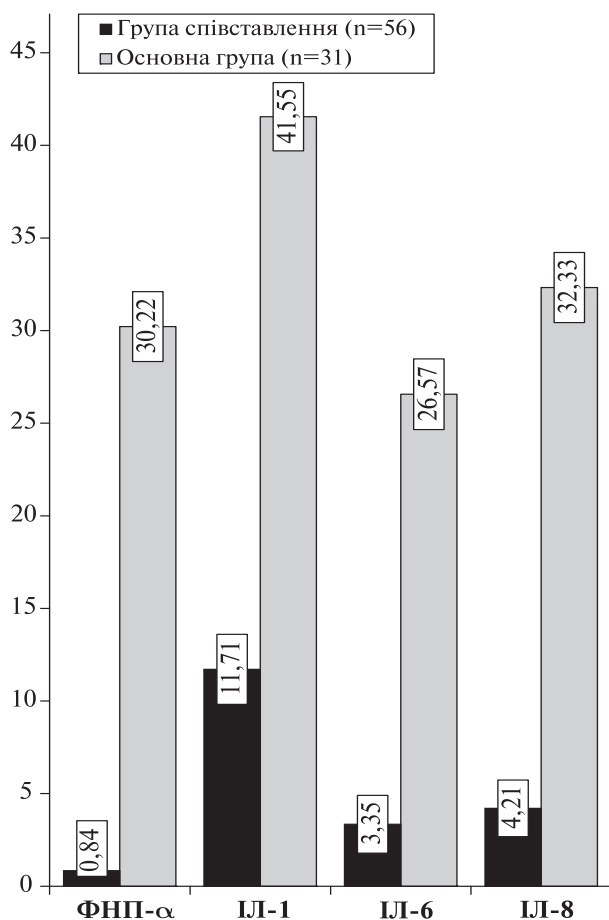


Рис. Рівень дискримінантного коефіцієнту F між вмістом інтерлейкінів в сироватці крові до та після лікування в основній та групі співставлення

Wilcoxon), ІЛ-1 β — до 57,1 \pm 5,1 пг/мл (Q₂₅=19,5 пг/мл; Q₇₅=62,7 пг/мл) (p<0,001 за Wilcoxon), ІЛ-6 — до 90,5 \pm 6,0 пг/мл (Q₂₅=62,9 пг/мл; Q₇₅=99,0 пг/мл) (p<0,001 за Wilcoxon), ІЛ-8 — до 41,6 \pm 3,3 пг/мл (p<0,001 за Wilcoxon).

2. За результатами дискримінантного аналізу було встановлено, що комбіноване використання проточного плазмаферезу та Легалону 140 у наркозалежних пацієнтів із коморбідним хронічним гепатитом С має найбільший вплив на зниження в сироватці крові ІЛ-1 β (F=41,55; p<0,001), ІЛ-8 (F=32,33; p<0,001), ФНП- α (F=30,22; p<0,001), в меншій мірі на вміст ІЛ-6 (F=26,57; p<0,001). В групі співставлення за результатами дискримінантного аналізу лікування вірогідно знижувало вміст лише ІЛ-1 β у сироватці крові хворих на ОЗ, сполучну із ХГС (F=11,71; p<0,001) і це зниження було вірогідно меншим, ніж в основній групі (F=41,55; p<0,001).

Враховуючи вищезазначене, в подальших дослідженнях вважаємо за доцільне вивчення впливу комбінованого використання проточного фільтраційного плазмаферезу і гепатопротектору Легалон 140 на рівень показників перекисиндукованої хемілюмінесценції сироватки крові у хворих на опіоїдну залежність, коморбідну із хронічним гепатитом С.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Хронические гепатиты. — К.: Блиц-Информ, 1999. — 208 с.
2. Боровников В.П. STATISTICA — Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровников, И.П. Боровников. — М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1997. — 608 с.
3. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов // Лаб. диагностика. — 2006. — № 1 (35). — С. 9–12.
4. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник / Под ред. проф. В.В. Меньшикова. — М.: Медицина, 1987. — 368 с.
5. Овчаренко М.О. Вміст інтерлейкіну-1 β в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність / М.О. Овчаренко // Укр. журн. екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. — 2010. — Т. 11, № 1. — С. 127–131.
6. Овчаренко М.О. Вміст інтерлейкіну-6 в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність / М.О. Овчаренко // Акутальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. Зб. наук. праць. — Вип. 18. — Київ—Луганськ, 2010. — С. 188–196.
7. Овчаренко М.О. Вміст інтерлейкіну-8 в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність / М.О. Овчаренко // Перспективи медицини та біології. — 2010. — Т. II, № 1. — С. 86–92.
8. Овчаренко М.О. Динаміка концентрації фактору некрозу пухлини-альфа (ФНП-альфа) в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність / М.О. Овчаренко, І.К. Сосін, Л.Л. Пінський, Т.М. Овчаренко // Акутальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. Зб. наук. праць. — Вип. 17. — Київ—Луганськ, 2009. — С. 137–144.

9. Сосин И.К. Наркология (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
10. Сосин И.К. Диагностическая значимость функциональных проб печени при наркозависимых токсических гепатитах / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев, Т.К. Задорожная // Современные проблемы диагностики и терапии гепатитов. Приложение к журналу "School of Fundamental Medicine Journal" December, 1999. — Vol. 5, № 2. — Харьков, 2000. — С. 128–132.
11. Царегородцева Т.М. Цитокины в гастроэнтерологии / Т.М. Царегородцева, Т.И. Серова. — М.: Анахарсис, 2003. — 96 с.
12. Шербань А.В. Сочетанное применение плазмафереза с ультрабыстрой опиоидной детоксикацией у больных с героиновой наркоманией / Дисс. ... к. мед. н. — М., 2007. — 113 с.
13. Юрьев К.Л. Силимарин: эффекты и механизмы действия, клиническая эффективность и безопасность. Ч. I. Эффекты и механизмы действия / К.Л. Юрьев // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 2 (76). — С. 71–75.
14. Hawke R.L. Silymarin Ascending Multiple Oral Dosing Phase I Study in Noncirrhotic Patients With Chronic Hepatitis C. / R.L. Hawke, S.J. Schrieber, T.A. Soule // J. Clin. Pharmacol. — 2010. — Vol. 50 (4). — P. 434–449.
15. Levent F. Double filtration plasmapheresis in combination with interferon therapy for chronic hepatitis C / F. Levent // Hepatol Res. — 2011. — Feb, № 41. — P. 192–197.
16. Saller R. The use of silymarin in the treatment of liver diseases / R. Saller, R. Meier, R. Brignoli // Drugs. — 2001. — Vol. 61 (14). — P. 2035–2063.

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Н.А. Овчаренко, И.К. Сосин,
С.Е. Казакова, Л.Л. Пинский

Были проанализированы биохимические показатели сыворотки крови у 102 больных с опиоидной зависимостью, сочетанной с хроническим гепатитом С (в возрасте от 21 до 48 лет), из которых 37 были включены в основную и 65 — в группу сопоставления. Установлено, что использование комбинированного лечения — проточного фильтрационного плазмафереза с последующим назначением гепатопротектора Легалон 140 (основная группа) в значительно большей степени уменьшает в сыворотке крови уровень ИЛ-1 β , ИЛ-8, ФНО- α в меньшей степени содержание ИЛ-6, чем базовое лечение в группе сопоставления.

LABORATORY MONITORING OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE, COMBINED WITH CHRONIC HEPATITIS C

N.A. Ovcharenko, I.K. Sosin,
S.Ye. Kazakova, L.L. Pinsky

The biochemical indexes of serum of blood were analysed in 102 patients with opioid dependence comorbid with chronic hepatitis C (in age from 21 to 48), from that 37 were included to basic and 65 — in the group of comparison. It is set that the use of the combined treatment — running lauter plasmapheresis with the setting hepatoprotector Legalonum 140 (basic group) in a considerably greater degree diminishes the level of IL-1 β in the serum, IL-8, THF- α in lesser degree maintenance of IL-6, what base treatment in the group of comparison.