

256

## НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Козько В.Н., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И.,  
Юрко Е.В., Меркулова Н.Ф., Винокурова О.Н., Гаврилов А.В.,  
Кушт Д.А., Гвоздецкая М.Г., Минакова С.А.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Цель исследования** – оценить активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от степени воспалительно-некротических изменений в печени.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 25 больных ХГС. Из них мужчин было 15 (60%), женщин – 10 (40%). Средний возраст пациентов составил 41,16±2,45 лет. Всем больным определяли активность ферментов АлАТ и ГГТ в сыворотке крови иммунотурбидиметрическим методом с помощью реактивов фирмы «Roche» (Франция), а также оценивали степень воспалительно-некротических изменений в печени по системе FibroMax, которая является в настоящее время альтернативой пункционной биопсии печени.

**Результаты.** Активность АлАТ в сыворотке крови больных в среднем составила 82,5±15,8 МЕ/л, ГГТ – 76,82±12,98 МЕ/л, что было выше, чем в контроле ( $p<0,05$ ). Проведение корреляционного анализа показало наличие связи между активностью АлАТ и ГГТ в сыворотке крови обследованных больных и степенью воспалительно-некротической активности процесса ( $p<0,001$ ). На основании этого нами был разработан индекс активности (ИА) (патент Украины на полезную модель №62791), который рассчитывали по формуле:

$$ИА = (\text{АлАТ, МЕ/л} + \text{ГГТ, МЕ/л}) / 100 \text{ МЕ/л.}$$

При значении  $ИА \leq 1,2$  активность процесса оценивают как слабую; при  $1,2 < ИА < 2,2$  – как умеренную; при  $ИА > 2,2$  – как выраженную. Отсутствие воспалительно-некротических изменений ассоциировалось со значением  $ИА < 0,6$ .

**Выводы.** Определение активности АлАТ и ГГТ в сыворотке крови больных ХГС с последующим вычислением индекса активности позволяет с высокой вероятностью диагностировать у них степень воспалительно-некротической активности хронического гепатита.

258

## ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ПИРИДОКСИН-L-2-ПИРРОЛИДОН-5-КАРБОКСИЛАТА

Королева М.В., Королева Г.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

**Цель исследования:** повысить эффективность терапии токсических гепатитов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов с токсическими гепатитами, вызванными отравлением суррогатами алкоголя. Статистическая обработка данных – Statistica 6.0.

**Результаты.** Преобладали пациенты мужского пола (76,67%) в возрасте от 30 до 60 лет, 65% не работали. 53,33% наблюдаемых отмечали прием спиртосодержащих жидкостей. При поступлении у 98,3% пациентов наблюдалась желтуха длительностью не более 10 дней, тяжесть в правом подреберье (56,7%), кожный зуд (51,7%). Поступившим назначалась дезинтоксикационная терапия в объеме 1600 мл в сутки. 20 пациентов дополнительно получали пиридоксин-L-2-пирролидон-5-карбоксилат (Метадоксил) 10 мг (600 мг) в сутки с момента поступления в стационар (I группа). II группа: 20 пациентов, получавшие стандартную дезинтоксикационную терапию без применения антиоксидантов. Группу контроля составили 20 пациентов с синдромом раздраженной кишки. На фоне применения Метадоксила произошло стабильное снижение исходно высокого (270 мкмоль/л) общего билирубина, АлАТ, щелочной фосфатазы. Коэффициент вариации снижения билирубина 50%, в то время как группе сравнения он был 100% и более, во второй группе уровень билирубина была более предсказуема для I группы. Во II группе, учитывая уровень общего билирубина в половине случаев ниже 170 мкмоль/л, наблюдалась положительная динамика по уровню биохимических показателей и по числу выписавшихся из стационара. Летальный исход отмечался в 8,33% случаев. По данным исследования гистологической картины печени проведенного посмертно, выявлен выраженный внутрисекторный холангит с развитием жировой или баллонной дистрофии гепатоцитов, некрозом портальных трактов и очаговые некрозы.

**Выводы.** Терапия с включением пиридоксин-L-2-пирролидон-5-карбоксилата (Метадоксил) 10 мг (600 мг) в сутки с момента поступления в стационар оказывает гепатопротективное влияние и повышает эффективность дезинтоксикационной терапии даже при тяжелых токсических гепатитах.

257

## АНТИТЕЛА К МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЕ И ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кондрашова Ю.В., Иванов П.А., Костенко Т.Н., Внучкова Е.В.,  
Бойко О.В., Журихин А.В.

Центр реабилитации ФСС «Тинаки»,  
Государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

Миелопероксидаза (МПО) – важная составная часть антимикробной активности фагоцитов, обеспечивающей неспецифический иммунитет. Будучи катионным белком, МПО может вызывать окислительные повреждения тканей в очагах воспаления. Изменения титра аутоантител к МПО (анти-МПО) отражают интенсивность заболевания. Показано, что анти-МПО могут активировать нейтрофилы, вызывая их дегрануляцию.

**Цель:** изучить содержание катионных белков (КБ) и  $\alpha$ -нафтилэстеразы (АЭ) нейтрофилов, содержание анти-МПО крови больных с НАЖБП, перенесших ХЭ.

**Материалы и методы:** обследовано 77 больных НАЖБП, перенесших ХЭ в сроки 7–12 дней. Критерии исключения: нелIMITированный процесс, вирусные гепатиты. До и после лечения проводили биохимическое исследование крови, УЗИ печени, цитохимические исследования нейтрофилов на КБ и АЭ. Анти-МПО определяли в сыворотке методом ИФА (Organon, Германия). Группу сравнения – 25 здоровых лиц.

**Результаты:** у больных НАЖБП были установлены висцеральное поражение (ИМТ =  $30,5 \text{ кг/м}^2$ ) – 89%, артериальная гипертензия – 85%, дислипидемия и гипертриглицеридемия (ТГ =  $2,1 \pm 0,6 \text{ мм/л}$ ) – 82%, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе – 32%, повышение АлАТ, АСАТ и ГГТ до 1,5–2 норм. Уровень анти-МПО сыворотки составил в среднем 1,5 Ед/мл (у здоровых – не более 5,0 Ед/мл), однако выделены группы с уровнем анти-МПО более высоким ( $10,8 \pm 0,7 \text{ Ед/мл}$ ) и недостаточно низким ( $3,4 \pm 0,4 \text{ Ед/мл}$ ). Установлена обратная коррелятивная зависимость между уровнем анти-МПО и динамикой в содержании КБ и АЭ у больных НАЖБП до и после лечения.

**Выводы.** Изучение активности КБ и АЭ нейтрофилов при НАЖБП после ХЭ позволяет использовать эти диагностические тесты для оценки эффективности лечения. Уровень анти-МПО крови представляется перспективным диагностическим и прогностическим показателем, может служить маркером интенсивности воспалительных процессов.

259

## ДИСБАЛАНС ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Королева М.В., Королева Г.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние токсического поражения печени суррогатами алкоголя на состояние иммунитета пациентов.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных с токсическими гепатитами, вызванными отравлением суррогатами алкоголя. Статистическая обработка данных – Statistica 6.0.

**Результаты.** Выявлен слабый Т-клеточный пролиферативный ответ, недостаточность клеточного звена иммунитета при поступлении, выраженность иммунных нарушений зависела от степени поражения печени.

Применение Метадоксила непосредственно с момента поступления в стационар позволяет повысить абсолютное количество CD3, CD4 и CD8 лимфоцитов и иммунно-регуляторный индекс, а уровень CD8 снижается в остром периоде токсического гепатита наблюдался резкий подъем ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  по сравнению с контрольной группой ( $p<0,001$ ). Обнаружена прямо пропорциональная зависимость уровня цитокинов от выраженности биохимической активности печени и длительности госпитализации ( $p<0,01$ ). Концентрация ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  статистически значимо ( $r=0,39-0,94$ ,  $p<0,05$ ) коррелировала с уровнем АлАТ, тяжестью и объемом поражения печени, гепатомегалией и лимфаденопатией, что указывает на роль дисбаланса цитокинов в патогенезе повреждения печени. В связи с этим можно предположить, что ведущие синдромы у этих пациентов могут быть обусловлены гиперпродукцией цитокинов, что может определять токсический эффект и повреждение гепатоцитов.

**Выводы.** Таким образом, для токсического поражения печени, вызванного отравлением суррогатами алкоголя, характерно развитие дисбаланса Т-клеточного иммунитета с гипосупрессией CD3, CD4, CD16. Снижением уровня цитотоксических CD8-лимфоцитов, значимым снижением иммунно-регуляторного индекса гиперпродукция ФНО- $\alpha$ , ИЛ-4 и ИЛ-6 коррелирующие со степенью выраженности повреждения печени. Выявленная корреляция позволяет использовать эти показатели в качестве дополнительных диагностических критериев течения токсического гепатита, прогноза степени поражения печени и длительности стационарного лечения. Применение Метадоксила достоверно оказывает иммуно-модулирующее влияние.