у динаміці стандартного (33 чол.) та комбінованого (із застосуванням деринату и триовіту) лікування (43 чол.). Показано, що в умовах цитокінового дисбалансу (суттєве підвищення вмісту TNFα и IL-6 за наявності відносного зниження IL-4) та активації пероксидації ліпідів комбінована терапія має суттєві переваги, що, у порівнянні із стандартним лікуванням, підтверджувалось суттєвою динамікою зниження TNFα і IL-6, підвищенням вмісту протизапального IL-4 та зниженням вмісту проміжних та кінцевого продуктів перекисного окислення ліпідів.

Ключові слова: хронічний бронхіт, пептична виразка, цитокіни, перекисне окислення ліпідів, лікування.

Резюме

Усенко В.А. *Изменение содержания сывороточных цитокинов и интенсивности перекисного окисления липидов у больных хроническим бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки под влиянием комбинированного лечения в амбулаторных условиях.*

У 76 больных хроническим бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки проведено изучение содержания в сыворотке крови цитокинов в динамике стандартного (33 чел.) и комбинированного (с применением дерината и триовита) лечения (43 чел.). Показано, что в условиях цитокинового дисбаланса (существенное повышение содержания TNFα и IL-6 и при относительном снижении IL-4) и активации пероксидации липидов комбинированная терапия имеет явное преимущество, что, по сравнению со стандартным лечением, подтверждалось существенной динамикой снижения TNFα и IL-6, повышения противовоспалительного IL-4 и снижением содержания промежуточных и конечного продуктов липопероксидации.

Ключевые слова: хронический бронхит, пептическая язва, цитокины, перекисное окисление липидов, лечение.

Summary

Usenko V.A. *Change of some cytokines and peroxide oxidations of lipids intensity in patients with chronic bronchitis in combination with duodenum peptic ulcer under the influence of combined therapy in ambulance treatment.*

The study of cytokines content blood serum in dynamics of standard (33 individuals) and combined (with derinat and triovite application) therapy (43 individuals) was conducted in patients with chronic bronchitis in combination with duodenum peptic ulcer. It is revealed, that in cytokine imbalance conditions (essential increase of TNFα and IL-6 content and relative loss of IL-4) and increased of lipid peroxidation data combined therapy has an evident advantage. That was proved with evident dynamic loss of TNFα and IL-6, and antiinflammatory IL-4 increase and decrease of lipid peroxidation data in comparison with standard therapy.

Key words: chronic bronchitis, peptic ulcer, cytokines, lipoperoxidation, treatment.

Рецензенти: д.мед.н., проф.М.О.Пересадін
д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 616.36-002.35.14:578.16.32

ВПЛИВ ЛІКОПІДУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ ФРАКЦІЙНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

І.О. Шаповалова

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Згідно статистичних даних, що стосуються огляду поширеності внутрішніх хвороб, відомо, що як в Україні, так і у світі в цілому спостерігається підвищення захворюваності на хронічний токсичний гепатит (ХТГ), в тому числі медикаментозного генеза [1, 18]. За результатами сучасних наукових досліджень встановлено, що виникнення ХТГ у теперішній час обумовлено не тільки гепатотоксичним впливом токсичних агентів в умовах виробництва, але й також поширеним застосуванням консервантів та барвників синтетичного походження у харчовій промисловості, частим вживанням лікарських засобів, які метаболізуються у печінці [8, 20]. За останні десятиріччя серед захворювань внутрішніх органів гастроентерологічного профілю також суттєво підвищилася питома вага хронічної патології жовчного міхура (ЖМ), частіше у вигляді хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) [1, 2, 12, 17]. Відомо, що в Україні ХНХ є найбільш розповсюдженою хворобою не лише гепатобіліарної системи (ГБС), але й також системи органів травлення у цілому [17].

Перебіг хронічної патології ГБС, у тому числі ХНХ досить часто супроводжуються абдомінальним ожирінням (Ож) [6, 13]. Відомо, що ожиріння внаслідок розвитку інсулінорезистентності негативно впливає на перебіг інших хвороб, зокрема ХНХ, та сприяє порушенням цукрового обміну [16].

Нами протягом певного часу проводяться дослідження в напрямку з'ясування основних патогенетичних ланок ХТГ,

поєднаного з ХНХ та Ож, та розробляються раціональні підходи щодо удосконалення лікування і медичної реабілітації таких пацієнтів. При цьому нашу увагу привернула можливість застосування сучасного імунотропного препарату лікопіду в лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, в тому числі його можливий вплив на рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та їхніх молекулярних фракцій, за якими можна судити про вираження синдрому імунотоксикозу в організмі людини [14, 15].

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

Метою дослідження стало вивчення впливу сучасного імунотропного препарату лікопіду на загальну концентрацію ЦІК та їх фракційний склад у сироватці крові хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилось дві групи хворих на ХТГ, поєднаний з ХНХ на тлі Ож, які були рандомізовані за віком і статтю. Вік хворих складав від 18 до 58 років. Основна група включала 48 осіб та група зіставлення - 45 пацієнтів. Діагноз ХТГ та ХНХ встановлювався експертним шляхом з урахуванням даних анамнезу, результатів клінічного та лабораторного (біохімічного) обстеження, яке характеризувало функціональний стан печінки та ЖМ, а також даних сонографічного дослідження органів черевної порожнини [10].

Діагноз Ож ставився за даними анамнезу та результатами антропометричного дослідження, що включало визначення індексу маси тіла (ІМТ) [16]. Серед обстежених нами хворих основної групи було 27 осіб (56,3%) з Ож II а ступеня, 17 пацієнтів (35,4%) з Ож II b ступеня та 4 хворих (8,3%) з Ож III ступеня. Група зіставлення включала 25 осіб (55,6%) з Ож II а ступеня, 16 пацієнтів (35,5%) з Ож II b ступеня та 4 хворих (8,9%) з Ож III ступеня.

Для виключення вірусного ураження печінки було проведено двократне дослідження сироватки крові обстежених на маркери вірусних гепатитів (ВГ) - ВГВ, ВГС та ВГD за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). При позитивних результатах ІФА на наявність тих чи інших маркерів ВГ хворі були вилучені з подальшого обстеження. До подальшого дослідження не залучали хворих, в яких за даними анамнезу відмічалося зловживання алкогольними напоями, навіть якщо вони не знаходилися офіційно на обліку у лікаря-нарколога, а також пацієнтів з досвідом застосування наркотичних речовин у будь-якому вигляді.

Лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, що були під наглядом, здійснювали у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія" (Наказ МОЗ України № 271 від 13. 06. 2005 р.), а саме спазмолітики, жовчогінні, антибактеріальні препарати (при необхідності), засоби симптоматичної терапії (прокінетики, селективні антагоністи Са, міотропні спазмолітики), гепатопротектори [11, 13]. В період перебування на стаціонарному обстеженні та лікуванні хворим призначали дієтотерапію у відповідності до рекомендацій Н.В. Харченко та Г.А. Анохіної [16]. Хворі основної групи додатково отримували також сучасний імуноактивний препарат лікопід усередину по 1 таблетці (10 мг) 1 раз на добу натщесерце під язик протягом 10 днів поспіль.

Лікопід - це синтетичний аналог природного компоненту стінок бактерій - мурамілдіпептиду, що відповідає за імуномодулюючий ефект. Діючою речовиною препарату є глюкоза мінілмурамілдіпептид (ГМДП) [3]. Препарат стимулює функціональну (бактерицидну, цитотоксичну) активність фагоцитів (нейтрофілів, макрофагів), посилює проліферацію Т- і В-лімфоцитів, підвищує синтез специфічних антитіл. Фармакологічна дія забезпечується шляхом посилення вироблення інтерлейкінів (ІЛ) (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-12), фактора некрозу пухлин-α (ФНПα), гамма-інтерферону, колоніестимулюючих факторів [3].

Обсяг біохімічного обстеження включав визначення загального білірубіну та його фракцій (вільної та зв'язаної), активності амінотрансфераз (АлАТ, АсАТ) з вирахуванням коефіцієнту де Рітіса (АсАТ/АлАТ), екскреторних ферментів (лужна

фосфатаза - ЛФ та гамаглутамілтранспептидаза - ГГТП), показника тимолової проби, рівню холестерину та -ліпопротеїдів, загального білка та білкових фракцій, цукру крові, протромбінового індексу уніфікованими методами. Для реалізації мети дослідження визначали також концентрацію ЦІК у сироватці крові методом преципітації в розчині поліетиленгліколя (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 D [14]. Молекулярний склад ЦІК з виділенням фракцій велико- (>19S), середньо- (11S 19S) та дрібномолекулярних (<11S) імунних комплексів (ІК) визначали шляхом селективної диференційованої преципітації у 2,0%, 3,5% та 6% розчинах ПЕГ [15]. Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof і Statistica [4], враховуючи основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських засобів [5].

Отримані результати та їх обговорення

До початку 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 пацієнтів, що знаходилися під наглядом, характеризувались помірною гіпербілірубінемією, переважно за рахунок підвищення прямої (звязаної) фракції білірубіну, гіпертрансфераземією (підвищенням активності сировакових АлАТ та АсАТ), збільшенням показника тимолової проби. У частини хворих виявлялося також підвищення рівння холестерину і β-ліпопротеїдів у сироватці крові, нерідко зростанням активності екскреторних ферментів - ГГТП і ЛФ, що свідчило про наявність синдрому внутрішньопечінкового холестазу (холестатичного компоненту).

При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що до початку лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі

Ож, виявлені порушення з боку вивчених імунологічних показників, які характеризувалися вірогідним підвищенням загального вмісту ЦІК у сироватці крові та зсувами їхнього молекулярного складу у вигляді збільшення як відносної, так і абсолютної концентрації найбільш патогенних (токсигенних) середньомолекулярних (11S-19S) та дрібномолекулярних (<11S) ІК, в той час як питома вага великомолекулярних ІК (>19S) достовірно знижалася, в той як їх абсолютний рівень залишався в межах норми (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень ЦІК та молекулярний склад у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, до початку лікування (M±m)

Імунологічні показники		Норма	Групи хворих		P
			основна група (n=48)	група зіставлення (n=45)	
ЦІК заг., г/л		1,88±0,03	3,05±0,12***	2,96±0,11***	>0,05
(>19S),	%	44,5±2,3	34,5±2,0**	35,8±2,1**	>0,1
	г/л	0,84±0,04	1,05±0,06**	1,06±0,06**	>0,1
(11S-19S),	%	30,5±2,0	38,4±2,1*	37,5±1,8*	>0,05
	г/л	0,57±0,04	1,17±0,06***	1,11±0,05***	>0,05
(<11S),	%	25,0±1,6	27,2±1,7	26,7±1,8	>0,05
	г/л	0,47±0,03	0,83±0,03***	0,79±0,03***	>0,05

Примітки: в табл. 1 та 2 ймовірність різниці відносно норми * - при P<0,05, ** - при P<0,01, *** - при P<0,001; стовпчик P - вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

В цілому виявлені порушення полягали у підвищенні загального рівня ЦІК з дисбалансом їхнього молекулярного складу. При дослідженні молекулярного складу ЦІК у обстежених хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, було встановлено, що зростання рівня ЦІК відбувалося переважно за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій.

При повторному дослідженні загального рівня ЦІК та їхнього молекулярного складу у обстежених хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, на момент завершення лікування із застосуванням загальноприйнятої терапії, була встановлена деяка позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, а саме зменшення загальної кількості ЦІК у сироватці та покращення їхнього молекулярного складу. При цьому було

встановлено, що у хворих основної групи вивчені імунологічні показники практично досягли норми, в той час як у пацієнтів групи зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, в більшості випадків нормалізації не відбувалося (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень ЦІК та молекулярний склад у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, після завершення лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна група (n=48)	група зіставлення (n=45)	
ЦІК заг., г/л	1,88±0,03	2,02±0,08	2,44±0,09**	<0,05
(>19S), %	44,5±2,3	43,2±1,8	38,2±1,6	<0,05
г/л	0,84±0,04	0,87±0,04	0,93±0,04*	>0,1
(11S-19S), %	30,5±2,0	30,6±1,8	36,2±1,6*	=0,05
г/л	0,57±0,04	0,62±0,04	0,88±0,04**	<0,05
(<11S), %	25,0±1,6	26,2±1,5	25,6±1,4	>0,05
г/л	0,47±0,03	0,53±0,03	0,63±0,03**	<0,05

В клінічному плані на момент завершення лікування у більшості хворих основної групи відмічено чітко виражена позитивна динаміка клініко-біохімічних показників, що характеризують функціональний стан ГБС та, таким чином, має місце досягнення стійкої ремісії коморбідної хвороби. В той же час у 30 осіб групи зіставлення (66,7%) збірігалися залишкові явища загострення ХТГ, сполученого з ХНХ на тлі Ож, у вигляді астенічного або астено-невротичного синдрому, наявності дискомфорту у правому підребер'ї, помірної гепатомегалії, та в лабораторному плані - певного підвищення активностьі АлАТ та АсАТ, іноді - показника тимолової проби, що потребує проведення в них у подальшому заходів медичної реабілітації.

Виходячи з отриманих даних, можна вважати, що застосування сучасного імуноактивного препарату лікопіду додатково до загальноприйнятих засобів у лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, забезпечує подолання патогенетичних зсувів в імунному гомеостазі цих пацієнтів. Отримані дані свідчать, що використання лікопіду у комплексній терапії хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, патогенетично обґрунтовано, доцільно та клінічно перспективно.

Висновки

1. До початку лікування хворі на ХТГ, поєднаний 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 обстежених відмічалася наявність субіктеричності склер, печінка виступала на 3 - 4 см з-під реберного краю, була підвищеної щільності.

2. Біохімічні показники пацієнтів, що знаходилися під наглядом, характеризувались помірною гіпербілірубінемією, переважно за рахунок підвищення прямої (звязаної) фракції білірубіну, гіпертрансфераземією (підвищенням активності сироваткових АлАТ та АсАТ), збільшенням показника тимолової проби. У частини хворих виявлялося також підвищення рівня холестерину і β-ліпопротеїдів у сироватці крові, нерідко зростанням активності екскреторних ферментів - ГГТП і ЛФ.

3. До початку лікування у хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, було виявлено підвищення загального рівня ЦІК в сироватці крові та дисбаланс молекулярного складу ІК, який полягав у збільшенні відносно норми середньомолекулярної фракції ІК та дрібномолекулярної фракції ІК, що свідчить про розвиток в таких хворих синдрому імунотоксикозу.

4. Застосування сучасного імунотропного препарату лікопіду у комплексному лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, сприяє в більшості випадків досягнення клініко-біохімічної ремісії такої сполученої патології, а також практично повній нормалізації вивчених імунологічних показників, а саме рівня ЦІК та ліквідації дисбалансу їхнього фракційного складу, поперед усього, зниження надмірного вмісту у крові найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярної фракцій ІК.

5. При проведенні загальноприйнятого лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож (група зіставлення), у 66,7% випадків збірігалися залишкові явища загострення хронічної патології ГБС у вигляді астенічного або астено-невротичного синдрому, наявності дискомфорту у правому підребер'ї, помірної гепатомегалії, та в лабораторному плані - певного підвищення активностьі АлАТ та АсАТ, іноді - показника тимолової проби.

При цьому відмічена деяка позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, однак не відбулося відновлення імунологічного гомеостазу: загальний рівень ЦІК на момент завершення лікування залишався в 1,3 рази вище норми, концентрація середньомолекулярної фракції ІК - в 1,54 рази, дрібномолекулярних ІК - в 1,34 рази. Тому можна вважати доцільним проведення у цієї групі хворих у подальшому заходів медичної реабілітації.

6. Отже, отримані дані дозволяють вважати патогенетично обгрунтованим та клінічно перспективним застосування сучасного імуноактивного препарату лікопіду в лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож. Перспективою подальших досліджень може бути продовження вивчення ефективності лікопіду у лікуванні хворих на ХТГ, сполучений з ХНХ на тлі Ож, зокрема його можливий вплив на показники інтерферонового статусу таких пацієнтів.

Література

1. *Диагностика и лечение заболеваний жёлчевыводящих путей / Под ред. И.В. Маева. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 96 с.*
2. *Иванова Л.Н. Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / Л.Н. Иванова. - Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. - 170 с.*
3. *Інструкція для медичного застосування препарату Лікопід® [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://mozdocs.kiev.ua/ likiview.php?id=13066.*
4. *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.*
5. *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.*
6. *Пасієшвілі Л.М. Ожиріння як соціальна проблема. Етапи формування в осіб із захворюваннями біліарного каналу / Л.М. Пасієшвілі, Н.М. Железнякова, Т.М. Пасієшвілі // Сучасна гастроенерологія. - 2008. - № 6 (44). - С. 6-9.*
7. *Полунина Т.В. Медикаментозные гепатиты / Т.В. Полунина, И.В. Маев // Фарматека. - 2006. - № 12 (127). - С. 63-71.*
8. *Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика / Ю.С.Попова. - Спб.: Крылов, 2008. - 192 с.*

9. *Рапопорт С.И. Проблема ожирения в клинике внутренних болезней / С.И. Рапопорт, А.Ю. Лобода // Клиническая медицина. - 2008. - Т. 86, № 11. - С. 15-22.*
10. *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.*
11. *Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скирда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3 - 9.*
12. *Філіпов Ю.О. Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр. / Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скирда // Сучасні медичні технології. - 2010. - № 2 (6). - С. 56-59.*
13. *Фоменко П.Г. Клініко-патогенетичні особливості та лікування хронічного безкам'яного холециститу на тлі хелікобактеріозу у поєднанні з ожирінням: автореферат дис.... канд.-мед.наук. - Луганськ, 2007. - 23 с.*
14. *Фролов В.М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, В.Е. Рычнев // Лабораторное дело. - 1986. - № 3. - С. 159 - 161.*
15. *Фролов В.М. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, П.К. Бойченко // Врачебное дело. - 1990. - № 6. - С. 116 - 118.*
16. *Харченко Н.В. Современные взгляды на ожирение и подходы к его лечению / Н.В. Харченко, Г.А. Анохина // Сучасна гастроентерологія. - 2002. - № 4. - С. 4-12.*
17. *Щербиніна М.Б. Особливості поширеності та захворюваності населення України на холецистит і холангіт / М.Б. Щербиніна, М.І. Бабець // Сімейна медицина. - 2008. - № 1. - С. 126-129.*
18. *Marino G. Management of drug-induced liver disease / G.Marino, H.J.Limmerman // Cur. Gastr. Reports. - 2007. - Vol. 3. - P. 38-48.*
19. *Weismuller T.J. Biliary diseases - new insights and developments / T.J. Weismuller, T.O.Lankisch // Dtsch. Med. Wochenschr. - 2011. - Vol. 136. - P. 713-716.*
20. *William M. Lee. Drug-Induced Hepatotoxicity / William M. Lee // N. Engl. J. Med. - 2003. - V. 349, № 5. - P. 474-485.*

Резюме

Шаповалова І.О. *Вплив лікопіду на рівень циркулюючих імунних комплексів та їх фракційний склад у хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом на тлі ожиріння.*

Встановлено, що у хворих на хронічний токсичний гепатит, сполучений з хронічним некалькульозним холециститом на тлі ожиріння, до початку лікування відмічається підвищення вмісту циркулюючих імунних комплексів у сироватці та дисбаланс їхнього молекулярного складу, переважно за рахунок збільшення питомої ваги та абсолютної кількості середньомолекулярної та дрібномолекулярної фракцій імунних комплексів. При використанні лікопіду додатково до загальноприйнятого лікування у цих хворих відмічається нормалізація вивчених імунологічних показників.

Ключові слова: хронічний токсичний гепатит, хронічний некалькульозний холецистит, ожиріння, циркулюючі імунні комплекси, лікопід, лікування.

Резюме

Шаповалова И.А. *Влияние ликопида на уровень циркулирующих иммунных комплексов и их фракционный состав у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения.*

Установлено, что до начала лечения у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне ожирения, отмечается повышение содержания циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови и дисбаланс их молекулярного состава, преимущественно за счет увеличения удельного веса и абсолютного количества среднемолекулярной и мелкомолекулярной фракций иммунных комплексов. При применении ликопида дополнительно к общепринятому лечению у этих больных отмечается нормализация изученных иммунных показателей.

Ключевые слова: хронический токсический гепатит, хронический некалькулезный холецистит, ожирение, циркулирующие иммунные комплексы, ликопид, лечение.

Summary

Shapovalova I.O. *Influence of licopid on the level of circulatory immune complexes at the patients with chronic toxic hepatitis, combined with chronic uncalculosis cholecystitis on background of obesity.*

It was set that at the patients with chronic toxic hepatitis combined with chronic uncalculosis cholecystitis and obesity, marked maintenances of circulatory immune complexes and change of their molecular composition mainly due to the increase of averagemolecular and littlemolecular fractions. At the accepted licopid to treatment of these patients the increase of the studied indexes is marked, however much their value for certain differs from a norm.

Key words: chronic toxic hepatitis, chronic uncalculosis cholecystitis, obesity, circulatory immune complexes, licopid, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.В.Кузнєцова

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ