

серологічного та молекулярно-біологічного обстеження на ці інфекції.

Впровадження запропонованих дискримінантних рівнянь в практику СПК та лікувально-профілактичних закладів дозволить виключити з числа донорів можливо інфікованих HBV і HCV. Методика проста і не потребує економічних витрат.

ЭНЕРГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Заблоцкая С.И., Бондаренко А.В., Винокурова О.Н., Копейченко Я.И.

Областная клиническая инфекционная больница, Харьков, Украина

Государственный медицинский университет, Харьков

Проблема лечения хронических гепатитов (ХГ), учитывая широкую распространенность и прогрессирующее течение заболеваний, является одной из ключевых в современной гепатологии. Повышение эффективности стандартной интерферонотерапии больных ХГВ представляет одну из актуальных задач.

Перспективным в этом отношении является «мембранная» терапия – применение эссенциальных (незаменимых) фосфолипидов. Фосфолипиды играют универсальную роль в организме человека, являясь высокоспециализированными структурными компонентами клеточных и субклеточных мембран. От целостности фосфолипидных структур зависит функционирование практически всех основных процессов жизнедеятельности клетки. Воспалительно-некротические процессы в печени при ХГВ сопровождаются нарушением перекисного окисления липидов (оксидативный стресс), истощением антиоксидантных ресурсов, в результате чего повреждается фосфолипидный бислой мембран гепатоцитов. При повреждении клетки нарушается синтез фосфолипидов, возникает дефицит эссенциальных жирных кислот, обладающих антиоксидантным потенциалом. Нарушение функции фосфолипидов ведет к повышению проницаемости мембран, нарушению функционирования клеточных рецепторов и мембраносвязанных ферментов, нарушению работы молекул-переносчиков и трансмембранного транспорта.

При поступлении эссенциальных фосфолипидов в организм они встраиваются в мембраны гепатоцитов, заменяя присущие организму фосфолипиды, приводя к замещению насыщенных жирных кислот полиненасыщенными (эссенциальными). Основными функциями эссенциальных фосфолипидов являются: нормализация ферментативной активности гепатоцитов; ускорение регенерации клеток печени; возрастание текучести мембран и активности транспортных систем; торможение окисления липидов в пероксидные соединения; стабилизация физико-химических свойств

желчи; торможение жирового перерождения печени и образования коллагена; препятствие фибротизации печени.

В июле 2007 г. в Украине зарегистрирован новый препарат из группы гепатопротекторов – Энерлив (Berlin-Chemie). В одной капсуле препарата – 300 мг обезжиренных и обогащенных соевых эссенциальных фосфолипидов с содержанием фосфатидилхолина: 73-79%, фосфатидилэтаноламина: 0-7%, фосфатидилиноσιнола: 0-0,5% и полиненасыщенных жирных кислот (линолевой и линоленовой): 68%. Действие Энерлива направлено на восстановление гемостаза в печени, повышение устойчивости органа к действию патогенных факторов, нормализацию функциональной активности печени, стимуляцию репаративно-регенерационных процессов в печени.

На базе ОКИБ г. Харькова проводилась ограниченная клиническая апробация препарата. Целью клинического исследования явилось изучение эффективности Энерлива в комплексном лечении больных ХГВ. Пациенты опытной группы (11 человек) дополнительно получали по 2 капсулы Энерлива 3 раза в сутки до еды (суммарная суточная доза 1,8 г). Отсутствие витаминов в Энерливе позволило применять его в полной терапевтической дозе без риска развития гипервитаминоза и у лиц с реакциями гиперчувствительности к витаминам. Прогнвопоказанием к назначению Энерлива являлась повышенная чувствительность к фосфолипидам, арахису, сое, а также наличие антифосфолипидного синдрома. Безопасность препарата определялась на основании данных о побочных явлениях, развившихся в ходе исследования, а также на основании оценки изменений лабораторных показателей.

В опытной группе было отмечено клинически значимое снижение выраженности астено-вегетативного, болевого и диспепсического синдромов. Стандартных тестов оценки эффективности «мембранной» терапии, основанных на позициях доказательной медицины в настоящее время не разработано, хотя это направление представляется весьма перспективным и ждет своего развития. «Метаболическим тестом» оценки явилась динамика активности трансаминаз. Лабораторные исследования свидетельствовали об улучшении показателей биохимических проб печени. Так, показатели АЛТ достоверно снизились и у большинства больных (9) достигли нормальных цифр через 2-4 нед. Тенденция к нормализации показателей трансаминаз проявлялась на протяжении 2-3 месяцев. Кроме того, отмечалась нормализация уровня альбумина, глобулинов, общего белка, протромбина и щелочной фосфатазы и улучшение ультразвуковой картины (уменьшение размеров печени, снижение ее эхогенности). Показана хорошая переносимость препарата. Редко (1 пациент) отмечалось чувство дискомфорта в эпигастральной области. Отсутствие токсичности Энерлива объясняется структурным сходством с присущими организму фосфолипидами.

Предварительные данные свидетельствуют об эффективности Энерлива в комплексной терапии ХГВ, проявляющейся выраженной тенденцией к снижению активности печеночных ферментов у пациентов. Однако необходимо подчеркнуть, что препарат не оказывает какого-либо влияния на динамику маркеров репликации HBV. Применение Энерлива может создавать основу терапии, а при наступлении ремиссии обеспечивать поддерживающее ее воздействие.

Таким образом, добавление к противовирусной терапии Энерлива может улучшить биохимический ответ на лечение. Лечебная эффективность эссенциальных фосфолипидов в качестве адьювантной терапии при ХГВ требует дальнейшего изучения.

НЕЙРОІНФЕКЦІЇ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Задорожна В.І., Бондаренко В.І., Доан С.І., Демчишина І.В.,

Зубкова Н.Л., Бура Т.О., Ведмеденко В.В.

ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського
АМН України”, Київ, Україна

Мета – оцінити роль ентеровірусів (ЕВ) в гострій інфекційній патології нервової системи в умовах України.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати обстеження на ЕВ протягом 2003-2005рр. 4121 інфекційного хворого з діагнозами „серозний менингіт”, „менингоенцефаліт”, „полірадикулоневрит” тощо. Дослідження проводили з використанням клітинних культур НЕР-2, RD, L20В.

Результати. Штами ЕВ ізольовано від 177 хворих на нейроінфекцію (4,3% від числа обстежених), у тому числі 95 – з діагнозами „серозного менингіту” (7,79%). Частота виділення ЕВ від цієї категорії хворих за роками дослідження коливалася в межах 2,03-10,9%. Поліовіруси ізольовано від 0,16% хворих на серозні менингіти, віруси Коксаки В – від 2,95%, ЕСНО – від 4,26%, нетиповані вірусні агенти (НТ) – від 0,41%. Серопейзаж ідентифікованих ЕВ був наступним: 2 штами поліовірусу типу 1, 10 – Коксаки В1, 2 – В5, 5 – ЕСНО-6, 2 – ЕСНО-11, 1 – ЕСНО-24, 7 – ЕСНО-30. Частота виділення ЕВ від хворих з іншими діагнозами дорівнювала 2,83%, у тому числі 0,69% - поліовірусів (20 штамів), 0,83% - Коксаки В (24 штами), 1,0% - ЕСНО (29 штамів), 0,03%- інших ЕВ (1 штама), 0,28%- НТ (8 штамів). Усі штами поліовірусів за результатами внутрішньогіпової диференціації віднесено до вакцинних.

Висновки. Показано нейротропність ЕВ усіх груп, актуальність для України проблеми ентеровірусних інфекцій та можливу роль в інфекційній патології вакцинних поліовірусів.