

УДК : 616.24-002.5-085.28.015.8-097-085.37

Динаміка показників вільнорадикального перекисного окиснення білків під впливом цитопротектора пропіонату дигідрату у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень

О.С. Шальмін, О.М. Разнатовська

Запорізький державний медичний університет, Україна

E-mail: raznatovskaya.zp@rambler.ru

Актуальність проблеми визначена підвищенням ефективності лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ).

Мета роботи — вивчити у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз динаміку показників вільнорадикального перекисного окиснення білків під впливом цитопротектора пропіонату дигідрату на тлі протитуберкульозної поліхіміотерапії.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 67 хворих на деструктивний МРТБ, які перебували на лікуванні в Комунальній установі «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» у період від 2013 до 2015 р.

Хворих розподілили на дві групи: основна складалася з 37 хворих, які отримували на тлі поліхіміотерапії (ПХТ) цитопротектор пропіонату дигідрату, контрольна — з 30 хворих, які отримували лише ПХТ. Групи були ідентичні за режимами ПХТ, тяжкістю туберкульозного процесу, віком та статтю, випадками захворювання.

Для вивчення вільнорадикального перекисного окиснення білків (ПОБ) або окисної модифікації білків (ОМБ) визначали у сироватці крові ранній — альдегід-фенілгідразон (АФГ) та пізній — кетонфенілгідразон (КФГ), спонтанні (АФГсп, КФГсп; опт. щільн./г білка) та метал-індуковані (АФГін, КФГін; опт. щільн./г білка) білки за методом В. Halliwell (1999). Для корекції змін вільнорадикального ПОБ застосовували цитопротектор пропіонату дигідрату: вводили внутрішньовенно по

500 мг (5,0 мл на 200,0 мл 0,9 % NaCl) раз на добу щоденно протягом 14 днів, а коли було неможливо ввести внутрішньовенно, призначали по 250 мг (1 капсула) 3 рази на добу курсом 14 днів.

Результати. На тлі застосування у комплексному лікуванні цитопротектора пропіонату дигідрату у хворих на деструктивний МРТБ (таблиця) зменшилася в сироватці крові концентрація АФГсп та КФГсп у 1,2 разу ($p < 0,05$) та АФГін у 1,3 разу ($p < 0,05$), що було нижче, ніж у контрольній групі, на 11,1 % ($p < 0,05$), у 9,6 % ($p < 0,05$) та 11,2 % ($p < 0,05$) відповідно. Це свідчило про зниження інтенсивності окисного стресу і підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. У хворих контрольної групи помічено незначне зниження інтенсивності окисного стресу, що виявлялося зменшенням концентрації АФГсп на 8,1 % ($p < 0,05$) та КФГсп на 9,6 % ($p < 0,05$).

Висновки. Корекція змін вільнорадикального перекисного окиснення білків у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень шляхом призначення цитопротектора пропіонату дигідрату в комплексному лікуванні дала змогу знизити інтенсивність окисного стресу (зменшення концентрацій АФГсп і КФГсп у 1,2 разу). Це сприяло підвищенню адаптаційно-компенсаторних можливостей організму (зменшення концентрації АФГін у 1,3 разу). Переносність цитопротектора пропіонату дигідрату була задовільною, побічних реакцій не зареєстровано.

Таблиця. Динаміка маркерів ОМБ у сироватці крові у хворих на деструктивний МРТБ у процесі лікування із застосуванням цитопротектора пропіонату дигідрату ($M \pm m$)

Показник	Основна група (n = 37)			Контрольна група (n = 30)			
	На початку ІФХТ	По завершенні ІФХТ	p_{1-2}	На початку ІФХТ	По завершенні ІФХТ	p_{3-4}	p_{2-4}
	1	2		3	4		
АФГсп	5,1 ± 0,1	4,0 ± 0,1	< 0,05	4,9 ± 0,1	4,5 ± 0,1	< 0,05	< 0,05
КФГсп	3,2 ± 0,04	2,5 ± 0,1	< 0,05	3,1 ± 0,1	2,8 ± 0,1	< 0,05	< 0,05
АФГін	10,8 ± 0,2	7,9 ± 0,3	< 0,05	11,2 ± 0,3	8,9 ± 0,2	< 0,05	< 0,05
КФГін	2,7 ± 0,1	2,8 ± 0,1	> 0,05	2,6 ± 0,1	2,6 ± 0,1	> 0,05	> 0,05

УДК 616.98:578.828ВІЛ:616.24-002.5-07]-06-08:[615.015.4:615.849.19]

Ефективність лікування хворих з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції із застосуванням глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію і апротиніну

О.С. Шальмін, Р.М. Ясінський

Запорізький державний медичний університет, Україна

E-mail:

Актуальність. Рецидиви туберкульозу легень спостерігаються у 10–30 % хворих на ВІЛ, причому

спостерігається висока частота хіміорезистентного туберкульозу. Застосування етіотропних засобів зменшує