

О.М. Разнатовська¹, А.О. Михайлова²

ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРА ГЛУТАМІЛ-ЦИСТЕЇНІЛ-ГЛІЦИН ДИНАТРІЮ НА ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ БІЛКІВ ТА ВТОРИННОЇ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

²КУ “Спеціалізоване територіальне об’єднання “Фтизіатрія”, м. Запоріжжя

Актуальність. В усьому світі мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень є однією з самих несприятливих форм захворювання. Однією з причин низької ефективності лікування хворих на деструктивний МРТБ легень є розвиток порушень проміжного метаболізму, серед яких ключову роль відіграють процеси вільнорадикального перекисного окиснення білків (ПОБ) та накопичення токсинів проміжного обміну, які є причиною розвитку вторинної ендогенної інтоксикації. Тому, існує необхідність вивчення способів своєчасної корекції змін показників ПОБ та усунення вторинної ендогенної інтоксикації, що буде сприяти підвищенню ефективності лікування даної категорії хворих.

Мета дослідження — дослідити вплив імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-глїцин динатрію на показники ПОБ та показники вторинної ендогенної інтоксикації у хворих на деструктивний МРТБ легень.

Методи дослідження: Стан ПОБ вивчали за показниками окисної модифікації білків (ОМБ) у сироватці крові. Визначали ранній маркер ОМБ — альдегідфенілгідрозони (АФГ) та пізній — кетонфенілгідрозони (КФГ), спонтанні (АФГсп, КФГсп; опт щільн/г білка) та метал-індуковані (АФГін, КФГін; опт. щільн/г білка) за методами В. Halliwell (1999). Для визначення вторинної ендогенної інтоксикації в надосадовій рідині визначали продукти фрагментації білків за показниками МСМ, (ум. од.) за методом В. Halliwell (1999). Вивчення ефективності впливу імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-глїцин динатрію на показники ПОБ та вторинної ЕІ було проведено у 30 хворих на деструктивний МРТБ легень, які отримували на тлі поліхіміотерапії імуномодулятор глутаміл-цистеїніл-глїцин динатрію. Оцінку впливу імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-глїцин динатрію проводили по завершенню інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ).

Результати дослідження оброблені сучасними методами аналізу на персональному комп’ютері з використанням статистичного пакету ліцензійної програми “STATISTICA® for Windows 6.0” (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5).

Отримані результати. На початку ІФХТ у хворих на деструктивний МРТБ легень особливостями змін ПОБ були рання окисна деструкція білка та інтенсивний окисний стрес, про що свідчило підвищення рівнів маркерів спонтанної ОМБ — АФГсп та КФГсп у 1,4 рази, та зниженням адаптаційно-компенсаторних можливостей організму — підвищення рівня маркеру метал-індукованої ОМБ — АФГін у 1,7 рази. На високий рівень вторинної ендогенної інтоксикації вказувало підвищення у 1,2 рази рівня МСМ спонтанної ОМБ (МСМсп) та зниження адаптаційно-компенсаторних механізмів організму, що проявлялося зниженням у 1,3 рази рівня МСМ індукованої ОМБ (МСМін).

Проведено аналіз динаміки показників ОМБ та показників вторинної ендогенної інтоксикації у сироватці крові у хворих на деструктивний МРТБ легень в процесі ІФХТ з використанням у комплексній терапії імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-глїцин динатрію (таблиця).

Встановлено, що на тлі застосування комплексного лікування у хворих на деструктивний МРТБ легень визначалось статистично значиме зниження маркерів, як спонтанної ОМБ (АФГсп та КФГсп) у 1,2 рази ($p < 0,0005$), так і метал-індукованої (АФГін) — у 1,4 рази ($p < 0,0005$), що вказувало на зниження інтенсивності окисного стресу та зростання резервно-адаптаційних можливостей організму. При цьому визначалось зниження рівня вмісту МСМсп: при довжині хвиль 272 нм у 1,2 разу ($p < 0,03$) та 280 нм у 1,3 разу ($p < 0,005$), вказуючи на зниження рівня вторинної ендогенної інтоксикації; зниження рівня вмісту МСМін: при довжині хвиль 272 нм у на 12,0% ($p < 0,005$) та 280 нм у 1,2 разу

Таблиця. Динаміка показників ОМБ та показників вторинної ендogenousної інтоксикації у сироватці крові хворих на деструктивний МРТБ легень з використанням в комплексній терапії імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію ($M \pm m$)

Показники ОМБ		На початку ІФХТ	По завершенню ІФХТ	p
АФГсп		5,0±0,1	4,2±0,1	<0,0005
КФГсп		3,2±0,07	2,7±0,1	<0,0005
АФГін		10,8±0,3	7,8±0,2	<0,0005
КФГін		2,7±0,1	2,7±0,1	>0,05
Показники ЕІ				
МСМсп, довжина хвили	254	0,284±0,01	0,278±0,01	>0,05
	272	0,206±0,01	0,178±0,01	<0,03
	280	0,215±0,01	0,172±0,01	<0,005
МСМін, довжина хвили	254	3,786±0,03	3,716±0,05	>0,05
	272	2,183±0,03	2,483±0,1	<0,005
	280	1,639±0,02	1,905±0,1	<0,01

($p < 0,01$), вказуючи на підвищення адаптаційно-компенсаторних реакцій організму зі зростанням компенсаторних резервів організму.

Висновки: застосування імуномодулятора глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію у комплексному

лікуванні хворих на деструктивний МРТБ легень дозволяє статистично значимо знизити інтенсивність окисного стресу, виразність вторинної ендogenousної інтоксикації та підвищити резервно-адаптаційні можливості організму.

Н.І. Рижено, Т.О. Анікейчик

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПРИ ПЕРЕЛИВАННІ КРОВІ В ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Актуальність. Незважаючи на досягнуте зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, у Херсонській області, як в цілому по Україні, залишається можливість інфікування ВІЛ при переливанні крові та її компонентів. Наказ МОЗ України від 01.08.2005 року № 385 “Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів” не надає гарантії безпеки крові, тому що за 180 днів каратинування крові донор може не звернутися за консультуванням та тестуванням на ВІЛ і не бути виявленим, бо він не вживає наркотики внутрішньовенно, а передача статевим шляхом “його не стосується”. В Україні періодично щорічно

реєструються факти інфікування ВІЛ внаслідок переливання плазми. У висновку відмічається, що донор на час донації знаходився в періоді “сероконверсійного вікна”.

Мета дослідження. Розроблення заходів профілактики ВІЛ-інфекції при переливанні крові та її компонентів.

Методи дослідження. Впровадження у діяльність закладів служби крові області 180-денне карантинування донорської крові з обов'язковим повторним обстеженням донора на ВІЛ через 180 днів.

Отримані результати. Виходячи з актуальності проблеми, питання безпеки донорства було за-