

в период исследования, отмечалось повышение фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β) и С-реактивного белка (СРБ) за несколько месяцев до произошедшего острого коронарного события. Комбинация высоких показателей интерлейкина (ИЛ-8); сывороточного амилоида А-1 (САА-1), триглицеридов (ТГ), фосфорно-кальциевого произведения (Р \times Са), интактного паратиреоидного гормона (и-ПТГ) была наиболее характерна для пациентов с безболевым ишемией миокарда; в меньшей степени - для больных с ишемической дилатационной кардиомиопатией. Значительное повышение показателей липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и ТГ наблюдалось в группе пациентов, страдающих стабильной стенокардией. У больных, не имеющих признаков ИБС, наблюдалось снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), характерное практически для всех пациентов на ПД. В целом, системная воспалительная реакция может рассматриваться как фактор прогрессирования ИБС у пациентов с ХБП на ПД только в комбинации с дислипидемией и нарушениями костно-минерального обмена.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, перитонеальный диализ, прогрессирование ишемической болезни сердца, системная воспалительная реакция, интерлейкины, белки острой фазы воспаления.

Summary

Lesovoy V.N., Andonievа N.M., Guts E.A. *Systemic inflammatory response syndrome as a factor of progression of ischemic heart disease in patients with chronic kidney disease who receive PD therapy.*

The article presents the results of the research into the immunological (interleukins and acute-inflammatory-phase proteins) and metabolic parameters in patients with chronic kidney disease (CKD) who receive peritoneal dialysis (PD therapy) (from 12 to 108 months) in different clinical patient groups: the patients who suffer stable angina pectoris; painless myocardial ischemia; ischemic dilated cardiomyopathy; and the patients who suffered acute myocardial infarction during the research and without ischemic heart disease (IHD). The high parameters of tumor necrosis factor-alpha (TNF- α); interleukin 1 β (IL-1 β) and C-reactive protein (CRP) had been detected several months before acute coronary syndrome in the patients who suffered acute myocardial infarction during the research. The combination of the high parameters of interleukin 8 (IL-8); serum amyloid A-1 (SAA-1); triglycerides (TG); P \times Ca; i-PTH was most typical of the patients with painless myocardial ischemia and, to a degree, of the patients with ischemic dilated cardiomyopathy. The considerably heightened parameters of low density lipoproteins (LDL) and TG were observed in the group of patients who suffer stable angina. There was a decrease in the level of high density lipoproteins (HDL) in the patients who didn't suffer IHD which is characteristic of practically all patients receiving PD therapy. In general systemic inflammatory response syndrome can be regarded as a factor of progression of ischemic heart disease in patients with CKD receiving PD therapy just in combination with lipid metabolism malfunction and mineral and bone disorder.

Key words: chronic kidney disease, peritoneal dialysis, progression of ischemic heart disease, systemic inflammatory response syndrome, interleukins, acute-inflammatory-phase proteins.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 616.36-002-08:[616.91+616.839

ПОКАЗНИКИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СУБАЛІНУ ТА ОРНІТОКСУ

Я.Л. Юган, Я.А. Соцька

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

За даними сучасних статистичних досліджень в останні роки у більшості країн світу спостерігається збільшення рівня захворюваності на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) [8, 12, 18]. При вивченні патогенетичних особливостей розвитку НАСГ було встановлено, що НАСГ формується на тлі попереднього ожиріння печінки, тобто стеатозу, при впливі на організм хворого додаткових патогенних агентів, які викликають оксидативний стрес та гіперекспресію прозапальних цитокінів (ЦК), та, поперед усього, фактору некрозу пухлин альфа (ФНПа, TNF α) [16]. У відповідності до концепції „двох поштовхів” („two hits”) [20] встановлено, що роль „другого поштовху” в трансформації стеатозу печінки у НАСГ та подальшому прогресуванні патологічного процесу у паренхімі печінки можуть відігравати повторні та тривалі інфекційні процеси в організмі, в тому числі при повторних випадках респіраторних інфекцій [14] та негоспітальної пневмонії [7].

За даними сучасної наукової літератури, після перенесеного інфекційного мононуклеозу (ІМ) з фоном НАСГ тривалий час зберігаються залишкові явища у вигляді лімфаденопатії, розладів вегетативної нервової системи (прояви нейроциркуляторної дистонії (НЦД)) спостерігається майже у 60% хворих після перенесеного ІМ) [1, 3, 9] та нерідко водночас відмічається загострення фонової хронічної патології печінки [21]. Оскільки при цьому зареєстровано тривале збереження в періоді реконвалесценції підвищеного рівня прозапальних ЦК у сироватці крові, та, поперед усього, ФНПа та ІЛ-1 β [13, 17, 19], виникло питання про доцільність корекції цитокінового профілю крові (ЦПК) хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД, після перенесеного ІМ.

В цьому плані нашу увагу привернула комбінація препаратів сучасного імуноактивного препарату субаліну та сучасного гепатопротектору орнітоксу. Тому було доцільно вивчення комбінації даних препаратів на ЦПК у хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: Робота виконана у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР «Оптимізація лікування та медична реабілітація в амбулаторних умовах хворих на неалкогольний стеатогепатит після перенесеного інфекційного мононуклеозу, сполучений з нейроциркуляторною дистонією» (№ держреєстрації 0113U001917).

Метою роботи було вивчення ефективності застосування комбінації препаратів субаліну та орнітоксу у лікуванні хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД у хворих після перенесеного ІМ.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено дві групи хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ у віці від 18 до 53 років. Усього під наглядом знаходилося 64 особи, з них чоловіків 36 (56,3%) та жінок 28 (43,7%). Основна група складала 31 пацієнт та група зіставлення – 33 хворих. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю та частотою загострень НАСГ. Клінічна картина захворювання та функціональний стан печінки аналізувалися у періоді диспансерного нагляду або в умовах денного гастроентерологічного відділення, в які хворі поступали для більш детального вивчення в них функціонального стану ГБС та безпосередньо в період виникнення у хворого ІМ, тобто при лікуванні хворого в спеціалізованому інфекційному стаціонарі. Діагноз НАСГ виставляли виходячи з даних анамнезу, клінічного, лабораторного (біохімічного) дослідження, спрямованих на вивчення функціональних проб печінки та результатів сонографічного дослідження органів черевної порожнини [15], що в цілому відповідало вимогам Наказу МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія" [5]. При цьому усі обстежені хворі, які знаходилися під наглядом, були обов'язково двічі обстежені методом імуноферментного аналізу (ІФА) на наявність у крові маркерів вірусних гепатитів (ВГ) В, С та D. При позитивних результатах ІФА на наявність тих чи інших маркерів ВГ, ці хворі були виключені з подальшого обстеження. До дослідження також не включали хворих з наявністю в анамнезі зловживання алкогольними напо-

ями, навіть якщо вони не знаходилися на обліку у лікаря-нарколога та пацієнтів з досвідом застосування наркотичних речовин у будь-якому вигляді. Збиралися дані анамнезу щодо тривалості хвороби печінки, а також особливостей перенесеного ІМ (діагноз ІМ був встановлений на підставі даних епідеміологічного анамнезу, клінічної картини захворювання і був підтверджений виявленням в сироватці хворих маркерів вірусу Епштейна-Бар (VCA-Ig M) та ДНК вірусу в слині методом ПЛР).

Верифікація діагнозу та лікування НЦД здійснювалися на підставі даних анамнезу, клінічного, лабораторного та рентгенологічного дослідження стосовно вимог Наказу МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія" [6].

Пацієнти обох груп (основної та зіставлення) отримували загальноприйняте лікування НАСГ (гепатозахисні препарати – есенціале Н та силібор або карсил) у відповідності до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення» [11]. Крім загальноприйнятої терапії загострення хронічного патологічного процесу у печінці у вигляді НАСГ, хворі основної групи додатково отримували субалін по 2 флакони (2×10^9 живих мікробних клітин) за 30-40 хвилин до прийому їжі 3 рази на добу протягом 14 днів поспіль та орнітокс приймають розчинений вміст 1 пакетика 5 г (3 г орнітину аспартату) 3 рази на добу під час прийому їжі.

Субалін (Subalin) сухий являє собою мікробну масу живої антагоністично активної культури *Bacillus subtilis*. Препарат вчиняє антивірусну, антибактеріальну та імуномодулюючу активність. Включення субаліну до комплексного лікування хворих вірусними інфекціями забезпечує регрес клінічної симптоматики, в тому числі астено-вегетативного синдрому та синдрому хронічної інтоксикації, зменшує прояви диспепсичного та больового синдромів, сприяє більш швидкій позитивній динаміці біохімічних та імунологічних показників. Препарат субалін затверджений, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (сертифікат державної реєстрації № 533/07-300200000) [10].

Орнітокс містить L-орнітин-L-аспартат, який чинить детоксикаційну, гіпоазотемічну, гепатопротекторну дію. Знижує концентрацію аміаку в плазмі крові, сприяє нормалізації кислотно-основної рівноваги організму, сприяє продукції інсуліну і соматотропного гормону, поліпшує білковий обмін. Також має стимулюючу дію на

неактивні чи уражені клітини печінки, стимулює регенерацію, покращує енергетичні процеси в ушкодженій тканині печінки. Бере участь у циклі трикарбонових кислот. Має здатність проникати через мембрани клітин шляхом активного транспорту. В середині клітини бере участь у процесах енергетичного обміну, що проходять в мітохондріях. За рахунок цього може підвищувати енергетичне забезпечення тканини. Чинить анаболічну дію на м'язи. Орнітокс зареєстрований в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/7538/01/01) та дозволений для клінічного застосування [4].

Саме ці аспекти фармакологічної дії комбінації препаратів субаліну та орнітоксу роблять їх використання при сполученій патології у вигляді НАСГ, поєднаний з НЦД у хворих після перенесеного ІМ дуже доцільним.

Для реалізації мети дослідження поряд із загальноприйнятими обстеженням всім хворим здійснювали імунологічне дослідження, спрямоване на аналіз ЦПК. Визначення рівня ЦК проводилося за допомогою ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі імуноферментному аналізаторі PR 2100 на базі імунологічної лабораторії Луганського обласного центру по боротьбі та профілактиці СНІД (головний лікар – к.мед.н. Р.Б. Чхетіані). Концентрацію прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-2, TNF α , ІЛ-6) та протизапальних (ІЛ-4) ЦК у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ – СПб): ProCon ІЛ-1 β , ProCon TNF α , ProCon ІЛ-2, ProCon ІЛ-4, ProCon ІЛ-6.

Статистичну обробку отримано в ході дослідження цифрового матеріалу здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 64 3200+ методом одно- та багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Windows professional[®], Microsoft Office 2005, Stadia 6.1/prof та Statistica 5.5). При цьому обов'язково враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [2].

Отримані результати та їх обговорення

При вивченні ЦПК хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ, було встановлено, що на момент завершення лікування ІМ зберігалось вірогідне підвищення концентрації прозапальних ЦК у сироватці крові, що супроводжувалося збільшенням коефіцієнтів, які відображають співвідношення прозапальних та протизапальних ЦК (табл. 1).

Цитокиновий профіль крові хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ до початку лікування (М \pm m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		Р
		основна (n=31)	зіставлення (n=33)	
ІЛ-1 β (пг/мл)	18,8 \pm 1,5	50,5 \pm 2,1***	50,3 \pm 1,7***	>0,05
ІЛ-2 (пг/мл)	20,8 \pm 1,4	40,1 \pm 1,7***	40,3 \pm 1,5***	>0,05
TNF α (пг/мл)	39,6 \pm 1,6	97,2 \pm 2,1***	91,1 \pm 2,0***	>0,05
ІЛ-6 (пг/мл)	24,4 \pm 2,1	48,3 \pm 2,3***	45,6 \pm 2,2***	<0,05
ІЛ-4 (пг/мл)	47,2 \pm 1,8	61,5 \pm 3,2*	62,2 \pm 3,1*	>0,05
ІЛ-1 β /ІЛ-4	0,4 \pm 0,03	0,82 \pm 0,03***	0,81 \pm 0,04***	>0,05
ІЛ-2/ІЛ-4	0,44 \pm 0,03	0,65 \pm 0,04***	0,65 \pm 0,03**	>0,1
TNF α /ІЛ-4	0,84 \pm 0,04	1,58 \pm 0,03***	1,47 \pm 0,04***	>0,05
ІЛ-6/ІЛ-4	0,52 \pm 0,03	0,79 \pm 0,04***	0,73 \pm 0,05**	<0,05

Примітки: в табл.1 та 2 вірогідність розбіжностей стосовно норми: * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик Р - вірогідність різниці між відповідними показниками в основній групі та групі зіставлення.

Так, в основній групі обстежених концентрація ІЛ-1 β була в цей період в середньому в 2,69 рази вище норми і дорівнювала (50,5 \pm 2,1) пг/мл (P<0,001), вміст ІЛ-2 в 1,93 рази перевищував відповідні значення норми та становив в середньому (40,1 \pm 1,7) пг/мл (P<0,001), рівень TNF α на момент завершення лікування НІП був підвищений стосовно норми в середньому в 2,45 рази, становивши при цьому (97,2 \pm 2,1) пг/мл (P<0,001), концентрація ІЛ-6 збільшувалася в 1,98 рази та складала (48,3 \pm 2,3) пг/мл (P<0,001). Щодо протизапального ЦК - ІЛ-4, то його концентрація збільшувалася незначно (у 1,3 рази) та складала в середньому (61,5 \pm 3,2) пг/мл (P<0,05). Виходячи з цього, коефіцієнти, що відображають співвідношення ЦК з прозапальною та протизапальною активністю, суттєво збільшувалися, а саме індекс ІЛ-1 β /ІЛ-4 - в середньому 2,05 рази стосовно норми (P<0,001), коефіцієнт ІЛ-2/ІЛ-4 - в середньому в 1,48 рази (P<0,01), співвідношення TNF α /ІЛ-4 - в середньому в 1,88 рази (P<0,001) та індекс ІЛ-6/ІЛ-4 - в середньому в 1,52 рази відносно нормальних значень (P<0,01). Збільшення цих індексів свідчило про зниження переваговання у сироватці крові прозапальних ЦК над протизапальними, що в клінічному плані в більшості випадків співпадало з загостренням хронічного патологічного процесу у печінці.

Аналогічні результати були отримані при обстеженні пацієнтів із групи зіставлення. Так, вміст ІЛ-1 β у пацієнтів з групи зіставлення на

момент завершення лікування ІМ був вище норми у 2,68 рази та дорівнював в середньому (50,3±1,7) пг/мл ($P<0,001$), концентрація ІЛ-2 у сироватці крові була збільшеною стосовно норми в середньому в 1,94 рази та складала (40,3±1,5) пг/мл ($P<0,001$), рівень TNF α був підвищений в 2,3 рази стосовно норми і становив в середньому (91,1±2,0) пг/мл ($P<0,001$). У сироватці крові пацієнтів групи зіставлення також була підвищена концентрація ІЛ-6 в середньому в 1,87 разів стосовно норми ($P<0,001$), дорівнюючи при цьому (45,6±2,2) пг/мл. У той же час концентрація у сироватці крові протизапального цитокіну ІЛ-4 була підвищеною в середньому лише в 1,32 рази, тобто до (62,2±3,1) пг/мл ($P<0,05$). Виходячи з цих змін вмісту ЦК у крові пацієнтів групи зіставлення, ІЛ-1 β /ІЛ-4 був вище норми в середньому в 2,03 рази ($P<0,001$), коефіцієнт ІЛ-2/ІЛ-4 був збільшений відповідно у 1,48 рази ($P<0,001$), індекс TNF α /ІЛ-4 був підвищений в 1,75 рази ($P<0,001$), коефіцієнт ІЛ-6/ІЛ-4 у обстежених з групи зіставлення – в 1,4 рази ($P<0,01$). Ці дані свідчать про суттєву перевагу прозапальних активностей у крові хворих групи зіставлення в цей період обстеження, що ймовірно пов'язано із загостренням хронічного патологічного процесу у ГБС.

Повторне вивчення ЦПК після завершення лікування дозволило встановити позитивну динаміку вивчених ЦК з про- та проти-запальною активністю (табл. 2).

Таблиця 2

Цитокиновий профіль крові хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ після завершення лікування (М±m)

Показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=31)	зіставлення (n=33)	
ІЛ-1 β (пг/мл)	18,8±1,5	20,6±1,2	31,4±1,3*	<0,05
ІЛ-2 (пг/мл)	20,8±1,4	23,2±1,3	26,3±1,4*	=0,05
TNF α (пг/мл)	39,6±1,6	42,6±1,1	53,6±1,2*	<0,05
ІЛ-6 (пг/мл)	24,4±2,1	27,8±1,4	38,8±1,5**	<0,05
ІЛ-4 (пг/мл)	47,2±1,8	50,3±1,5	54,2±1,4	>0,05
ІЛ-1 β /ІЛ-4	0,4±0,03	0,41±0,04	0,58±0,03*	<0,05
ІЛ-2/ІЛ-4	0,44±0,03	0,46±0,03	0,49±0,02	>0,05
TNF α /ІЛ-4	0,84±0,04	0,85±0,04	0,99±0,03**	<0,05
ІЛ-6/ІЛ-4	0,52±0,03	0,55±0,03	0,72±0,03**	<0,05

При досягненні ремісії хронічної патології печінки, тобто після завершення основного курсу лікування хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ, в основній групі пацієнтів (яка отри-

мувала комплекс препаратів субалін і орнітокс) відмічено повне відновлення ЦПК, що відобразалося у зниженні до верхньої межі норми концентрації прозапальних ЦК у сироватці крові та нормалізації співвідношення між прозапальними та протизапальними ЦК.

В групі зіставлення (хворі якої отримували лише загальноприйнятту терапію НАСГ) позитивна динаміка показників ЦПК була менш значуща, та тому концентрація вивчених ЦК з прозапальною активністю у крові залишалася вірогідно від'ємною як від відповідних показників норми, так і аналогічних показників у пацієнтів основної групи. Так, концентрація ІЛ-1 β в сироватці крові хворих цієї групи на момент завершення курсу лікування становила в середньому (31,4±1,3) пг/мл, що було в 1,67 рази вище норми та в 1,52 рази вище аналогічного показника у основній групі ($P<0,05$), вміст ІЛ-2 перевищував відповідні значення норми та значення цього показника у пацієнтів основної групи в 1,26 та 1,13 рази відповідно ($P<0,05$) та складав (26,3±1,4) пг/мл, рівень TNF α досягав значення (53,6±1,2) пг/мл, що було в 1,35 вище норми та відповідного показника у основній групі в 1,26 рази ($P<0,05$). Концентрація прозапального ЦК ІЛ-6 на момент завершення лікування дорівнювала в середньому (38,8±1,5) пг/мл, що було більш норми в 1,57 рази та відповідного показника у основній групі в 1,4 рази ($P<0,05$). Рівень протизапального ЦК - ІЛ-4 в цей період обстеження також знижася, та на момент завершення лікування дорівнював в середньому (54,2±1,4) пг/мл, що було більш норми в 1,15 рази та відповідного показника у основній групі в 1,08 рази ($P<0,05$).

Таким чином, у хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ, на момент завершення лікування загострення хронічної патології печінки зберігалися порушення ЦПК, що підтверджувалося збереженням підвищених значень коефіцієнтів, які відображають співвідношення ЦК з прозапальною та протизапальною активністю, зокрема ІЛ-1 β /ІЛ-4 – в середньому в 1,45 рази стосовно норми ($P<0,05$), ІЛ-2/ІЛ-4 та TNF α /ІЛ-4 – в 1,1 рази ($P<0,05$), ІЛ-6/ІЛ-4 – в середньому в 1,4 рази відносно значень норми ($P<0,05$).

Виходячи з отриманих даних можна вважати патогенетично обґрунтованим включення комбінації сучасних препаратів субаліна і орнітокса до терапевтичного комплексу у хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД, після перенесеного ІМ, оскільки при введенні цих препаратів була відмічена нормалізація співвідношення між прозапальними та протизапальними ЦК, що свідчить про відновлення ЦПК. В той час при застосуванні лише загальноприйнятої терапії у пацієнтів групи зіставлення

тривалий час відмічається збереження зсувів з боку ЦПК, що свідчить про превалювання прозапальних властивостей сироватки крові.

Висновки

1. У хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД, після перенесеного ІМ, на момент завершення терапії ІМ, залишаються порушення цитокінового профілю крові (ЦПК) переважно у вигляді тривалого збереження підвищеного рівня у сироватці прозапальних ЦК (ІЛ-1 β , ІЛ-2, TNF α , ІЛ-6), а також збільшення коефіцієнтів, які відображають співвідношення прозапальних та протизапальних ЦК (ІЛ-1 β /ІЛ-4, ІЛ-2/ІЛ-4, TNF α /ІЛ-4, ІЛ-6/ІЛ-4), що в клінічному плані, як правило, сполучається із загостренням хронічного патологічного процесу у печінці.

2. Включення сучасного імуніактивного препарату субаліну та гепатопротектору орнітоксу до комплексу лікування хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ, сприяє відновленню ЦПК, а саме зниженню до верхньої межі норми концентрації прозапальних ЦК (ІЛ-1 β , ІЛ-2, TNF α , ІЛ-6) у сироватці крові та нормалізації співвідношення між прозапальними та протизапальними ЦК.

3. При проведенні лише загальноприйнятого лікування НАСГ (есенціале Н, сілібор або карсил) також відмічається тенденція до відновлення ЦПК, однак суттєво менш виражена; тому на момент завершення основного курсу лікування хронічної патології печінки більшість проаналізованих показників залишається підвищеними стосовно норми.

4. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим включення комплексу препаратів субалін і орнітокс до комплексу лікування хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ.

5. В подальшому планується вивчити вплив субаліна і орнітокса на інтерфероновий статус організму у хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД після перенесеного ІМ.

Література

1. Возіанова Ж.І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епіштейна-Барр / Ж.І. Возіанова, А.І. Глей // Мистецтво лікування. - 2005. - № 5. - С.5.
2. 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.
3. Олейникова М.М. Нейроциркуляторная дистония как психосоматическая патология / М.М.Олейникова // Вестник новых медицинских технологий. - 2006. - Т. XIII, № 1. - С. 59-63.

4. Орнітокс: інструкція для медичного застосування / Затверджена Наказом МОЗ України № 77 від 15.02.2008р.

5. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» / Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05. - Київ, 2005. - С. 45-48.

6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» / Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. - Київ, 2006. - 146 с.

7. Разумний Р.В. Вміст прозапальних та протизапальних цитокінів у бронхоальвеолярному секреті хворих на негоспітальну пневмонію, що сполучена зі стеатозом печінки / Р.В. Разумний // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2009. - Вип. 1-2 (88-89). - С. 225-238.

8. Северов М.В. Неалкогольная жировая болезнь печени / М.В. Северов // Клиническая фармакология и терапия. - 2008. - Т. 17, № 1. - С. 11-15.

9. Скворцов В.В. Нейроциркуляторная дистония: актуальные вопросы диагностики и лечения / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко, О.В. Орлов // Лечащий врач - 2008. - № 5. - С. 12-17.

10. Субалін: інструкція для медичного застосування / Затверджена 21.08.07 р. №78, Наказ МОЗ України.

11. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] - Київ, 2005. - 56 с.

12. Степанов Ю.М. Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / Ю.М. Степанов, А.Ю. Филиппова // Здоров'я України. - 2004. - №18 (103). - С. 20 - 21.

13. Стефанко С.Л. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та діагностику стеатозу печінки / С.Л. Стефанко // Галицький лікарський вісник. - 2007. - №2. - С. 106-109.

14. Терьошин В.О. Клініко-біохімічні особливості неалкогольного стеатогепатиту на тлі повторних випадків респіраторних інфекцій / В.О. Терьошин // Український медичний альманах. - 2010. - Т. 13, № 6. - С.

15. Унифицированные биохимические методы обследования больных: метод. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. - Киев: МЗ Украины, 1990. - 64 с.

16. Фадеенко Г.Д. Факторы транскрипции и молекулярные медиаторы стеатоза печени / Г.Д. Фадеенко, Н.А. Кравченко // Український терапевтичний журнал. - 2005. - №1. - С. 100-106.

17. Фадеенко Г.Д. Стеатогепатит. Биохимические маркеры и проблемы диагностики / Г.Д. Фадеенко, Н.А. Кравченко // Сучасна гастроентерологія. - 2006. - №1. - С. 8-13.

18. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скурда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3 – 9.

19. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease / P. Angulo, K. Undor // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Suppl. 17. – P. 187-191.

20. Day C.P. Steatohepatitis: a tale of two «hits»? / C.P. Day, O.F. James // Gastroenterology. – 1998. – Vol. 114. – P. 842-845.

21. Elshstein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshstein // Acta Medico. – 2006. – № 5. – P. 70-73.

Резюме

Юган Я.Л., Соцька Я.А. Показники цитокінового профілю крові у хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з нейроциркуляторною дистонією, після перенесеного інфекційного мононуклеозу при застосуванні субаліну та орнітоксу.

Вивчені показники цитокінового профілю крові (ЦПК) у хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), поєднаний з нейроциркуляторною дистонією (НЦД), після перенесеного інфекційного мононуклеозу (ІМ) при застосуванні субаліну та орнітокса. Встановлено, що застосування у комплексі лікування хворих на НАСГ, поєднаний з НЦД, після перенесеного ІМ імуноактивного препарату субаліну та гепатопротектору орнітоксу обумовило позитивну динаміку показників ЦПК.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, нейроциркуляторна дистонія, інфекційний мононуклеоз, цитокіновий профіль крові, субалін, орнітокс, лікування.

Резюме

Юган Я.Л., Соцька Я.А. Показатели цитокинного профиля крови у больных неалкогольным стеатогепатитом, на фоне нейроциркуляторной дистонии, после перенесенного инфекционного мононуклеоза, при применении субалина и орнитокса.

Были изучены цитокинный профиль крови (ЦПК) у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД), после перенесенного инфекционного мононуклеоза (ИМ), при применении субалина и орнитокса. Установлено, что применение в комплексе лечения больных НАСГ на фоне НЦД, после перенесенного ИМ иммуноактивного препарата субалина и гепатопротектора орнитокса обусловило позитивную динамику показателей ЦПК.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, нейроциркуляторная дистония, инфекционный мононуклеоз, цитокинный профиль крови, субалин, орнитокс, лечение.

Summary

Yugan Y.L., Sotskaya Y.A. Blood cytokines profile at the patients with nonalcoholic steatohepatitis against neurocirculatory dystonia, after infectious mononucleosis, at subalin et ornitox application.

Blood cytokines profile (BCP) at the patients with nonalcoholic steatohepatitis (NASH), against neurocirculatory dystonia (NCD), after infectious mononucleosis (IM), at subalin and ornitox application was detected. It was set that subalin and ornitox application is in the complex of treatment of the patients with NASH, against NCD, after IM stipulated the positive dynamics of indexes BCP.

Key word: nonalcoholic steatohepatitis, neurocirculatory dystonia, infectious mononucleosis, blood cytokines profile, subalin, ornitox, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадин

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ