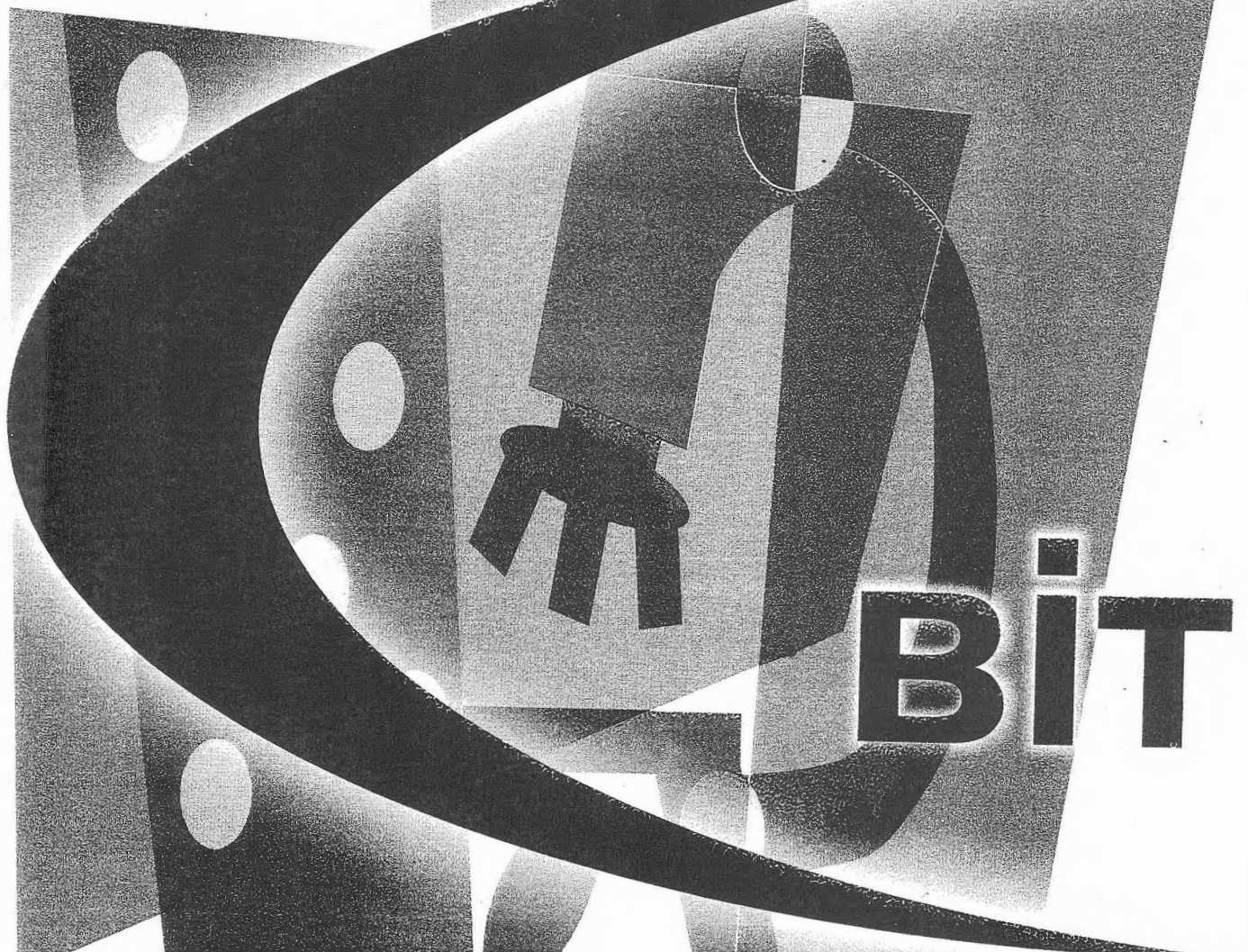


№ 1
2006



Віт

МЕДИЦИНИ ТА БІОЛОГІЇ

ПОЛТАВА

Міністерство охорони здоров'я України
 Національний науковий центр
 інфекційної та паразитологічної медицини
 Інститут стоматології
 Ідентифікаційний код 02010001000001

**ВІДДІЛ
КАДРІВ**

ОРИГІНАЛОМ

Заступник ректора з кадрів та роботи
 М. Ю. Христюк
 Полтава

Редакційна колегія:

Чайковський Ю.Б. (Київ) – головний редактор
Ждан В.М. (Полтава) – заступник головного редактора
Шепітько В.І. (Полтава) – відповідальний секретар
Бабанін А.А. (Сімферополь)
Бобирьов В.М. (Полтава)
Гольцев А.М. (Харків)
Грищенко В.І. (Харків)
Грицай Н.М. (Полтава)
Волков К.С. (Тернопіль)
Костиленко Ю.П. (Полтава)
Лобко П.Й. (Мінськ)
Луцик О.Д. (Львів)
Масловський С.Ю. (Харків)
Пикалюк В.С. (Сімферополь)
Рибалко В.П. (Полтава)
Скрипніков М.С. (Полтава)
Соколов В.В. (Ростов на Дону)
Цимбалюк В.І. (Київ)
Юрченко Т.М. (Харків)

Редакційна рада:

Безшапочний С.Б. (Полтава)
Бобирьова Л.Є. (Полтава)
Бобін В.В. (Харків)
Волошин М.А. (Запоріжжя)
Гасюк А.П. (Полтава)
Дубінін С.І. (Полтава)
Запорожець Т.М. (Полтава)
Катрушов О.В. (Полтава)
Ковальов Є.В. (Полтава)
Ковальський М.П. (Київ)
Коваленко В.Ф. (Полтава)
Лігоненко О.В. (Полтава)
Литвиненко Н.В. (Полтава)
Лихачов В.К. (Полтава)
Лобань Г.А. (Полтава)
Непорада К.С. (Полтава)
Семенова Т.В. (Донецьк)
Скрипніков А.М. (Полтава)
Стеченко Л.О. (Київ)
Ткаченко І.П. (Полтава)
Топка Е.Г. (Дніпропетровськ)
Траверсе Г.М. (Полтава)
Цебержинський О.І. (Миколаїв)
Яценко В.П. (Київ)

Єрошенко Г.А. – секретар

© Світ медицини та біології, 2005.

Засновники:

**Українська медична
стоматологічна академія**

**Полтавське відділення
Міжнародного фонду допомоги
хворим з наслідками травм та
захворювань**

**Всеукраїнська громадська
організація „Наукове товариство
анатомів, гістологів, ембріологів
та топографоанатомів України”**

**Світ медицини
та біології**

№ 1 2006 р.

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ №9878
Від 23.05.2005 року.

Фахове наукове видання України
(постанова президії ВАК № 2-05/1 від 19.01.04)

МЕДИЧНІ ТА БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

Рекомендовано Вченою радою УМСА
Протокол №5 від 28.12.05.

Адреса редакції:
36024, Україна, м. Полтава,
вул. Шевченка, 23
Телефон (05322) 7-42-15
E-mail: slfpb@kot.poltava.ua

Підписано до друку 21 червня 2005 року
Формат 60 x 84 / 8. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 15,8. Тираж 100. Зам. № 62.
Друкарня СПД ФО Глушков

**Відповідальність за зміст будь-яких
опублікованих матеріалів несе автор.*



Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Полтавське відділення Міжнародного фонду допомоги хворим з наслідками
травм та захворювань
Всеукраїнська громадська організація „Наукове товариство анатомів,
гістологів, ембріологів та топографоанатомів України”

Світ медицини та біології

номер 1, 2006 рік

ЗМІСТ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

ПОКАЗНИКИ ФЕРТИЛЬНОСТІ САМОК БІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМУ
ВВЕДЕННІ КСЕНОГЕННОЇ СПИНОМОЗКОВОЇ РІДИНИ

О.Ю.Бессалова, В.А.Королев

5

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ В-ЛІМФОЦИТІВ В ДЕЦИДУАЛЬНІЙ ОБОЛОНЦІ
МАТКИ ПРОТЯГОМ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ ВАГІТНОСТІ В НОРМІ ТА ПІСЛЯ
ІММУНІЗАЦІЇ ВАГІТНИХ СТАФІЛОКОККОВИМ АНАТОКСИНОМ

Н.А.Волошин, О.Г. Куц

11

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ РІВНЯ ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ,
МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ ТА ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ ЯК МАРКЕРІВ
ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ПРОВЕДЕНОЇ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Л.Л.Воронцова, О.О.Міхєєв.

15

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КРОВОНОСНИХ МІКРОСУДИН СІТКІВКИ ЗА УМОВ
ТРОМБОЗУ ІІ ВЕН В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Л.К. Воскресенська, О.Ю. Максимук, К.Г. Собко, В.В. Корнієнко, В.В. Ряднова, П.М.

Горлачова

21

МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН ПРИ ІНТОКСИКАЦІЇ
ПОЛИПЛАТИЛЛЕНОМ

К.А.Галахин, Л.Д.Яценко, И.И.Волченскова, І.М.Корчева, Л.М.Майданевич

26

ЗМІНИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ПІДЩЕЛІСНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ЩУРІВ
ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АСЕПТИЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ

М.В.Калініченко, В.І.Шепітько, Г.А.Єрошенко, О.В.Вільхова

31

ВПЛИВ ВЕЛИКИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДАЦІЇ ПІСЛЯ НАДЛИШКОВОГО
НАДХОДЖЕННЯ ФТОРИДУ НАТРИЮ В ОРГАНІЗМ НА ВЛЬНОРАДИКАЛЬНЕ
ОКИСЛЕННЯ І АНТИОКСИДАНТНИЙ ЗАХИСТ КРОВІ

А.Г. Костенко

36

ВЛЬНІ ЖИРНІ КИСЛОТИ В РІЗНІ СТАДІЇ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Л.Г.Нетюхайло

41

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ СЕКРЕТУ РІЗНИХ ВІДДІЛІВ МАТКИ ТА ЯЙЦЕПРОВОДІВ
СВИНОМАТКИ НА ВИЖИВАНІСТЬ СПЕРМІЇВ КНУРА

С.В.Пилипенко

44

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ВУЗЛОВОГО ЛАНЦЮЖКА
ЛЮДИНИ

О.Ю.Половик, Г.А.Єрошенко

48

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СПИННОГО МОЗКУ ІЩУРІВ ЗА УМОВ

МІКРОМЕРКУРІАЛІЗМУ ТА ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПІЇ, ЩО СТИМУЛЮЄ
МЕТАБОЛІЧНІ ПРОЦЕСИ

І.М.Сокурєнко, Ю.Б.Чайковський



ВПЛИВ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ФЕТАЛЬНОЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГІПОТИРЕОЗІ Чуйкова В.І., Схрона В.І., Юрченко Т.Ж., Строна Д.В.	57
МОРФОМЕТРІЯ ЕПІФІЗАРНОГО ХРЯЩА СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ТВАРИН В УМОВАХ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ТЛІ ПОМІРНИХ ТА ІНТЕНСИВНИХ ДИНАМІЧНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ А.Є.Шепелев	63
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СПЕРМАТОГЕНЕЗУ ПІД ВПЛИВОМ СОЛЕЙ СВИНЦЮ ТА ХЛОШРАДІДУ НА САМЦІВ БЛИХ ЩУРІВ Н.В. Глиш	66

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ БІОГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗУ З РОЗШИРЕНОЮ ДУТОЮ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ НАРОДОНТИТІ В.Л.Лієв	31
ВМІСТ ЕНДОТЕЛІА ТА ОКСИДУ АЗОТА В ПЛАЗМІ КРОВІ ТВАРИН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГЛАУКОМІ І.М.Безкоровайна	73
НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ ЗУБІВ ЛЮДИНИ Е.С. Болтова, В.В. Маврич, В.Б. Возний, А.В. Єрємів	78
РЕЗЕРВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПОЛТАВЩИНИ Гиленко І.А., Скалянський Є.В., Демянюк Д.Г., Ляховський В.І., Крижановський О.О., Горлачов М.І.	83
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ПРОТЕФЛАЗІД В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ І.О.Єрошенко, І.Б.Чернушенко, Є.В.Стецук	88
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ⁷ , БІОХІМІЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ В З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ Г.М. Дубинська, О.Н. Минак, К.М. Изюмська	91
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ГЛЮКОЗИ В ЕРИТРОЦИТАХ КОНСЕРВОВАНОЇ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ Б.А ЕТАПАХ ЗБЕРІГАННЯ ПРИ ПОЗИТИВНІЙ ТЕМПЕРАТУРІ П.М.Малиш, І.О.Комаревцева, М.В.Золотаревська	97
ДЕЯКІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕНАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬШІЙ ЗОНІ ПРИ ПЕПТИЧНІЙ ВИРАЗЦІ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ Л.М.Моейчук	101
ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ К.Ю. Прилуцький, К.В. Пикуль, В.І. Ільченко, В.А. Полторапалов	109
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ В ПОЄДНАННІ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ Т.М.Толстикова, Т.В.Майкова	119
НЕШВАЗИВНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ С.І.Т.реумова, В.В.Ефимов, І.В.Ред чиць	123



8. Ratty A.K., Das N.P. Effects of flavonoids on nonenzymatic lipid peroxidation: structure-activity relationship. *Biochem. Med. Metab. Biol.* 1988; 39:69-79.

Реферати

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА
ПРОТЕФЛАЗИД В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА**

Ерошенко И.А., Чернушенко И.Б., Стецук Е.В.

Протефлазид, включенный в комплексную терапию хронического простатита, ускоряет наступление фазы ремиссии. Клиническая эффективность использования препарата составила 86%. Эффективность лечебного действия Протефлазида находится в прямой зависимости от продолжительности приема. Минимальная эффективная продолжительность лечения составляет 2 месяца. Протефлазид есть безопасным, хорошо переносимым препаратом, без обнаруженных побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рекомендовать растительный препарат Протефлазид для профилактики и комплексного патогенетического лечения мужчин, которые страдают хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический простатит, комплексная терапия, протефлазид.

**USING OF PROTEFLAZID IN
COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC
PROSTATITIS**

Yeroshenko I.A., Chernaushenko I.B., Statsuk E.V.

Proteflazid, included in complex therapy of chronic prostatitis, accelerates approach of a phase of remission. Clinical efficiency of use of a preparation has made 86%. Efficiency of medical action of Proteflazid is in direct dependence on duration of reception. The minimal effective duration of treatment makes 2 months. Proteflazid is safe, it is good in used preparation, without founded bad-effects. The received results allow to recommend vegetative preparation Proteflazid for preventive maintenance and complex pathogenetic treatment of men which suffer chronic prostatitis.

Keywords: chronic prostatitis, complex treatment, proteflazid.

УДК: 616.36-002+616.2

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, БІОХІМІЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ В З ХРОНІЧНИМИ
ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

Г.М. Дубинська, О.М. Минак, О.М. Ізюмська
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Фрагмент НДР УМСА “Дослідження специфічної фармакологічної активності біологічно-активних речовин рослинного походження”, № Державної реєстрації 0101U001130.

Проблема гострого гепатиту В (ГГВ) – одна з актуальних у медичній науці і практичній охороні здоров'я, все ще далека від свого остаточного вирішення. Значною мірою прояви інфекційного процесу при ГГВ залежать від метаболічної інтоксикації [1], характеру взаємодії антигенів вірусу й особливостей його реплікації в клітинах хазяїна та кооперації імунокомпетентних клітин [2]. Вираженість і спрямованість метаболічних та імунологічних змін визначаються клінічною формою, тяжкістю перебігу та стадією інфекційного процесу, а також фоном, на якому вони розвиваються. Не викликає сумніву, що на фоні супутньої патології перебіг та наслідки ГГВ відрізняються від тих, які мають місце в осіб без такої [3]. Привертає увагу, що останніми роками збільшується кількість людей з імуноними порушеннями, зокрема спонтанною формою вторинного імунodefіcиту (ІДІ), яка

СЕРТИФІКАТОМ
Заступник ректора з кадрової роботи
МСТОЛХвстг

ніби не має конкретної причини розвитку, виникає внаслідок дії різноманітних патогенів біологічної, хімічної, фізичної та іншої природи, далеко не завжди діагностується за показниками імунограми і клінічно маніфестується хронічними, часто рецидивуючими інфекційно-запальними процесами будь-якої локалізації, частіше – дихальних шляхів [4, 5]. Висловлюється думка, що в патогенезі цієї форми вторинного ІД важлива роль належить реакціям оксидативного стресу та метаболічній імунодепресії [6]. Порушення в антиоксидантній системі можуть обумовити ушкодження імунокомпетентних клітин активними формами кисню, а також стати головним або додатковим механізмом деструктивних змін, які призводять до зростання тяжкості перебігу хвороби, розвитку ускладнень і порушень саногенезу.

Метою дослідження було вивчення клініко-патогенетичних характеристик ГТВ у хворих із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів і оптимізувати лікувальну тактику цих хворих.

Об'єкт і методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 36 хворих на ГТВ, 35 осіб із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів і 161 практично здорових.

Серед обстежених хворих на ГТВ жінок було 76, чоловіків – 60. Перебіг ГТВ аналізували залежно від наявності в анамнезі хронічних запальних захворювань дихальних шляхів. Обстежені хворі на ГТВ склали 2 групи: ГТВ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів (основна група) – 51 (жінок 28, чоловіків 23), і ГТВ без хронічних запальних захворювань дихальних шляхів (перша зіставлення) – 85 (жінок 48, чоловіків 37). За тяжкістю перебігу ГТВ хворі в групах розподілилися наступним чином: в основній групі легкого перебігу не було, середньої тяжкості мав місце у 43, тяжкий – у 8 осіб, в першій зіставлення – легкий, середньої тяжкості і тяжкий у 6, 75 і 4 хворих відповідно. Осіб з хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів було 35 (жінок 28, чоловіків – 7) (друга група зіставлення). Дані осіб другої групи зіставлення порівнювали з показниками практично здорових, в яких не було хронічних запальних захворювань дихальних шляхів (контрольна група) – 161 особа (жінок 92, чоловіків 69). Вік обстежених основної групи від 17 до 45 років, першої зіставлення – від 16 до 46, другої зіставлення – від 17 до 43, контрольної – від 18 до 44 років. В усіх групах переважали особи молодого віку.

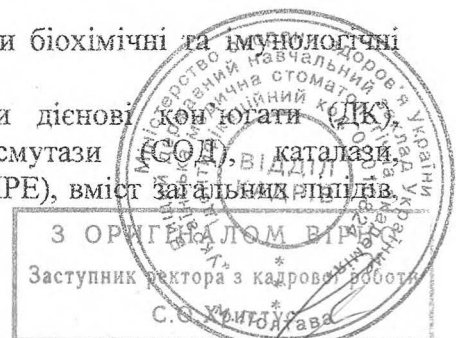
Діагноз ГТВ установлювали на основі клініко-епідеміологічних даних та підтверджували за наявності специфічних серологічних маркерів ГТВ (анти-НВс-IgM, НВsAg, НВeAg) і відсутності маркерів інших вірусних гепатитів (анти-НАV IgM, анти-НСV (сумарні), анти-НDV), які визначали методом ІФА за допомогою підтверджувальних тест-систем. У частини хворих визначали ДНК-НВV у полімеразній ланцюговій реакції. Визначаючи тяжкість ГТВ, урахували вираженість симптомів інтоксикації, рівень гіпербілірубінемії, гепатомегалію і наявність ускладнень [7,8].

Хронічні запальні захворювання дихальних шляхів за МКХ-10 (ВООЗ, 1985) були представлені рецидивуючим ринітом, назофарингітом, фарингітом, бронхітом, синуситом, тонзилітом. У дослідження включали осіб із тривалістю хронічних запальних захворювань дихальних шляхів не менше 2-х років і з частотою загострень 4 і більше за останній рік, що свідчить про знижений рівень резистентності [9].

Хворі на ГТВ обстежувалися в динаміці: в період розпалу хвороби та при виписці із стаціонару, частина – через 1–6 місяців після виписки. Особи з хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів та практично здорові – одноразово за відсутності ознак гострих або загострення хронічних захворювань.

Основними в обстеженні хворих і здорових людей були біохімічні та імунологічні методи.

Біохімічними методами в сироватці крові визначали дієнові кон'югати (ДК), малоновий диальдегід (МДА), активність супероксиддисмутази (СОД), каталази, перулоплазміну (ЦП), перекисну резистентність еритроцитів (ПРЕ), вміст запальних цитокінів.



холестерину, β -ліпопротеїдів (β -ЛП) [10]. У хворих на ГГВ визначали також загальноприйняті біохімічні показники: вміст білірубину – загального, прямого та непрямого, показники тимолової проби, активність аланін- (АЛАТ) та аспартатамінотрансфераз (АсАТ).

Стан місцевого імунітету оцінювали за вмістом sIgA у слині, оцінку клітинного імунітету проводили методом К.А. Лебедева та І.Д. Понякіної (1990), гуморального – за концентрацією імуноглобулінів у сироватці, фагоцитарну активність поліморфноядерних нейтрофілів (ПЯН) – у реакції з нітросинім тетразолієм (НСТ-тест) та за поглинанням часточок латексу, вміст цитокінів – прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-6, ФНП- α) та протизапальних (ІЛ-2 та ІЛ-4) визначали методом ІФА (тест-системи ООО “Протеиновый контур”, Росія).

Отримані дані піддавали статистичному аналізу з використанням параметричного t-критерію Ст'юдента та кореляційного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічні дослідження показали, що загалом ГГВ у хворих основної групи зберігає типові риси, але має деякі відмінності та тяжчий перебіг. Так, у цій групі легких форм не було, перебіг середньої тяжкості мав місце у 84,3%, тяжкий – у 15,7% хворих; у групі зіставлення легкий перебіг був у 7,1%, середньої тяжкості – у 88,2%, тяжкий – у 4,7% обстежених. Хвилеподібні форми ГГВ виявлялися лише у хворих основної групи – 15,4%. Детальний порівняльний аналіз клінічних характеристик ГГВ, проведений між хворими основної (n=26) і першої зіставлення (n=42) груп із середньотяжким перебігом хвороби. Дослідження показали, що в переважній більшості обстежених обох груп ГГВ розпочинався поступово з переджовтяничного періоду за змішаним варіантом (рис.1).

У цей період в основній групі артралгічний, астеновегетативний і диспептичний синдроми виявлялися майже стовідсотково (92,3%, 83,3%, 91,7% відповідно) і в 65,4% поєднувалися з псевдогрипозним.

У групі зіставлення в цей період ГГВ переважали ознаки астеновегетативного синдрому (84,6%), а диспептичний, артралгічний і псевдогрипозний виявлялись у значно меншій кількості хворих (61,9%, 40,5%, 16,6% відповідно). Поліморфізм клінічних проявів переджовтяничного періоду у хворих основної групи ускладнював ранню діагностику ГГВ. Тривалість провідних симптомів переджовтяничного періоду в переважній більшості хворих основної групи виявилася довшою, а їхня вираженість, за бальною оцінкою, – вищою.

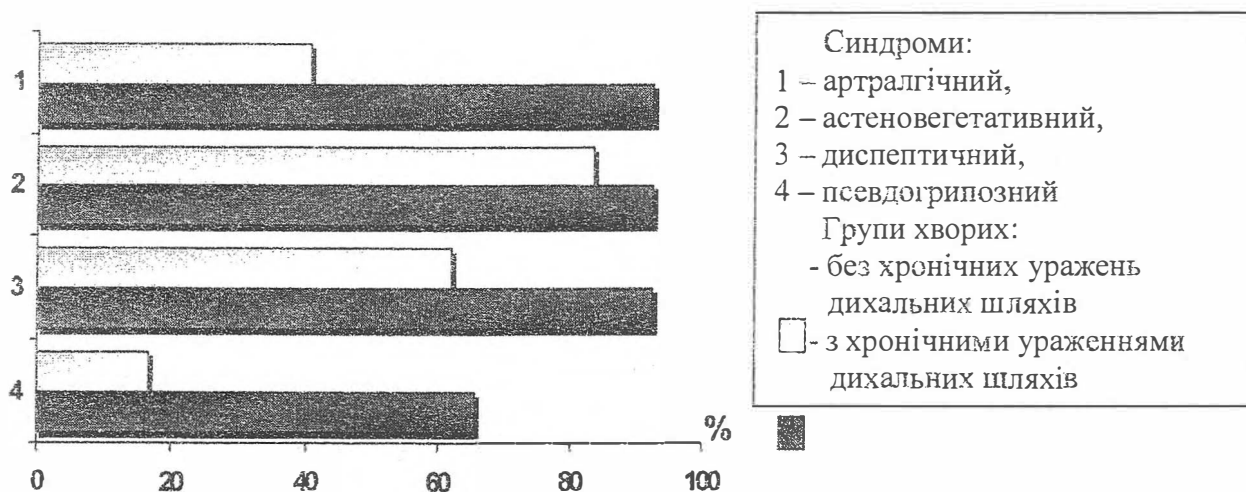


Рис. 1. Частота основних клінічних синдромів переджовтяничного періоду у хворих на ГГВ

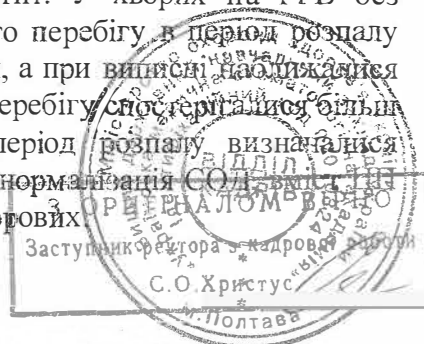
Загалом переджовтяничний період тривав $11,8 \pm 1,2$ діб у хворих основної групи і $8,3 \pm 0,7$ – у групі зіставлення. Жовтяничний період у хворих обох груп мав типову клінічну картину з проявами інтоксикаційного синдрому, диспептичними явищами, гепатомегалією тощо. В групах практично з однаковою частотою виявлялася загальна слабкість, зниження

З ОРИГІНАЛОМ ВІРНО
Заступник ректора з кадрової роботи
С.О.Христюк

апетиту, нудота. На блювання хворі основної групи скаржилися в 2,3 рази частіше, ніж у групі зіставлення, також – на головний біль.

На відчуття важкості та болю у правому підребер'ї та епігастральній ділянці звертали увагу більшість обстежених основної групи (88,5%) і в 1,2 рази менше – в групі зіставлення. 38,4% хворих основної групи відчували артралгію і в жовтяничному періоді, що перевищило кількість хворих із такими ж проявами в групі зіставлення – 23,8%. У половини хворих основної групи гепатомегалія поєднувалася із спленомегалією, в групі зіставлення збільшення селезінки виявлялось у меншій кількості хворих – 28,6%. Основні клінічні симптоми жовтяничного періоду, такі як жовтяниця, гепатолієнальний синдром, загальна слабкість, відсутність апетиту, нудота, відчуття важкості (болю) в епігастральній ділянці та правому підребер'ї, тривали довше та були більш вираженими у хворих із хронічними ураженнями дихальних шляхів. Загалом жовтяничний період у обстежених основної групи тривав $31,9 \pm 1,1$, у групі зіставлення – $26,0 \pm 1,3$ доби. Довшим визначався і ліжко-день. Доволі часто в основній групі порушувалася циклічність перебігу ГГВ. Так, у 15,4% хворих цієї групи виявлялися клінічно виражені або ферментативні загострення хвороби, а надалі сформувався затяжний перебіг ГГВ. При виписці із стаціонару гепатомегалія зберігалась у 50,0% хворих основної групи: у 15,4% із них через 1 місяць відбувалася нормалізація розмірів печінки, а в 34,6% через 3 і 6 місяців печінка залишилася збільшеною. Закономірним для цієї групи хворих виявилася поява в період ранньої реконвалесценції симптомокомплексу запальних змін у жовчовивідній системі – 30,8% осіб. У хворих, які не мали хронічних запальних захворювань дихальних шляхів, ГГВ мав циклічний перебіг. Гепатомегалія при виписці із стаціонару, як і в основній групі, виявлялася в половини реконвалесцентів, але розміри печінки через 1-3 місяці після виписки нормалізувались в усіх обстежених. У період ранньої реконвалесценції ознаки дискінезії жовчного міхура з'являлися у незначній кількості хворих – 4,5%. Серед досліджуваних біохімічних показників найбільш вираженими були зміни в системі ПОЛ-АОС. Так, в усіх хворих на ГГВ спостерігали зміни показників ПОЛ у сироватці крові, які залежали від тяжкості перебігу і періоду хвороби, а також фону, який передував гепатиту (рис. 2).

У хворих на ГГВ без хронічних запальних захворювань дихальних шляхів за легкого перебігу в період розпалу хвороби вміст ДК і МДА підвищувався, а в період реконвалесценції відповідав показникам, отриманим у практично здорових людей. За середньотяжкого перебігу спостерігалось більш виражене, порівняно з легким, підвищення вмісту продуктів ліпопероксидації із збереженням у період реконвалесценції в сироватці крові величин ДК і МДА, вищих за показники практично здорових. У хворих на ГГВ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів динаміка вмісту продуктів ПОЛ у сироватці крові була іншою: за середньотяжкого перебігу в період розпалу хвороби вміст ДК, МДА і показник ПРЕ зростали, що свідчило про посилення ПОЛ, а в період реконвалесценції вміст МДА і показник ПРЕ визначалися нижчими, ніж показники норми. За тяжкого перебігу ГГВ у період розпалу хвороби показник ПРЕ визначався високим в усіх обстежених, а вміст ДК і МДА змінювався у двох напрямках: у більшості – підвищувалися, у меншій частині – знижувалися; в період реконвалесценції в переважній більшості хворих залишався вищим вміст ДК, нижчими – МДА і показник ПРЕ. На час виписки із стаціонару максимально змінені показники ПОЛ визначалися у хворих із хвилеподібним перебігом хвороби. Захист клітини від руйнівної дії продуктів ПОЛ здійснює АОС. В усіх хворих на ГГВ спостерігали зміни активності ферментів АОС, вираженість яких залежала від періоду і перебігу хвороби, а також фону, на якому розвивався гепатит. У хворих на ГГВ без хронічних запальних захворювань дихальних шляхів за легкого перебігу в період розпалу хвороби вміст ЦП у сироватці крові й активність СОД зростали, а при виписці нормалізувалися до показників практично здорових людей. За середньотяжкого перебігу спостерігалися більш виражені, порівняно з легким, зміни показників АОС: у період розпалу визначалися високими активність СОД і вміст ЦП, при виписці відбувалася нормалізація СОД, вміст ЦП знижувався, але залишався вищим, ніж показники практично здорових.



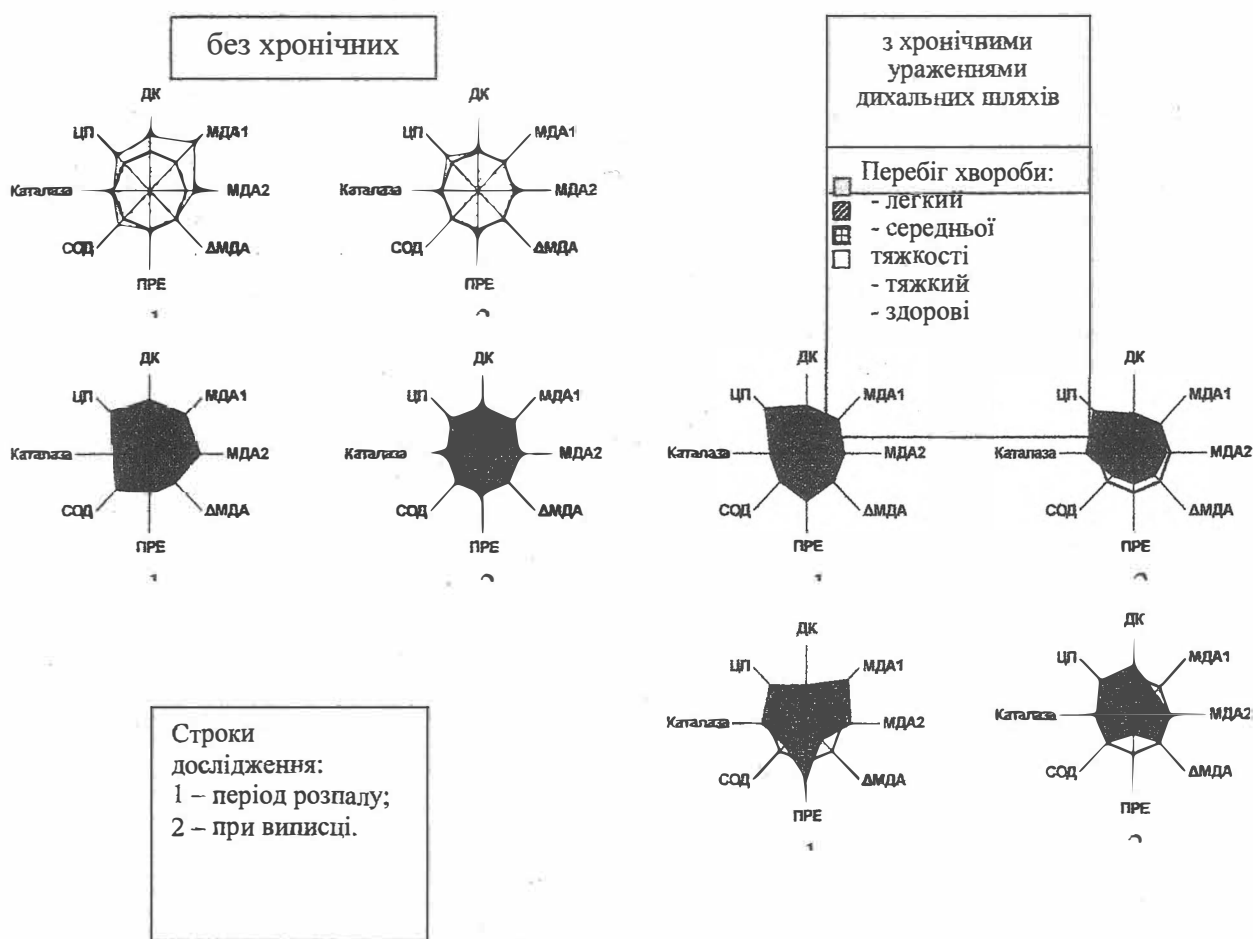


Рис. 2. Показники ПОЛ та АОС у хворих на ГВБ

У хворих на ГВБ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів динаміка показників АОС була іншою. За середньотяжкого перебігу в період розпаду хвороби в сироватці крові значно підвищувався вміст ЦП, при виписці його величини зберігалися високими, у переважній більшості обстежених нижчими визначалися показники СОД і вищими – каталази. За тяжкого перебігу ГВБ у період розпаду хвороби активність ферментів АОС змінювалася різноспрямовано: СОД знижувалась, активність каталази і вміст ЦП підвищилися, при виписці – вміст ЦП зберігався високим, активність СОД і каталази нормалізувалась. Отримані нами дані підтверджують, що активація реакцій ПОЛ при ГВБ значною мірою відображає вираженість морфологічних змін у печінці та тяжкість перебігу хвороби [11,12]. Проведені дослідження показали, що у хворих на ГВБ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів, в яких визначально мають місце зміни показників ПОЛ-АОС, спостерігаються виражена активація реакцій ліпопероксидації та виснаження субстрату ПОЛ [13]. У цих умовах реакції ПОЛ регламентуються не за рахунок СОД, а за рахунок вивільнення мембранозв'язаної форми каталази, що діє як „швидка допомога”. Нагромадження у клітинах надмірної кількості продуктів ліпопероксидації, нейтралізацію яких не може забезпечити АОС, призводить до порушенню структури і функції мембран гепатоцитів та інших клітин.

Серед біохімічних показників, крім описаних вище, заслуговують уваги зміни окремих показників ліпідного обміну. Так, проведені дослідження показали, що у хворих обох груп закономірно реєструвалося підвищення вмісту β -ЛП у сироватці крові в період розпаду ГВБ, а в період реконвалесценції спостерігалася тенденція до нормалізації їхнього вмісту. Однак у хворих основної групи високі показники β -ЛП у період розпаду хвороби визначалися на фоні підвищення відсотка еритроцитів, що піддаються перекисному гемолізу, а в період реконвалесценції, навпаки, – з низькими показниками ПРЕ.

Зазначені зміни можуть бути пов'язані з тим, що ненасичені жирні кислоти швидко вступають на шлях вільнорадикального окислення, а їх місце в клітинних структурах займають насичені. У результаті підвищується „жорсткість” мембран еритроцитів та порушується мікроциркуляторний гемостаз, що в свою чергу поглиблює деструктивні зміни в печінці та негативно впливає на репаративні процеси. Проведені дослідження показали, що серед вивчених імунних показників у хворих на ГГВ зміни стосувалися переважно фагоцитозу, Т-клітинної ланки імунітету і залежали від тяжкості перебігу і періоду хвороби, а також фону, який передував гепатиту. У хворих на ГГВ без хронічних запальних захворювань дихальних шляхів спостерігалася стимуляція фагоцитарної активності ПМЯ-нейтрофілів та Т-клітинна імуносупресія. Так, за легкого перебігу хвороби в період розпалу відсоток фагоцитуючих нейтрофілів і показник НСТ-тесту зростали, вміст Т-лімфоцитів знижувалися, а в період реконвалесценції зазначені параметри відповідали показникам практично здорових людей. За середньотяжкого перебігу спостерігалися більш виражена, порівняно з легким, стимуляція фагоцитозу та депресія Т-лімфоцитів із збереженням у період реконвалесценції вищих, ніж показники практично здорових, величин НСТ-тесту і нижчих – Т-лімфоцитів. У хворих на ГГВ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів динаміка показників, що відображають фагоцитарну активність нейтрофілів та Т-клітинний імунітет, свідчила про виражену імуносупресію: за середньотяжкого і тяжкого перебігу в період розпалу хвороби та при виписці відсоток фагоцитуючих нейтрофілів, показник НСТ-тесту і вміст Т-лімфоцитів визначалися нижчими, ніж показники хворих, без хронічних запальних захворювань дихальних шляхів, так і показники фізіологічної норми.

Отже, отримані дані свідчать, що при ГГВ посилення ПОЛ, порушення в системі антиоксидантного захисту і дисбаланс імунних показників значною мірою залежать від фону, що передує гепатиту. Виявлені особливості є підставою для подальшого визначення індивідуальних підходів до лікування цих хворих.

Висновки

1. У хворих на ГГВ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів відмічається типова клінічна картина, але є особливості:

переджовтяничний період характеризується поліморфізмом клінічних проявів з ознаками астеновегетативного, диспептичного та артралгічного синдромів у поєднанні з псевдогрипозним у переважній більшості з них;

жовтяничний період відрізняється тяжкістю, довшою тривалістю основних клінічних симптомів, поєднанням гепатомегалії із спленомегалією;

- порушенням циклічності перебігу; у відновному періоді вища вірогідність затяжного перебігу хвороби.

2. У хворих на ГГВ із хронічними запальними захворюваннями дихальних шляхів у період розпалу хвороби та при виписці визначаються вищими показники ліпопероксидації, мають місце ознаки імуносупресії клітинної ланки імунітету. Збереження у період реконвалесценції ознак порушення рівноваги в системі ПОЛ-АОС, імуносупресії свідчить про можливість затяжного перебігу ГГВ.

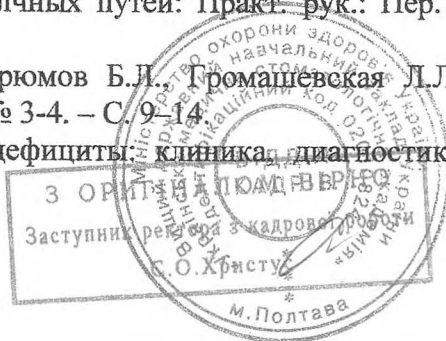
Література

1. Громашевська Л.Л. “Середні молекули” як один з показників “метаболічної інтоксикації” в організмі // Лабор. діагностика. – 1997. – № 1. – С. 11–16.

2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.

3. Клинические варианты вирусного гепатита / Угрюмов Б.Л., Громашевская Л.Л., Татьяна Н.В., Вовк А.Д. // Лікарська справа. – 1994. – № 3-4. – С. 9–14.

4. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение // Иммунология. – 1999. – № 1. – С. 14–17.



5. Синдром вторичной иммунной недостаточности (протоколы диагностики и лечения) / Н.И.Ильина, Т.В.Латышева, Б.В.Пинегин, Н.Х.Сетдикова // Иммунология. – 2000. – № 5. – С.8–9.

6. Лебедев В.В. Супероксидная теория патогенеза и терапии иммунных расстройств // Вестн. РАМН. – 2004. – № 1. – С.34–40.

7. Возианова Ж.И. Вирусные гепатиты. I. Этиология и клинико-эпидемиологические особенности // Лікування та діагностика. – 1997. – № 1. – С. 33–38.

8. Ж.И. Вирусные гепатиты. II. Осложнения, исходы, диагностика и принципы лечения // Лікування та діагностика. – 1997. – № 2. – С. 39–47.

9. Дранник Г.Н., Гриневич Ю.А., Дизик Г.М. Иммуотропные препараты. – Київ: Здоров'я, 1994. – 287 с.

10. Посібник з експериментальних досліджень в біохімії та медицині / Л.В.Беркало, О.В.Бобович, Н.О.Боброва та ін. / Під ред. І.П. Кайдашева. – Полтава, 1997. – 103 с.

11. Никитин Е.В. Клинико-патогенетическое значение состояния перекисного окисления липидов и ферментативной антиоксидантной системы у больных вирусным гепатитом В: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.10. – М., 1991. – 34 с.

12. Сафонов А.Д. Метаболические и иммунные взаимосвязи в патогенезе острого вирусного гепатита В / Дис... док. мед. наук: 14.00.10. – СПб, 1998. – 385 с.

13. Дубинська Г.М., Изюмська О.М., Минак О.М., Гринченко Н.В., Литвиненко Ю.В., Боднар В.А., Ониськів Т.М. Показники перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної системи та імунітету у здорових та осіб з підвищеною сприйнятливістю до інфекцій дихальних шляхів // Лабораторна діагностика. – 2005. – №2(32). – С. 18–21.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Г.М. Дубинская, Е.Н. Минак,
Е.М. Изюмская

Показано, что у больных с хроническими воспалительными заболеваниями дыхательных путей острый гепатит В сохраняет типичную клиническую картину, но имеет особенности, которые нужно учитывать в диагностике и прогнозировании течения гепатита. Исследованием биохимических и иммунологических показателей установлено, что у этих больных в период разгара и при выписке определяются высокими показатели липопероксидации, имеют место признаки иммуносупрессии клеточного звена иммунитета, что необходимо учитывать для определения индивидуальной врачебной тактики.

Ключевые слова: острый гепатит, хронические заболевания дыхательных путей, иммуносупрессия.

FEATURES OF CLINICAL CURRENT, BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS AT PATIENTS WITH A ACUTE HEPATITES WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF RESPIRATORY WAYS

G.M.Dubinskaya, E.N.Minak,
E.M.Izumskaya

It is shown, that at patients with chronic inflammatory diseases of respiratory ways the acute hepatitis В keeps a typical clinical picture, but has features which need to be taken into account in diagnostics and forecasting of current of a hepatitis. By research biochemical and immunological parameters it is established, that at these patients during a heat and at an extract parameters lipoperoxidation are determined high, attributes of cellular immunosuppression that it is necessary to take into account for definition of individual medical tactics take place.

Key words: acute hepatitis, chronic diseases of respiratory ways, immunosuppression.

